



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Noora Andersson

MUISTISAIRAAN KIVUNHOITO
PALVELUTALOSSA HOITAJIEN
NÄKÖKULMASTA

Sosiaali- ja terveysala
2024

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Noora Andersson
Opinnäytetyön nimi	Muistisairaahan kivunhoito palvelutalossa hoitajien näkökulmasta
Vuosi	2025
Kieli	Suomi
Sivumäärä	38 + 2 liitettä
Ohjaaja	Johanna Latvala

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hoitajien kokemuksia muistisairaiden kivunhoidosta palvelutaloympäristössä. Tutkimuksessa keskityttiin siihen, millaisia kivunhoitomenetelmiä hoitajat käyttävät ja mitkä menetelmät koetaan toimiviksi erityisesti muistisairaiden kohdalla. Työssä käsiteltiin sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä kivunhoitoa, ja tarkasteltiin kivunhoitoon liittyviä haasteita hoitajien näkökulmasta.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, ja aineisto kerättiin Webropol-kyselyllä erään palvelutalon hoitajilta. Kyselyyn saatiin viisi vastausta, ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tulokset osoittivat, että sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat tärkeitä muistisairaiden kivunlievityksessä. Hoitajat korostivat erityisesti havainnoinnin ja yksilöllisen lähestymistavan merkitystä kivun tunnistamisessa ja hoidossa.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että muistisairaiden kivunhoito edellyttää hoitajilta monipuolista osaamista ja tarkkaa havainnointia. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät, kuten lämpöhoito, hieronta ja asentohoidot, täydentävät hyvin lääkkeellistä hoitoa ja voivat parantaa muistisairaiden elämänlaatua. Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia, miten eri kivunhoitomenetelmät vaikuttavat muistisairaiden toimintakykyyn ja hyvinvointiin pitkällä aikavälillä.

Koska vastaajia oli vähän, tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää laajemmin. Ne antavat kuitenkin suuntaa antavaa tietoa muistisairaiden kivunhoidosta ja voivat toimia pohjana jatkotutkimukselle.

ABSTRACT

Author	Noora Andersson
Title	Pain Management for Patients with Dementia in Assisted Living; Nurses' Perspective
Year	2025
Language	Finnish
Pages	38 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Johanna Latvala

The aim of this bachelor's thesis was to explore nurses' experiences in pain management for patients with dementia in an assisted living environment. The study focused on the pain management methods used by nurses and which methods were perceived as effective, particularly for individuals with dementia. Both pharmacological and non-pharmacological pain management approaches were examined, along with the challenges related to pain management from the nurses' perspective.

The research was conducted as a qualitative study, and the data was collected through a Webropol survey with nurses working in an assisted living facility. Five responses were received, and the data was analyzed using content analysis. The results indicated that both pharmacological and non-pharmacological pain management methods play a crucial role in alleviating pain in patients with dementia. Nurses particularly emphasized the importance of observation and an individualized approach in recognizing and managing pain.

Based on the study, it can be concluded that pain management for patients with dementia requires diverse expertise and careful observation from nurses. Non-pharmacological pain management methods, such as heat therapy, massage, and positioning treatments, complement pharmacological treatment effectively and can improve the quality of life for individuals with dementia. In the future, it would be beneficial to study how different pain management methods impact the functional ability and well-being of patients with dementia in the long term.

Due to the small number of respondents, the results of the study cannot be generalized. However, they provide indicative insights into pain management for people with dementia and can serve as a foundation for further research.

Keywords memory, dementia, pain management, assisted living

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	7
2	MUISTI JA IKÄÄNTYMINEN	8
2.1	Ikääntyminen	8
2.2	Muisti	9
2.2.1	Milloin huolestua muistiongelmasta?	9
3	MUISTISAIRAUDET	11
3.1	Yleiset muistisairaudet palvelutalossa	11
3.1.1	Alzheimerin tauti	12
3.1.2	Aivoverenkiertohäiriön muistisairaus	12
3.1.3	Lewynkappale tauti	13
3.1.4	Parkinsonin taudin muistisairaus	14
3.1.5	Otsa-ohimolohkorappeuma	14
4	MUISTISAIRAAN KIVUNHOITO PALVELUTALOSSA	16
4.1.1	Muistisairaahan kipu	16
4.1.2	Lääkkeellinen kivunhoito	17
4.1.3	Lääkkeetön kivunhoito	18
4.1.4	Palvelutalossa asuminen	19
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS	20
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
6.1	Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus	21
6.2	Kohderyhmä	22
6.3	Aineiston keruu	23
6.4	Aineiston analysointi ja raportointi	24
7	TUTKIMUSTULOKSET	25
7.1	Taustatiedot	25

7.1.1	Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma ja työvuodet	25
7.1.2	Työvuodet palvelutalossa	26
7.2	Hoitajien kokemukset parhaista kivunhoidon arvioinnin menetelmistä	26
7.3	Toimivimmat kivunhoitomenetelmät hoitajien näkökulmasta	27
7.4	Kivun hoidon haasteet muistisairaila	29
7.5	Hoitajien onnistuneita kivunhoitotilanteita.....	30
8	POHDINTA	32
8.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	32
8.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	33
8.3	Tutkijan oma oppiminen.....	34
8.4	Jatkotutkimusehdotukset	34
	LÄHTEET	35
	LIITTEET.....	39

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Tutkimuskysymykset

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy, mikä lisää erilaisten sairauksien, kuten muistisairauksien esiintyvyyttä. Muistisairas ei välttämättä osaa ilmaista kipuaan tai ymmärrä, että epämiellyttävä tunne on kipua (Ngandu & Kivipelto, 2018). Muistisairauksien yleisyydessä myös kivunhoidon merkitys kasvaa. Hoitajien on tärkeää tunnistaa, miten muistisairaahan kivunhoito toteutetaan parhaalla mahdollisella tavalla.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan muistisairaahan kivunhoitoa palvelutalossa hoitajien näkökulmasta. Hoitajien kokemukset ovat arvokas tapa lisätä ymmärrystä aiheesta ja herättää keskustelua hoitotyön käytännöistä. Kokemusten jakaminen mahdollistaa myös hoitajien keskinäisen oppimisen ja osaamisen syventämisen.

Muistisairaiden määrän kasvu asettaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle merkittäviä haasteita. Tämä korostaa kivunhoidon merkitystä entisestään (Remes, 2018). Hoitajien kyky tunnistaa ja hallita kipua tässä potilasryhmässä on ratkaisevan tärkeää, sillä tehokkaalla kivunhoidolla voidaan parantaa muistipotilaiden elämänlaatua.

2 MUISTI JA IKÄÄNTYMINEN

Tutkimustiedon mukaan ikääntyneiden määrä Suomessa on kasvussa. Vuoden 2023 lopussa Suomen väkiluvusta 20,5 % oli 65–84-vuotiaita. Nähtävissä ei ole, että asiaan olisi tulossa mitään muutosta eli luku on noususuuntainen. Tilastokeskuksen mukaan 70 vuotta täyttäneiden määrä kasvoi 100 000 henkilöllä kolmessa vuodessa. (Tilastokeskus, 2024; SVT, 2020.)

Väestön ikääntyminen tuo terveydenhuoltoon uusia haasteita, mikä korostaa aiheen tärkeyttä. Tässä kappaleessa kerrotaan yleisesti ikääntymisestä sekä muistista pohjautuen tutkittuun tietoon.

2.1 Ikääntyminen

Ikääntyminen on kaikilla edessä. Vanheneminen muodostaa ihmisen elämäkulun vaiheet. Ajan kuluessa ihmisen fyysinen ja henkinen puoli alkaa heikentyä, ja johtaa lopulta kuolemaan. Yksinkertaisesti sanottuna vanheneminen johtaa lopulta kuolemaan, mutta polku sinne on kaikilla hyvin erilainen.

Ihmisen aivot kehittyvät noin kolmenkymmenen elinvuoden aikana, jonka jälkeen alkaa hidas rapistuminen. Vanhenemisen myötä hermosolut vähenevät, joka johtaa aivojen tilavuuden ja painon laskuun. Tiedonkäsittely joillain osa-alueilla laskee, ja näin esimerkiksi lyhytkestoinen työmuistin tehokkuus heikkenee. Lisäksi ajattelu sekä nopea ja joustava reagointi hidastuvat ja muuttuu työläämmäksi. Uuden oppiminen ei myöskään enää välttämättä ole yhtä helppoa vanhempana kuin se oli nuorena. (Terveyskylä, 2021.)

Kaikki eivät ikäänny samalla tavalla vaan erot voivat olla suuria. Yleinen terveydentila on suuri vaikuttava tekijä siihen, miten henkilö vanhenee. Perimä, elinympäristö, työhistoria, ravinto, käytetyt lääkkeet ja elämäntavat vaikuttavat esimerkiksi suuresti siihen, miten ikääntyminen näkyy ulospäin tai tuntuu sisäisesti. Terveeksi

ikäntymiseksi kutsutaan sitä, kun tiedonkäsittelytoiminnot eivät laajasti heikkene, eikä ikääntyminen itsessään hävitä opittuja tietoja ja taitoja. (Terveyskylä, 2021.)

2.2 Muisti

Muisti on ihmisen kyky tallentaa, säilyttää ja palauttaa mieleen tietoa. Muistia tarvitaan kaiken aikaa ja muistin syövereihin tallennetaan täten esimerkiksi läheisten syntymäpäivät, ostoslista taikka koulussa opittu uusi asia. Se on kuitenkin myös paljon muuta ja näin suurempi kokonaisuus, joka voidaan jakaa eri toiminnallisiin osiin. Nämä osat ovat aisti-, työ- ja säilömuisti. (Muistiliitto, n.d.)

Aistimuisti vastaanottaa tietoa aistien kautta, mutta useimmiten emme tietoisesti käsittele sitä, ellei se siirry työmuistiin. **Työmuisti** säilyttää tietoa lyhyen aikaa, vain muutamia sekunteja, ja auttaa esimerkiksi muistamaan vaa’an numeron hedelmiä punnittaessa. **Säilömuisti** on pitkäkestoinen ja rajaton varasto, joka jakautuu **semanttiseen muistiin** (faktat), **episodiseen muistiin** (elämän tapahtumat) ja **taitomuistiin** (opitut taidot, kuten pyörällä ajaminen tai laskettelu). Säilömuistin toiminta perustuu tiedon mieleen painamiseen, säilyttämiseen ja palauttamiseen. (Muistiliitto, n.d.)

2.2.1 Milloin huolestua muistiongelmasta?

Kognitiivinen heikentyminen alkaa kehittyä jo keski-ikässä ja nopeutuu noin 60 ikävuoden jälkeen. Uusien asioiden oppiminen voi viedä enemmän aikaa ja vaatia toistoa, jotta ne jäävät mieleen. Muistihäiriöt eivät kuitenkaan aina tarkoita muistisairautta, vaan niiden taustalla voi olla esimerkiksi stressi tai univaje. Ikääntyminen muuttaa muistia, mutta iästä huolimatta muistin tulisi toimia normaalisti. Siksi heikentyneen muistin taustalla on aina jokin syy, joka tulee selvittää. (Vuoksimaa, n.d.)

Muistiongelmistä on syytä huolestua, jos ne vaikeuttavat arjessa selviytymistä tai ilmenevät selkeänä muutoksena aiempaan. Iäkkäillä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi tapaamisten unohtelua, sanojen löytämisen vaikeutta, heikentyneitä päätteilykykyä tai talousasioiden hoitamisen hankaluuksia. Lisäksi sekavuus, mielialan vaihtelut ja aloitekyvyn heikkeneminen voivat viitata muistitoimintojen muutokseen. Jos muistioireet ovat toistuvia tai pahenevia, on tärkeää hakeutua tutkimuksiin syyn selvittämiseksi ja tarvittavan tuen saamiseksi. Muistiliiton sivuilla todetaan, että: ”Muistioireiden hoito on tehokkainta, kun se aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.” (Muistiliitto, n.d.)

3 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää niin muistia kuin muita tiedonkäsittelyn alueita. Eli se rappeuttaa aivorakenteita, jotka huolehtivat näistä kognitiivisista kyvyistä. Näitä ovat esimerkiksi kielellinen toiminta, toiminnanohjaus sekä hahmottaminen. Tässä opinnäyteyössä muistisairaudella tarkoitetaan kaikkia muistisairauksia, jotka vaikuttavat ihmisen normaaliin käyttäytymiseen. (Rosenvall, A. 2023.)

Muistisairaudet lisäävät merkittävästi sosiaali- ja terveysalan palveluiden tarvetta ja ovat yksi eniten hoitoa vaativista sairausryhmistä. Muistisairaiden määrä palvelutaloissa on kasvanut ja tulee kasvamaan väestön ikääntyessä. Maailmanlaajuisesti muistisairaita on tällä hetkellä noin 35,6 miljoonaa ja Alzheimer's Disease International ennustaa, että vuoteen 2050 mennessä muistisairaita on 115 miljoonaa. Suomessa sairastuu vuosittain noin 23 000 ihmistä etenevään muistisairauteen. Merkittävä osa sairastumisista jää valitettavasti myös diagnosoimatta. Tämän vuoksi muistisairauksia voidaan pitää vanhusten hoidon yhtenä keskeisimmistä kysymyksistä. (Ehrenfreuchter, Fallert-Muller, Fernholz, Hoffmann, Meinenken & Rose, 2024. S. 10; Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg, & Tilvis, 2013. S. 12)

3.1 Yleiset muistisairaudet palvelutalossa

Muistisairaudet ovat neurologisia sairauksia, jotka vaikuttava ihmisen kykyyn muistaa, oppia ja käyttää aikaisemmin opittua tietoa. Ne voivat myös vaikuttaa ihmisen ajatteluun, suunnitteluun sekä päätöksentekoihin. Edetessä ne alkavat vaikuttamaan ihmisen arki elämään negatiivisesti ja selviytyminen päivästä vaikeutuu huomattavasti. Muistisairauksia on monia ja näistä yleisimmät ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale tauti, aivoverenkiertohäiriön muistisairaus, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsaohimolohkorappeumat. (Rosenvall, 2023)

3.1.1 Alzheimerin tauti

Kun puhutaan muistisairauksista, ensimmäisenä mieleen tulee usein Alzheimerin tauti. Tämä ei ole yllättävää, sillä se on selvästi yleisin muistisairaus – sitä sairastaa noin 70–80 prosenttia kaikista muistisairaista. Suomessa sitä sairastaa laskujen mukaan yli 100 000 väestöstä. (Ehrenfreuchter ym, 2024, s. 66.)

Taudissa aivojen hermosoluja ja niiden välisiä yhteyksiä tuhoutuu pitkin sairautta. Myös aivomassa häviää varsinkin niiltä alueilta, joissa sijaitsee ihmisten muisti ja ajattelutoiminnat. Tämän vuoksi ensimmäinen ja merkittävä oireita on muistin heikentyminen. Uuden oppiminen hankaloituu ja vastikään puhutuiden asioiden muistaminen on vaikeaa. Toisin kuin uudet taidot vanhat taidot pysyvät tallella erittäinkin pitkälle sairautta. Edetessä oireisiin liittyy mukaan kielelliset haasteet. Lauseista on vaikea saada selvää eivätkä tuttujen esineiden nimet jää mieleen. Eteneminen on usein hidasta ja hiljalleen hiipivää, jonka vuoksi diagnoosin saaminen voi joissain tapauksissa venyä hyvinkin pitkälle. Ensiksi oireet ovat lieviä ja voivat muistuttaa normaalia hajamielisyttä, mutta edetessä sairaus vie kyvyn liikkua autolla, muistaa läheisiä eikä raha-asioiden hoitaminen itsenäisesti ole mahdollista. (Ehrenfreuchter ym, 2024; Juva, 2024; Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg, & Tilvis, 2013.)

Alzheimerin tauti on yleisin yli 80-vuotiailla. Nyt väestön ikääntyessä ja elinajan odotteen pidentyessä myös Alzheimerin esiintyvyys on nousussa. Tautia ei voida parantaa, mutta aikaisella diagnoosilla voidaan lääkinnällisin keinoin hidastaa taudin eteneminen sekä lievittää oireita. (Juva, 2024.)

3.1.2 Aivoverenkiertohäiriön muistisairaus

Verisuoniperäinen eli vaskulaarinen muistisairaus on heti Alzheimerin jälkeen toiseksi yleisin muistisairaus. Syntyperä on esimerkiksi se, että verihyytymä aiheuttaa verenkiertohäiriön aivoissa. Nämä verihyytymät estävät täten verenkierron aivoi-

hin, eivätkä aivot saa tarpeeksi happea ja ravintoa. Tästä syntyy kyseseisten aivojen alueiden aivosolujen kuoleminen eli aivoinfarkti. (Atula, 2023; Ehrenfreuchter ym, 2024.)

Vaskulaarinen muistisairaus alkaa usein äkillisesti ja oireet voivat tulla hyvinkin nopeasti. Oireet ovat pitkälti samoja mitä Alzheimerissa eli muistivaikeuksia ja hankaluudet ajan ja paikan hahmottamisen kanssa. Erona kuitenkin on, että muistiongelmat eivät ole sairauden hallitseva piirre vaan enemmänkin suurempana on toiminnan ohjauksen heikentyminen. Oireet eivät etene tasaisesti vaan jotkut päivät voivat olla toisia pahempia. Verisuoniperäiseen muistisairauteen liittyy myös ongelmia kävellessä sekä halvauslöydöksiä riippuen siitä, missä alueella hapenpuute on aivoissa. (Atula, 2023; Ehrenfreuchter ym, 2024.)

Myöskään tähän muistisairauteen ei ole olemassa parantavaa lääkettä, joten hoito on pitkälti riskitekijöiden ehkäisyä ja taustalla vaikuttavan valtimokalkkeutumisen hoitoa. Alzheimerin taudin lääkkeitä ei usein käytetä vaskulaarisen muistisairauden hoidossa, koska tutkimuksilla saavutettu hyöty ei ole ollut riittävää. Sairastumisen taustalla voi olla kohonnut verenpaine, jonka vuoksi lääkäri voi määrätä verenpainelääkityksen sekä usein myös verenhennuslääkkeen. (Ehrenfreuchter ym, 2024.)

3.1.3 Lewynkappale tauti

Lewynkappale tauti on Alzheimerin tautia ja vaskulaarista muistisairautta harvinaisempi. Siinä aivojen kuorikerrokseen kertyy hyvin pieniä valkuaisaineista rakentuvia kappaleita. Tämä aiheuttaa älyllisten toimintojen, tarkkaavaisuuden ja vireystilan muutoksia. Oireet ovat pitkälti saman kaltaisia kuin Alzheimerissa, mutta muisti säilyy lewynkappale taudissa pidempään ilman suuria ongelmia. Hallusinaatiot ja harhaluulot ovat yleisiä. jopa noin 80 prosentille potilaista ilmaantuu näköharhoja, jotka tuntuvat realistisilta ja tarkoilta. Näköharhat voivat olla esimerkiksi ihmisiä tai eläimiä, ja jollain ne voivat vain vilahtaa silmäkulmassa.

Lewyn kappale tauti voi olla alussa erittäin vaikea diagnosoida muista muistisairauksista, koska oireet muistuttavat paljon muita yleisempiä. Yleensä nämä voimakkaat näköharhat ovat tähän sairauteen johtava diagnoosi. Yli 75-vuotiaiden joukossa Lewyn kappale tautia sairasti 5 % väestöstä. (Ehrenfreuchter ym, 2024; Väyrynen, Kruger, & Remes, 2018.)

3.1.4 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tauti on etenevä liikehäiriösairaus, jonka tunnetuimpia oireita ovat vapina, liikkumisen hidastuminen sekä lihasjäykkyys. Sairaus ei ole itsessään muistisairaus, mutta iän karttuessa sairaudelle on myös oleellista kehittyä muistisairautta. Tätä esiintyy suuriltaosin yli 70-vuotialla Parkinsonia sairastavista, ja yli 30 prosentilla sairastuneista. Oireina ovat muistiongelmien, ajan- ja paikantajun heikentyminen ja erilaiset sekavuus-tilat. Parkinsoniin kuuluu yleensä taudin alussa jo erilaiset puhe- ja kieliongelmien ja persoonallisuuden muutokset. Sanotaan, että nuorempina sairaus on enemmän liiketoimintoihin ja lihasten hallintaan keskittyvä sairaus, mutta vanhetessa ilmenee enemmän ongelmia muisti- ja ajatustoiminnoissa. (Launis, 1993; Atula, 2023.)

3.1.5 Otsa-ohimolohkorappeuma

Otsa-ohimolohkorappeuma on muistisairaus, joka alkaa usein jo työiässä ja etenee vähitellen. Sairaus vaikuttaa aivojen alueisiin, jotka säätelevät käyttäytymistä, puhetta ja tunne-elämää. Tästä syystä sen merkittävimmät oireet ovat persoonallisuuden muutokset, aloitekyvyttömyys ja puheen heikentyminen. Toisin kuin muissa muistisairauksissa muistitoiminnot voivat säilyä pitkään ennallaan. (Ehrenfreuchter ym., 2024)

Sairauden kolme yleisintä muotoa ovat frontotemporaalinen dementia (käyttämisen ja persoonallisuuden muutokset korostuvat), etenevä sujumaton afasia (puheen tuottaminen vaikeutuu) ja semanttinen dementia (sanojen merkityksen

ymmärtäminen heikentyy). Sairaus saattaa olla vaikea diagnosoida, koska ensioireiden perusteella syynä voidaan pitää psykiatrista sairautta, eikä muistiongelmien ole alussa oleellisia. Oireet alkavat yleensä 55–60 ikävuoden kohdalla eikä parantavaa lääkitystä ole olemassa. Tiettyjä oireita voidaan lääkkeiden avulla lievittää, mutta lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia. (Kruger, Katisko, Suhonen, Haapasalo, Remes, & Solje, 2021.)

4 MUISTISAIRAAN KIVUNHOITO PALVELUTALOSSA

Muistisairaudet heikentävät jo varhaisessa vaiheessa sairastuneen kykyä toimia itsenäisesti omassa asuinympäristössään. Sairauden edetessä palveluasumiseen siirtyminen on usein väistämätöntä, vaikka kotona asumista pyritään tukemaan monin keinoin. Palvelutalossa muistisairaahan hyvinvoinnin kannalta keskeisessä roolissa on yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoito, johon kuuluu myös kivun tunnistaminen ja hoitaminen.

Palvelutaloissa 60–80 % muistisairaista kokee kipua säännöllisesti. Kivun ilmaiseminen voi olla haasteellista, minkä vuoksi sen arviointi ja asianmukainen hoito edellyttävät erityistä tarkkuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Lisähaasteita palvelutaloissa aiheuttavat erityisesti sopivan lääkehoidon ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien valinta. Lisäksi moniammatillisen yhteistyön haasteet vaikeuttavat hoitosuunnittelua perheenjäsenten, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja muun palvelutalon henkilökunnan välillä. (Spichiger, Volken, Bosshard, Zigan, Blanc, Buscher, Nagl-Cupal, Bernard, Truchard, Larkin, & Koppitz, 2022; Rappe, Rajaniemi, & Topo, 2020.)

4.1.1 Muistisairaahan kipu

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka voi johtua kudonsvauriosta tai sen uhasta. Se on moniulotteinen ja subjektiivinen tuntemus, joka voi ilmetä fyysisenä, psyykkisenä tai emotionaalisenä kärsimyksenä. Hoitamattomana kipu saattaa aiheuttaa muistisairaalle esimerkiksi sekavuutta, ärtyneisyyttä tai käsittelyarkuutta. Kivun tunnistaminen ja hoitaminen voi olla haastavaa, sillä vaikeasti muistisairas henkilö ei aina kykene ilmaisemaan kipuaan tai edes ymmärrä epämiellyttävän tuntemuksen johtuvan kivusta. (Koponen & Vataja, 2023.)

Sairauden edetessä kivun tunnistamisesta ja muistisairaahan käyttäytymisen muutosten huomaamisesta tulee ensiarvoisen tärkeää. On tärkeää osata arvioida, milloin asukkaan käytöksen muutos vaatii toimenpiteitä. Lähtökohtana kuitenkin on,

että asukkaalta aina kysytään kivusta, ja apuna käytetään jotain kivun arviointimittaria. Mittarina voi toimia esimerkiksi numeraalinen asteikko taikka kuvat kasvojen ilmeistä. Tutkitun tiedon mukaan jopa 40 % vaikeasti dementoiduista asukkaista pystyi arvioimaan kipuaan ainakin yhden arviointimittarin avulla. (Koponen & Vataja, 2023; Löppönen, 2023; Finne-Soveri, Jakovljevic, Mäkelä, Heikkilä, Andreassen, Kylänen, Leppäaho, & Hammar, 2018.)

Tässä opinnäytetyössä kivunhoito muistisairaille kattaa sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät keinot, jotka avataan paremmin seuraavissa luvuissa.

4.1.2 Lääkkeellinen kivunhoito

Lääkkeellinen kivunhoito keskittyy kivun lievittämiseen lääkkeiden avulla. Muistisairailta kipulääkityksen valinta ja annostelu vaativat erityistä harkintaa, sillä sairaus voi heikentää heidän kykyään ilmaista kipua. Tämän vuoksi kivun arviointi ja lääkityksen vaikutusten seuranta ovat keskeisiä osia hoidossa. Lääkitystä suunniteltaessa on otettava huomioon kokonaistilanne, muut sairaudet sekä kivun mahdollinen aiheuttaja. (Terveyskylä, 2021.)

Lääkeaineet poistuvat iäkkään ihmisen elimistöstä hitaammin kuin nuoremmilla, mikä lisää yliannostuksen ja haittavaikutusten riskiä. Tästä syystä oikean annostuksen tarkka seuranta on erityisen tärkeää. (Terveyskylä, 2021.)

Kipulääkkeistä yleisimpiä ovat parasetamoli, ei-steroidiset tulehduskipulääkkeet (NSAID) ja opioidit. Parasetamoli on ensisijainen ja turvallinen vaihtoehto lievän tai kohtalaisen kivun hoidossa, sillä se aiheuttaa vain vähän haittavaikutuksia oikealla annostuksella. Tulehduskipulääkkeet (NSAID-lääkkeet), kuten ibuprofeeni ja ketoprofeeni, auttavat lievittämään tulehdusta ja kipua, mutta niiden käyttöä on harkittava tarkoin iäkkäillä, sillä ne voivat lisätä ruoansulatuskanavan verenvuodon ja munuaisten vajaatoiminnan riskiä. Opioidit, kuten morfiini ja fentanyl, ovat vaihtoehto voimakkaan kivun hoidossa, mutta niiden käyttöä on syytä rajoit-

taa ja annostella tarkasti. Opioidit voivat aiheuttaa sekavuutta, ummetusta, hengityslamaa ja kaatumisriskin lisääntymistä, mikä tekee niiden käytöstä haasteellista muistisairaille. (Terveyskirjasto, 2022.)

4.1.3 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömän kivunhoidon tärkeys on erittäin tärkeää kipua hoitaessa, ja sitä tulee käyttää aina, kun se on tilanteeseen nähden mahdollista. Lääkkeettömällä kivunhoidolla pyritään lievittämään kipua, parantamaan toimintakykyä ja elämänlaatua lääkkeettömin keinoin, samalla kun vältetään lääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia, kuten sekavuutta tai unihäiriöitä, jotka voivat olla erityisen haasteellisia muistisairaiden kohdalla. (Taranen, Rinne, Rosenvall & Tuunainen, 2024.)

Muistisairaana lääkkeettömässä hoidossa keskeisiä tekijöitä ovat hänen osallisuutensa hoitoon ja motivointi tekemään itse asioita, aina kun mahdollista. Hoitohenkilöstön tehtävänä on tukea jäljellä olevaa toimintakykyä ja välttää avuttomuuden korostamista. Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi asukkaan tukemista päivittäisissä toiminnoissa, kuten ruokailussa tai pukeutumisessa, mutta samalla myös rohkaisemista itse tekemään mahdollisimman paljon omatoimisesti.

Lääkkeettömässä kivunhoidossa korostuvat vuorovaikutus, asentohoito, ympäristön mukauttaminen ja hyvin toteutettu kivun arviointi. Tällöin ympäristön rauhallisuus, lämpötila ja valo voivat vaikuttaa kivun kokemiseen ja lievittämiseen. Hoitomuotoja, kuten fysioterapiaa, hierontaa ja lämpö-kylmähoitoja voidaan käyttää kivun lievittämiseksi, mutta yhtä lailla psykologinen tuki ja keskustelu voivat olla tärkeitä. (Käypä hoito, 2017.)

Hoitohenkilöstön rooli on tärkeä lääkkeettömän kivunhoidon onnistumisessa, sillä he voivat osaltaan helpottaa asukkaan kivunlievitystä lempeällä vuorovaikutuksella ja tarkalla havainnoinnilla. Yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan asukkaan toiveet ja tarpeet, on avainasemassa kivunhallinnan onnistumisessa.

4.1.4 Palvelutalossa asuminen

Tässä opinnäytetyössä palvelutalolla tarkoitetaan tehostettua palveluasumista muistisairaalle, kun kotona asuminen ei ole enää turvallista. Näissä tapauksissa asiakkaalle järjestetään turvallinen ja esteetön asumisyksikkö, jossa muistisairas voi asua. Palveluasuminen tarjoaa yhteisiä tiloja, joissa asukkailla on saatavilla palveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä.

Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan sitä, että muistipotilaalla on henkilökunta tukena ympärivuorokautisesti. Tällöin muistisairas saa apua ja tukea kaikina vuorokauden aikoina, esimerkiksi WC ja peseytymisapua, ruokailussa avustamista taikka päivän muissa toiminnoissa. Yksiköissä tulisi olla muistisairauksiin perehtyneitä hoitajia, jotta hoito olisi mahdollisimman laadukasta. Tämä myös onnistuu melko hyvin kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla, joissa väestöpohja on tarpeeksi suuri. (Varha, n.d; Virjonen, 2013.)

Sosiaalihuoltolaissa sanotaan, että kunnalla on velvoite huolehtia sosiaalipalveluna mm. asumispalvelusta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa painotetaan sitä, että palveluasumiseen sisältyy sekä asuminen että palvelut. Julkinen asumispalvelu on siis kunnan järjestämää ja täten rahoitetaan esimerkiksi verorahoilla. Valitettavasti jonot palvelutaloihin ovat niin pitkät, että kaikki paikkaa tarvitsevat joutuvat odottamaan hoitoon pääsyä. Yksityinen palveluasuminen on myös mahdollista, tällöin palvelutalon omistaa yksityinen yritys. Yksityisiä palvelutaloja rahoittavat pääsääntöisesti asukkaat itse. Ne ovat täten kalliimpia ja saatavuus vaihtelee kunnittain. (Andersson. S. 9. 2007.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSY- MYS

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata muistisairaiden kivunhoitoa palvelutalossa hoitajien kokemana. Kohde organisaatiolle hankittiin tietoa hoitajien omista kokemuksista aiheen ympäriltä, ja täten nostettiin esille henkilöstön kokemia positiivisia asioita. Tämän lisäksi myös mahdollisia ongelma- sekä kehityskohteita. Tutkimuksessa vertaillaan henkilöstön vastauksia ja luodaan niiden perusteella mahdollisimman kattava tuotos.

Tutkimuksen tavoitteena on tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla lisätä sekä syventää hoitajien tietoa muistisairaiden kivunhoidosta. Hoitohenkilökunta sai täten mahdollisuuden anonymisti kertoa omia ajatuksia. Tutkimuksen myötä kohde organisaatio saa valmiit tutkimustulokset käytettäväksi, jotka kohdentuvat työntekijöiden omiin kokemuksiin. Tutkimustulosten pohjalta hoivakodin henkilökunta voi mahdollisesti kehittää tai syventää omaa osaamistaan.

Tutkimuskysymys on, millaisia kokemuksia hoitajilla on palvelutalossa tapahtuvasta kivunhoidosta muistisairaiden kohdalla. Tutkimuskysymyksen avulla pyrittiin selvittämään hoitajien kokemukset muistipotilaan kivunhoidosta ja täten tuomaan esille toimivat keinot.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toteutus koostuu useista vaiheista, jotka muodostavat kokonaisuuden. Työ etenee suunnittelusta ja aloituksesta aineiston analysointiin ja käsittelyyn, minkä jälkeen tulokset raportoidaan. Tässä kappaleessa kuvataan työn etenemistä tarkemmin.

Opinnäytetyön tekijä valitsi tutkittavan aiheen, ja aiheen hyväksymisen jälkeen hän laati tutkimussuunnitelman. Suunnitelma sisälsi tiedot työn etenemisestä ja suunnitellusta valmistumisesta. Kun ohjaava opettaja oli hyväksynyt tutkimussuunnitelman, alkoi tilaajan etsiminen. Tilaajan löytäminen osoittautui haasteelliseksi, mutta lopulta yhteistyökumppaniksi valikoitui Etelä-Pohjanmaalla sijaitseva palvelutalo. Tutkija lähetti tutkimuslupahakemuksen palvelutalon yksikönjohtajalle huhtikuussa 2024, ja hakemus hyväksyttiin toukokuussa 2024. Lupapäätöksen jälkeen opinnäytetyön toteutus voitiin aloittaa.

6.1 Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö perustuu laadulliseen tutkimusmenetelmään. Laadullinen tutkimus soveltuu erityisesti tilanteisiin, joissa tavoitteena on ymmärtää ilmiötä syvällisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tällöin tarkastelun kohteena eivät ole määrälliset muuttujat, vaan yksilöiden kokemukset, näkemykset ja merkitykset. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.)

Laadullisessa tutkimuksessa teoriapohjalla on merkittävä rooli. Aiemmat tutkimukset ja keskeiset käsitteet muodostavat perustan työn kokonaiskuvalle ja ohjaavat tutkimuksen suuntaa. Vahva tietoperusta tukee tutkimuksen luotettavuutta ja auttaa syventämään analyysia. Teoria ei määrää tutkimuksen kulkua vaan auttaa ymmärtämään ilmiötä paremmin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.)

Keskeistä laadullisessa tutkimuksessa on ihmisten omien kokemusten esiin tuominen. Tarkoituksena on tarkastella ilmiötä yksilön näkökulmasta ja tuoda esille se,

miten tutkittavat itse kokevat ja jäsentävät tutkittavaa asiaa. Menetelminä käytetään usein esimerkiksi haastatteluja tai havainnointia, jotka mahdollistavat joustavan ja syvällisen tiedonkeruun. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä edellyttää tutkijalta kykyä reflektoida omaa rooliaan ja olla tietoinen omista ennakko-oletuksistaan. Tutkimusprosessi etenee usein aineistolähtöisesti, ja analyysissa pyritään löytämään merkityksellisiä teemoja tai ilmiöitä aineistosta. Tavoitteena ei ole yleistää tuloksia, vaan tuottaa ymmärrystä tietystä kontekstista ja tuoda esiin tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden ääni. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.)

6.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä toimii työn tilaaja, tehostettu hoivakoti Esperilla. Tutkimus on suunnattu hoivakodin lähi- ja sairaanhoitajille, jotka vastaavat asukkaiden päivittäisestä hoivasta ja hyvinvoinnista. Kohderyhmän edustajilla on ammatillinen koulutus ja kokemusta erityisesti ikääntyneiden ja muistisairaiden hoitotyöstä. Tutkimukseen osallistui pieni joukko henkilöstöä, minkä vuoksi tarkkoja lukumääriä ei avata vastaajien tunnistettavuuden suojelemiseksi.

Hoivakoti tarjoaa kodinomaista ja lämmintä ympärivuorokautista hoivaa ikäihmisille ja muistisairaille. Yksikössä on 31 asukaspaiikkaa, ja jokaiselle asukkaalle pyritään turvaamaan yksilöllinen ja turvallinen arki. Tiloiltaan hoivakoti on suunniteltu esteettömäksi ja viihtyisäksi, mikä tukee asukkaiden hyvinvointia ja itsenäistä toimintaa.

Henkilökunta työskentelee kuntouttavalla ja osallistavalla työotteella, jossa korostuvat asukkaiden osallisuus, voimavaralähtöisyys ja toimintakyvyn tukeminen. Arjessa kannustetaan osallistumaan erilaisiin toimintoihin ja viriketoimintaan yksilöllisten voimavarojen mukaan. Hoitotyössä painottuvat kohtaamisen laatu, ammatillinen vuorovaikutus ja asukkaan kokonaisvaltainen huomiointi.

Tutkimuksen kannalta tämä kohderyhmä on merkityksellinen, sillä hoitajilla on keskeinen rooli hoivatyön toteutuksessa sekä asukkaiden päivittäisessä elämässä. Heidän näkemyksensä tarjoavat arvokasta tietoa työyhteisön toiminnasta ja hoitokäytäntöjen kehittämismahdollisuuksista.

6.3 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa yleisimpinä aineiston keruu menetelminä pidetään haastattelua, kyselyä, havainnointia sekä erilaisista dokumenteista koottua tietoa. Näitä menetelmiä voidaan esimerkiksi yhdistellä taikka eritellä keskenään. Yksi suosituimmista on kyselyn laatiminen, koska siten voidaan mahdollistaa nopeasti ja laajasti kerätty aineisto. Kysely ja haastattelu ovat oivia aineiston keruu keinoja, kun halutaan tietää mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii jollain tietyllä tavalla. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.)

Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty kysely menetelmää. Aineisto kerättiin tuottamalla Webropol-kysely palvelutalon hoitohenkilökunnalle. Kysely antaa mahdollisuuden siihen, että hoitajat voivat vapaasti vastata kysymyksiin ilman pelkoa siitä, että heidät tunnistettaisiin. Tämä tarkoittaa sitä, että vastaajilla on täysi anonymiteetti. Kysely menetelmä mahdollisti myös sen, että vastaamiseen ei kulu paljon aikaa, eikä täten vie paljoa työpäivästä.

Tutkija lähetti suunnitellusti saatekirjeen ja linkin kyselyyn palvelutalon esihenkilölle, joka laittoi kyselyn eteenpäin hoitohenkilökunnalle. Muutaman viikon aikana kyselyyn ei tullut kuin kaksi vastausta. Tutkija ei ollut tähän tyytyväinen, ja pyysi lisää vastauksia sekä esitti haastattelu mahdollisuuden. Vastauksia tuli yksi lisää, johon tutkija ei ollut vielä tyytyväinen. Tutkija esitti uudestaan haastattelu mahdollisuuden ja mahdollista ajankohtaa haastattelulle. Tutkija ei saanut vastausta sähköpostiinsa. Lopulta vastauksia tuli 5 kappaletta, johon tutkijan oli tyydyttävä. Vastausten vähäinen määrä herätti huolta aineiston riittävydestä eikä vastausten määrään oltu tyytyväisiä.

6.4 Aineiston analysointi ja raportointi

Kerätty aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä hyödyntäen. Vastauksia tarkasteltiin sisällönanalyysin avulla, jossa pyrittiin tunnistamaan keskeisiä teemoja ja yhteneväisyyksiä vastaajien kokemuksista. Aineistosta nousseita aiheita ryhmiteltiin ja luokiteltiin sen mukaan, millaisia näkemyksiä hoitajilla oli kivun tunnistamisesta, hoitomenetelmistä sekä kivunhoidon haasteista.

Tulokset esitettiin selkeinä kokonaisuuksina, ja niitä havainnollistettiin taulukoiden ja suorien vastausotteiden avulla. Näin pyrittiin tuomaan esiin hoitajien kokemuksia mahdollisimman konkreettisesti ja antamaan realistinen kuva palvelutaloympäristössä toteutuvasta kivunhoidosta. Raportoinnissa on pyritty objektiivisyyteen ja huolellisuuteen, jotta tulokset kuvaisivat mahdollisimman tarkasti vastaajien näkemyksiä ilman tutkijan omia tulkintoja.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä osiossa käydään läpi opinnäytetyön tutkimuksen tuloksia.

7.1 Taustatiedot

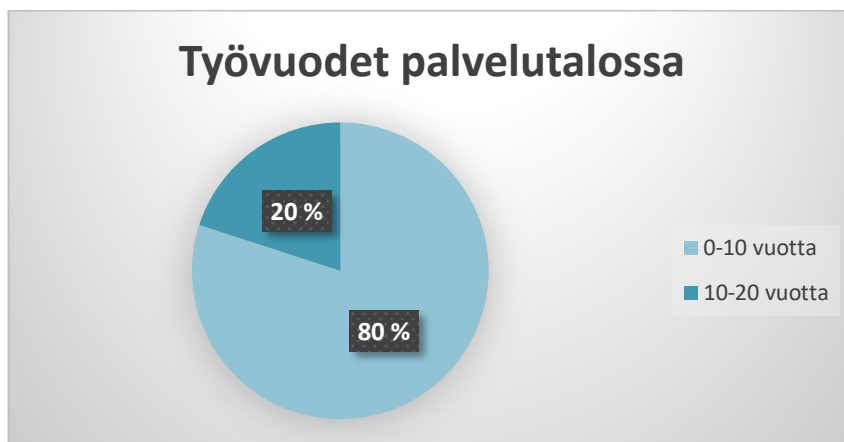
Tässä luvussa esitellään tutkimukseen osallistuneiden vastaajien yleisiä taustatietoja. Tarkastelun kohteena ovat ikä, ammatillinen tausta sekä työkokemus hoitoalalta ja palvelutalotyöstä.

7.1.1 Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma ja työvuodet

Vastaajista suurin osa kuului nuorten ja keski-ikäisten ryhmään. Ikäjakauma painottui selvästi 20–50-vuotiaisiin, eikä tutkimukseen osallistunut iäkkäämpiä työntekijöitä. Tämän perusteella voidaan olettaa, että kysely tavoitti erityisesti työuransa alku- ja keskivaiheessa olevia hoitajia.

Ammatillisesti vastaajat olivat pääosin lähihoitajia, mikä on tyypillistä palvelutalojen henkilöstörakenteessa. Työkokemusta hoitoalalta oli kertynyt vaihtelevasti. Osa vastaajista oli aloittanut uransa melko hiljattain, kun taas toisilla oli jo useamman vuoden työkokemus hoitotyöstä. Kukaan vastaajista ei kuitenkaan ollut työskennellyt alalla yli kahden vuosikymmenen ajan. Palvelutalotyöskentelystä oli kertynyt useimmille jonkin verran kokemusta, ja osa oli toiminut työvuosien aikana myös muualla.

7.1.2 Työvuodet palvelutalossa



Kuvio 1. Henkilöstön työvuosien jakauma hoitajana palvelutalossa

Yllä olevan kaavion perusteella suurimmalla osalla vastaajista oli alle 10 vuoden työkokemus palvelutalossa. Myös pidempää, 10–20 vuoden kokemusta oli joillain vastaajilla, mutta yli 20 vuoden kokemusta ei esiintynyt.

7.2 Hoitajien kokemukset parhaista kivunhoidon arvioinnin menetelmistä

Suurin osa hoitajista koki, että muistisairaahan kivun arviointi perustuu ilmeiden, eleiden ja käytöksen tarkkailuun. Palvelutalossa monet muistisairaathan asukkaat eivät pysty ilmaisemaan kipuaan sanallisesti, joten hoitajat käyttävät havainnointia apunaan.

”Ilmeet, eleet ja olemus ovat suurimpia mittareita kivun arvioimiseksi.”

Asukkaiden sairauden edetessä kommunikointitaidot heikentyvät. Jos taito kuitenkin on vielä tallella, ovat hoitajat sitä mieltä, että kipuasteikon (0–10) on hyödyntämisen arvoinen. Näin saa pienen kuvan siitä, kuinka suurta kipua voi olla. Kivunarvioinnissa korostettiin myös maalaisjärkeä ja kokemusperäistä tietoa, kuten käyttäytymisen muutosten huomaamista ja suoraan kysymistä.

”Asukkaan käytöksen tarkkailu ja kysyminen antaa paljon tietoa kivusta.”

Taulukko 1. Hoitajien kokemukset parhaista kivunhoidon menetelmistä

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Ilmeet ja eleet	Havainnointi	
Käytöksen tarkkailu		
Suoraan kysyminen		
Kipujana-asteikon (0–10) hyödyntäminen	Sanallinen ja asteikollinen	Muistisaira kivun hoito
Sanallisen ja nonverbaalisen viestinnän yhdistäminen	Yhdistetyt menetelmät	
Useiden eri arviointimenetelmien yhdistäminen		

7.3 Toimivimmat kivunhoitomenetelmät hoitajien näkökulmasta

Hoitajat korostivat, että lääkkeellinen kivunhoito on usein välttämätöntä, koska monet muistisairaat eivät pysty ilmaisemaan kipuaan. Säännöllinen kipulääkitys koettiin hyödylliseksi, jotta kipua voidaan hallita ennakoivasti.

”Kivun sanoittaminen ei aina onnistu, joten säännöllinen kipulääkitys on hyvä vaihtoehto.”

Lääkkeellisinä menetelminä mainittiin kipulaastarit, tabletit ja kipupumppu, joita käytetään potilaskohtaisesti. Hoitajat korostivat eniten sitä, että lääkkeellinen kivunhoito on monissa tapauksissa se paras vaihtoehto.

Lääkkeettömät menetelmät, kuten lämpö- ja kylmähoito, hieronta, asentohoidot ja liikunta koettiin myös tärkeiksi tukitoimiksi. Lisäksi aistiterapia, kuten musiikin kuuntelu ja maalaaminen mainittiin vaihtoehtoisina kivunlievityksenkeinoina. Näitä pidettiin helppoina ja edullisina. Vaikka oltiin sitä mieltä, että lääke hoidossa on paras vaste, on lääkkeetön kivunhoito myös hyväksi koettu hoitomuoto.

”Jokaiselle löytyy yleensä sopiva kivunhoitomenetelmä, ja tarvittaessa vaihdetaan.”

Taulukko 2. Hoitajien kokemukset kivunhoidosta palvelutalossa

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Säännöllinen kipulääkitys	Kipulaastarit ja pumppu	Lääkkeellinen hoito
Paras vaste lääkehoidolla		
Kylmä- ja lämpöhoito		Hoito palvelutalossa
Hieronta ja asentohoito	Liikunta ja aktiviteetit	Lääkkeetön hoito
Musiikki ja maalaaminen		

7.4 Kivun hoidon haasteet muistisairailta

Suurimpana haasteena nähtiin muistipotilaiden vaikeus sanoittaa kipua, mikä hidastaa kivun tunnistamista ja hoidon aloittamista.

”Muistipotilaat eivät osaa aina sanoittaa kipuaan, ja täten voi mennä paljon aikaa kivun huomaamiseen.”

Toisena haasteena nostettiin esille käyttäytymisen muutokset, kuten aggressiivisuus, joka saattoi peittää kivun.

”Jotkut peittävät kipuja erilaisten käyttäytymisten taakse esim. ollaan aggressiivisia.”

Hoitomyönteisyys oli myös ongelma, sillä osa potilaista ei tunnista kipuaan eivätkä siksi hyväksy hoitoa. Kipulääkkeiden vaikutuksen arviointi nähtiin vaikeana, koska potilas ei välttämättä osaa kertoa, tuntuuko lääke auttavan.

Taulukko 3. Hoitajien kokemukset haasteellisesta kivunhoidosta palvelutalossa

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Kipua ei osata sanoittaa		
Kivun paikantaminen	Kivun ilmaisun vaikeudet	
Kivun tunnistaminen		Kivunhoidon haasteet palvelutalossa
Aggressiivisuus ilmaisukeinona		
Poikkeava käytös	Kivun peittäminen käytöksellä	
Ei tunnista kipua		
Hoidosta kieltäytyminen	Hoitomyönteisyyden haasteet	

7.5 Hoitajien onnistuneita kivunhoitotilanteita

Hoitajat kuvasivat onnistuneita tilanteita, joissa kivunhoito oli räätälöity yksilöllisesti ja hoitotyössä onnistuttiin hyödyntämään eri menetelmiä.

”Asukas kieltäytyi lääkkeestä, mutta hyväksyi lämpöpakkauksen, joka helpotti kipua. Onnistumiseen vaikutti rauhallisuus ja rehellinen kysyminen.”

Saattohoidon kivunhoito nähtiin erityisen tärkeänä. Tällöin koettiin kivunlievityksen olleen tehokkainta ja potilas voitiin pitää täysin kivuttomana lääkkeellisellä hoidolla.

”Saattohoidossa voidaan onnistua parhaimmassa tapauksessa todella hyvin, kun kivunhoito on suunniteltu huolellisesti ja toteutettu yhteistyössä.”

Hoitajien mielestä onnistuneet kivunhoitotilanteet ovat juuri niitä, joissa kivut havaitaan ajoissa ja niihin löytyy oikea hoitokeino. Joissain tapauksissa lääkkeellinen kivunhoito ei ole se ainoa toimiva ratkaisu. Hyvä ammattitaito, yhteistyö ja avoin keskustelu ilmapiiri luo onnistuneen kivunhoidon.

Taulukko 4. Hoitajien keskeiset ajatukset onnistuneesta kivunhoidosta

Tekijä	Esimerkki käytännöstä
Yksilöllinen hoito	Kivunhoito räätälöidään asukkaan tarpeiden mukaan
Lääkkeellinen hoito	Kipulääkitys, kipupumppu tarvittaessa
Lääkkeetön hoito	Lämpöpakkaukset, hieronta, asento-hoito
Varhainen kivun tunnistus	Kivun havainnointi ajoissa ja oikea hoitokeino
Tiimityö ja yhteistyö	Yhteistyö hoitajien, lääkäreiden ja omaisten kanssa
Ammattitaito	Hoitajien osaaminen kivun arvioinnissa ja hoidossa
Kommunikaatio	Rauhallinen ja rehellinen keskustelu asukkaan kanssa

8 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen keskeisiä tuloksia ja niiden merkitystä muistisairaiden kivunhoidon näkökulmasta palvelutaloympäristössä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitajien kokemuksia kivunhoidosta muistisairaiden kohdalla, tunnistaa toimivia käytäntöjä sekä tuoda esiin kivunhoitoon liittyviä haasteita.

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tulokset osoittivat, että hoitajat hyödyntävät sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Lääkkeellinen kivunhoito, kuten kipulaastarit ja säännöllinen kipulääkitys, nähtiin tärkeänä osana hoitoa, koska moni muistisairas ei pysty sanallisesti ilmaisemaan kipuaan. Toisaalta lääkkeettömät menetelmät, kuten lämpöhoito, hieronta ja asentohoito, koettiin tärkeinä tukitoimina, joiden avulla voidaan lievittää kipua ilman lääkkeiden haittavaikutuksia.

Keskeinen haaste kivunhoidossa oli kivun tunnistaminen. Hoitajat toivat esiin, että muistisairaat ilmaisivat kipua usein epäsuorasti esimerkiksi käytöksen muutoksilla, ilmeillä tai levottomuudella. Tämä teki kivun arvioinnista vaikeaa ja saattoi viivästyttää hoidon aloitusta. Osa hoitajista koki myös, että kipuarviointimenetelmät, kuten kipujana-asteikot, eivät aina soveltuneet muistisairaille, joilla oli vaikeuksia sanallistaa tuntemuksiaan.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että muistisairaiden kivunhoito edellyttää hoitajilta tarkkaa havainnointia, kokemuksen kautta kertynyttä osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Jotta kivunhoito olisi mahdollisimman tehokasta, tulisi hoitajien saada säännöllistä koulutusta kivun arviointiin ja hoitomenetelmiin. Lisäksi työyhteisössä olisi hyvä panostaa tiedon jakamiseen, jotta hoitajat voisivat oppia toisiltaan ja kehittää kivunhoitokäytäntöjä entistä toimivammiksi.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä korostetaan ihmisten arvon kunnioittamista ja heidän oikeuttansa itsemääräämiseen. Tavoitteena oli varmistaa vastaajien anonymiteetti ja sananvapaus. Vastaajien nimiä ei paljasteta, ja kyselyn toteutus tehtiin siten, että vastaajan henkilöllisyys pysyy salassa. Osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista, ja vastaajalla oli oikeus kieltäytyä osallistumisesta milloin tahansa. Kyselyyn vastaajalle tuli tulla tunne, että kyselyn peruuttaminen on yhtä helppoa kuin siihen suostuminen. Osallistujille annettiin selkeää tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja käytännön toteutuksesta ennen kyselyyn vastaamista. (Kohonen, Kuula-Luumi & Spoo. S. 7–13. 2019.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu siten, että kyselyyn vastanneille ei aiheudu merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. Työssä luottamus tutkijan ja kyselyyn vastaajien välillä on tärkeä. Luottamus säilyy vain, jos tutkimukseen osallistuvien ihmisarvoa ja oikeuksia kunnioitetaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2021.)

Tutkija noudattaa voimassa olevaa lainsäädäntöä sekä oman organisaationsa tietosuojaohteita. Näin varmistetaan, että vastaajat voivat osallistua tutkimukseen turvallisesti, ja riskeiltä, haitoilta sekä vahingoilta pyritään välttymään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2021.)

Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa se, että tutkija noudatti ihmistieteissä keskeisiä eettisiä periaatteita. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK, 2019) mukaan on tärkeää huolehtia siitä, että osallistujien oikeudet ja hyvinvointi otetaan huomioon. Tässä tutkimuksessa onkin varmistettu, että osallistujien anonymiteetti ja vapaaehtoisuus on turvattu.

Tässä tutkimuksessa ei käytetä suoraa lainaamista eli plagiointia, vaan lähteisiin peilataan omin sanoin. Käytettävät lähteet tulevat olemaan tarkistettuja sekä luotettavia. Tutkimuksessa kerättyä tietoa käytetään uskottavasti siten, että tulokset

vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä. (Kylmä & Juvakka, 2007. s.128.)

8.3 Tutkijan oma oppiminen

Työn edetessä tutkimuksen tekijä on saanut kattavamman käsityksen muistisairaiden kivunhoidon haasteista ja siitä, kuinka tärkeää on tunnistaa kipua myös silloin, kun potilas ei pysty sitä itse ilmaisemaan. Tutkija perehtyi tarkemmin erilaisiin kivun arviointimenetelmiin ja siihen, miten hoitajat voivat käyttää nonverbaaleja vihjeitä kivun tunnistamisessa. Tämä on avannut uuden näkökulman siihen, kuinka monimutkaista ja tarkkaa hoitotyö voi olla juuri kivunhoidon osalta.

Lisäksi tutkija ymmärsi, miten moniammatillinen yhteistyö ja eri asiantuntijoiden osaamisen yhdistäminen voi merkittävästi parantaa muistisairaiden elämänlaatua. Tulevaisuudessa opittua tietoa voi hyödyntää esimerkiksi kehittämällä kivun arviointia hoitotyössä ja lisäämällä tietoisuutta muistisairaiden kivun tunnistamisen merkityksestä. Tutkija uskoo, että tästä työstä saadut opit tukevat käytännön hoitotyössä ja mahdollisesti myös jatko-opinnoissa.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tulevaisuudessa olisi hyvä tehdä lisää tutkimusta muistisairaiden kivunhoidosta, erityisesti eri palvelutaloissa ja hoitoympäristöissä. Olisi kiinnostavaa vertailla eri paikkojen käytäntöjä ja selvittää, mitkä menetelmät toimivat parhaiten. Jatkotutkimuksissa voisi myös syventyä siihen, kuinka tehokkaita erilaiset lääkkeettömät kivunhoitokeinot ovat muistisairaiden elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamisessa. Lisäksi hoitohenkilökunnan koulutuksen ja kivun arviointimenetelmien kehittäminen voisivat olla tärkeitä aiheita. Esimerkiksi pitkäaikaiset tutkimukset voisivat auttaa ymmärtämään paremmin, miten erilaiset hoitotavat vaikuttavat muistisairaiden hyvinvointiin pidemmällä aikavälillä.

LÄHTEET

Aivotalo. (2021). Ikääntyminen ja aivot. Terveyskylä. Viitattu 5.2.2025. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky/aivojen-toimintakykyn-vaikuttavia-tekijoita/ikaantymisen-ja-aivot>

Atula, S. (2023, tammikuu 23). Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (verenkiertoperäinen muistisairaus). Terveyskirjasto. Viitattu 11.2.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01106>

Atula, S. (2023, helmikuu 8). Parkinsonin tauti. Terveyskirjasto. Viitattu 11.2.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00055>

Ehrenfreuchter, C., Fallert-Muller, A., Fernholz, D., Hoffmann, G., Meinrenken, S., & Rose, T. (2024). Muistatko vielä minut? Apua ja neuvoja muistihäiriöiden hoitoon ja ehkäisyyn (Ristolainen, S. Suom.). CIL Suomi Oy. (Alkuperäinen teos julkaistu 2013).

Finne-Soveri, H., Jakovljevic, D., Mäkelä, M., Heikkilä, R., Andreassen, P., Kylänen, M., Leppäaho, S., & Hammar, T. (2018, toukokuu 4). Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. Lääkärilehti. Viitattu 6.2.2025. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.puv.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/vaikeasti-muistisairaana-vanhuksen-kivun-hallinta-toteutuu-palvelutalossa-huomattavasti-paremmin-kuin-laitoksessa/>

Juva, K. (2024, joulukuu 10). Alzheimerin tauti. Terveyskirjasto. Viitattu 11.2.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00699>

Kohonen, I., Kuula-Luumi, A., & Spoof, S. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa; Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. (S. 7–13). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 1.3.2025. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

- Kruger, J., Katisko, K., Suhonen, N., Haapasalo, A., Remes, A., & Solje, E. (2021). Otsa-ohimolohkorappeumat – miten tunnistan ja hoidan. Duodecim. Viitattu 11.2.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16513>
- Kylmä, J., & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. (S. 128). Helsinki: Edita.
- Käypä hoito. (2017, elokuu 22.) Kipu. Duodecim. Viitattu 16.2.2025. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Löppönen, M. (2023, joulukuu 11). Kipu ja muistisairaus. Käypähoito. Viitattu 13.2.2025 <https://www.kaypahoito.fi/nix03280#R13>
- Muistiliitto. (N.d.) Muistin rakenne. Viitattu 2.2.2025. <https://muistiliitto.fi/aivot-ja-muisti/muisti/>
- Muistiliitto. (N.d.). Muistiongelmia – Milloin huolestua. Muistiliitto. Viitattu 2.2.2025. <https://muistiliitto.fi/aivot-ja-muisti/muisti/muistiongelmia-milloin-huolestua/>
- Ngandu, T., & Kivipelto, M. (2018). Monimuotoiset elintapainterventiot muistisairausedidemiaan ehkäisyssä. Duodemic. Viitattu 2.2.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14669>
- Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M., Kautiainen, H., Strandberg, T., & Tilvis, R. (2013). Muistisairauden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus: Satunnaistettu vertailututkimus (Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125). Kelan tutkimusosasto.
- Rappe, E., Rajaniemi, J., & Topo, P. (2020). Hyvä asuminen muistisairaana. Gerontologia, 34(2), 135–154. Viitattu 13.2.2025. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/84947/53430>

Rosenvall, A. (2023). Muistisairauksiin liittyviä määritelmiä. Duodecim. Viitattu 12.2.2025. <https://www.kaypahoito.fi/nix02415>

Spichiger, F., Volken, T., Bosshard, G., Zigan, N., Blanc, G., Buscher, A., Nagl-Cupal, M., Bernard, M., Truchard, E., Larkin, P., & Koppitz, A. (2022, joulukuu 29). Pain Interventions for people with dementia: a quasi-experimental study. BMC Palliative Care, 21(1), 118. https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-01118-9?utm_source=chatgpt.com

Taranen, K., Rinne, J., Rosenvall, A. & Tuunainen, A. (2024, maaliskuu 11.) Muistisairaudet. Käypä hoito. Viitattu 16.2.2025. <https://www.kaypahoito.fi/khp00094>

Tilastokeskus. (2024). Suomi lukuina. Viitattu 5.2.2025. https://otos.stat.fi/server/api/core/bitstreams/b1eb145c-d73d-4e31-89e6-39f28487671a/content?utm_source=chatgpt.com

Tilastokeskus. (2020, maaliskuu 24). Väestörakenne 2019. Viitattu 5.2.2025. https://stat.fi/til/vaerak/2019/vaerak_2019_2020-03-24_tie_001_fi.html?utm_source=chatgpt.com

Tuomainen, S. & Hänninen T. (2000). Kognitiivinen ikääntyminen. Duodecim. Viitattu 2.2.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo91584>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (16.11.2021.) ”Ihmistieteiden eettisen ennakkoarvioinnin ohje.” [verkkosivusto]. Viitattu 3.3.2025. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakkoarvioinnin-ohje>

Varha. (N.d). Turvaamme, parannamme, pelastamme – Hyvinvointia joka päivä. Viitattu 4.4.2024. <https://www.varha.fi/fi>

Virjonen, K. (toim.). (2013). Muistin ongelmat: toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. PS-kustannus.

Vuosimaa, E. (N.d.) Kognitiivisten toimintojen muutokset – mikä on ikääntymistä, mikä sairautta? Viitattu 15.2.2025 <https://core.ac.uk/download/pdf/328856244.pdf>

Väyrynen, H., Kruger, J., & Remes, A. (2018). Tunnistatko Lewyn kappale -taudin. Duodecim. Viitattu 11.2.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14516>

LIITTEET

LIITE 1

Saatekirje

Hei, arvoisa kyselytutkimukseen vastaaja. Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötäni aiheesta ”muistisairaankivunhoito palvelutaloissa hoitajien näkökulmasta.”

Tavoitteena on tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla kartoittaa hoitajien kokemuksia muistisairaankivunhoidosta.

Tutkimus toteutetaan netti kyselymuodossa. Ääneen pääsevät kaikki halukkaat palvelutalossa työskentelevät lähi- ja sairaanhoitajat.

Pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn 10.- 22.9.2024 välisenä aikana. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10–15 minuuttia.

Käsittelen teiltä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Vastaajia käsitellään anonyymisti ja tutkimustulokset käsitellään ryhmätasolla, jolloin yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimustuloksista tiedotetaan Ilkka Esperin henkilökunnalle tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimukseni ohjaajana toimii Johanna Latvala, Hoitotyön lehtori.

johanna.latvala@vamk.fi

Mikäli mieleen tulee kysymyksiä, vastaan niihin mielelläni.

Terveisin Noora Andersson, e2202917@edu.vamk.fi

LIITE 2

Tutkimuskysymykset

1. Taustamuuttajat: Vastaajan ikä, ammattinimike, työvuodet hoitajana hoitolalla sekä palvelutalossa.
2. Mitä menetelmiä olet käyttänyt muistisairaana kivun arvioimiseksi työssäsi ja mistä koet olleen eniten hyötyä?
3. Mitkä kivunhoidon menetelmät mielestäsi ovat toimivimmat palvelutalossa muistipotilaiden kivunhoidossa ja miksi?
4. Mitkä koet suurimmiksi haasteiksi muistisairaana kivunhoidossa palvelutalossa?
5. Jaa lopuksi jokin esimerkki tilanne, jossa koet kivunhoidon olleen erityisen onnistunutta. Mitkä tekijät vaikuttivat onnistumiseen?