

MUISTISAIRAAN KIVUNHOIDON TOTEUTUMINEN

– Hoitajien näkökulma Lapin keskussairaalan osasto 5A:lla

Keränen Kati
Pelli Eevi
Pihlaja Marjo-Riikka

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijät	Kati Keränen, Eevi Pelli, Marjo-Riikka Pihlaja	Vuosi	2017
Ohjaaja	Panu Huczkowski		
Toimeksiantaja	Lapin keskussairaala, sisätautien vuodeosasto 5A		
Työn nimi	Muistisairaana kivunhoidon toteutuminen – Hoitajien näkökulma Lapin keskussairaalan osasto 5A:lla		
Sivu- ja liitesivumäärä	53 + 10		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa muistisairaiden potilaiden kivunhoidon toteutuminen Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosasto 5A:lla. Tavoitteena oli selvittää hoitajien käyttämiä kivun arviointimenetelmiä ja etenevän muistisairauden tuomia haasteita kivunhoidolle. Aihe on yhteiskunnallisesti tärkeä ja ajankohtainen, koska etenevää muistisairautta sairastavien potilaiden määrän kasvessa laadukkaaseen hoitotyöhön tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Myös toimeksiantajamme on huomannut aiheen haastavuuden ja halunnut selvittää opinnäytetyön avulla, miten osastolla voitaisiin kehittää käytäntöjä. Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena, jonka kohderyhmänä oli osastolla työskentelevät perus-, lähi- ja sairaanhoitajat. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka analysoitiin SPSS-tilastointiohjelmalla.

Tulosten perusteella hoitajat käyttivät kivun arviointimenetelmistä eniten kasvojen ilmeisiin, sanalliseen ilmaisuun ja käyttäytymiseen perustuvaa havainnointia. Muistisairaille tarkoitettuja kipumittareita osastolla ei ollut käytössä. Hoitajien mielestä monet tekijät vaikeuttivat kivun arviointia, mutta haasteellisimmaksi tekijäksi nostettiin potilaan vaikeus kertoa kivusta sanallisesti, jolloin kivun arviointi perustuu hoitajan havainnointiin. Hoitoa vaikeutti hoitajien mukaan eniten se, että muistisairas saattaa kieltäytyä ottamasta lääkkeitään. Vain pieni osa hoitajista oli osallistunut muistisairaana kivunhoitoa käsittelevään koulutukseen, vaikka tulosten perusteella hoitajat pitivät sitä tarpeellisena.

Jatkossa kivun arviointia voisi helpottaa muistisairaille tarkoitettujen kipumittarin kokeileminen osastolla. Jatkotutkimuksena voisi tällöin olla se, onko mittarin käyttöönotto helpottanut muistisairaana potilaan kivunhoitotyötä. Kivun hoitoa käsittelevän koulutuksen avulla hoitajat voisivat saada lisää keinoja muistisairaana kivunhoitoon.

School of Social Services, Health
and Sports
Degree Programme in Nursing
Bachelor of Health Care, Nurse

Authors	Kati Keränen, Eevi Pelli, Marjo-Riikka Pihlaja	Year	2017
Supervisor	Panu Huczkowski		
Commissioned by	Lapland Central Hospital, Medical ward 5A		
Subject of thesis	Realization of Pain Management on Patients with A Progressive Memory Loss Disease – The Nurses' Perspective at The Medical Ward 5A in Lapland Cen- tral Hospital		
Number of pages	53 + 10		

The aim of this thesis was to clarify how pain management is carried out with patients with progressive memory loss diseases at the medical ward of the Lapland central hospital. The objective was to find out what kind of methods nurses use to measure pain in patients with memory loss diseases and to clarify the challenges in treating the pain. The subject is socially important and current because as the number of patients with a progressive memory loss disease increases, more attention should be paid to the quality of the nursing care. Also the ward has noticed the difficulty in the subject and would like a thesis to be made to clarify how they could improve their practises. The study was carried out as a quantitative study. The data was collected with a questionnaire which had been directed to all the nurses at the ward.

The results showed, that the most used methods in the evaluation of pain in patients with a memory loss disease were verbal expression and observation of behaviour and facial expressions. Even though there are pain scales for patients with a memory loss disease, the nurses did not use them at the ward. According to the nurses, there were many factors making the evaluation of pain difficult, but the most complicating factor was the patient's difficulty to indicate their pain verbally. Without the verbal expression the evaluation of pain is based on the nurse's assessment. Patient's refusal of taking the medicine was the most complicating factor in pain management. Only a few of the nurses in this study had participated in education relating management of pain with patients with progressive memory loss disease, even though it would be useful on the basis of the results in this study.

Using a pain scale made for patients with a memory loss disease could make the assessment of pain easier in the future. Further studies could clarify whether the pain scale facilitates the assessment. Training of pain management could give more tools to nurses.

Key words Nursing, memory loss diseases, people with memory disorders, pain, pain management

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	7
3	MUISTISAIRAUDET HOITOTYÖSSÄ	8
3.1	Muistisairaudet Suomessa.....	8
3.2	Etenevä muistisairaus.....	9
3.3	Yleisimmät etenevät muistisairaudet	10
3.3.1	Alzheimerin tauti.....	10
3.3.2	Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	11
3.3.3	Lewyn kappale -tauti	13
3.4	Muistisairaahan potilaan hoitotyö.....	14
4	MUISTISAIRAAN POTILAAN KIVUNHOITOTYÖ.....	16
4.1	Kivun patofysiologia.....	16
4.2	Kivun arviointimenetelmät.....	17
4.2.1	Kivun tunnistaminen potilasta haastatteleamalla ja havainnoimalla	17
4.2.2	Kipumittarit	18
4.3	Hoitajien käyttämät kivunhoitomenetelmät.....	20
4.3.1	Lääkkeellinen kivunhoito	20
4.3.2	Lääkkeetön kivunhoito.....	21
4.4	Kivun dokumentointi	23
4.5	Muistisairaahan kivun hoitotyön erityispiirteet.....	24
4.5.1	Kivun tunnistaminen	24
4.5.2	Kivunhoidon toteuttaminen	25
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	27
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	27
5.2	Luotettavuus	27
5.3	Kohderyhmä ja aineistonkeruu	29
5.4	Aineiston käsittely ja analysointi	30
6	TUTKIMUSTULOKSET	31
6.1	Taustatiedot	31
6.2	Hoitajien käyttämät kivunarviointimenetelmät muistisairaiden kivunhoidossa sisätautien hoitotyössä	32

6.3	Hoitajien kohtaamat haasteet muistisairaiden kivunhoidossa sisätautien hoitotyössä	34
7	POHDINTA	40
7.1	Keskeisten tulosten tarkastelua	40
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	42
7.3	Ammatillinen kasvumme sairaanhoitajina	43
7.4	Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset.....	44
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	54

1 JOHDANTO

Terveysthuollon eettisiin periaatteisiin kuuluu ihmisen oikeus yksilölliseen kivun arviointiin ja hyvään kivunhoitoon. Kivuttomuus on jokaisen ihmisoikeus iästä tai kognitiivisesta tilasta riippumatta. (Kankkunen 2009, 247.) Kognitiivisten kykyjen aleneminen on tyypillinen oire muistisairaalle, koska potilaan muisti ja muut tiedonkäsittelyn osa-alueet ovat heikentyneet (Hallikainen, Paajanen & Erkinjuntti 2016). On tutkittu, että muistisairailla potilailla kärsivätkin useammin kovista kivuista kuin terveet ihmiset. Tämän lisäksi heidän akuuttia kipuaan ei hoideta välttämättä yhtä tehokkaasti kipulääkkeillä kuin muun vanhemman väestön kipua. (Kankkunen 2009, 247.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa muistisairaiden kivunhoidon toteutumisen nykytilanne Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla. Toteutamme työn määrällisenä tutkimuksena hoitajille suunnatulla kirjallisella kyselyllä, jonka tavoitteena on selvittää hoitajien käyttämiä kivun arviointimenetelmiä ja heidän kohtaamiaan haasteita etenevää muistisairautta sairastavien potilaiden kivunhoidossa. Tutkimustulosten avulla osasto voi puuttua mahdollisesti ilmeneviin ongelmakohtiin ja järjestää esimerkiksi lisäkoulutusta työntekijöille. Lisäksi osastolla voidaan tarvittaessa kiinnittää huomiota käytössä oleviin arviointimenetelmiin, jos muistisairailla kivun arviointi koetaan haastavaksi.

Aihe on ajankohtainen, koska muistisairaiden määrä tulee kasvamaan. Vuonna 2012 yli 65-vuotiaiden määrä Suomen väestössä on ollut 18 prosenttia ja on arvioitu, että vuoteen 2030 mennessä määrä kasvaa 28 prosenttiin (Suomen virallinen tilasto 2012). Kun ikääntyneiden määrä kasvaa, myös muistisairauksien määrä tulee lisääntymään voimakkaasti (Viramo & Sulkava 2015, 35). Muistisairaiden kivun arviointi on yleisesti koettu haasteelliseksi hoitotyössä, joten aiheeseen perehtyminen edistää omaa oppimistamme ja ammatillista kasvuamme. Koemme, että kivunhoidon hallitseminen edistää potilasturvallisuutta ja kuuluu laadukkaaseen hoitotyöhön. Turvallisuusosaaminen on yksi Lapin AMK:n strategioista (Lapin AMK 2017) ja potilasturvallisuus onkin keskeinen osa kivunhoitoa esimerkiksi kivunhoidossa käytettävässä lääkehoidossa. Aihe on meille hyödyllinen, koska muistisairauksiin ja muistisairaiden potilaiden hoitoon liittyvää tietoa tarvitaan lähes kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa, miten muistisairaahan potilaan kivunhoito toteutuu Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla. Osaston hoitajat olivat kokeneet muistisairaahan kivunhoidon haasteelliseksi, joten aiheesta oli toivottu tehtävän opinnäytetyö (Liite 1). Tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää osaston kaikkien hoitajien näkökulma.

Tavoitteena oli selvittää kivunhoidon toteutumisen nykytilanne ja siihen liittyvät mahdolliset ongelmat osastolla. Tutkimus oli toimeksiantajalle hyödyllinen, koska sen avulla osasto voi kiinnittää huomiota esille tulleisiin ongelma-kohtiin ja kehittää hoitajien osaamista. Aihe tuki ammatillista kasvuamme, koska tulevassa ammatissamme tulemme kohtaamaan muistisairaita sekä osallistumaan kivunhoidon toteuttamiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden pohjalta muodostimme tutkimusongelmat. Haimme vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

Minkälaisia kivunarviointimenetelmiä hoitajat käyttävät muistisairaiden kivunhoidossa sisätautien hoitotyössä?

Mitä haasteita hoitajat kohtaavat muistisairaiden kivunhoidossa sisätautien hoitotyössä?

3 MUISTISAIRAUDET HOITOTYÖSSÄ

3.1 Muistisairaudet Suomessa

Koska muistisairauksia esiintyy etenkin vanhemmissa ikäluokissa, tulee tulevaisuudessa ikääntyneiden määrän kasvaessa myös muistisairauksien määrä lisääntymään. On arvioitu, että Suomessa on vuonna 2060 noin 240 000 ihmistä, jotka sairastavat joko keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. (Viramo & Sulkava 2015, 35.) 65-vuotiaista joka kolmannella esiintyy muistioireita, mutta suurimmalla osalla heistä ei kuitenkaan ole etenevää muistisairautta (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 205). Vuosittain Suomessa ilmenee noin 14 500 uutta muistisairaustapausta. Lievistä muistihäiriöiden oireista kärsii arviolta 100 000 ja vähintään keskivaikeista oireista 93 000 suomalaista. Työikäisistä noin 7 000 sairastaa etenevää muistisairautta. (Muistisairaudet: Käypähoito -suositus, 2017.)

Kun muistisairaudet lisääntyvät, myös sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvavat (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Kansainvälisen tutkimuksen mukaan muistisairauden aiheuttamat kustannukset ovat nousseet 35 prosenttia vuosina 2010–2015 (Wimo ym. 2017). On arvioitu, että vuosittain muistisairauksien aiheuttamat kustannukset ovat Suomessa neljä miljardia euroa, eli kuusi prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Eniten kuluja aiheuttaa ympärivuorokautinen laitoshoido, jossa suurin osa potilaista on muistisairaita. Kustannuksiin kuuluvat myös muistisairauksien hoidon, hoivan ja omaishoidon tuomat kulut. (Hellsten & Kortelahti 2016, 1601.)

Koska muistisairauksien määrä kasvaa voimakkaasti, niiden ennaltaehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota, sillä ilmaantuvuuden viivyttämällä potilaiden määrä saadaan laskemaan huomattavasti. Esimerkiksi Alzheimerin taudin ilmaantumisen viivästyttäminen viidellä vuodella voi jopa puolittaa potilaiden määrän väestössä. (Martikainen & Viramo 2015, 47.) Nykytiedon mukaan muistisairauksia voidaan ehkäistä vaikuttamalla niiden riskitekijöihin. Keskeisimpiä vaaratekijöitä ovat ikä, kohonnut verenpaine, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, ylipaino, sukurasite, matala koulutustaso, aivoverenkiertosairaudet, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt sekä vähäinen liikunta. Näitä voidaan ehkäistä muun muassa koulut-

tautumalla hyvin, kohtuullisella alkoholin käytöllä, aerobisella liikunnalla sekä kohonneen verenpaineen lääkehoidolla. Keski-ikäisen henkilön riskiä sairastua muistisairauteen voidaan arvioida siihen tarkoitettulla riskimittarilla. Jos henkilöllä havaitaan muistisairauksille altistavia vaaratekijöitä, näihin tulisi puuttua heti elämäntapamuutoksilla ja tarvittaessa lääkehoidolla. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.)

3.2 Etenevä muistisairaus

Muisti on monimutkainen ja älyllinen toiminto, jonka perustana on aivoissa olevien hermoverkkojen laaja yhteistoiminta. Kun ihmisellä on muistioireita, hänen työ-, tapahtuma- tai asiamuistinsa ovat heikentyneet. Oireiden yleisimmät aiheuttajat voidaan jakaa ohimeneviin tai hoidon avulla parannettavissa oleviin syihin sekä pysyviin jälkitiloihin ja eteneviin sairauksiin. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Muistisairaus heikentää muistin lisäksi myös muita tiedonkäsittelyn alueita, esimerkiksi kielellisiä toimintoja, hahmottamista sekä toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet voivat johtaa dementia-asteiseen aivotointojen häiriöön, jolloin potilaan toimintakyky on huomattavasti alentunut. (Juva 2015.) Muistihäiriöt ja kognitiivisten kykyjen merkittävä lasku eivät kuulu normaaliin ikääntymiseen. Joskus iän lisääntyessä voi kuitenkin esiintyä vähäisiä muutoksia muistissa ja tiedonkäsittelyssä, mutta ne eivät aiheuta merkittävää haittaa ikääntyvän elämässä. (Hallikainen ym. 2016.)

Muistisairauden havaitseminen voi olla vaikeaa, koska oireet ilmaantuvat pitkän ajan kuluessa. Yksin asuvat ikääntyneet saattavat elää pitkään kotona ennen kuin muistin ongelmat havaitaan. Muistisairauteen saattaa liittyä sairaudentunnottomuutta, jolloin tutkimuksiin lähteminen voi potilaan mielestä tuntua turhalta omaisten mielipiteestä huolimatta. (Uusitalo 2013, 37–38.) Tutkimuksen mukaan 67 prosenttia potilaista, joilla havaittiin muistisairauden oireita, kieltäytyi jatkotutkimuksista. Yksin asuvat ikääntyneet olivat haluttomampia hyväksymään muistisairauden diagnoosia kuin avioliitossa elävät. (Fowler ym. 2015, 239.) Uusitalo (2013, 37) toteaa, että vaikka muistisairauksien varhaisen toteamisen tulisi kos-

kettaa koko yhteiskuntaa, päävastuu siitä on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän Muistibarometrin mukaan kuntien tulisi kiinnittää enemmän huomiota hoitohenkilökunnan kykyyn tunnistaa muistisairaus ajoissa (Finne-Soveri ym. 2015).

Jos potilaalla ilmenee muistin heikentymistä, sen syy tulee aina selvittää. Tutkimuksia muistiongelmista kärsiville tehdään usein muistipoliklinikoilla erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Ensin tulee selvittää potilaan oireet sekä taustat, kuten aiemmin diagnosoidut sairaudet ja mahdolliset lääkitykset. Tutkimuksiin voidaan mahdollisuuksien mukaan ottaa potilaan lisäksi myös joku hänen läheisistään. Potilasta voidaan tutkia erilaisten testien, esimerkiksi MMSE:n (Mini-Mental Status Examination) tai CERADin (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) avulla. (Sulkava 2016b.) Toimintakykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan myös arvioida erilaisin testeillä sekä haastattelemalla potilasta ja hänen läheisiään (Rosenvall & Erkinjuntti 2016). Diagnoosin varmistamiseksi potilaalle tehdään aivojen kuvantamis-, laboratorio- ja muita tutkimuksia (Sulkava 2016b).

3.3 Yleisimmät etenevät muistisairaudet

3.3.1 Alzheimerin tauti

Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti ja aivoverenkiertosairauden muistisairaus, jotka voivat esiintyä joko yksittäin tai yhtäaikaaisesti (Sulkava 2016c). Näistä yleisin on Alzheimerin tauti, joka käsittää noin 70 prosenttia tapauksista. 80 vuotta täyttäneistä 15–20 prosenttia sairastaa kyseistä sairautta. (Kelo ym. 2015, 211.) Suomessa tautia sairastavia vuonna 2005 oli 51 000 ja sairauden on ennustettu lisääntyvän entisestään, ellei sille löydetä parantavaa hoitoa tai estokeinoja. Vuosittain diagnosoidaan noin neljä uutta tapausta tuhatta yli 65-vuotiasta kohden. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 86–88.)

Alzheimerin taudin ensimmäisiä oireita ovat yleensä mieleen painamisen vaikeus ja muut lievät muistihäiriöt (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 86). Taudin varhaisessa vaiheessa uusien asioiden oppiminen vaikeutuu ja potilaalla ilmenee

unohtelua. Yleensä potilas itse tiedostaa oireet, mutta vähättelee niitä tai keksii niille selityksiä. Kun tauti etenee lievään vaiheeseen, ovat muistioireet edenneet ja sanojen löytäminen ja asioiden nimeäminen vaikeutuneet. Potilaalla voi olla vaikeuksia keskittymiskykyä tai suunnitelmallista toimintaa vaativissa tehtävissä. Näiden seurauksena omatoiminen selviytyminen etenkin arjen monimutkaisista toiminnoista alkaa vaikeutua ja potilas tarvitsee ohjausta päivittäin. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 125–127.)

Taudin myöhemmässä vaiheessa muisti on heikentynyt niin, ettei sairastunut muista muutama minuutti sitten tapahtuneita asioita. Motoristen toimintojen sekä paikan- ja ajantajun heikkenemisen myötä päivittäisistä toiminnoista selviäminen vaikeutuu. Osa potilaista alkaa laihtua, vaikka he saisivat riittävästi ravintoa. Syytä tälle ei tiedetä, mutta yksi tekijä voi olla syömisen unohtaminen. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 86–87.) Käyttöoireita, kuten levottomuutta, purkauksia, vuorokausirytmien häiriöitä, poikkeavaa motorista käyttäytymistä ja masennusta on vaikeassa Alzheimerin taudissa lähes kaikilla potilailla. Käyttäytymiseen liittyvää oireilua voi olla tätä aikaisemminkin, jolloin ne ilmenevät apatiana, hallusinaatioina, levottomuutena, ahdistuneisuutena sekä harhaluuloina, joihin voi liittyä mustasukkaisuutta. (Remes ym. 2015, 127–130.)

3.3.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Aivoverenkiertohäiriön jälkeen potilaalla on usein oireita muistissa, havaintotoiminnoissa, tiedonkäsittelyssä ja toiminnanohjauksessa (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2016). Aivoverenkiertosairauden muistisairaus eli VCI (Vascular Cognitive Impairment) tarkoittaa aivoverenkiertohäiriöstä aiheutunutta muistin ja tiedonkäsittelyn sairautta. Sen alatyyppejä ovat pienten suonten tauti, suurten suonten tauti sekä kognitiivisesti kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat. (Kelo ym. 2015, 213.) Vuonna 2015 maassamme oli yli 17 000 potilasta, jotka sairastivat aivoverenkiertosairauden muistisairautta. Se on etenevien muistisairauksien aiheuttaja 15 prosentissa tapauksista. (Sulkava 2016e.)

Aivoverenkiertohäiriön jälkeen omatoimiseksi toipuneista 55–85-vuotiaista potilaista 71 prosentilla on todettu jonkin tiedonkäsittelyn osa-alueen heikentymistä,

joka johtaa dementian tasolle yhdellä neljästä potilaasta (Melkas ym. 2016). Dementian ilmaantuminen aivoverenkierron häiriön jälkeen johtuu Kalarian, Akinyemin ja Iharan (2016, 915) mukaan aivojen valkean aineen muutoksista ja jälkitautina ilmenevästä ohimolohkon surkastumisesta. Aivoverenkiertosairautteen liittyvien muistisairauksien ryhmään kuuluvat myös ne potilaat, joilla on Alzheimerin taudin lisäksi kliinisesti merkittävä aivoverenkiertosairus (Melkas ym. 2016).

Pienten suonten tauti johtuu aivojen pienten verisuonten ahtautumisesta, jonka seurauksena aivomuutokset syntyvät. Sen aiheuttamat vauriot saavat aikaan etu-aivo-osissa sijaitsevien ratayhteyksien toiminnan muutoksia, joten häiriöt otsalohkon säätelytoiminnoissa saavat aikaan taudin tavallisimmat oireet. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014, 277.) Ensisijaiset oireet liittyvät tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksiin sekä hidastuneeseen tiedonkäsittelyyn. Toisin kuin Alzheimerin taudissa, nopea unohtaminen ei ole sairaudelle tyypillistä. Muistiin liittyvät ongelmat ovat pääsääntöisesti mieleen painamisessa ja muistista hakemisen tehottomuudessa. (Melkas ym. 2015.) Varhaisen vaiheen kliinisiä löydöksiä ovat esimerkiksi kävelyn muuttuminen lyhytaskeliseksi tai töpöttäväksi, tasapainon heikentyminen, virtsaoireet sekä lievä sanojen muodostamisen vaikeus. Usein tauti alkaa vaivihkaa ja oireet etenevät tasaisesti ilman pahenemisvaiheita. (Melkas ym. 2016.)

Suurten suonten taudissa infarkti on yleensä aivovaltimoissa, jotka sijaitsevat isoaivojen kuorikerroksessa. Infarktin sijainti sekä sen aiheuttamien vaurioiden laajuus määrittelevät taudin oireet. (Erkinjuntti ym. 2014, 276.) Potilaille esiintyvät oireet liittyvät usein toiminnanohjaukseen ja muistiin, joiden lisäksi on näönvaraisia ja kielellisiä oireita sekä toispuolisia huomaamattomuusoireita. Ne alkavat usein nopeasti ja pahenevat portaittain. Kliinisiä löydöksiä suurten suonten taudissa voivat olla toispuolihalvaus, kävelyn heikkeneminen, suupielen roikkuminen ja näkökenttäpuutokset. (Melkas ym. 2016.)

Kognitiivisesti kriittiset infarktit sijaitsevat niillä aivoalueilla, joilla on suuri merkitys kognitiolle. Infarktin aiheuttamat oireet riippuvat paljon vaurion sijainnista. (Sulkava 2016e.) Tämä vaikuttaa myös oireiden alkamiseen ja etenemiseen, sillä esimerkiksi talamuksen alueella sijaitseva vaurio saa nopeasti aikaan tajunnantason

vaihteluita ja sekavuutta. Muistihäiriöiden lisäksi potilaalla voi olla lieviä kielellisiä häiriötä sekä pakonomainen tarve toistaa samoja toimintoja, lauseita, sanoja ja ajatuksia. (Erkinjuntti ym. 2014, 278.)

3.3.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti aiheuttaa dementiatapauksista noin 15 prosenttia ja se on kolmanneksi yleisin muistisairaus. Suomessa Lewyn kappale -tautia sairastavia on yli 16000. Yleensä tauti ilmenee 60–65-vuotiailla, mutta siihen voi sairastua paljon aikaisemmin tai myöhemminkin. Ennuste on hyvin yksilöllinen ja taudin kesto vaihtelee viidestä vuodesta yli 30 vuoteen. (Sulkava 2016a.) Yli 75-vuotiaista ihmisistä viidellä prosentilla on Lewyn kappale -tauti (Rinne & Erkinjuntti 2016).

Taudin oireita voivat olla tarkkaavaisuuden ja tiedonkäsittelytoimintojen vaihtelu, toistuvat näköharhat sekä ekstrapyramidaalioireet. Diagnoisimista varten potilaalla on oltava vähintään kaksi näistä oireista. Viitteitä taudista ovat myös herkkyys psykoosilääkkeille, REM-unen aikana havaittavat käytösoireet ja tyvitumakkeiden dopamiinitransportterisitoutumisen alentuminen. Muistin alenemista ei yleensä alkuvaiheessa ole, joten etenevä muistihäiriö viittaa samanaikaiseen Alzheimerin tautiin. (Rinne & Erkinjuntti 2016.) Ruotsin hoivakodeissa toteutetussa tutkimuksessa (Zahirovic, Wattmo, Torisson, Minthon & Londos 2016, 709) todettiin, että Lewyn kappale -tauti oli diagnosoitu vain 19 prosentilla asukkaista, joilla oli havaittavissa vähintään kaksi diagnoosin kriteereinä olevista oireista. Atula (2015) kuitenkin artikkelissaan toteaa, että taudilla on hyvin tyypilliset oireet, joiden perusteella diagnoosi voidaan tehdä Alzheimerin taudin poissulkemisen jälkeen.

Taudin edetessä dementiaoireet lisääntyvät, jolloin potilaan tuottamat sanat vähenevät ja voivat loppua lähes kokonaan. Ymmärrys voi silti olla normaali, vaikka potilas ei vastaa puhutteluun. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 94.) Lewyn kappale -tautia sairastavalla lähimuisti voi vaikuttaa lähes normaalilta potilaan ollessa virkeä, mutta väsyneenä looginen ajattelu ei onnistu ja muistikin hetkellisesti huononee (Sulkava 2016a). Tyypillisiä oireita tautia sairastavalle ovat myös todentuntuiset, yksityiskohtaiset harhat. Tavallisimmin ne ovat näköharhoja, jotka

potilas sairauden alkuvaiheessa tunnistaa epätodellisiksi. Harhojen lisäksi tyypillisiin oireisiin kuuluu aggressiivisuus, joka voi ilmetä kiroiluna tai väkivaltaisena käyttäytymisenä. Käytökseen löytyvä syy voi olla vähäpätöinen, joten hoitajan tehtävänä on mahdollisuuksien mukaan ennakoida ja ennaltaehkäistä aggressiota aiheuttavia tilanteita. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 94–96.)

3.4 Muistisairaahan potilaan hoitotyö

Muistisairauden aiheuttamat oireet ja seuraukset voivat vaikuttaa monella eri tavalla potilaan ja hänen läheisimpien ihmisten elämään. Muistin heikkenemisen lisäksi myös muut kognitiiviset oireet vaikuttavat toimintakykyyn ja itsearvon kokemukseen. Vaikka muistisairauden edetessä potilaan avuntarve eri toiminnoissa lisääntyy, hyvän hoidon edellytyksenä on kunnioittaa niitä kykyjä ja ominaisuuksia, jotka potilaalla ovat säilyneet. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 100–101.) Käypä hoito -suosituksissa korostetaan sitä, että lääkehoidon täytyy olla osa laajempaa kokonaisuutta, koska muuten siitä ei ole hyötyä. Muistisairaiden hoito koostuu toimenpiteistä, jotka tukevat potilaan sekä läheisten selviytymistä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.) Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten muut sairaudet ja vaivat, ympäristötekijät sekä potilaan psyykinen hyvinvointi. Kun nämä tekijät huomioidaan hoidossa, on hoito kokonaisvaltaista ja potilaan kognitiivinen toimintakykykin voi parantua. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 102.)

Lääkkeiden vaikutuksesta muisti ei parane, mutta niiden avulla voidaan hidastaa oireiden etenemistä. Muistisairauksien hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat asetyylikoliiniesteraasin estäjät (AKE) ja memantiini. Lääkehoidolla voidaan edistää aktiivisuutta, aloitteellisuutta ja arkitoimien sujuvuutta sekä lievittää potilaan käytösoireita ja rauhattomuutta. (Hallikainen 2014b, 271.) Kaikille Alzheimerin tautia sairastaville tulisi aloittaa muistisairauslääkehoito Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Vaikka aivoverenkiertosairauden muistisairaus ja Lewyn kappale -tauti eivät ole muistisairauslääkkeiden virallisia käyttöaiheita, lääkehoidosta voi kuitenkin olla hyötyä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Muistisairauksien lääkehoidosta saatava hyöty ja sen kesto ovat yksilöllisiä ja ne vaihtelevat sen mukaan, kuinka pitkälle muistisairaus on edennyt ennen hoidon

aloitusta (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017). Lääkkeiden teho tulee esille eri tavoin muistisairauden vaiheesta riippuen. Jossain vaiheessa se voi vähentyä, jonka seurauksena kognitiivinen suorituskyky heikkenee yllättäen, potilaalla on uusia käyttäytymisen muutoksia ja päivittäiset taidot vähenevät nopeasti. Tässä tilanteessa lääkityksen tehostamisesta on hyötyä. (Hallikainen 2014a, 273–274.) Vaikeasti muistisairailla potilailla lääkehoidosta on vain harvoin hyötyä, joten se voidaan usein lopettaa. Lopettamisen yhteydessä muistisairauden oireet voivat pahentua nopeasti ja käytösoireet lisääntyä, jolloin lääkityksen uudelleen aloittaminen voi olla aiheellista. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 537.)

Käytösoireiden lääkehoito perustuu ensisijaisesti muistisairauslääkkeiden käyttöön, sillä memantiinin ja AKE-estäjän yhteiskäytöllä on tutkittu olevan käytösoireita hillitsevä vaikutus keskivaikeassa tai vaikeassa Alzheimerin taudissa. Näiden lisäksi käytösoireiden hoidossa voidaan tilapäisesti käyttää psykoosilääkkeitä, mutta ne eivät kuitenkaan tehoa kaikkiin oireisiin. Monien oireiden hoidossa pyritään kuitenkin käyttämään ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitomuotoja. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2017.) Jos käytösoireita kuitenkin päädytään hoitamaan lääkityksen avulla, on tärkeä ennen sen aloittamista varmistaa, että käyttäytymisen muutokset eivät johdu fyysisistä, psyykkisistä tai ympäristöperäisistä syistä (Sulkava 2016d).

Käytösoireiden hoidossa pyritään vaikuttamaan siihen tekijään, joka käytösoireen aiheuttaa. Usein turvallisuuden tunteen luominen eri tilanteissa luottamuksen, rutiinien sekä turvallisten puheenaiheiden avulla lievittää oireita. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 240.) Lääkkeettömässä hoidossa pyritään vaikuttamaan ympäristöön, kuten ilmapiiriin ja hoitokäytäntöihin sekä vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Psykososiaalisista hoidollisista lähestymistavoista voi myös olla hyötyä, mutta kuitenkin jo pelkän käyttäytymisen muutoksen aiheuttajan selvittäminen, hyvin tehty arviointi sekä ohjaus voivat auttaa käytösoireiden lievittämiseen. (Koponen & Vataja 2016.)

4 MUISTISAIRAAN POTILAAN KIVUNHOITOTYÖ

4.1 Kivun patofysiologia

Biologisesta näkökulmasta kipu on Kalson (2009a, 104) mukaan elossa säilymisen ehto. Kipuna ilmenevä varoitus uhkaavasta kudოსvauriosta saa ihmisissä aikaan toimintoja, joilla kudოსvaurion synty tai eteneminen pyritään ehkäisemään. Näiden suojatoimintojen jälkeen kipu saa aikaan sen, että vaurioitunutta ruumiinosaa pidetään levossa tai varotaan. (Kalso 2009a, 104.) Kivun aistiminen alkaa transduktiosta, jossa kudoksen hermopäätteet aktivoituvat ärsykkeestä. Tämän jälkeen kipuviesti siirtyy hermosoluja pitkin keskushermostoon ja etenee aivorunkoon, talamukseen ja aivokuorelle. (Kalso & Kontinen 2009b, 76–77.)

Kipua voidaan luokitella monilla tavoilla, mutta yleisin tapa on luokittelu akuuttiin ja krooniseen kipuun (Vainio 2009b, 150). Akuutti kipu alkaa äkillisesti ja loppuu, kun sen aiheuttaja poistuu. Sen avulla voidaan saada tietoa sairauden määrittämiseen sekä hoitoon liittyen. (Kuusisto 2012.) Kipu muuttuu krooniseksi silloin, kun se jatkuu yli kolme kuukautta tai ylittää kudოსvaurion paranemisajan. Akuutin kivun hyvällä hoidolla voidaan ennaltaehkäistä kivun kroonistumista. (Haanpää 2013.) Kroonisen kivun on todettu olevan monimutkainen psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus, joka vaikuttaa merkittävästi potilaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun (Shahni, Shairi, Moghaddam & Zarnaghash 2013, 225).

Kipu voidaan luokitella akuutin ja kroonisen lisäksi etiopatogeneesin perusteella nosiseptiiviseksi, neuropaattiseksi tai idiopaattiseksi kivuksi (Haanpää & Pohjolainen 2015). Nosiseptiivinen eli kudოსvauriokipu syntyy, kun kipureseptorit reagoivat voimakkaan ärsykkeen aiheuttamaan kudოსvaurioon. Kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on silloin kunnossa. (Vainio 2009b, 155.) Melkein kaikki äkillisesti alkaneet kiputilat sekä iso osa pitkään jatkuneesta kivusta ovat kudოსvauriokipua (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2014, 485). Tällaista kipua voivat aiheuttaa esimerkiksi kasvaimet, tulehdukset sekä iskemia. Sisäelinten viskeraalinen kipu on usein nosiseptiivista. Tällöin kipu tuntuu laajemmalla alueella kuin mistä se on peräisin, joten se voi olla vaikea paikantaa. (Vainio 2009b, 155–156.)

Toisin kuin viskeraalisessa, neuropaattisessa kivussa ei ole kyse kudosaauriosta vaan hermoston vaurioitumisesta syntyvästä pysyvästä kiputilasta. Jos kipua aiheuttava hermoston toimintahäiriö on ohimenevä, puhutaan neurogeenisestä kivusta. (Haanpää 2007.) Neuropaattisia kiputiloja esiintyy esimerkiksi MS -taudissa, vyöruusussa ja nikamavälilevyn pullistumassa. Kipu voi olla luonteeltaan jatkuvaa tai sähköiskumaista kipua, poikkeavaa tuntoaistia tai kivuttoman ärsyksen muuttumista kivuksi (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 577.)

Joskus kivun syy ei ole kudosa- tai hermovauriossa ja sen syy jää epäselväksi, jolloin puhutaan idiopaattisesta kivusta. Aiheuttajana voi olla vakava depressio, deluusiohäiriö tai konversio-oireena esiintyvä kipu. Koska kivun todellisuus kielletään, potilas voi ajatella tämän loukkaavana asiana. (Vainio 2009b, 157.) Vaikka kivun aiheuttajaksi ei löydetäkään varsinaista syytä, voi kipu siitä huolimatta pahimmillaan invalidisoida potilaan (Nienstedt ym. 2014, 485).

Kivun aiheuttamat fysiologiset muutokset näkyvät hemodynamiikassa ja endokriinisissä hormoneissa. Näistä kortisolin määrä kasvaa ja anabolisten hormonien määrä vähenee, jolloin lisääntynyt ahdistus nostaa elimistön hapenkulutusta. Tämän stressireaktion myötä sympaattinen hermosto aktivoituu saaden aikaan takykardiaa ja sydänlihaksen hapenkulutuksen kasvua. Akuutti kipu vaikuttaa elinjärjestelmiin hyvin monella muullakin tavalla, esimerkiksi laskemalla immuunivastetta, vähentämällä lihasten liikkuvuutta ja muuttamalla elimistön happo-emästasapainoa. (Carrillo-Torres, Mendiola-Roa & Ramirez-Torres 2016, 3.) Vaikka kivulla on tyypillisiä vaikutuksia potilaan fysiologiaan, Kangasmäki ja Pudas-Tähkä (2016) muistuttavat Teho- ja valvontahoitotyön oppaassa, että muutokset ovat voimakkuudeltaan ja vaikutukseltaan yksilöllisiä.

4.2 Kivun arviointimenetelmät

4.2.1 Kivun tunnistaminen potilasta haastatteleamalla ja havainnoimalla

Hoitokulttuurin yhtenä osana on säännöllinen kivun arviointi, jonka avulla kipu voidaan saada pysymään paremmin hallinnassa. Se, miten kivun kokee, on jokaiselle ihmiselle yksilöllistä. Arvioinnin tulisi perustua siihen, miten potilas itse arvioi omaa kipuaan aina silloin, kun se on mahdollista. (Kangasmäki & Pudas-

Tähkä 2016.) Arviointi koostuu potilaan haastattelusta, tarkkailusta sekä tutkimuksista ja näiden lisäksi voidaan hyödyntää myös kivun arvioinnin apuvälineitä, kuten erilaisia asteikkoja (Kotovainio & Mäenpää 2015).

Haastattelun avulla kartoitetaan potilaan voimavarat sekä selvitetään kivun kesto, voimakkuus, luonne ja sijainti (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015). Näiden lisäksi selvitetään esitietoja, kuten kivun alkamisajankohta, kehittyminen ja kipua mahdollisesti pahentavat tai helpottavat tekijät. Akuutissa tilanteessa haastattelu on tiiviimpää ja yksinkertaisempaa, mutta pitkään kestäneen kivun selvittämisessä varataan riittävästi aikaa perusteelliseen kartoitukseen. Jo tässä vaiheessa on tavoitteena saada luotua potilaan kanssa luottamuksellinen työsuhte sekä saada selville kivun tyyppi ja sen aiheuttaja. (Haanpää 2009, 118–120.)

Kipukäyttäytyminen on keino, jolla kivun olemassaolo kerrotaan joko sanoin tai käyttäytymisen avulla. Sanattomaan kipukäyttäytymiseen kuuluvat esimerkiksi varovainen liikkuminen, jäykkyys, irvistäminen, huokailu ja kipeän kohdan hierominen. Kivun voimakkuus voi sanoin kuvailtuna olla erilainen kuin sanattoman käyttäytymisen avulla voisi arvioida. (Waters, Riordan, Keefe & Lefebvre 2008, 69, 75.) Vainion (2009a, 21–22) mukaan kivuliaan potilaan kasvoniilmeet on usein helppo tunnistaa. Koska ilmeitä on vaikea peittää, kasvot antavat melko tarkkaan tietoa kivun voimakkuudesta.

4.2.2 Kipumittarit

Kivun voimakkuuden arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia kipumittareita, joiden avulla on helpompi arvioida kipulääkkeiden tarvetta sekä annetun lääkkeen vaikutusta. Mittarin on oltava potilaan näkökulmasta helppokäyttöinen ja -lukuinen, joten sopiva mittari valitaan yhdessä potilaan kanssa. (Hoikka 2013a.) Koko hoitojakson ajan tulisi käyttää samaa kipumittaria, jotta kivun mittaustulokset ovat vertailukelpoisia (Kuusisto 2012).

Kivun arviointiin on käytössä tarkkuudeltaan erilaisia asteikkoja, jotka vaihtelevat sen mukaan, kuinka tarkkaa tietoa kivun voimakkuudesta tarvitaan. Ensimmäinen arvio voi olla kivun olemassaolosta kysyminen, jolloin potilas vastaa kyllä tai ei. Tarkempaa tietoa voimakkuudesta antaa numeroilla tai sanoilla annettu arvio, ja tarkin mittari on kiilamainen jana. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi

2006, 83.) VRS on neliportainen asteikko kivun arviointiin. Sen avulla arvioidaan sanallisesti, onko kipu lievää, kohtalaisen voimakasta, voimakasta vai sietämätöntä. (Grönlund & Karlsson 2016.) Numeraalisen asteikon (NRS) avulla potilas voi kertoa kokemansa kivun voimakkuuden asteikolla 0–10, jossa nolla tarkoittaa, ettei kipua ole ollenkaan ja 10 pahinta mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua (Fong 2016). Visuaalinen analogiasteikko (VAS) on yleisimmin käytetty mittari kivun voimakkuuden arvioinnissa. Se voi olla vaakasuora jana, johon potilas itse asettaa pystysuoran viivan siihen kohtaan, jossa kivun voimakkuus sillä hetkellä on. Janan lisäksi VAS-mittarissa voi käyttää kipukiilaa, jossa vasemmalta oikealle nouseva kiila kuvaa kivun voimakkuuden kasvua. (Kalso & Kontinen 2009a, 55.)

Muistisairaille tarkoitetut kipumittarit perustuvat potilaan käyttäytymisen tarkkailuun. Tähän tarkoitukseen on kehitetty esimerkiksi Pain Assessment in Advanced Dementia eli PAINAD-mittari, joka perustuu potilaan hengityksen negatiivisen ääntelyyn, ilmeiden, kehonkielen ja lohduttamisen tarpeen tarkkailuun. (Kalso 2009c, 474.) Zwakhalen ym. (2006) on osoittanut, että luotettavimpia muistisairaiden kivun arviointiin tarkoitettuja mittareita ovat PACSLAC- ja DOLOPLUS2-mittarit (Kankkunen 2009, 257). PACSLAC, eli Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate, ottaa huomioon liikkumiseen, sosiaalisuuteen ja persoonallisuuteen vaikuttavat kivun oireet, kasvojenilmeet sekä muita tekijöitä kuten syöminen ja nukkuminen. Näiden otsikoiden alla on yhteensä 60 kohtaa, johon merkitään, onko kutakin oiretta potilaalla havaittavissa. (Kress ym. 2014.) Määttä ja Kankkunen (2009, 292) ovat todenneet kirjallisuuskatsauksessaan, että PAINAD on luotettava ja käyttökelpoinen mittari. Björkmanin ym. (2007, 2551–2552) tutkimuksen mukaan PAINAD-kipumittari soveltuu hyvin vaikeasti muistisairaiden potilaiden kivun arviointiin. Sen todetaan antavan melko luotettavia tuloksia erityisesti vaikeasti muistisairaiden tai kommunikointiin kykenemättömien potilaiden kohdalla, jos potilas arvioidaan kivuttomaksi hoito- toimenpiteiden aikana. Mittarin käytöstä todetaan olevan kuitenkin hyötyä myös lievästi muistisairailta potilailla.

4.3 Hoitajien käyttämät kivunhoitomenetelmät

4.3.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Jokaisella potilaalla on oikeus saada hyvää, yksilöllistä kivunhoitoa. Kivun arvioinnin avulla voidaan mahdollistaa tehokas kivunhoito, mutta jos arviointi on puutteellista, jää hoitokin riittämättömäksi. (Kuusisto 2012.) Arvioinnin lisäksi hoito perustuu myös potilaan kokonaistilanteeseen. Kivun hoidossa voidaan käyttää sekä lääkkeettömiä että lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä, joiden avulla pyritään helpottamaan kipua sekä parantamaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Kipulääkkeet voivat hillitä kipuimpulssin kulkua hermostossa tai vahvistaa elimistön kipua jarruttavaa toimintaa (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 567). Kivun hoidossa on kuitenkin huomioitava, että potilaiden vaste kipulääkkeille on yksilöllinen ja riippuu iästä, sukupuolesta ja perimästä (Coluzzi, Taylor, Pergolizzi, Mattia & Raffa 2016, 311). World Health Organization on tehnyt kipuportaina tunnetun suosituksen lääkkeiden käytöstä lievässä, kohtalaisessa ja vaikeassa kivussa. Sen mukaan lievää kipua hoidetaan ensisijaisesti parasetamolilla ja joillain potilailla lisäksi tulehduskipulääkkeillä. Kun ensimmäisen portaan lääkitys ei enää tehoa riittävästi, lisätään tähän heikko opioidi. Kolmannen portaan lääkitys otetaan käyttöön silloin, kun heikko opioidi tulee kivuttomuuden takaamiseksi vaihtaa vahvempaan. Tällöin potilaalle annetaan parasetamolin lisäksi esimerkiksi morfiinia. (Wee & Hillier 2011, 640.)

Tulehduskipulääkkeet eli NSAID-lääkkeet lievittävät kivun lisäksi tulehdusta sekä alentavat kuumetta. Lääkeryhmään kuuluvat esimerkiksi asetyylisalisyylihappo, ibuprofeeni ja naprokseeni. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 569–570.) NSAID-lääkkeitä voidaan käyttää lievissä ja kohtalaisissa kiputiloissa, postoperatiivisessa kivussa ja päänsäryssä. Yli 65 -vuotiaalle annos tulisi puolittaa ja käyttää lääkettä muutenkin varoen. (Kotovainio & Lehtonen 2015.) Haittavaikutuksena on mahaa ja munuaisia suojaavien välittäjäaineiden tuotannon estyminen, jolloin munuaisten toiminta voi häiriintyä ja mahaan tai suolistoon tulla haavauma. Tulehduskipulääkkeisiin kuuluva aspiriini ehkäisee verisuonten tukoksia jo pieninä

määrinä, mutta kivunlievitykseen aspiriinia käytetään suurempina annoksina, jolloin haittavaikutukset ovat yleisiä. (Paakkari 2013.)

Parasetamoli alentaa kuumetta ja lievittää kipua, mutta ei poista tulehdusta kuten tulehduskipulääkkeet. Se sopii erityisesti vanhuksille, lapsille, raskaana oleville ja imettäville. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 571.) Vuorokausiannos ei saa ylittää neljää grammaa, koska silloin lääkeaineen maksatoksisuus lisääntyy. Tämän vuoksi maksan vajaatoiminta on vasta-aihe lääkkeen käytölle. (Kotovainio & Lehtonen 2015.)

Voimakkaimpia käytössä olevia kipulääkkeitä ovat euforisoivat ja analgeettiset opioidit. Niiden teho perustuu siihen, että ne estävät kipusignaalin etenemisen aivoihin salpaamalla kipureseptoreita. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 572.) Opioidit jaetaan vahvoihin, keskivahvoihin ja heikkoihin. Vahvimpiin kuuluvat esimerkiksi morfiini, oksikodoni ja fentanyl, keskivahvoihin buprenorfiini ja heikoimpiin tramadoli sekä yhdistelmävalmisteissa käytettävä kodeiini. (Kotovainio & Lehtonen 2015.) Opioidilääkkeiden käyttöön liittyy aina fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden riski. Jos lääkitys lopetetaan nopeasti, potilaalla voi ilmetä fyysisiä vieroitusoireita kuten ahdistusta, lihaskramppeja, unettomuutta ja sydämentykytystä. Psyykkistä riippuvuutta ei yleensä esiinny, jos lääkkeitä käytetään sellaiseen kipuun, johon ne auttavat hyvin. (Kalso 2009b, 193.) Haittavaikutuksina kaikilla opioideilla ovat hengityslama, ruoansulatuskanavan toiminnan heikkeneminen ja pahoinvointi. Iäkkäillä potilailla haittavaikutukset voimistuvat, joten vasteen ja haittavaikutusten arviointi on tarpeen. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 572–573.)

4.3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Kivun hoidossa tulee käyttää ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitomuotoja silloin, kun se on mahdollista (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015). Lääkkeettömät hoidot ovat tehokkaampia silloin, kun niitä käytetään yhdessä lääkehoidon kanssa. Ne kuitenkin lievittävät kipua myös silloin, jos niitä käytetään ainoana hoitona. (Hoikka 2013b.) Kivunhallintaan liittyvät lääkkeettömät keinot voidaan jakaa passiivisiin ja aktiivisiin. Kun kipua hoidetaan passiivisesti, voidaan esimerkiksi levätä ja vähentää aktiivisuutta tai vain odottaa tilanteen paranemista. Joissain kiputiloissa passiivisuus kuitenkin vain pitkittää kipua. Aktiivista hoitoa kipuun ovat

muun muassa rentoutumismenetelmät, musiikki, liikuntaharjoitukset ja huomion suuntaaminen pois kivusta. (Haanpää & Pohjolainen, 2015.)

Monien lääkkeettömien keinojen päämääränä on rauhoittaa ja rentouttaa potilasta, jolloin kivun kokeminen vähenee. Esimerkiksi rentoutusharjoitusten tavoitteena on aktivoida parasympaattista hermostoa ja saada aikaan rentoutusvaste. Harjoitukseen voi ottaa mukaan musiikin kuuntelua tai laulamista. (Kelo ym. 2015, 58.) Usein potilaan ahdistuneisuus ja lihasjännitys vähenevät, kun hänen ajatuksensa saadaan kohdistettua johonkin muuhun kuin kipuun (Hoikka 2013b). Tutkimusten perusteella musiikin kuuntelu voi vähentää kipua. Toimenpiteen jälkeinen kipu arvioitiin hieman lievemmäksi niillä potilailla, jotka kuuntelivat musiikkia. Opioidien tarve oli näillä potilailla pienempi. (Joanna Briggs Institute 2009.)

Miozzo, Stein, Bozzetto ja Plentz (2016, 4–6) katsauksessaan toteavat hieronnan vähentävän potilaiden kipua ja ahdistusta leikkauksen jälkeen. Kivun lievittämisen taustalla voi olla hieronnan aikaansaama stressihormonien vähentyminen, verenpaineen laskeminen ja hengityksen rauhoittuminen. On myös ehdotettu, että lihaksien hierominen stimuloi niitä hermoratoja, jotka estävät kipusignaalia välittävien hermoratojen etenemistä. Hierontahoidon teho on katsauksen mukaan todistettu monilla potilasryhmillä, myös muistisairailta potilailla.

Asentohoito kuuluu lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin. Sen avulla voidaan vähentää lihasjännitystä asettamalla erilaisia tyynyjä ja tukia potilaan selän, polvitaiteiden, nilkkojen sekä käsivarsien alle. (Hoikka 2013b.) Kun asentoa muutetaan, kipureseptoreihin kohdistuva ärsytys vähenee ja verenkierto paranee. Vuodepotilaalla asentohoito tulisi huomioida parin tunnin välein ja mahdollisesti harjonta painehaavoja ehkäisevän patjan käyttöä. (Kelo ym. 2015, 58.)

Kylmä-, lämpö- ja sähköhoitoja on käytetty kivun hoidossa jo pitkään. Kylmähoiton teho kivun lievittämisessä perustuu hermojen johtumisnopeuden alentamiseen. Sitä voidaan toteuttaa esimerkiksi kylmäpakkauksilla, -pyyhkeillä sekä -hieronnalla. (Pohjolainen 2009, 237–239.) Lämpöhoidossa saadaan aikaan verenkierron ja aineenvaihdunnan vilkastumista, jolloin kipu lieventyy. Hoito voidaan toteuttaa esimerkiksi lämmitettävillä jyväpusseilla. (Kelo ym. 2015, 57.) TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) on sähköisistä kivunhoitomenetelmistä yleisimmin käytetty. TENS-hoidolla voidaan vaikuttaa esimerkiksi tuki- ja

liikuntaelinten kroonisiin kiputiloihin sekä hermojuuri- ja hermovaurioihin. (Pohjolainen & Haanpää 2009, 230–231.) Hoidossa iholle annetaan sähköimpulsseja, jotka aktivoivat hermosäikeitä. Kivun lieventyminen perustuu tässä hoitomuodossa luultavasti porttikontrolliteoriaan, jossa selkäytimen takasarvessa sijaitsevat kipua estävät välittäjähermosolut aktivoituvat. (Salanterä ym. 2006, 163–164.)

4.4 Kivun dokumentointi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 4:12.1 §) määrittää, että potilasasiakirjoihin täytyy kirjata kaikki ne tiedot, jotka ovat hoidon turvaamiseksi tarpeellisia. Nämä tiedot käsittelevät hoidon järjestämistä, suunnittelua, toteuttamista ja seurantaa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009 12.1 §) sanotaan, että merkinnöistä täytyy käydä ilmi perusteet taudinmäärittämiselle, valitulle hoitomenetelmälle sekä tehdyille hoitoratkaisuille. Hoidon toteuttamiseen liittyvistä tiedoista kirjataan miten hoito on toteutettu ja onko jotain erityistä tullut esille sen aikana.

Merkintöjä tehtäessä tulisi käyttää vain yleisiä ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenneitä, jotta merkinnät ovat selkeitä ja ymmärrettäviä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2008 7.1 §). Tällöin kirjaukset ovat sellaisia, että potilas voi myös ymmärtää kirjausten sisällön. Kun kivun arviointiin liittyvien potilastietojen kirjaaminen tapahtuu selkeästi ja huolellisesti, on kirjausten sisältö perustana myöhemmälle hoitovasteen arvioinnille. (Haanpää 2009, 122.) Heikkilä, Peltonen ja Salanterä (2016, 86–87) toteavat postoperatiivista hoitoa tarkastelevassa katsauksessaan, että kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen oli usein puutteellista. Oletettavasti kaikkia hoitoon liittyneitä tekijöitä ei ollut kirjattu. Katsauksessa muistutetaan, että hoitajien päätöksentekoprosessi tulisi käydä selvästi kirjauksissa ilmi. Osassa tutkimuksista todettiin, että suullinen raportti vuoronvaihdon yhteydessä sisälsi kivunhoitoon liittyvää tietoa kirjauksia enemmän. Koska suullisen raportin sisällöstä saatetaan tutkimusten mukaan muistaa vain 30 prosenttia, tarkka kirjaaminen on potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta välttämätöntä.

Hyvän kivun hoidon onnistumisen kannalta oleellista on, että kipua arvioidaan ja kirjataan säännöllisesti. Tiedot kivusta ja sen hoidosta mahdollistavat turvallisen ja tehokkaan potilaiden hoitamisen. Kun kivun voimakkuus mitataan kipumittarilla, tulos kirjataan potilasasiakirjoihin. Jos potilaalla ilmenee kipuja, mitataan kivun voimakkuus uudestaan kivunhoidon jälkeen sopivan ajan kuluttua. Jos hoito tapahtuu kipulääkkeillä, mitataan kivun voimakkuus vielä lääkkeen vaikutuksen loputtua. Kivun hoidossa käytetty menetelmä kirjataan potilasasiakirjoihin, ja jos se aiheuttaa potilaalle haittavaikutuksia, tulisi ne kirjata yhtä usein kuin kivun voimakkuuskin. (Kontinen, Jokela, Ravaska, Rautakorpi & Hamunen 2012.) Myös ne kivunhoitokeinot, jotka eivät ole tuottaneet tulosta, kirjataan ylös (Kuusisto 2012).

4.5 Muistisairaahan kivun hoitotyön erityispiirteet

4.5.1 Kivun tunnistaminen

Kun muistisairauksia sairastavat ihmiset elävät entistä kauemmin, esiintyy monilla heistä kivuliaita kroonisia sairauksia. Heilläkipu on usein alidiagnosoitua ja -hoidettua, mikä voi aiheuttaa fysiologisten toimintojen heikkenemistä, psykologista kärsimystä sekä elämänlaadun huononemista. (Miller 2011, 781.) Iän myötä perifeeristen hermosyiden määrän vähentyessä ja johtonopeuden hidastuessa kivuntunto heikkenee. Ikääntyneillä on siis jonkinasteista neuropatiaa autonomisessa hermostossa. Kivunsietoon voi olla muitakin syitä, esimerkiksi Alzheimerin tauti voi aiheuttaa sen, että ikääntynyt ei välitä kivusta kuten aikaisemmin. (Kalso 2009c, 470–471.) Hoitaja saattaa myös pitää kipua hyväksyttävänä ja vanhuuteen kuuluvana asiana, jolloin sitä ei välttämättä kirjata tai raportoida eteenpäin. Hoitajan subjektiivinen näkökulma kivun voimakkuudessa ja kestossa vaikeuttaa arviointia ja hoitoa. (Slade 2016.)

Kun muistisairaus ei ole vielä edennyt pitkälle, voi potilas itse arvioida kipuaan. Arvioinnin lisäksi potilas kykenee myös kertomaan kivustaan muille. Muistisairauden vaihe huomioidaan kivun arvioinnissa, koska se vaikuttaa potilaan tekemään kivun itsearviointin luotettavuuteen. (Öun 2014, 238.) Kivusta kysyttäessä vastaamiseen on annettava riittävästi aikaa ja tarvittaessa voidaan sama kysyä uu-

destaan. Kun potilas kykenee ilmaisemaan kipuaan sanallisesti, voidaan hyödyksi käyttää kivun itsearviointimenetelmiä eli kipumittareita. On todettu, että kipumittaria käytettäessä muistisairaat potilaat kertovat useammin mahdollisista kivuista kuin silloin, jos mittaria ei ole käytössä. (Kankkunen 2009, 254.) Pesosen (2011, 61) tekemän tutkimuksen mukaan lievää muistisairautta sairastavat potilaat pystyivät käyttämään VRS- ja VAS-kipumittareita sekä kipukiilaa ja kasvoasteikkaa, kun keskivaikkea muistisairautta sairastavat pystyivät käyttämään onnistuneesti kivun voimakkuuden mittaamiseen vain sanallisesti käytettävää kipumittaria.

Muistisairauden etenemisen myötä verbaaliset taidot heikkenevät, jonka seurauksena potilas ei pysty enää kertomaan kivustaan itse (Miller 2011, 781). Tämän lisäksi muistisairas voi myös unohtaa tuntemansa kivun. Etenkin muistisairauden edetessä perustuu kivun arviointi hoitajan tai läheisen tekemään säännölliseen kivun havainnointiin. Tarkkailtavia asioita ovat hengityksen ja pulssin kiihtyminen sekä muutokset kasvojen ilmeissä tai käyttäytymisessä. (Öun 2014, 236, 239.) Kun potilas ei enää itse pysty kertomaan kivustaan, voi kipua ilmetä levottomuutena, vetäytymisenä tai päivittäisten toimien muuttumisena. Jos kipua ei tunnisteta näiden aiheuttajaksi, voidaan käyttäytymisen muutoksia hoitaa keinoilla, jotka eivät kuitenkaan hoida oireiden taustalla olevaa kipua. Tällöin kipua voi aiheuttaa huomattavia seurauksia. Näissä tilanteissa voidaan kokonaisvaltaisen kivunhoidon onnistumista edistää käyttämällä kivun arvioinnissa potilaan käyttäytymistä arvioivia mittareita. (Miller 2011, 781.)

4.5.2 Kivunhoidon toteuttaminen

Monroe, Parish ja Mion (2015, 317) kuvaavat muistisairaahan potilaan kivunhoitoa monimutkaisen palapelin kokoamiseksi. Tutkimuksessa hoitajat kertoivat toteuttavansa kivunhoitoa potilaalta, omaisilta, ympäristöstä, sairaushistoriasta ja hoitotiimiltä saatujen tietojen perusteella. Hoidon onnistumisen esteenä voi Kankkunen (2009, 259, 250–251) mukaan olla hoitajien asenne, jolloin potilasta ei välttämättä uskota, kun hän kertoo kivuistaan. Hoitajilla saattaa olla myös huoli lääkeriippuvuuden kehittymisestä, vaikka kipua voidaan hoitaa sekä lääkkeellisillä että lääkkeettömillä keinoilla.

Kivun hoidolla tavoitellaan kivutonta yöunta sekä kivuttomuutta levolla ollessa ja liikkuesssa. Muistisairailta pelkkä lääkkeetön kivunhoito on usein riittämätön, mutta sitä voidaan käyttää lääkehoidon tukena. (Öun 2014, 239–240.) Lääkkeetömistä hoitomuodoista on eniten hyötyä silloin, kun käytetään samanaikaisesti useaa eri menetelmää. Kognitiivis-behavioraalista menetelmistä on hyötyä eniten muistisairauden varhaisessa vaiheessa, koska menetelmät vaativat hyvää kognitiivista tilaa. Sen sijaan kosketuksen kautta kipua lievittävät menetelmät ovat tehokkaita vielä vaikeasti muistisairailtakin. Eri menetelmät voivat tehot osin hermostoon vaikuttamalla, mutta ne myös antavat potilaalle huomatuksi ja hoivatuksi tulemisen tunteen, joka lisää samalla turvallisuuden tunnetta. (Kankkunen 2009, 261–262.)

Muistisairailta potilailla kipulääkkeiden käyttö usein vähenee. Tähän ei ole selkeää syytä, mutta osittain se voi johtua puutteellisesta kivunarviointimenetelmien käytöstä ja dokumentoinnista sekä haluttomuudesta käyttää opioideja kivunhoidossa. (Kress ym. 2014.) Tutkimuksessa (Miu 2014) todettiin, että muistisairautta sairastavien kivunhoito ja kivun tunnistaminen jäivät osassa hoivakodeista puutteellisiksi. Tutkimus osoitti, että säännöllistä kipulääkettä sai vain 30,7 prosenttia potilaista, vaikka kipumittareiden mukaan kivusta kärsi 61,5 prosenttia. Tässä tutkimuksessa miessukupuoli, aggressiivinen käyttäytyminen ja alhainen MMSE-pistemäärä olivat yhteydessä kivun esiintymiseen.

Kipulääkkeitä voidaan käyttää muistisairaiden kivun hoitoon, kun iän myötä tapahtuvat muutokset elimistössä huomioidaan hoidossa. Perustana on säännöllinen kipulääkitys, koska tarvittaessa annettavat kipulääkkeet jäivät usein antamatta. Tämä on tehokkain tapa hoitaa kipua, koska kipu ei ehdi muuttua liian voimakkaaksi. (Kankkunen 2009, 259, 261.) Ritarin, Ahosen, Hartikaisen, Taipaleen ja Koposen (2016, 2661) tutkimuksen mukaan kipulääkkeiden käytössä ei ollut merkittävää eroa terveiden ja Alzheimerin tautia sairastavien ihmisten välillä. Alzheimerin tautia sairastavilla yleisin käytössä oleva kipulääke oli parasetamoli, kuten hoitosuosituksien mukaan kuuluukin. Iän lisääntyessä parasetamolin sekä opioidien käyttö kivunhoidossa lisääntyi ja tulehduskipulääkkeiden käyttö väheni. Tutkimuksen mukaan ongelmallisena muistisairaiden kivun hoidossa voidaan pitää fentanyylilaastarin käyttöä, koska sen käytöstä voi tulla haittavaikutuksia, jotka sekoittuvat helposti käytösoireiden kanssa.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tällä menetelmällä tietoa tarkastellaan numeroiden avulla, jolloin saadaan vastattua kysymyksiin "kuinka paljon" tai "kuinka usein" (Vilkka 2007, 14). Määrällisessä tutkimuksessa voidaan kartoittaa hyvin nykytilanne, mutta siihen johtaneiden syiden selvittäminen jää yleensä heikommaksi. Kyselyn avulla voidaan kuitenkin selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia sekä mahdollisia muutoksia, joita on tapahtunut tutkittavassa asiassa. (Heikkilä 2014, 15.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitteelliset asiat operationalisoidaan, eli ne muutetaan ymmärrettävään muotoon. Jotta kaikki vastaajat ymmärtäisivät kysyttävät asiat samalla tavalla, ne strukturoidaan. Se tarkoittaa sitä, että tutkittavat asiat vakioidaan kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi. (Vilkka 2007, 14–15.) Kysymysten asetelussa ei voida etukäteen saada varmistusta siitä kuinka hyvin vastausvaihtoehdot ovat onnistuneet, joten lomakkeen laatiminen vaatii aikaa, tietoa ja taitoa (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195).

Päädyimme tekemään määrällisen tutkimuksen, koska sen avulla saimme tavoitettua mahdollisimman suuren osan osaston hoitajista. Tällöin kokonaistilanne avautui todenmukaisesti, vaikka otos ei ollutkaan kovin suuri. Määrällisen tutkimuksen avulla saimme selvitettyä eri tekijöiden välisiä riippuvuussuhteita. Halusimme selvittää esimerkiksi sen, onko työkokemuksella vaikutusta eri arviointimenetelmien käyttöön tai hoitajien kohtaamiin haasteisiin muistisairaiden potilaiden kivunhoidossa.

5.2 Luotettavuus

Kaikkiin tutkimuksiin kuuluu niiden luotettavuuden arviointi, koska virheiden välttämisestä huolimatta tulosten luotettavuus ja pätevyys voivat vaihdella. Arviointiin liittyviä käsitteitä ovat validius ja reliaabelius. (Hirsijärvi ym. 2009, 231.) Validius eli pätevyys kertoo, kuinka hyvin tutkimuksen avulla on saatu tutkittua sitä asiaa, mitä on ollut tarkoituksenakin. Koska validiutta on vaikea tarkastella enää tutki-

muksen jälkeen, täytyy se huomioida tätä ennen huolellisella suunnittelulla ja tarkasti mietityllä tiedonkeruulla. Jotta mittaukset voisivat olla valideja, mitattavat käsitteet ja muuttujat on määriteltävä tarkoin. (Heikkilä 2014, 27.) Käsitteiden määrittelyn lisäksi validiutta arvioitaessa tarkastellaan kysymysten ja niiden vastausvaihtoehtojen sisältöä ja muotoilua, onko valittu asteikko toimiva ja sisältyykö mittariin epätarkkuuksia. Jos tutkijalle ei ole tullut erehdyksiä käsitteiden tasolla ja systemaattisia virheitä ei ole, voidaan validiutta pitää hyvänä. (Vilkkä 2007, 150.)

Reliaabelius mittaa sitä, voidaanko tutkimuksen avulla saada sellaisia tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Jo suunnitteluvaiheessa kannattaa huomioida mahdollinen vastaamatta jättäjien määrä, jolloin otoskoko voi jäädä pieneksi ja sattumanvaraiset tulokset lisääntyä. (Heikkilä 2014, 28.) Otokseen lisäksi myös vastausprosentti, muuttujiin liittyvien tietojen huolellinen syöttö ja mittausvirheet vaikuttavat siihen, kuinka pätevänä reliabiliteettiä voidaan pitää. Arviointia tehdään tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. (Vilkkä 2007, 150.) Tulosta voidaan pitää reliaabelina, jos eri arvioijat saavat samanlaiset tulokset tai sama tulos saadaan eri tutkimuskerroilla, kun tutkittavana on sama kohde (Hirsjärvi ym. 2014, 231).

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen kuuluu sekä validius että reliaabelius. Siihen vaikuttaa se, miten tutkimus aiotaan tehdä eli tutkimukselle asetettu vaatimustaso. Kun kokonaisluotettavuus on hyvä, otos edustaa hyvin kohdejoukkoa ja mittauksessa tapahtuneet satunnaisvirheet ovat vähäiset. (Vilkkä 2007, 152, 154.) Tutkimusta voidaan pitää onnistuneena, jos tutkimuskysymyksiin on saatu luotettavia vastauksia (Heikkilä 2014, 27).

Pyrimme tekemään kyselylomakkeen kysymykset tutkimusongelmiemme pohjalta, jotta saisimme niihin mahdollisimman kattavat vastaukset. Kyselylomaketta testasimme etukäteen hoitotyön ammattilaisilla ja heidän antamien palautteiden perusteella pystyimme muokkaamaan lomaketta sujuvammaksi. Kysymyksiä muotoillessa huomioimme, että vastaajan olisi helppo ymmärtää niiden sisältö ja vastata kyselyyn. Tutkimuksen aikana muistutimme osaston hoitajia kyselyyn vastaamisesta, jotta saisimme mahdollisimman paljon vastauksia.

5.3 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosasto 5A:n hoitohenkilökunta, johon kuului 33 hoitajaa. Osastolla hoidetaan 34 vuodepaikalla ruuansulatuselimistön sairauksia sekä aineenvaihdunta-, veri-, infektio-, sydän- ja reumasairauksia sairastavia potilaita. Heidän hoidostaan vastaavat työparit, joita aamuvuorossa työskentelee neljä ja iltavuorossa 3–4. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015.)

Aineisto kerättiin kirjallisella kyselylomakkeella (Liite 2), joka koostui teorian ja tutkimusongelmien pohjalta laadituista kysymyksistä. Pidimme kysymysten määrän maltillisena, jotta vastaaminen ei veisi liian kauan aikaa varsinaiselta hoitotyöltä ja mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn. Lomakkeessa oli suljettuja ja sekamuotoisia kysymyksiä sekä yksi kysymys, johon vastauskohta oli jätetty avoimeksi. Suurimman osan kysymyksistä muotoilimme väittämiksi, joihin oli viisi vastausvaihtoehtoa: täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Kysymyksiin vastaaminen helpottui valmiiden vaihtoehtojen avulla, koska silloin vastaajan ei tarvinnut itse muotoilla vastaustaan. Avoimen kysymyksen avulla selvitimme osastolla käytettäviä lääkkeitä hoitomenetelmiä. Koska näitä menetelmiä on monia, emme halunneet asettaa valmiita vastausvaihtoehtoja. Tällä tavoin saimme selville, mitkä menetelmät osastolla olivat käytössä. Jätimme avoimen vastausvaihtoehdon myös sekamuotoisiin kysymyksiin, koska emme voineet olettaa, että antamamme vaihtoehdot olivat kaikkien vastaajien mielestä olennaisimmat.

Kyselylomakkeen veimme osastolle kolmeksi viikoksi, jotta hoitajat saivat itse päättää sopivan ajankohdan kyselyyn vastaamiseen. Jokaisen lomakkeen alussa oli saatekirje, jossa kerroimme tutkimuksen tarkoituksen ja annoimme ohjeita sen täyttämiseen. Kyselyyn vastattuaan hoitajat laittoivat lomakkeet niille varattuun laatikkoon. Viimeisen palautuspäivän lähestyessä hoitajia muistutettiin kyselyyn vastaamisesta. Tavoitteenamme oli, että heistä vähintään 70 % osallistuisi tutkimukseen. Kyselyyn vastasi 22 henkilöä, jolloin vastausprosentiksi muodostui 66,7 %.

5.4 Aineiston käsittely ja analysointi

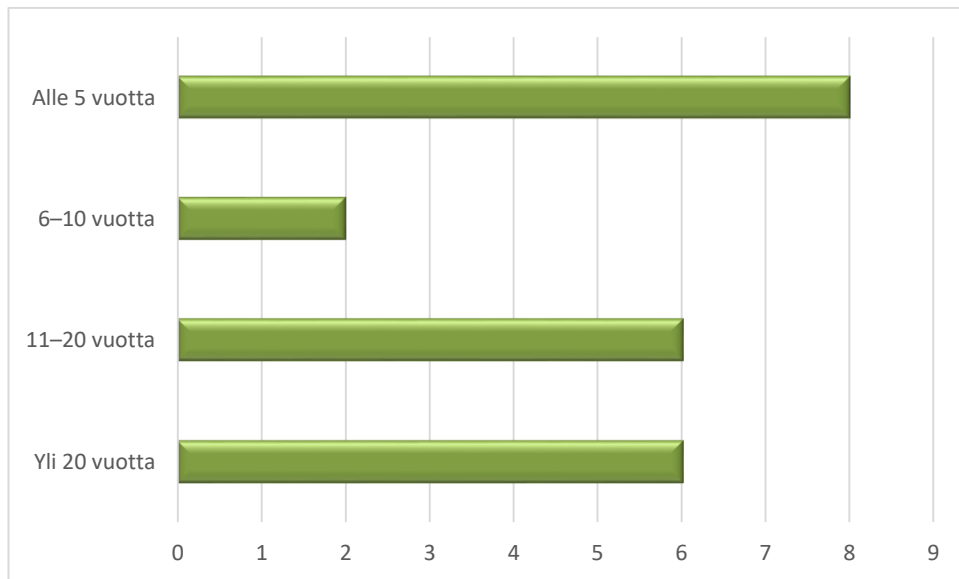
Määrällisessä tutkimuksessa aineiston käsittelyllä tarkoitetaan kysymyslomakkeiden tarkistamista ja niistä saatujen tietojen syöttämistä tietokoneelle tulosten tarkastelua varten (Vilkkä 2007, 106). Kun kaikki kysymyslomakkeet oli palautettu, silmäilimme ne läpi saadaksemme kokonaiskuvan palautuneista lomakkeista. Sen jälkeen syötimme yksitellen annetut vastaukset SPSS-tilastointiohjelmaan. Osan vastauksista jouduimme hylkäämään, koska ne oli merkitty epäselvästi tai väärin. Epäselviä vastauksia olivat esimerkiksi ne kohdat, joissa yhden sijaan vaihtoehtoista oli ympyröity useampia. Osassa lomakkeista kaikkiin kysymyksiin ei ollut vastattu.

Analysointivaiheessa poistimme joitain kysymyksiä, koska huomasimme, etteivät ne olleet tutkimusongelmien kannalta oleellisia. Suljetut kysymykset analysoimme SPSS-ohjelmalla, jolloin pystyimme laskemaan muuttujien frekvenssejä ja prosenttiosuuksia ja hyödyntämään niitä aineiston kuvailussa. Ristiintaulukointia tehdessä havaitsimme, että asettamiemme taustamuuttujien välillä ei ollut merkittäviä eroja, joten emme kokeneet tarpeelliseksi avata muuttujien välisiä suhteita tutkimuksen tuloksissa. Analysoinnin jälkeen teimme Excel-ohjelmalla kuvioita, joiden avulla voimme antaa vastauksista helposti informaatiota lukijalle. Pylväskuvioilla vastausten määrä ja jakautuminen saatiin tuotua selkeästi esille.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

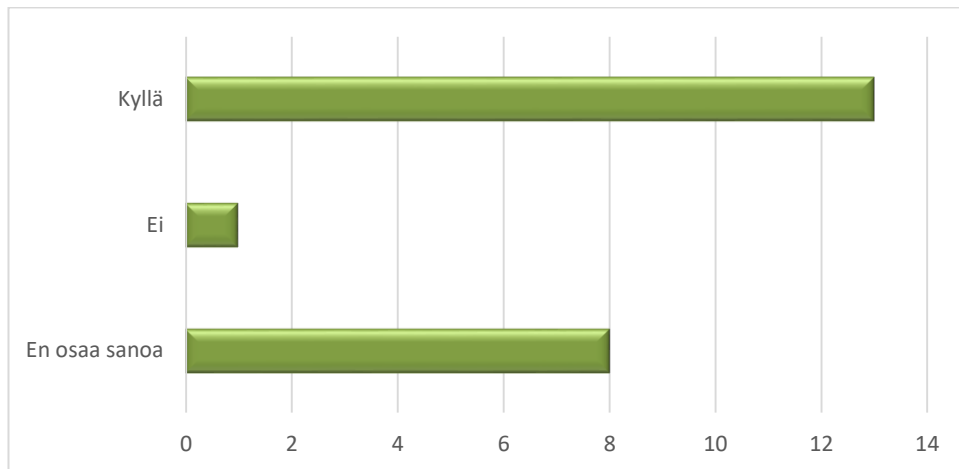
Kyselyyn vastasi 22 Lapin keskussairaalan 5A-osastolla työskentelevästä 33 hoitajasta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 66,7. Aluksi selvitimme vastaajien ammattinimikkeen ja työkokemuksen. Vastaajista kuusi (27 %) oli lähi- tai perushoitajia ja 16 (73 %) sairaanhoitajia. (Liite 3.) Kyselyyn vastanneista hoitajista kahdeksan (36 %) oli työskennellyt hoitoalalla alle viisi vuotta. Kahdella (9 %) hoitajalla työkokemusta oli 6–10 vuotta, kuudella (27 %) 11–20 vuotta ja kuudella (27 %) yli 20 vuotta. (Kuvio 1.) Kartoitimme taustatiedoissa hoitajien ammattinimikkeen ja työkokemuksen, jotta voisimme tulosten analysoinnissa selvittää, vaikuttavatko nämä tekijät käytössä oleviin arviointimenetelmiin tai onko kokeneempien hoitajien mielestä kivunhoito helpompaa kuin niiden, joilla on vähemmän työkokemusta. Merkittäviä eroja ei kuitenkaan ilmennyt ristiintaulukoinnissa.



Kuvio 1. Vastaajien työkokemus

Suurin osa vastaajista (82 %, n=18) ei ollut osallistunut koulutukseen, jossa on käsitelty muistisairaahan kivunhoitoa. Koulutukseen kertoi osallistuneensa neljä (18 %) vastanneista. (Liite 4.) Kysymyksessä emme kartoittaneet sitä, oliko koulutus järjestetty nykyisellä osastolla tai oliko koulutuksessa käsitelty muistisairaahan kivunhoitoa muun kivunhoidon ohessa. Tutkimuksen perusteella (kuvio 2) osastolla olisi kuitenkin tarvetta kivunhoitoon liittyvään koulutukseen. Yli puolet vastaajista

(59 %, n=13) oli tätä mieltä. Vastanneista yksi (5 %) oli sitä mieltä, että koulutukselle ei ole tarvetta ja loput kahdeksan (36 %) eivät osanneet sanoa.

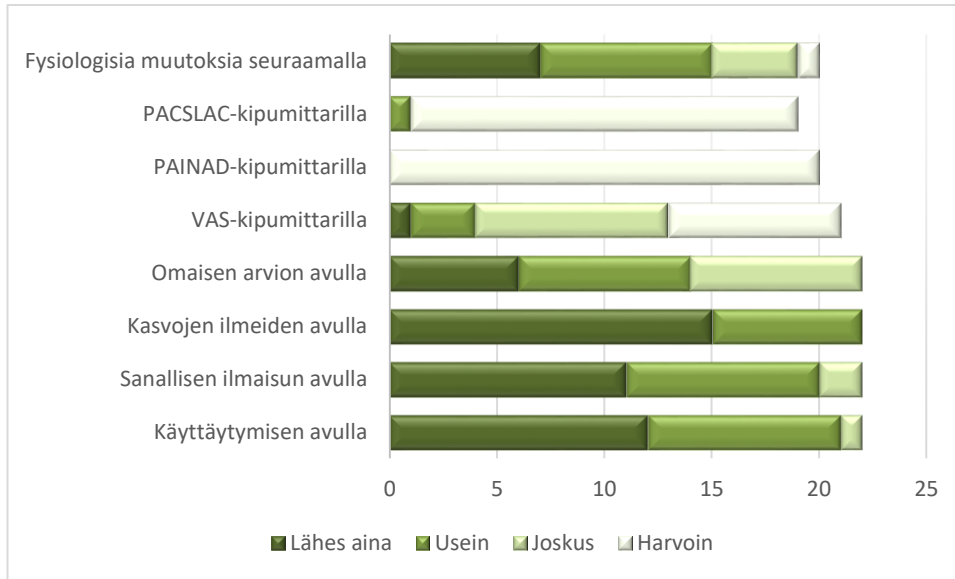


Kuvio 2. Vastaajien mielipide koulutuksen tarpeellisuudesta

6.2 Hoitajien käyttämät kivunarviointimenetelmät muistisairaiden kivunhoidossa sisätautien hoitotyössä

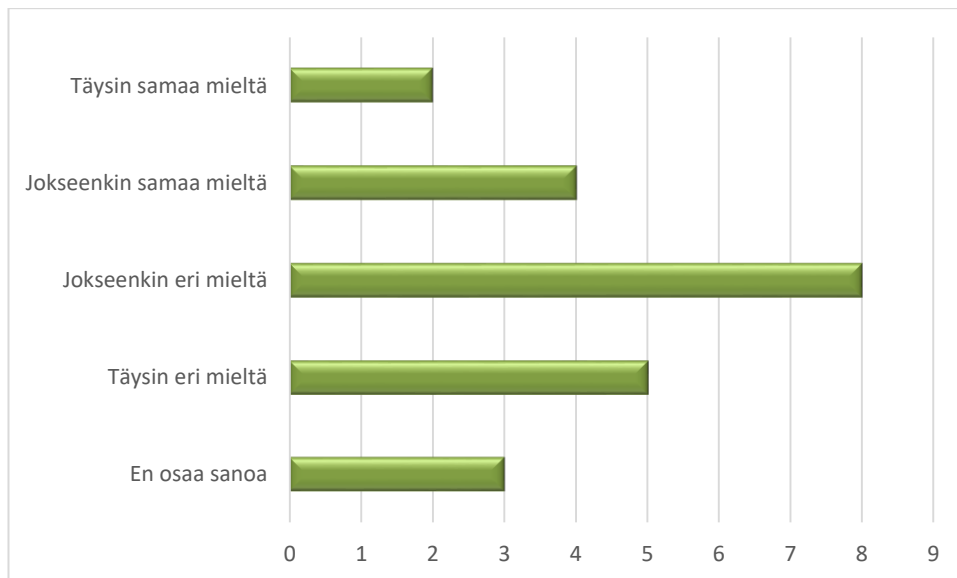
Muistisairaalan potilaan kivun arviointimenetelmistä vastaajat käyttivät eniten kasvojen ilmeisiin perustuvaa havainnointia. Hoitajista 15 (68 %) käytti tätä menetelmää lähes aina ja seitsemän (32 %) usein. Potilaan sanallista ilmaisua käytti arvioinnissa lähes aina 11 (50 %) ja usein yhdeksän (41 %) vastanneista. Potilaan käyttäytymisen havainnointi oli melkein kaikilla vastaajilla arviointimenetelmänä lähes aina (55 %, n=12) tai usein (41 %, n=9). Omaisen arvio potilaan kivusta otettiin vastausten perusteella vaihtelevasti huomioon. Omaisen arviota käytti kuusi (27 %) hoitajaa lähes aina, kahdeksan (36 %) usein ja kahdeksan (36 %) joskus. Fysiologiset muutokset kivun arvioinnissa huomioi seitsemän (32 %) vastaajaa lähes aina, kahdeksan (36 %) usein ja neljä (18 %) joskus. (Kuvio 3.)

Kipumittarit olivat harvemmin käytössä muistisairaiden kivun arvioinnissa. Kaikille potilasryhmille tarkoitettu VAS oli kipumittareista käytetyin. Se oli arvioinnissa mukana yhdellä (5 %) hoitajalla lähes aina, kolmella (14 %) usein ja yhdeksällä (43 %) joskus. Muistisairaille potilaille laadituista kipumittareista PACSLAC oli usein käytössä vain yhdellä (5 %) hoitajalla. Loput (95 %, n=18) vastanneista käyttivät tätä mittaria harvoin. Kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat käyttivät myös PAINAD-mittaria harvoin. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Kivun arvioinnissa käytetyt menetelmät

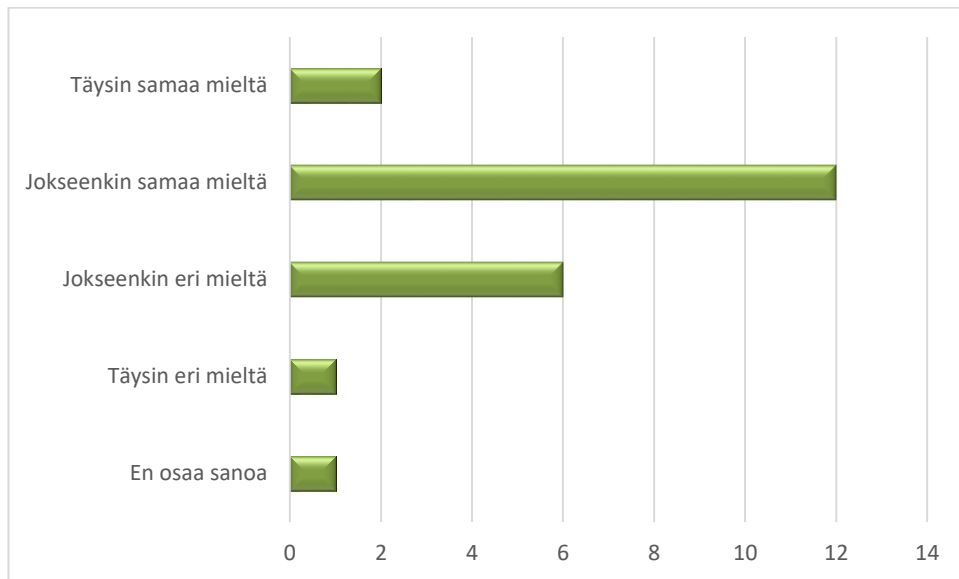
Kivun arviointimenetelmissä kipumittareiden käyttö oli vastausten perusteella melko vähäistä. Hoitajista kahdeksan (36 %) oli jokseenkin eri mieltä ja viisi (23 %) täysin eri mieltä siitä, että kipumittareiden käyttö helpottaa muistisairaana potilaan kivun arviointia. Jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä oli kuusi (27 %) vastanneista. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Kipumittareiden käyttö helpottaa muistisairaana kivun arviointia

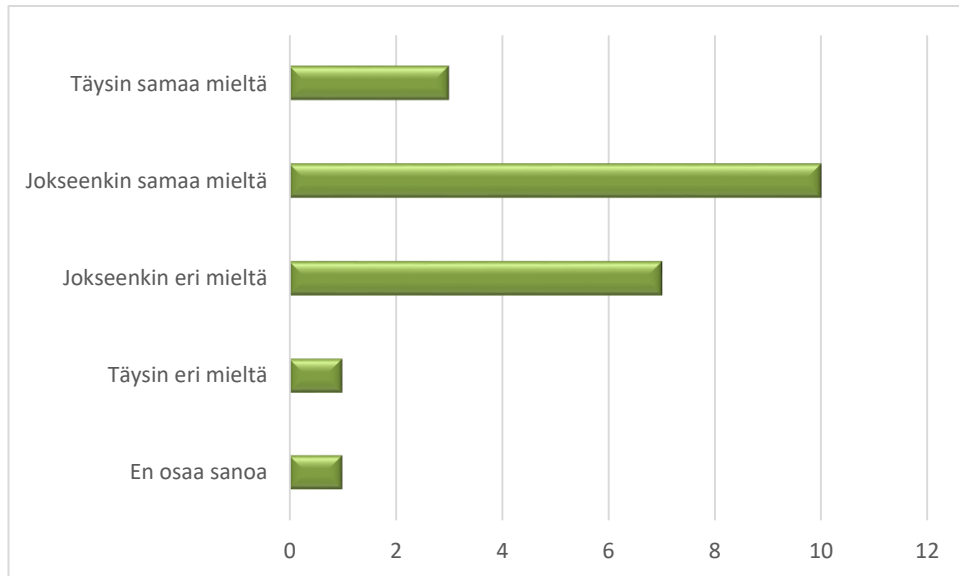
6.3 Hoitajien kohtaamat haasteet muistisairaiden kivunhoidossa sisätautien hoitotyössä

Tutkimuksessamme halusimme selvittää, mitä haasteita hoitajat kohtaavat muistisairaiden kivunhoidossa. Lähes kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että muistisairaahan potilaan kivun arviointi on muita potilasryhmiä haastavampaa. Täysin samaa mieltä oli 12 (55 %) ja jokseenkin samaa mieltä kahdeksan (36 %). Ainoastaan yksi (5 %) hoitaja oli jokseenkin eri mieltä. (Liite 5.) Se, että muistisairaahan kivun arviointia pidetään muita potilasryhmiä haastavampana, voi olla syynä siihen, että vain kaksi (9 %) kyselyyn vastanneista hoitajista osasi omasta mielestään arvioida kipua riittävän hyvin. Kuitenkin yli puolet (55 %, n=12) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että oma osaaminen on riittävää. Yksi (5 %) vastaaja oli tästä väittämästä täysin eri mieltä. (Kuvio 5.)



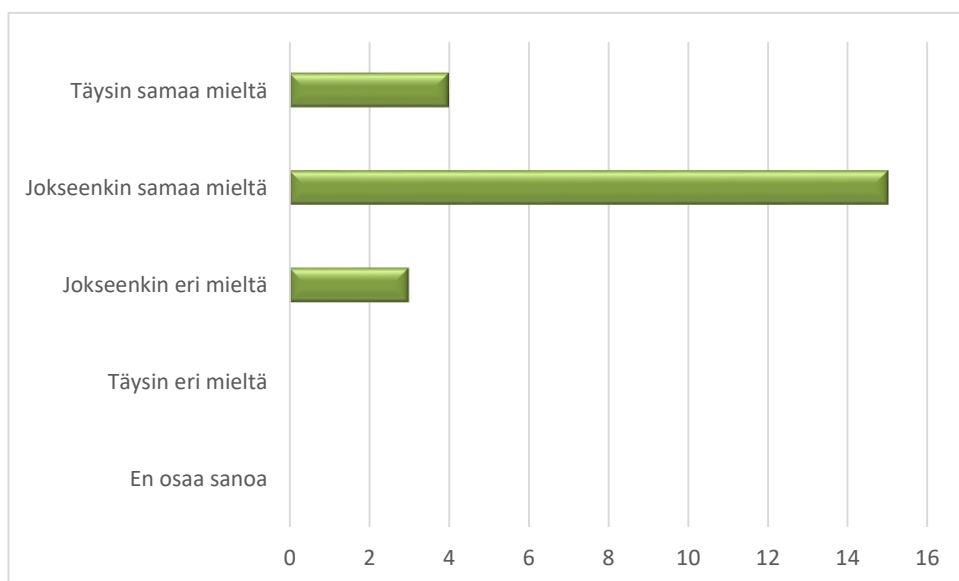
Kuvio 5. Mielestäni osaan arvioida muistisairaahan kipua riittävän hyvin

Kyselymme perusteella lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että kipua voi ilmentää oireilla, jotka muistuttavat muistisairaahan käytösoireita. Vastaajista yhdeksän (41 %) oli täysin samaa mieltä ja 10 (46 %) jokseenkin samaa mieltä. (Liite 6.) Suurin osa vastaajista luotti ainakin jossain määrin muistisairaahan potilaan kertoman kivun todellisuuteen. Hoitajista kolme (14 %) piti muistisairaahan potilaan kertomaa kipua aina todellisena ja 10 (46 %) oli jokseenkin samaa mieltä. Seitsemän (32 %) vastaajaa oli asiasta jokseenkin eri mieltä ja yksi (5 %) täysin eri mieltä. (Kuvio 6.)



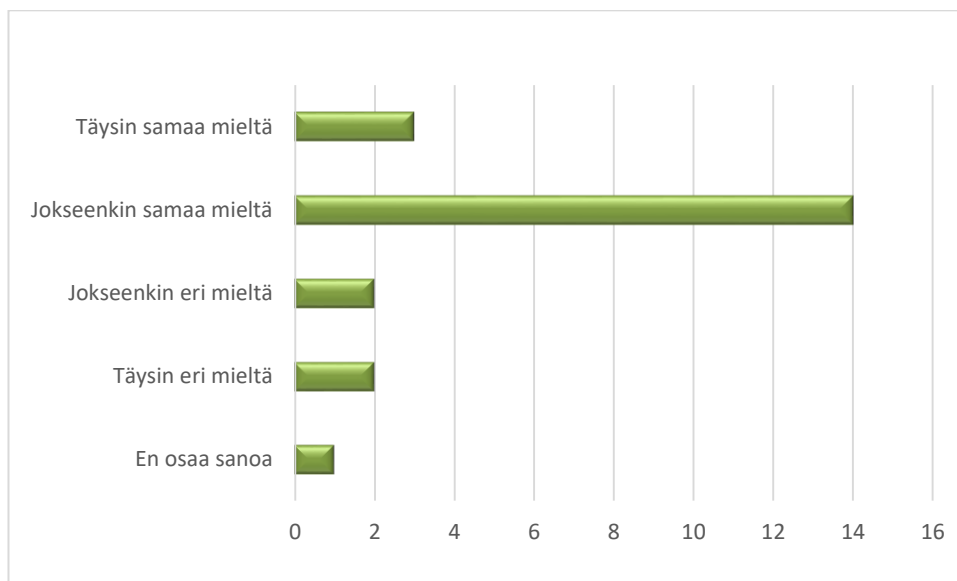
Kuvio 6. Kun muistisairas kertoo kivustaan, se on aina totta

Sen lisäksi, että muistisairaana potilaan kivun todellisuudesta ei ole varmuutta, muistisairas ei välttämättä pysty itse kertomaan kivustaan. Kartoitimme yhdellä väittämällä sitä, kuinka luotettavana hoitajat pitävät henkilökunnan arviota muistisairaana kivusta niissä tilanteissa, joissa potilas ei kykene kertomaan kivustaan. Täysin luotettavana henkilökunnan arviota piti neljä (18 %) vastaajaa. Suurin osa (68 %, n=15) oli arvion luotettavuudesta jokseenkin samaa mieltä. Kukaan vastaajista ei pitänyt arviota täysin epäluotettavana, mutta kolme (14 %) oli jokseenkin eri mieltä hoitajien tekemän arvion paikkansapitävyydestä. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Henkilökunnan arvio kivusta on luotettava, vaikka potilas ei pystyisi sitä kertomaan

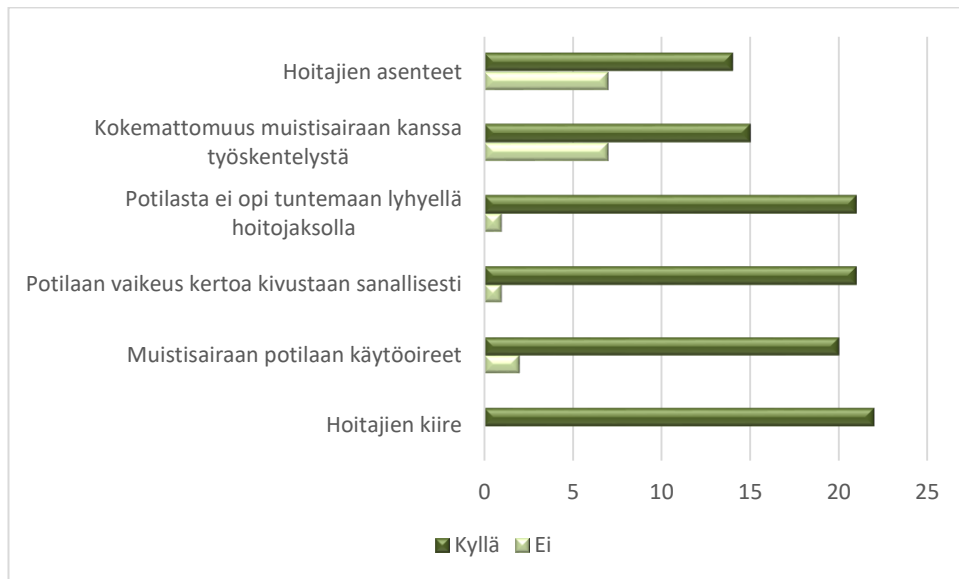
Joissain tilanteissa vaikeaa muistisairautta sairastavien potilaiden kivun voimakkuudesta, sijainnista tai olemassaolosta ei voida olla täysin varmoja. Suurin osa vastaajista (64 %, n=14) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että muistisairaalle potilaalle voidaan aloittaa kipulääkitys, vaikka kivun olemassaolosta ei ole varmuutta. Kolme (14 %) hoitajaa oli väittämstä täysin samaa mieltä. Täysin eri kannalla oli kaksi (9 %) ja jokseenkin eri mieltä kaksi (9 %). (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Muistisairaalle potilaalle voidaan aloittaa kipulääkitys, vaikka kivun olemassaolosta ei ole varmuutta

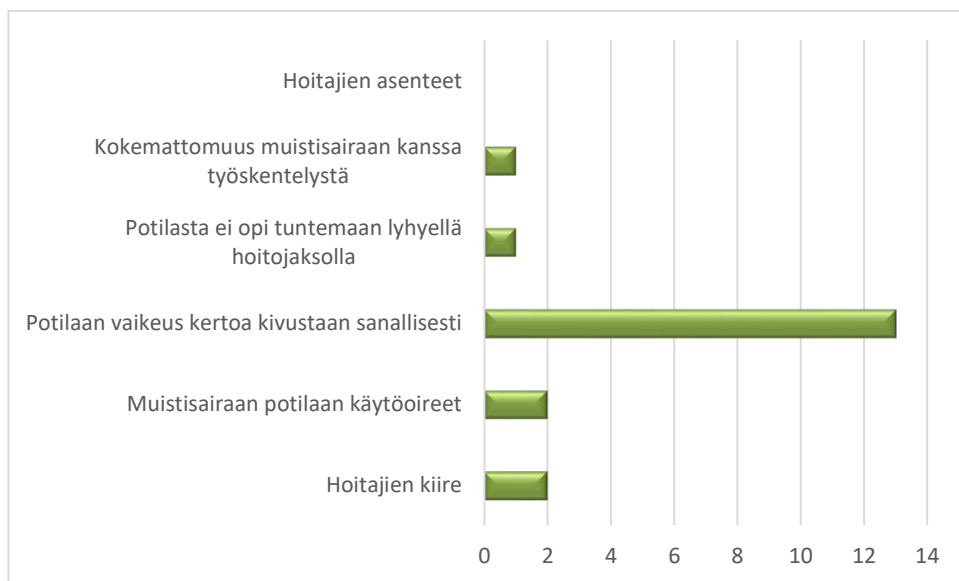
Halusimme kyselyssä selvittää, mitkä tekijät vaikeuttavat muistisairaahan kivun arviointia. Erikoissairaanhoidossa työtahti on usein nopeampainen, mikä saattaa selittää sen, että kaikkien vastanneiden mielestä hoitajien kiire vaikeuttaa muistisairaahan kivun arviointia. Hoitojakson pituus vaikeutti arviointia lähes kaikkien (95 %, n=21) vastaajien mielestä, koska lyhyellä hoitojaksolla potilasta ei opi tuntemaan. Muistisairauden aiheuttamia kognitiivisia muutoksia pidetään kivun arvioinnissa haasteellisena, jos potilas ei pysty itse kertomaan kivustaan. Vain yksi (4 %) hoitaja vastasi, että potilaan vaikeus kertoa kivustaan sanallisesti ei ole vaikeuttava tekijä ja muiden (95 %, n=21) mielestä se vaikeuttaa arviointia. Suurin osa (91 %, n=21) vastasi, että arviointi vaikeutuu myös silloin, kun potilaalla on käytösoireita. Ammattitaitoa koskevissa väittämässä oli eniten hajontaa vastausten välillä. Yli puolet (68 %, n=15) vastasivat, että kokemattomuus muistisairaiden kanssa työskentelystä vaikeuttaa arviointia ja seitsemän (32 %) vastaajan

mielestä sillä ei ole merkitystä. Hoitajien asenne oli yli puolessa (67 %, n=14) vastauksista vaikeuttava tekijä. (Kuvio 9.)



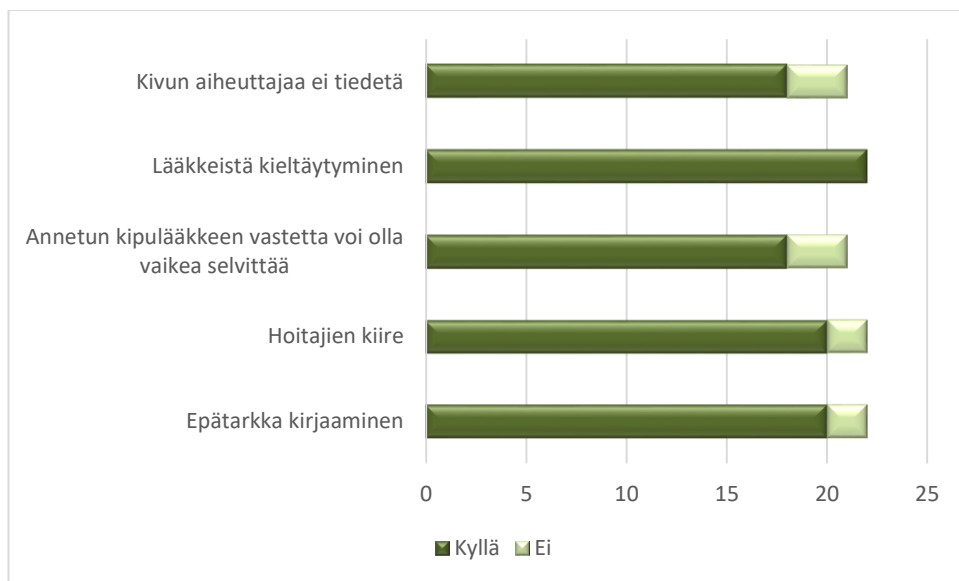
Kuvio 9. Kivun arviointia vaikeuttavat tekijät

Yli puolet vastaajista (68 %, n=13) valitsi edellä mainituista tekijöistä haasteellisimmaksi potilaan vaikeuden kertoa kivustaan sanallisesti. Loput vastauksista jakoutuivat melko tasaisesti, sillä hoitajien kiire tai potilaan käytösoireet saivat saman verran vastauksia (11 %, n=2). Vaikka monen vastaajan mielestä hoitajan asenteet vaikeuttavat kivun arviointia, kukaan ei nostanut sitä tärkeimmäksi tekijäksi. (Kuvio 10.)



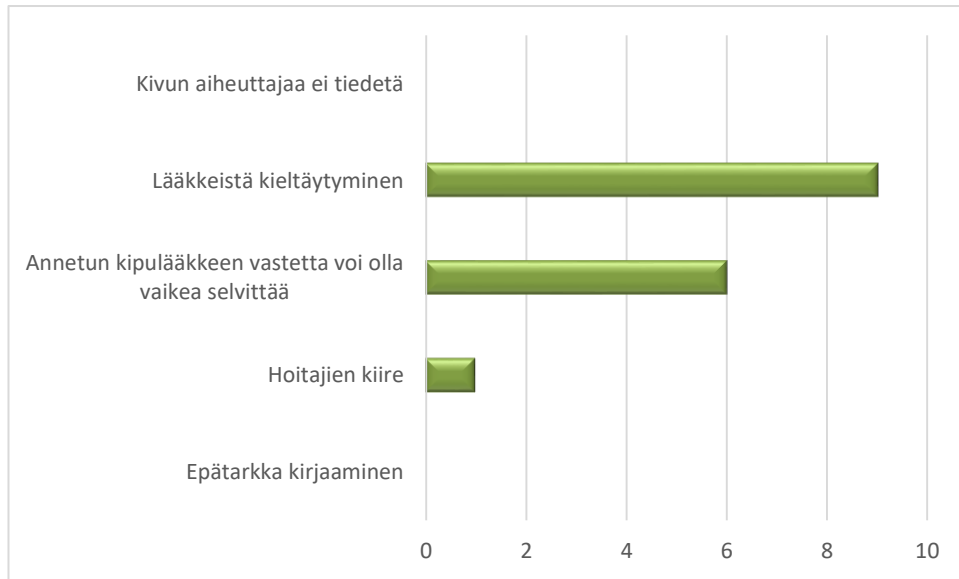
Kuvio 10. Muistisairaana kivun arviointia eniten vaikeuttava tekijä

Vastausten perusteella hoitajat olivat keskenään melko samaa mieltä kivunhoitoa vaikeuttavista tekijöistä. Kaikkien kyselyyn vastanneiden mielestä potilaan lääkkeitä kieltäytyminen vaikeuttaa kivunhoidon toteuttamista. Hoitajista 18 (82 %) oli sitä mieltä, että hoitoa vaikeuttaa myös se, jos kivun aiheuttajaa ei ole tiedossa. Saman verran vastaajista pitää haasteellisena annetun kipulääkkeen vasteen selvittämistä. Näiden muistisairausten aiheuttamien haasteiden lisäksi 20 (91 %) vastaajan mielestä hoitajien kiire sekä kirjausten epätarkkuus vaikeuttavat hoitoa. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Kivunhoidon toteuttamista vaikeuttavat tekijät

Vaikka on olemassa monia muistisairaiden kivunhoitoa vaikeuttavia tekijöitä, tässä tutkimuksessa merkittävin tekijä oli yhdeksän (41 %) hoitajan mielestä potilaan kieltäytyminen lääkkeitä. Kuusi (27 %) hoitajaa vastasi haasteellisimmaksi annetun kipulääkkeen vasteen selvittämisen. Kukaan vastanneista hoitajista ei nostanut epätarkkaa kirjaamista tai epäselvyyttä kivun aiheuttajasta merkittävimäksi haasteeksi kivunhoidon toteuttamisessa. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Muistisairaalan kivunhoitoa eniten vaikeuttava tekijä

7 POHDINTA

7.1 Keskeisten tulosten tarkastelua

Opinnäytetyössä tarkoituksenamme oli kartoittaa, miten osaston hoitajien mielestä muistisairaahan kivunhoito toteutuu osastolla. Tutkimuksen avulla saimme selville muistisairaahan kivunhoidon toteutumisen nykytilanteen, kuten millä tavoin hoitajat toteuttavat käytännössä kivunhoitoa ja mitä mieltä he siitä ovat. Lähdimme tutkimuksessa hakemaan vastauksia tutkimusongelmiimme, jotka liittyivät osastolla käytössä oleviin kivun arviointimenetelmiin ja hoitajien kohtaamiin haasteisiin muistisairaiden kivunhoidossa sisätautien hoitotyössä. Tutkimuksemme tulokset ovat hyvin samankaltaisia aiempien aiheeseen liittyvien tutkimusten ja teorian tiedon kanssa.

Muistisairaahan potilaan kivun arvioinnissa vastanneet hoitajat käyttivät eniten kasvojen ilmeiden ja potilaan käyttäytymisen havainnointia sekä sanallista ilmaisua. Koska hoitajilla on käytössä useita eri menetelmiä arvioinnin tukena, he eivät ainakaan muistisairaahan potilaan kohdalla arvioi kipua vain yhden keinon avulla. Hoitajien arvio kivusta perustui tutkimuksen mukaan usein siihen, mitä potilas kertoo, mitä hoitajat itse havainnoivat ja mitä he voivat mitata. Monet hyödynsivät arvioinnissa fysiologisia muutoksia, vaikka niihin ei teorian tiedon mukaan voikaan täysin luottaa. Kangasmäen ja Pudas-Tähkän (2016) mukaan fysiologisten muutosten käyttöön kivun arviointimenetelmänä on suhtauduttava kriittisesti, koska muutokset voivat olla hyvin yksilöllisiä. On myös tutkittu, että fysiologiset muutokset voivat muistisairaalla olla vähäisempiä kuin muilla potilailla (Hadjistavropoulos ym. 2014).

Tutkimuksen mukaan muistisairaille tarkoitetut kipumittarit eivät olleet osastolla säännöllisessä käytössä, mikä voi johtua siitä, että kipumittareiden käytön ei koettu juurikaan helpottavan muistisairaahan potilaan kivun arviointia. Myös Kankkusen, Taposen ja Suomisen (2007, 317) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat luottivat eniten potilaan emotionaaliin ja fyysisiin muutoksiin kipua arvioidessaan, eivätkä pitäneet kipumittareita luotettavina muistisairaahan potilaan kohdalla. Tutkimuksessamme vastausten perusteella osastolla kivun arvioinnissa

kuitenkin havainnoidaan samoja asioita kuin muistisairaille tarkoitetuissa kipumittareissa, sillä esimerkiksi PAINAD arvioi hengitystä, ääntelyä, ilmeitä, elekieltä ja lohdutettavuutta. Tutkimuksesta ei käynyt ilmi, olivatko hoitajat tietoisia mittareiden sisällöstä.

Kivun arvioinnin haastavuus saattaa olla syynä siihen, että osastolla myös muistisairaahan kivunhoitoa kokonaisuudessaan pidettiin haasteellisena. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat olivat ainakin jossain määrin sitä mieltä, että muistisairaahan potilaan kohdalla kivun arviointi on haasteellisempaa kuin muiden potilaiden kohdalla. Eniten arviointia vaikeuttavaksi tekijä oli tulosten perusteella se, että kognitiivisten kykyjen alentuessa sanallinen ilmaisu heikkenee. Myös Rantalán (2014, 79) tutkimuksessa nostettiin kognitiivisen tason heikkenemisestä johdettu kivun arvioinnin vaikeus suurimmaksi esteeksi laadukkaalle kivunhoidolle. Vaikka tutkimuksessamme hoitajien mielestä potilaan sanallisen ilmaisun heikkeneminen oli arvioinnin suurin haaste, käyttivät he silti eniten hyödyksi potilaan omaa arviota kivustaan. Kivusta kysyminen on luultavasti tärkeimpiä keinoja arvioida kipua muilla potilasryhmillä, mikä voisi olla selityksenä sille, että hoitajien mielestä kognitiivisten kykyjen aleneminen vaikeuttaa arviointia eniten.

Ahn ja Horgas (2013) ovat tutkimuksessaan osoittaneet, että muistisairaahan potilaan lisääntyneet käytösoireet voivat kertoa kivusta. Kyseisessä tutkimuksessa hoivakodin asukkaiden käytösoireista aggressiivisuus ja ahdistus lisääntyivät silloin, kun muistisairas asukas koki kipua. Myös tässä tutkimuksessa osaston hoitajat tiedostivat, että kipu voi ilmetä muistisairaalla potilaalla käytösoireina. Jos kipu on piilossa käytösoireiden taustalla, voi sen löytämiseen ja tunnistamiseen kulua enemmän aikaa kuin muilla potilailla. Potilaan lyhyen hoitajakson koetaan vaikeuttavan kivun arviointia, mikä voi vaikeuttaa kivusta kertovien käytösoireiden tunnistamista, kun potilasta ja hänen normaalia käyttäytymistään ei opi tuntemaan.

Tutkimuksessamme hoitajat pääsääntöisesti luottivat kivun arvioinnissa omaan arvioonsa. Vaikeaa muistisairautta sairastavilla kivun arviointi voi joskus perustua yhden hoitajan näkemykseen kivun olemassaolosta. Varmuutta kivun laadusta ja voimakkuudesta ei tällöin saada, joten kivunhoitomenetelmän tehon arviointi jää hoitohenkilökunnan näkemyksen ja ammattitaidon varaan. Tarhosen (2013, 43)

tutkimuksessa kävi ilmi, että osa hoitajista arkaili kipulääkkeen antamista, koska he eivät olleet varmoja sen tarpeellisuudesta. Tutkimuksemme perusteella suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että kipulääkitys voidaan aloittaa, vaikka kivun olemassaolosta ei saada varmuutta. Tämä voikin olla yhteydessä siihen, että annetun kipulääkkeen vasteen selvittäminen koettiin osastolla vaikeaksi. Hoidon toteuttamisessa vaikeuttavimmaksi tekijäksi nostettiin kuitenkin se tilanne, kun potilas ei suostu ottamaan lääkkeitään. Lääkkeistä kieltäytyminen voi johtua siitä, että kognitiivisten kykyjen alentuessa muistisairas potilas ei välttämättä ymmärrä miksi lääkkeitä tulisi käyttää.

Keskeisiä haasteita aiheuttavia tekijöitä ovat muistisairaudesta johtuvat potilaan kognitiivisen tason aleneminen ja kommunikoinnin vaikeutuminen. Nämä molemmat tekijät liittyvät erityisesti jo pitkälle edenneeseen muistisairauteen, mistä voidaan päätellä, että erityisesti vaikeasti muistisairaiden potilaiden kivun arviointi ja hoito koetaan haasteelliseksi. Tutkimuksemme perusteella emme voi tietää, koetaanko osastolla myös muiden potilasryhmien kivun arviointi ja hoito haasteelliseksi, koska vaikeuttaviksi tekijöiksi koettiin esimerkiksi kiire ja hoitajien asenteet, jotka eivät liity pelkästään muistisairaahan kivunhoitoon.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan on huomioitava monia eettisiä kysymyksiä tutkimuksen aikana. Lähtökohtana jokaisessa tutkimuksessa tulisi olla ihmisarvon kunnioittaminen. Jotta tutkimus voi olla eettisesti hyvä, on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijalta tämä edellyttää rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja avoimuutta sekä muiden tutkijoiden työn kunnioittamista. Työn suunnittelu, toteutus ja raportointi toteutetaan asianmukaisesti ja niiden aikana täytyy käyttää eettisesti oikeita tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Yksi eettisesti tärkeimmistä asioista on kirjoittamistapa, jolla tutkittavista kirjoitetaan. Tutkimusraporttia kirjoittaessa asiat on ilmaistava niin, että tietojen luottamuksellisuuteen, vaitiololupaukseen ja salassapitovelvollisuuteen liittyvät lupaukset osallistujille säilyvät. (Vilka 2007, 164.)

Koko tutkimusprosessin ajan huomioimme eettisyyden työssämme. Kyselyn alussa tiedotimme hoitajia siitä, että vastaaminen oli kaikille vapaaehtoista. Vastaukset käsiteltiin nimettöminä ja koko tutkimuksen ajan huolehdimme, että vastaajia ei voitu tunnistaa eivätkä ulkopuoliset nähneet vastauslomakkeita. Taustatietoja kartoittavissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat sellaisia, ettei niiden perusteella voitu tunnistaa vastaajaa. Muodostimme tutkimusongelmamme niin, että saisimme mahdollisimman hyvin vastattua osaston toiveisiin. Pyrkimyksenämme oli tuottaa osastolle tarpeellista tietoa, jota he voivat hyödyntää jatkossa. Tulokset käsiteltiin luottamuksellisesti ja niiden analysoinnin jälkeen lomakkeet tuhottiin asianmukaisella tavalla.

Kaikki osaston hoitajat eivät vastanneet kyselyyn, mikä voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Syynä tähän voi olla se, että kaikki hoitajat eivät koe muistisairaaran kivunhoitoa haasteelliseksi ja eivät ole kokeneet tarpeelliseksi vastata kyselyyn. Vastaajien määrään on voinut vaikuttaa myös se, että osa hoitajista oli lomalla tutkimuksen ajankohtana. Tiedostimme tämän riskin ajankohtaa valitessamme, mutta osaston toiveena oli toteuttaa tutkimus kyseisenä ajankohtana. Luotettavuus olisi voinut kärsiä merkittävästi, mikäli vastausprosentti olisi ollut pieni. Tuloksia vääristää hieman se, että jouduimme hylkäämään epäselvät vastaukset. Luotettavuuden takia emme halunneet ottaa sitä riskiä, että tulkitsemme epäselvän vastauksen väärin.

Kyselymme suljetut kysymykset ja rajalliset vastausvaihtoehdot ovat voineet rajata vastaajien mahdollisuuksia kertoa vapaasti omaa mielipidettään. Hoitajilta saadun palautteen mukaan kyselylomakkeen täyttäminen sujui kuitenkin jouhevasti, joten uskomme, että antamamme vastausvaihtoehdot olivat kattavia. Vastaajilla oli useassa kysymyksessä mahdollisuus lisätä oma vaihtoehto valmiiden lisäksi. Kaikkiin kysymyksiin ei aina ollut vastattu, mikä voi johtua esimerkiksi liian vaikeasta tai huonosti muotoillusta kysymyksestä.

7.3 Ammatillinen kasvumme sairaanhoitajina

Koemme, että opinnäytetyöprosessi on ollut opettavainen ja antanut meille paljon välineitä työelämään. Työn tekeminen on ollut meille oppimisprosessi, jonka

myötä olemme saaneet runsaasti tietoa muistisairauksista ja muistisairaiden potilaiden kivunhoidosta. Mielestämme muistisairaiden kivun hoitotyön osaaminen on tärkeä asia, koska muistisairaita potilaita on paljon ja heitä hoidetaan useissa eri hoitoympäristöissä. Tämän vuoksi uskomme, että näistä tiedoista on meille hyötyä tulevaisuudessa, kun kohtaamme muistisairaita. Jatkossa osaamme kiinnittää huomion niihin asioihin, jotka yleensä koetaan haasteellisiksi muistisairaiden kivun hoidossa. Myöhemmin työelämässä voimme tuoda esille uusia näkökulmia aiheeseen liittyen ja kehittää esimerkiksi kivun arviointia ohjeistamalla muita hoitajia muistisairaille tarkoitettujen kipumittareiden käytössä.

Aiheesta on tehty paljon tutkimuksia, joiden perusteella hoitajat kokevat aiheen vaikeaksi. Koska uusia tutkimuksia tulee koko ajan lisää, voidaan tästä päätellä, että kaikkia muistisairaiden kivun arviointiin ja hoitoon liittyviä ongelmia ei vielä ole saatu täysin ratkaistua. Koemme, että tutkimuksemme tulokset voivat osastolla auttaa muistisairaahan kivun arvioinnin ja hoidon kehittämistä, jotta se voisi jatkossa olla helpompaa. Mielestämme kivun arvioinnin ja hoidon kehittäminen on kuitenkin toimeksiantajamme lisäksi ajankohtainen haaste koko terveydenhuollolle.

7.4 Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset

Tutkimuksen mukaan osastolla käytettiin muistisairaahan kivun arvioinnissa useita eri menetelmiä, joista eniten käytössä oli käyttäytymisen ja kasvojen ilmeiden havainnointi sekä potilaan sanallisen ilmaisun perusteella tehty arvio. Arvioinnin isoimmaksi haasteeksi nousi selkeästi potilaan vaikeus kertoa kivustaan sanallisesti, mikä yleensä johtuu kommunikoinnin vaikeutumisesta. Muistisairaahan kivun hoidossa eniten haasteita aiheuttivat potilaan kieltäytyminen lääkkeitä sekä vaikeus selvittää annetun kipulääkkeen vastetta.

Tulosten perusteella esille nousi muutamia asioita, joihin osasto voisi kiinnittää huomiota. Vaikka yli puolet vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että heidän oma osaamisensa muistisairaahan kivun arvioinnissa oli ainakin jossain määrin riittävää, vastausten perusteella hoitajat pitivät muistisairaahan kivunhoitoon liittyvää koulutusta osastolla tarpeellisena. Ehdotamme, että osastolla järjestettäisiin aihe-

seen liittyvä koulutus, jotta hoitajat voisivat kehittää ammattitaitoaan ja saada lisää varmuutta muistisairaiden potilaiden kivunhoidon toteuttamiseen. Arviointia voitaisiin helpottaa, jos osastolla otettaisiin enemmän käyttöön arviointimenetelmiä, jotka eivät vaadi potilaan kommunikointia. Tulosten perusteella ehdotamme, että osastolla kokeiltaisiin muistisairaalle potilaalle tarkoitetun kipumittarin käyttöä. Sen käyttö saattaisi tehdä kivun arvioinnista johdonmukaisempaa, koska arviointikriteerit pysyvät joka kerralla samoina. Kun kivun arvioinnissa käytettäisiin samaa menetelmää ennen kipulääkkeen antoa ja lääkkeen annon jälkeen, voisi lääkkeen vasteen selvittäminen muuttua helpommaksi. Kaikkiin muistisairaahan kivunhoitoa koskeviin haasteisiin ei kuitenkaan ole olemassa ratkaisua, sillä esimerkiksi itsemääräämisoikeuden mukaan myös muistisairailla on oikeus kieltäytyä ottamasta lääkkeitä.

Koska muistisairaiden potilaiden kivun arviointi perustuu usein hoitajan tekemään havainnointiin, on tärkeä jo sairaanhoitajakoulutuksen aikana perehdyttää opiskelijoita tunnistamaan kipua ja sen oireita eri potilasryhmillä. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, onko kipumittarin käyttäminen hoitajien mielestä helpottanut muistisairaahan kivun arviointia, ja onko sen käyttö vaikuttanut kivunhoidon toteutumiseen. Jatkotutkimuksessa voidaan käyttää hyödyksi tämän tutkimuksen mittaria, jotta tulokset ovat vertailukelpoisia.

LÄHTEET

- Ahn, H. & Horgas, A. 2013. The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatrics* Vol. 13 No 14. Viitattu 19.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-13-14>
- Atula, S. 2015. Tietoa potilaalle: Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.2.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkelin_keli=ykt00879&p_haku=etenev%C3%A4%20muistisairaus
- Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden demensiotapotilaiden kivun arviointi: kahden kipumittarin vertailu. *Suomen lääkäri-lehti* 26/2007, 2547–2553. Viitattu 14.12.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2094/cl/laakari-lehti/pdf/2007/SLL262007-2547.pdf>
- Carrillo-Torres, O., Mendiola-Roa, M.-A., Ramirez-Torres, M.-A. 2016. Pain in patients in critical condition and its environment. *Revista Médica del Hospital General de México*. Viitattu 19.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.hgmx.2016.05.018>
- Coluzzi, F., Taylor, R., Pergolizzi, J., Mattia, C. & Raffa, R. 2016. Good clinical practice guide for opioids in pain management: the three Ts – titration (trial), tweaking (tailoring), transition (tapering). *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)* Vol. 66 No 3, 310–317. Viitattu 13.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2014.09.005>
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käyttösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaaliliitto, 232–246.
- Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen H. 2014. Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän alatyypit. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forster (toim.) *Muistisairaana kuntouttava hoito*. Helsinki: Duodecim, 277–278.
- Finne-Soveri, H., Kuusterä, K., Tamminen, A., Heimonen, S., Lehtonen, O. & Noro, A. 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 17/2015. Viitattu 18.2.2017 http://www.muistiliitto.fi/files/9314/5249/3572/Muistibarometri_2015_ja_RAI-tietoa_kansallisen_muistiohjelman_tueksi.pdf
- Fong, E. 2016. Pain: Assessment Tools. Evidence Summaries. The Joanna Briggs Institute. Viitattu 3.2.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2133/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi>
- Fowler, N., Frame, A., Perkins, A., Gao, S., Watson, D., Monahan, P. & Boustani, M. 2015. Traits of patients who screen positive for dementia and refuse diagnostic assessment. *The Journal of Alzheimer's Association* Vol. 1 No 2, 236–241. Viitattu 20.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.dadm.2015.01.002>

- Grönlund, J. & Karlsson, S. 2016. Tehohoitopotilaan kivun lievyys. Tehohoito-opas. Viitattu 6.2.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/koti>
- Haanpää, M. 2007. Neuropaattinen kipu. Toimintakyky. Viitattu 24.2.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00066&p_haku=neuropaattinen%20kipu
- Haanpää, M. 2009. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 117–122.
- Haanpää, M. 2013. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Viitattu 12.1.2016 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00412&p_haku=kipu
- Haanpää, M. & Pohjolainen 2015. Kipu. Teoksessa J. Arokoski, M. Mikkelsen, T. Pohjolainen & E. Viikari-Juntura (toim.) Fysiatria. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Viitattu 18.2.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/opk04501>
- Hadjistavropoulos, T., Kerr, K., Prkachin, K., Craig, K., Gibson, S., Lukas, A & Smith, J. 2014. Pain assessment in elderly adults with dementia. *The Lancet Neurology* Vol. 13 No 12, 1216–1227. Viitattu 9.3.2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70103-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70103-6)
- Hallikainen, M. 2014a. Alzheimerin taudin lääkehoidon seuranta ja vasteen arviointi. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari, M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 273–274.
- Hallikainen, M. 2014b. Alzheimerin taudin lääkehoito. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari, M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 271–272.
- Hallikainen, M., Paajanen, T. & Erkinjuntti, T. 2016. Muistioireet, lievä tiedonkäsittelyn heikentyminen ja dementia. Lääkärin käsikirja. Viitattu 20.1.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00879&p_haku=muistisairaus
- Heikkilä, K., Peltonen, L.-M. & Salanterä, S. 2016. Postoperative pain documentation in a hospital setting: A topical review. *Scandinavian Journal of Pain* Vol. 11, 77–79. Viitattu 3.3.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.12.010>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Hellsten, T. & Kortelahti, J. 2016. Muistipotilaiden seurannan järjestäminen perusterveydenhuollossa. *Suomen lääkärilehti* 22/2016, 1601–1605. Viitattu 20.1.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2052/tieteessa/katsausartikkeli/muistipotilaiden-seurannan-jarjestaminen-perusterveydenhuollossa/>
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hoikka, A. 2013a. Kivun arviointi. Anestesiahoitotyön käsikirja. Viitattu 4.2.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=aop00437&p_haku=kivun%20arviointi

- Hoikka, A. 2013b. Lääkkeetön kivunhoito. Anestesiahoitotyön käsikirja. Viitattu 4.2.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti>
- Joanna Briggs Institute 2009. Musiikki interventiona sairaalassa. Best Practise 13(3). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Korhonen Anne, Pölkki Tanja. Viitattu 25.2.2017 http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2009-3_0.pdf
- Juva, K. 2015. Tietoa potilaalle: Muistihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.2.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti>
- Kalaria, R., Akinyemi, R. & Ihara, M. 2016. Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease* Vol. 1862 No 5, 915–925. Viitattu 19.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbadis.2016.01.015>
- Kalso, E. 2009a. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 104–108.
- Kalso, E. 2009b. Kivun lääkehoito. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 181–219.
- Kalso, E. 2009c. Vanhusten kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 470–476.
- Kalso, E. & Kontinen V. 2009a. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 52–63.
- Kalso, E & Kontinen, V. 2009b. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 76–103.
- Kangasmäki, E. & Pudas-Tähkä, S.-M. 2016. Kivun arviointi. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 30.1.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/koti>
- Kankkunen, P. 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 247–265.
- Kankkunen, P., Taponen, R. & Suominen, T. 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. *Gerontologia* 4/2007, 311–319. Viitattu 3.3.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2105/se/g/0784-0039/21/4/kivunarv.pdf>
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kipu. Käypä hoito -suositus 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.1.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103>

Kontinen, V., Jokela, R., Ravaska, P., Rautakorpi, P. & Hamunen, K. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Finnanest. Viitattu 7.2.2017 http://www.finnanest.fi/files/nyt_suositus.pdf

Koponen, H. & Vataja, R. 2016 Muistisairauden käytösoireiden hoito. Viitattu 20.1.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00524&suositusid=hoi50044>

Kotovainio, T. & Lehtonen, A. 2015. Kivun lääkehoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 30.1.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk03325

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2015. Kivun arviointi. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 4.2.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03315&p_haku=kivun%20arviointi

Kress, H.-G., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E. Coaccioli, S., Coluzzi, F., Huygen, F., Jaksch, W., Kalso, E., Kocot-Kepska, M., Mangas, A. C., Ferri, C. M., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Hernández, C. P., Pargolizzi, J., Schäfer, M. & Sichère, P. 2014. Managing chronic pain in elderly patients requires a CHANGE of approach. *Current Medical Research and Opinion* Vol. 30 No 6, 1153–1164. Viitattu 18.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1185/03007995.2014.887005>

Kuusisto, P. 2012. Akuutin kivun hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 7.2.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04660&p_haku=kirjaaminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lapin AMK 2017. Turvallisuusosaaminen. Viitattu 6.2.2017 <http://www.lapinamk.fi/fi/Esittely/Lapin-AMKin-strategia/Turvallisuusosaaminen>

Lapin sairaanhoitopiiri 2015. Sisätautien vuodeosasto 5A. Viitattu 18.1.2017 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Sisataudit/Osasto_5A

Martikainen, J. & Viramo, P. 2015. Muistisairauksien ehkäisyn ja varhaisen toteutuksen taloudellinen merkitys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim, 44–55.

Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2016. Aivoverenkiertosauteen liittyvä muistisairaus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 15.1.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99264&p_haku=Lewyn%20kappale

Melkas, S., Jokinen, H., Putaala, J., Valanne, L., Hietanen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosauteen ja kognitiivinen heikentyminen: huomio varhaisvaiheeseen. *Suomen lääkäri-lehti* Vol. 70 No 1–2, 41–47. Viitattu 31.1.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00882&p_haku=melkas

Miller, S. 2011. Pain Assessment in Nonverbal Older Adults With Advanced Dementia. *The Journal for Nurse Practitioners* Vol. 7 No 9, 781–782. Viitattu 19.2.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2448/10.1016/j.nurpra.2011.08.014>

- Miozzo, A. P., Stein, C., Bozzetto, C. B & Plentz, R. D. M. 2016. Massage therapy reduces pain and anxiety after cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Trials and Regulatory Science in Cardiology* Vol. 23–24, No 1–8. Viitattu 25.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrsc.2016.11.003>
- Miu, D. K. Y. 2014. Under-detection of pain in elderly nursing home residents with moderate to severe dementia. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics* Vol. 5 No 1, 23–27. Viitattu 20.1.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.09.001>
- Monroe, T., Parish, A. & Mion, L. 2015. Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing* Vol. 29 No 5, 316–320. Viitattu 12.3.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.3.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>
- Määttä, M. & Kankkunen P. 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. *Hoitotiede* Vol. 21 No 4, 282–293.
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S.-E. 2014. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18.–19. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Paakkari, P. 2013. Tietoa potilaalle: Kipulääkkeet - turvallinen käyttö. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 30.1.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00232&p_haku=kipul%C3%A4%C3%A4kkeet
- Pesonen, A. 2011. Pain measurement and management in elderly patients. Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. University of Helsinki. Department of Anaesthesiology and Intensive Care. Väitöskirja. Viitattu 28.2.2017 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28175/pain-meas.pdf?sequence=1>
- Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 237–243.
- Pohjolainen, T. & Haanpää, M. 2009 Stimulaatiomenetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 230–231.
- Rantala, M. 2014. Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia. University of Eastern Finland. Department of Nursing Science. Väitöskirja. Viitattu 26.2.2017 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1448-4/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf

- Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudin määrittäminen. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soinen (toim.) Muistisairaudet. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 199–136.
- Rinne, J. & Erkinjuntti, T. 2016. Parkinsonin taudin muistisairaus ja Lewyn kappale -tauti. Lääkärin käsikirja. Viitattu 15.1.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99264&p_haku=Lewyn%20kappale
- Ritari, J., Ahonen, R., Hartikainen, S., Taipale, H. & Koponen, M. 2016. Käytävätkö Alzheimer-potilaat vähemmän kipulääkkeitä kuin muu väestö? Suomen lääkärilehti 42/2016, 2657–2662. Viitattu 28.12.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2094/cl/laakarilehti/pdf/2016/SLL422016-2657.pdf>
- Rosenvall, A. & Erkinjuntti, T. 2016. Muistipotilaan tutkimukset. Lääkärin käsikirja. Viitattu 1.2.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00880&p_haku=muistisairaus
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. 1.–3. painos. Helsinki: SanomaPro.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Shahni, R., Shairi, M. R., Moghaddam, M., A. & Zarnaghash, M. 2013. Appointment the Effectiveness of Cognitive-behavioral Treatment of Pain on Increasing of Self-efficacy in Patients with Chronic Pain. Procedia – Social and Behavioral Sciences Vol. 84, 225–229. Viitattu 24.7.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.539>
- Slade, S. 2016. Pain Assessment in Aged Care. Evidence Summaries. The Joanna Briggs Institute. Viitattu 3.2.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2133/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.
- Sulkava, R. 2016a. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Viitattu 15.1.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/ger00805/do>
- Sulkava, R. 2016b. Muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentyminen. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim. E-Kirja. Viitattu 1.2.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/ger00800/do#q=muistisairaus#proxy>
- Sulkava, R. 2016c. Muistisairauksien epidemiologiaa. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Viitattu 26.2.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/ger00802/do>
- Sulkava, R. 2016d. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Viitattu 20.1.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/ger00808/do>

- Sulkava, R. 2016e. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Viitattu 26.2.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/ger00804/do>
- Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) *Geriatría arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita Prima, 81–116.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) 2012. Väestöennuste [verkkójulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 13.12.2016 http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html
- Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 29.1.2017 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014. Muistisairauksien kustannukset. Viitattu 1.2.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-kustannukset>
- Uusitalo, T. 2013. Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen. Teoksessa K. Virjonen (toim.) *Muistin ongelmat: Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vainio, A. 2009a. Kipu ja kieli. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 20–26.
- Vainio, A. 2009b. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 150–158.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 35–43.
- Waters, S. J., Riordan, P. A., Keefe, F. J & Lefebvre, J. C. 2008. Pain Behavior in Rheumatoid Arthritis Patients: Identification of Pain Behavior Subgroups. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 36 No 1, 69–78. Viitattu 3.3.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.08.015>
- Wee, B. & Hillier, R. 2011. Pain control. *Medicine Journal* Vol. 39 No 11, 639–644. Viitattu 28.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpm.2011.08.012>
- Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., Prina, M., Winblad, B., Jönsson, L. & Prince, M. 2017. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *The Journal of the Alzheimer's Association* Vol. 13 No 1, 1–7. Viitattu 20.2.2017 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2016.07.150>
- Zahirovic, I., Wattmo, C., Torisson, G., Minthon, L. & Londos, E. 2016. Prevalence of Dementia With Lewy Body Symptoms: A Cross-Sectional Study in 40

Swedish Nursing Homes. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine* Vol. 17 No 8, 706–711. Viitattu 19.2.2017
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.017>

Öun, I. 2014. Muistisairaahan kivun arviointi ja hoito. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Duodecim, 235–242.

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Vastaajien ammattinimike
- Liite 4. Vastaajien osallistuminen koulutukseen
- Liite 5. Hoitajien kokemus muistisairaana kivun arvioinnin haastavuudesta
- Liite 6. Kivun ilmeneminen käytösoireina

Liite 1



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lapin keskussairaala, osasto 5A Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Päivi Niemeläinen		
	Työn aihe Muistisairaavan kivunhoidon toteutuminen sisätautien vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta		
Tekijä	Nimi Eevi Pelli, Marjo-Riikka Pihlaja, Kati Keränen	Opiskelijanumero	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)	Ryhmätnunnus R702H14S	
Lapin AMK	Yhteys henkilön nimi (ohjaaja) Panu Huczowski	Tehtävänimike Tuntiopettaja	
	Toimipaikka ja osoite Lapin AMK Rovaniemi, Jokiväylä 11, 96300 Rovaniemi		
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
Toimeksiantosopimuksen ehdot			
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja	Rovaniemi 24.10.16		
Tekijä	Rovaniemi 24.10.16		
Lapin AMK	Rovaniemi 14.10.2016		

Liite 2 1 (4)

Arvoisa kyselyyn vastaaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Lapin ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyön muistisairaiden kivunhoidon toteutumisesta osastollanne. Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada teiltä tietoa tämän kyselyn avulla siitä, miten koette muistisairaana kivunhoidon toteutuvan osastollanne. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kivunhoidon toteutumisen nykytilanne ja siihen liittyvät mahdolliset ongelmat.

Kysely on tarkoitettu osastollanne työskenteleville lähi-, perus- ja sairaanhoitajille, jotka osallistuvat muistisairaiden kivunhoitoon ja arviointiin. Vastauksenne käsitellään nimettöminä eikä niitä voida yhdistää tutkimukseen osallistujiin. Osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksesta saatavat tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja lomakkeet tuhoetaan tulosten analysoinnin jälkeen.

Tässä tutkimuksessa muistisairaalla tarkoitetaan potilasta, jonka muisti ja muut tiedonkäsittelyn alueet ovat heikentyneet etenevän muistisairauden takia. Emme erottele muistisairauksia aiheuttajan tai vakavuusasteen perusteella.

Pyydämme sinua tutustumaan ja vastaamaan kyselylomakkeeseen. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia. Palautathan täytetyn kyselylomakkeen kirjekuoressa sille varattuun paikkaan 20.12.2017 mennessä. Mikäli kysymyslomakkeesta ilmenee kysyttävää, vastaamme niihin mielellämme.

Ystävällisin terveisin,

Kati Keränen (kati.keranen@edu.lapinamk.fi)

Marjo-Riikka Pihlaja (marjo-riikka.pihlaja@edu.lapinamk.fi)

Eevi Pelli (eevi.pelli@edu.lapinamk.fi)

Ohjaava opettaja:

Panu Huczowski (panu.huczowski@lapinamk.fi, 040 668 3319)

Liite 2 2 (4)

Vastaisitko aluksi seuraaviin taustatietojasi kartoittaviin kysymyksiin

1. Mikä on ammattinimikkeesi?

- 1 lähihoitaja tai perushoitaja
- 2 sairaanhoitaja

2. Kuinka kauan olet työskennellyt hoitoalalla?

- 1 alle 5 vuotta
- 2 6-10 vuotta
- 3 11-20 vuotta
- 4 yli 20 vuotta

3. Oletko osallistunut koulutukseen, jossa on käsitelty muistisairaahan kivunhoitoa?

- 1 kyllä
- 2 en

4. Koetko, että osastollanne on tarvetta muistisairaahan kivunhoitoon liittyvälle koulutukselle?

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en osaa sanoa

Seuraavat väittämät ja kysymykset liittyvät muistisairaahan potilaan kivun arviointiin.

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.

5. Arvioin muistisairaahan kipua	1: lähes aina	2: usein	3: joskus	4: harvoin
a) käyttäytymisen avulla	1	2	3	4
b) sanallisen ilmaisun avulla	1	2	3	4
c) kasvojen ilmeiden avulla	1	2	3	4
d) omaisen arvion avulla	1	2	3	4
e) VAS-kipumittarilla	1	2	3	4
f) PAINAD-kipumittarilla	1	2	3	4
g) PACSLAC-kipumittarilla	1	2	3	4
h) fysiologisia muutoksia seuraamalla (RR, P, SaO ₂)	1	2	3	4
i) jollain muulla tavalla, millä? _____				

Liite 2 3 (4)

12. Ympyröi seuraavista vaihtoehtoista asiat, jotka mielestäsi voivat vaikeuttaa muistisairaahan potilaan kivun arviointia:

a) Hoitajien kiire	Kyllä	Ei
b) Muistisairaahan potilaan käytösoireet	Kyllä	Ei
c) Potilaan vaikeus kertoa kivustaan sanallisesti	Kyllä	Ei
d) Potilasta ei opi tuntemaan lyhyellä hoitajaksolla	Kyllä	Ei
e) Kokemattomuus muistisairaiden kanssa työskentelystä	Kyllä	Ei
f) Hoitajien asenteet	Kyllä	Ei
g) Muu, mikä? _____		

Mikä edellä mainituista asioista mielestäsi eniten vaikeuttaa muistisairaahan potilaan kivun arviointia?

Seuraavat kysymykset ja väittämät liittyvät muistisairaahan potilaan kivunhoitoon.

13. Millaisia lääkkeettömiä keinoja käytät muistisairaahan kivunhoidossa?

14. Lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista on hyötyä muistisairaahan potilaan kivunhoidossa.

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 jokseenkin eri mieltä
- 4 täysin eri mieltä
- 5 en osaa sanoa

15. Muistisairaahan potilaan kivunhoito eroaa muiden ikääntyneiden kivunhoidosta.

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 jokseenkin eri mieltä
- 4 täysin eri mieltä
- 5 en osaa sanoa

Liite 2 4 (4)

16. Tarvittaessa annettavilla kipulääkkeillä on vaikea hoitaa muistisairaana potilaan kipua.

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 jokseenkin eri mieltä
- 4 täysin eri mieltä
- 5 en osaa sanoa

17. Muistisairaalle potilaalle voidaan aloittaa kipulääkitys, vaikka kivusta ei ole varmuutta.

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 jokseenkin eri mieltä
- 4 täysin eri mieltä
- 5 en osaa sanoa

18. Valitse seuraavista vaihtoehdoista asiat, jotka mielestäsi voivat vaikeuttaa muistisairaana kivunhoitoa

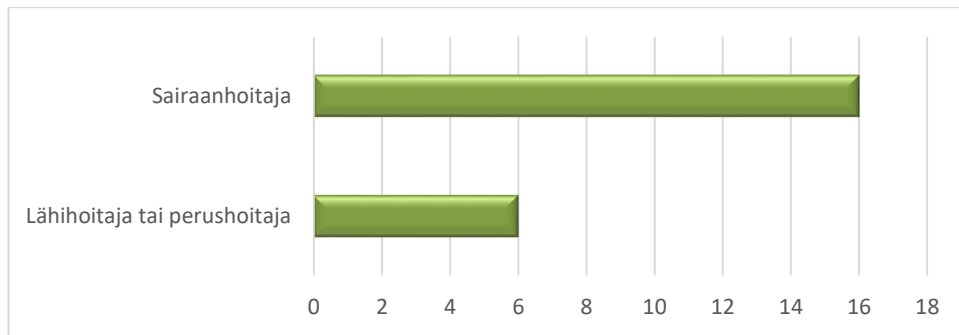
- | | | |
|--|-------|----|
| a) Epätarkka kirjaaminen | Kyllä | Ei |
| b) Hoitajien kiire | Kyllä | Ei |
| c) Annetun kipulääkkeen vastetta voi olla vaikea selvittää | Kyllä | Ei |
| d) Lääkkeistä kieltäytyminen | Kyllä | Ei |
| e) Kivun aiheuttajaa ei tiedetä | Kyllä | Ei |
| f) Muu, mikä? _____ | | |

Mikä edellä mainituista asioista mielestäsi eniten vaikeuttaa muistisairaana kivunhoitoa?

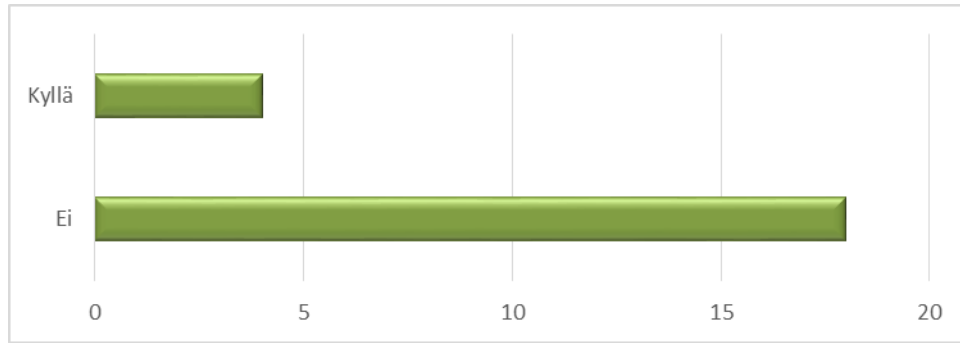
19. Muistisairaana kivunhoidossa kirjaan 1: lähes aina 2: usein 3: joskus 4: harvoin

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| a) Kivun sijainnin | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) Kivun luonteen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) Kivun voimakkuuden | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d) Menetelmän jolla kipu on arvioitu | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e) Kipulääkkeen vasteen | 1 | 2 | 3 | 4 |

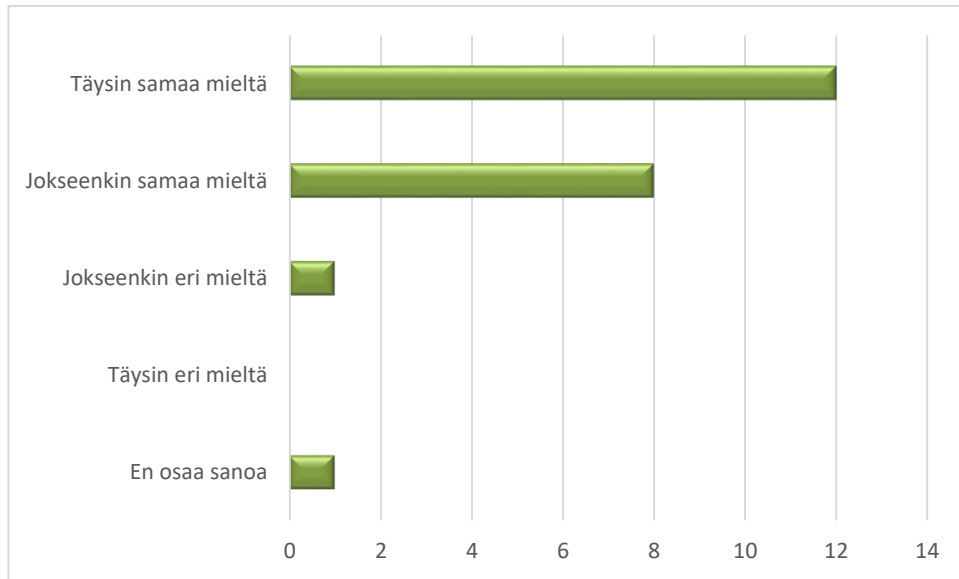
Kiitos vastauksestanne!



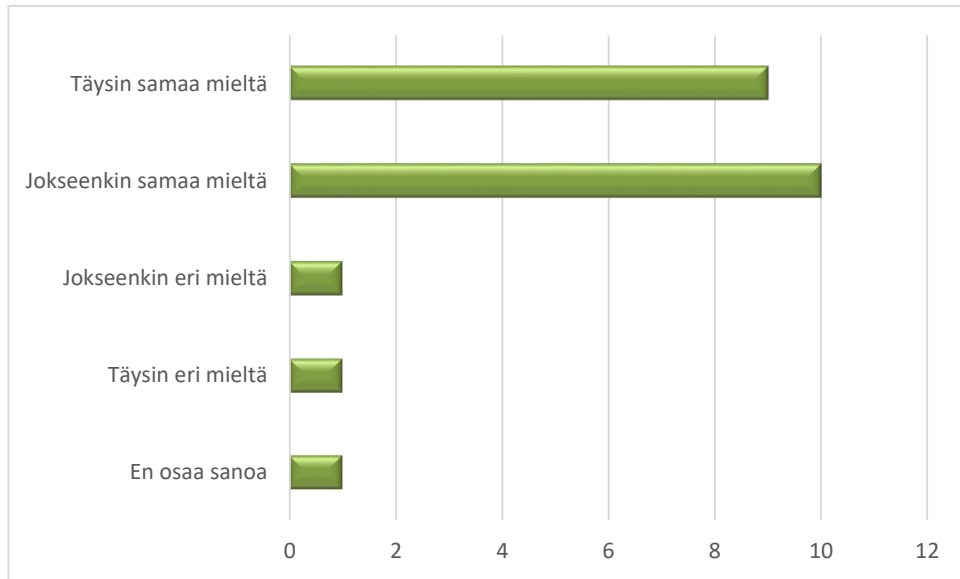
Liite 3. Vastaajien ammattinimike



Liite 4. Vastaajien osallistuminen koulutukseen



Liite 5. Muistisairaahan kivun arviointi on muita potilasryhmiä haastavampaa



Liite 6. Kipu voi ilmetä oireilla, jotka muistuttavat muistisairaahan käyttöoireita