



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Riina Järvenpää

MUISTISAIRAAN VANHUKSEN KIVUN
HOIDON TOTEUTUS
PALVELUASUMISYKSIKÖISSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Riina Järvenpää
Opinnäytetyön nimi	Muistisairaana vanhuksen kivun hoidon toteutus palveluasumisyksiköissä
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	43 + 4 liitettä
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää muistisairaana vanhuksen kivun hoidon toteuttamistapoja palveluasumisyksiköissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Lisäksi kartoitettiin kivun arviointimenetelmiä, hoitajien kokemia haasteita kivun hoitotyössä ja potilaskohtaisten tarpeiden toteutumista. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaana kivun hoidon toteuttamisesta palveluasumisyksiköissä. Tulosten avulla voidaan lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja siten kykyä arvioida ja hoitaa muistisairaana kipua. Näin voidaan parantaa muistisairaana vanhuksen hyvinvointia ja hoitotyön laatua.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään muistisairauksia, muistisairaana hoitotyötä, vanhuutta, palveluasumista ja kivunhoitoa. Tutkimus on kvantitatiivinen ja tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Aineiston analyysiin käytettiin sekä SPSS-tilasto-ohjelmaa, että induktiivista sisällön analyysia. Kyselyyn vastasi 44 hoitotyöntekijää vastausprosentin ollessa 66.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että usea dementoitunut potilas käyttää kipu- ja psyykenlääkkeitä säännöllisesti. PAINAD-kipumittaria kertoi käyttävänsä reilu puolet vastaajista (59,5 %). Sen käyttöä voitaisiin yhtenäistää molemmissa yksiköissä. Kommunikaatiokyvyttömän potilaan kipu saattoi joskus jäädä tunnistamatta. 86 % vastaajista sanoo kivun jäävän epäselväksi ainakin joskus. Haasteelliseksi koettuja tilanteita olivat etenkin potilaan aggressiivisuus, yhteistyökyvyttömyys ja haluttomuus ottaa lääkkeitä. Lisäkoulutuksen koki tarpeelliseksi yli puolet vastaajista.

Avainsanat muistisairaudet, vanhus, kipu, kivun hoito,
tehostettu palveluasuminen

ABSTRACT

Author	Riina Järvenpää
Title	The Pain Management of an Elderly Person with a Memory Disease in Sheltered Housing
Year	2016
Language	Finnish
Pages	43 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

The purpose this bachelor's thesis was to look into the implementation of pain management of an elderly person with a memory disease from the nursing personnel's point of view. The focus was also on pain assessment methods, the challenges experienced by the nurses and the individual patient's needs. The aim was to provide information on the implementation of the pain management of an elderly person with a memory disease in sheltered housing. The results can be used to increase health personnel's competence and the ability to assess and treat the pain of a person with a memory disease. The results can be used to improve the well-being of an elderly person with a memory disease and the quality of nursing care.

The theoretical framework of the study deals with memory disorders, nursing of a patient with memory diseases, aging, assisted living and pain management. The study is quantitative and the research data was collected with a semi-structured questionnaire. The material was analysed with was used SPSS-statistical program and inductive content analysis. The survey was answered by 44 employees. The response rate was 66.

The study results showed that many dementia patients use painkillers and psychiatric medicines on a regular basis. More than a half of the respondents said that they use PAINAD-scale (59,5%). However, the use of the scale could be unified in both of units. The pain could be unnoticed if the patient has no communication skills. Of the respondents, 86 % said the pain remain unnoticed, at least sometimes. Situations that were felt to be challenging included especially the patient being aggressive, the patient's inability to cooperate and reluctance to take medications. More than a half felt necessary to get some further education.

Keywords Memory diseases, elderly person, pain, pain management, sheltered housing with 24-hour assistance

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	MUISTISAIRAUDET.....	10
	2.1 Alzheimerin tauti	10
	2.2 Aivoverenkiertosairaudet.....	11
	2.3 Lewyn kappale -tauti.....	11
	2.4 Otsa-ohimolohkorappeuman muistisairaus.....	12
3	MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ.....	13
	3.1 Hoidon valinta ja suunnittelu	13
	3.2 Lääkehoito.....	13
	3.3 Kuntouttava hoito.....	14
	3.4 Loppuvaiheen hoito	15
4	VANHUS JA PALVELUT	17
	4.1 Vanhuus	17
	4.2 Vanhusten palvelut.....	18
5	MUISTISAIRAAN KIVUN HOITO	19
	5.1 Muistisairaahan kipu.....	19
	5.2 Kivun arviointi	20
	5.3 Kivun hoito	21
	5.4 Kivun hoidon kehittäminen.....	23
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	24
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	25
	7.1 Tutkimusmenetelmä.....	25
	7.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	25
	7.3 Aineiston analyysi.....	26
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	27
	8.1 Kivun hoidon toteutus.....	27
	8.2 Kivun arviointi	29

8.3 Kivun hoidon potilaskohtaiset tarpeet	31
8.4 Kivun hoidon haasteet.....	31
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	34
10 POHDINTA.....	35
10.1 Tutkimustulosten tarkastelua	35
10.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	36
10.3 Tutkimuksen eettisyys	37
10.4 Jatkotutkimusaiheet.....	38
LÄHTEET.....	39

LIITTEET

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Yksiköissä käytettävät lääkkeettömät kivun hoidon muodot	28
Kuvio 2. Kivuliaan potilaan tunnistaminen käytöksestä ja ääntelystä	30
Kuvio 3. Fysiologisia merkkejä kivuliaan potilaan tunnistamisesta	31
Taulukko 1. Työkokemus vuosina vanhusten hoidossa	27
Taulukko 2. PAINAD-mittarin käyttö yksikössä	29
Taulukko 3. Potilaan yhteistyökyvyttömyys ja aggressiivisuus haasteina kivun hoidossa	32
Taulukko 4. Potilaan haluttomuus ottaa lääkkeitä ja nielemisvaikeudet haasteina kivun hoidossa	33

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Taulukko tiedon hausta**LIITE 2.** Kyselylomake**LIITE 3.** Saatekirje**LIITE 4.** Analyysitaulukko

1 JOHDANTO

Ikääntyneitä oli väestössämme 1,1 miljoonaa vuonna 2015 (Tilastokeskus, 2015). Ikääntyessä sairaudet lisääntyvät, jolloin myös riski muistisairauksiin kasvaa. Muistisairauksilla tarkoitetaan tauteja, jotka heikentävät muistia sekä muita tiedon käsittelyn osa-alueita. Muistisairaksiin luetaan Alzheimerin tauti, aivoverenkierto-sairaudet, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsaohimo-lohkonrappaumasta johtuva muistisairaus. Näistä yleisin on Alzheimerin tauti, jota sairastaa 70 % muistipotilaista. Valtaosa sairastuneista on iältään yli 75 vuotiaita. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 18–21; Käypähoito 2010 b.)

Ikääntyneet ovat merkittävä yhteiskunnallinen ryhmä ja vanhustenhoitotyö on hyvin tärkeä hoitotyön osa-alue. Muistisairauksien puolestaan koetaan usein tuovan haasteita iäkkään potilaan hoitotyöhön, minkä vuoksi päädyttiin tutkimaan muistisairaita vanhuksia. Työ rajattiin kuitenkin koskemaan vain muistisairaana kivunhoidon toteutusta, sillä tämän kaltaista työtä ei ollut vielä tehty. On todettu, että potilaan muistisairaus vaikuttaa kivun kokemiseen ja kykyyn ilmaista kipua, mutta tietoa tästä aiheesta tarvitaan yhä lisää (Kankkunen 2010, 248).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää muistisairaana vanhuksen kivun hoidon toteuttamistapoja palveluasumisyksiköissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Lisäksi haluttiin kartoittaa kivun arviointimenetelmiä sekä hoitajien kokemia haasteita muistisairaana kivun hoidossa. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa, hoitohenkilökunnan näkökulmasta, muistisairaana kivun hoidon toteuttamisesta palveluasumisyksiköissä.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisesti, eli määrällisenä tutkimuksena, jotta saataisiin mahdollisimman monen hoitotyöntekijän näkemys muistisairaana kivun hoidosta. Tutkimusmenetelmänä toimi puolistrukturoitu kyselylomake, johon oli aikaa vastata kaksi viikkoa. Tutkimukseen osallistui kaksi Mikevan palveluasumisyksikköä Vaasasta. Opinnäytetyön tilaajaa on Mikeva Kaarlentupa. Aineiston analyysiin käytettiin sekä SPPS-tilasto-ohjelmaa sekä induktiivista sisällön analyysia, sillä kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja, että avoimia kysymyksiä.

Tutkimustietoa muistisairaahan kivun hoitoon liittyen on etsitty PubMedistä hakusanoin ”dementia” ja ”pain” ja ”PAINAD-scale” (Liite 1.) Rajaukset hauille on tehty muun muassa kielen ja tutkimus ajankohdan perusteilla. Lisäksi hakuja on tehty myös Medic-tietokannasta, joissa hakusanoina toimivat ”muistisairaudet” ja ”kipu”. Viisi näistä tietokannoista löydetyistä tutkimuksista on käytetty tämän työn lähteenä.

2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus on tauti, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn osa-alueita. Näitä osa-alueita ovat esimerkiksi kielelliset toiminnot, hahmottaminen ja toiminnanohjaus. Termillä dementia tarkoitetaan useamman tiedonkäsittelytoiminnon heikentymistä samanaikaisesti siten, että potilas ei kykene selviytymään itsenäisesti arkiaskareista. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkonrappaumasta johtuva muistisairaus. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 18–21.) Tällä hetkellä Suomessa on arviolta 193 000 muistisairasta henkilöä ja 93 000 näistä on vähintään keskivaikean muistisairauden vaiheessa (Muistiliitto 2016 b).

Muistisairaudet lisääntyvät iän myötä ja valtaosa sairastavista on iäkkäitä. Alzheimerin tautia sairastavista 80 % on yli 75-vuotiaita. Vanhuus ei itsessään ole muistisairauden syy. Muistioireet voivat johtua joko etenevästä sairaudesta tai olla seurausta aivovammasta. Moni aivoja vaurioittava sairaus, myrkytys tai vamma voikin olla syy muistisairaudelle. Joskus muistamattomuuden taustalla voi olla myös hoidettavissa oleva sairaus tai tila. Tällaisia ovat esimerkiksi masennus, b12-vitamiinin puutos, kilpirauhasen vajaatoiminta tai liiallinen antikolinergisten lääkkeiden yhtä-aikainen käyttö. (Hallikainen 2014, 13;MEMO 2013, 10–11.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti (AT) on yleisin muistisairaus, sillä 65–70% keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta on Alzheimerin tautitapauksia. Esiintyvyys lisääntyy iän myötä ja tyypillistä taudille on vaiheittainen eteneminen. Tauti alkaa yleensä muistioireilla, jonka myötä alkavat toimintakyvyn ja omatoimisuuden heikentyminen. Käyttöoireet saattavat vaihdella taudin eri vaiheissa. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 119.)

Ensimmäiset oireet ovat lähimuistin oireita kuten: uuden oppimisen vaikeudet ja mielenpainamisen vaikeudet. Taudin edetessä sairauden tunne häviää ja potilas tarvitsee yhä enemmän tukea pienissäkin toiminnoissa. Tällöin mm. ajan ja paikan taju

heikkenevät, hahmottamisen ongelmat lisääntyvät ja kielelliset vaikeudet lisääntyvät. (Muistiliitto 2015 a.)

2.2 Aivoverenkiertosairaudet

Aivoverenkiertosairaudet ovat toiseksi yleisimpiä muistisairauksia. Sitä sairastaa 15–20 % kaikista muistipotilaista, mutta vain 1,6 % kaikista yli 65-vuotiaista. Aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus johtuu muistin ja tiedonkäsitteilyn heikentymästä. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014, 276–277.)

Nämä voidaan jakaa kahteen päätyyppiin: suurten suonten tauti ja pienten suonten tauti. Pienten suonten taudissa aivojen pienet suonet ovat ahtautuneet ja aiheuttavat iskeemisen vaurion. Suurten suonten tauti liittyy verisuonten kalkkeutumiseen tai sydänperäisiin aivoinfarkteihin. Aivoverenkiertosairauksissa tärkeintä on keskittyä niiden syihin ja pyrkiä estämään vaaratekijöitä. (Erkinjuntti ym. 2014, 276–277.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi tavallisin dementoivien sairauksien ryhmä. Se on Alzheimerin taudin tapaan rappeuttava aivosairaus. Yli 75-vuotiaista muistisairauspotilaista arviolta 5 % kärsii Lewyn kappale -taudista. Taudin varsinaista syytä ei vielä tunneta. Alzheimerin taudin ja lewyn kappale -taudin sekamuodot ovat luultuja yleisempiä. (Terveyskirjasto 2015 c; Hartikainen 2014, 288–289.)

Tauti alkaa yleensä hitaasti ja aluksi heikentymistä tapahtuu älyllisen toimintakyvyn osa-alueella. Tyypillisiä ovat myös vireystilan ja tarkkaavaisuuden vaihtelut. Osa potilaista saattaa nähdä myös näköharhoja ja taudinkuvaan kuuluu myös Parkinsonin taudin omaista jäykistymistä, sekavuutta ja kävelyongelmia. Taudin edetessä se johtaa, muiden dementoivien tautien tapaan, toimintakyvyn menetykseen. (Terveyskirjasto 2015 c.)

2.4 Otsa-ohimolohkorappeuman muistisairaus

Otsa-ohimolohkorappeuman muistisairaus on yleisnimitys oireyhtymille, joille on luonteenomaista otsa- ja ohimolohkon toiminnan heikentyminen. Sairaus rappeuttaa aivojen pintaosia, ja on siten yksi etenevistä muistisairauksista. Se käsittää etenevistä muistisairauksista noin 5–10 %. Sitä esiintyy eniten työikäisillä, ja se saattaa alkaa jo 45 vuotiaana. (Remes 2014, 282–284; Muistiliitto 2015 c.)

Kolme yleisintä sairausryhmää ovat frontotemporaalinen dementia, etenevä suju-maton afasia ja semanttinen dementia. Sairaus alkaa usein hitaasti ja sen diagno-sointi saattaa olla joissain tapauksissa hankalaa. Kaikille otsa-ohimolohkoa vau-rioittaville sairauksille yhtenäiseen oireenkuvaan kuuluu persoonallisuuden muu-tokset, sairauden tunnon häviäminen sekä sosiaalisten suhteiden ongelmat. Sairas-tunut on usein äkkipikainen, estoton, huoleton, aloitekyvytön ja joustamaton. Muistin vaikeudet ovat sairaudessa lievempiä. Potilaan käytös saattaa muuttua radikaalisti, ja aiheuttaa siten merkittäviä haittoja. (Käypähoito 2010 a.)

3 MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ

Muistipotilaan hoitotyö on moniammatillista työtä ja vaatii erikoisosaamista. Palveluita löytyy niin avo- kuin laitoshoidosta. (Käypähoito 2010 b.)

3.1 Hoidon valinta ja suunnittelu

Hoidon lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tarpeet. On tärkeää huomioida, että oikeat palvelut järjestetään oikeaan aikaan. Avohoidossa muistisairaant tarvitsevat paljon erinäisiä palveluita sekä sosiaali- että terveydenhuollon puolelta. Palveluasuminen ja laitoshoido ovat jokaisen ikääntyvän oikeus. Ympäri-vuorokautinen hoitotyö vaati resurssien lisäksi paljon erityisosaamista. Muistisairaant laadukkaan elämän takaa hyvä ja turvallinen hoito. (Käypä hoito 2010 b.) Lisäksi hoidon jatkuvuus on keskeisessä asemassa muistisairaant hoitotyössä. Tiedon siirtyminen esimerkiksi hoitopaikan vaihdosten yhteydessä on välttämätöntä. (Savikko, Routasalo & Pitkälä 2014, 9–10.)

Jokaiselle potilaalle tulisi laatia erikseen kuntoutus- ja hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan kuuluu lääkehoidon lisäksi säännöllisesti tehtävä ravitsemus- ja muistiarvio. Hoitosuunnitelmassa kerrotaan myös potilaan edunvalvonnasta. Sairastuneen läheisiä tulisi myös tukea ja ohjeistaa. (Käypä hoito 2010 b.)

3.2 Lääkehoito

Muistisairaudent lääkehoito kannattaa aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Oireenmukaista hoitoa tulee harkita tarpeen mukaan. Näiden lisäksi muita somaattisia sairauksia tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti. (Käypä hoito 2010 b.) On suositeltavaa, että lääkehoito suunnitellaan hyvin ja annokset pidetään mahdollisimman pieninä. Hoitajalla on tärkeä rooli potilaan lääkehoidon tarkkailussa ja dokumentoinnissa. (Thurman ym.2015, 196–200.) Suositusten mukaan lääkärin tulisi tarkistaa muistisairaant lääkelista ja terveydentila säännöllisesti vähintään kerran vuodessa (MEMO 2013, 10–11).

Seuraavien lääkeaineryhmien kohdalla tulee olla tarkkaavainen kun kyseessä on ikääntynyt potilas: antikolinergiset lääkeaineet, psykoosilääkkeet, bentsodiatsepi-

nit, uni-, epilepsia- ja verenpainelääkkeet. Lisäksi viimeistään 80-vuoden iässä tulisi vähentää munuaisten kautta erittyvien lääkeaineiden käyttöä puoleen (esimerkkeinä memantiini ja digoksiini). On myös hyvä huomata, että monien sairauksien lääkehoidon tarve vähentyy muistisairauden edetessä. Lääkkeiden tarpeellisuutta tulee arvioida säännöllisesti ja tarpeettomaksi koetut lääkkeet tulisi lopettaa. (Viramo & Strandberg 2015, 488; MEMO 2013, 10–11.)

Yhteisvaikutuksen lisäksi lääkkeiden haittavaikutuksia esiintyy iäkkäillä useammin kuin nuoremmalla väestöllä. On hyvä huomata, että muistisairas potilas on erityisen altis keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden haittavaikutuksille, mikä on tärkeää huomioida lääkehoidossa. Haittavaikutukset tulisi tunnistaa heti eikä sekoittaa niitä sairauden oireisiin. Oireita voivat olla mm. väsymys, pahoinvointi, muistin heikentyminen ja yleiskunnon romahtaminen. (Thurman & Sinisalo 2015, 196–200.) Iäkkäiden lääkehoito tuo omat haasteensa, sillä monet potilaista ovat monisairaita (Uusitalo 2013, 175).

3.3 Kuntouttava hoito

Kuntoutuksella tuetaan potilaan itsenäisyyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia. Kaikilla muistisairailta on oikeus yksilölliseen kuntoukseen. Laaja-alainen kuntoutussuunnitelma laaditaan toimintakyvyn perusteella hoitopaikassa yhdessä alan ammattilaisten, potilaan sekä omaisten kanssa. Kuntoutus ei ole vain yksittäinen kerta tai tapahtuma, vaan se muodostuu hoidon kokonaisuudesta, jotta se olisi osa jokapäiväistä arkea. Tämä tarkoittaa sitä, että hoidossa suositetaan potilaan oma-toimisuutta, voimavarat huomioon ottaen. Ohjausta käytetään niin paljon kuin mahdollista ja puolesta tehdään vasta kun ohjaus ei enää riitä. (Uusitalo 2013, 159–162; Savikko ym. 2014, 9–10.)

Kuntoutuksessa tarvitaan kattavaa tietoa sairaudesta, sairastuneen ihmisen persoonasta sekä hänen elämän tilanteestaan. Kuntouttavassa hoitotyössä tulee ottaa huomioon potilaan itsemääräämisoikeus. Lisäksi tulee huomioida jatkuvuuden tunne, vuorovaikutussuhteet, turvallisuus sekä elämän merkityksellisyyden kokemus. (Heimonen & Voutilainen 2006, 58–59.)

3.4 Loppuvaiheen hoito

Muistisairauden edetessä siirrytään vähitellen palliatiiviseen hoitoon, jonka tarkoituksena on vaalia elämänlaatua ja lievittää kärsimystä. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ja se aloitetaan viimeisien elinviikkojen aikana. (Saarto 2015, 10.) Saattohoitopäätös on jokaisen potilaan oikeus diagnoosista riippumatta (Lehto 2015, 14). Hoitolinjauksen tavoitteena on turvata potilaan toiveiden mukainen hoito, mutta myös lääketieteellisesti perusteltu, paras mahdollinen hoito. Potilaan hoitosuunnitelmaa tulee päivittää potilaan voinnin mukaan. On tärkeää informoida myös omaisia potilaan hoitolinjauksesta. (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 257–258; Saarto 2015, 10.) Omaisten voi olla vaikeaa ymmärtää hoitolinjauksen syyt, sillä dementiaa ei itsessään mielletä kuolevaan johtavaksi sairaudeksi. Omaisten tukeminen ja valmistaminen kuolemaan ovat tärkeitä hoidon kannalta. (Antikainen 2015, 562.)

Liikuntakykyä pyritään ylläpitämään mahdollisimman kauan. Kuolemaa edeltää yleensä jakso, jolloin potilaan toimintakyky on huono. Tyypillistä on, että sekä liikunta- että kommunikaatiokyky ovat lähes hävinneet. Tällöin elämänlaatua ylläpidetään hyvällä perushoidolla. Nielemiskyvyn menettäminen on merkki pian lähestyvistä kuolemasta. (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 257–258; Uusitalo 2013, 169.) Syömisongelmia viimeisten elinkuukausien aikana esiintyy jopa 90 % potilaista. Usein nielemiskyvyn heikentyessä muistisairaant potilaat ovat alttiimpia aspiraatiolla ja siten myös ylähengitystieinfektioiden riski kasvaa. Usein myös hengenahdistukset lisääntyvät. Keuhkokuume on yleinen sairaus ja se usein ennakoii lähestyvää kuolemaa. Hoito tulee olla oireiden mukaista ja turhia antibioottikuureja vältetään. (Hänninen 2015, 39; Antikainen 2015, 561.)

Kipujen ja ahdistuneisuuden hoito on erityisen tärkeää ja siksi oikeat hoitolinjaukset tulisi tehdä etukäteen. Loppuvaiheen siirtoja ja toimenpiteitä tulisi välttää, jotta voitaisiin välttää mahdollista ahdistuneisuutta ja kipua. Muistisairaant potilaan oikeuksiin kuuluu saada laadukasta lääketieteellistä hoitoa. (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 524, 528.) Kaikki muu paitsi oireita helpottava lääkitys olisi syytä lopettaa. Tällaisia ovat esimerkiksi vitamiinit, kolesterolilääkkeet ja osteoporoosi-

silälääkkeet. Saattohoidossa esimerkiksi myös verenpaine-, rytmihäiriö-, vatsansuojaja- ja diabeteslääkkeet voidaan lopettaa. Kivun hoitoa jatketaan ennallaan, ja tarpeen vaatiessa suun kautta annosteltavat lääkkeet vaihdetaan toisiin antomuotoihin. (Poukka & Korhonen 2015, 259.) Tutkimustuloksissaan Aminoff ja Adunsky (2005) kertovat, että kivuttomia kuolevista potilaista olisivat vain seitsemän prosenttia. Yli kaksi kolmasosaa potilaista kärsisi siten kipua elämänsä viime hetkillä.

4 VANHUS JA PALVELUT

Vanhusten palveluita ja hoitoa ohjaavat monet sosiaali- ja terveystieteelliset asiakirjat. Laadukkaiden palveluiden takaaminen on erityisen tärkeää. (Heimonen & Vuotilainen 2006, 19.) Tässä luvussa käsitellään normaalia ikääntymistä ja sen myötä kasvavaa palvelutarvetta.

4.1 Vanhuus

Yli 65 vuotta täyttäneet lasketaan kuuluvan ikääntyneiksi. Ihmisen elinajanodote on jatkuvasti kasvanut. Suomessa tämän hetkinen keskimääräinen elinikä on naisilla 84,1 vuotta kun taas miehillä, se on hieman alhaisempi, 78,5 vuotta. Se tulee jatkossa olemaan vielä korkeampi; 1977 syntyneillä naisilla arvioilta jopa 91 vuotta. Maksimaalinen ihmisen elinikä on noin 115 vuotta, johon ei todennäköisesti pystytä lääketieteellisin keinoin lähitulevaisuudessa vaikuttamaan. (Terveyskirjasto 2015 a.)

Ihmisen vanhenemiseen vaikuttavat geenit. Ilmiön perustana ovat solutason muutokset: solujen metabolian hidastuminen sekä solunjakautumisen loppuminen. (Majamaa 2013, 125.) Kehossa tapahtuu paljon muutoksia normaalin ikääntymisprosessin myötä. Tällaisia ovat esimerkiksi pituuden menetys, kehon koostumuksen muutokset, luuston ja lihaksiston heikentyminen, kuulon sekä näön heikentyminen ja lievä kognitiivisten toimintojen heikentyminen. Ensimmäisiä havaittavia vanhenemismuutoksia ilmenee 50 ikävuoden tienoilla. (Terveyskirjasto 2015 b; Terveysverkko 2013.)

Ikääntymiseen liittyvät muutokset jaetaan usein sairauksien aiheuttamiin muutoksiin ja normaalista vanhenemisestä johtuviin muutoksiin. Niiden välille rajan vetäminen saattaa olla hankalaa. Pitkäaikaissairauksien riski kasvaa iän myötä ja harvinaisempaa onkin täysin terve ikääntyminen. Haastattelutiedon mukaan yli 85-vuotiaista itsensä terveiksi koki 10 %. Kliininen tutkimus kuitenkin osoittaa, että terveitä on tässä ikäluokassa vieläkin vähemmän. (Heikkinen 2013, 394–395.) Ikääntymisen myötä myös ulkopuolisen tuen ja siten palvelujen tarve kasvaa.

Ikääntynyt voi joko itse tai omaisensa toimesta hakeutua palveluiden piiriin. (Siitonen 2015, 538.)

4.2 Vanhusten palvelut

Yli 65 vuotiaita oli Tilastokeskuksen mukaan väestöstämme 1,1 miljoona vuonna 2015. Tämä tulee ottaa huomioon palveluita suunniteltaessa. Jokaisella kunnalla on perusvastuu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä, mitä säännöstelee kansanterveyslaki (1972). Palveluiden tavoitteena on tukea vanhusten asumista kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman pitkään. Palvelut sisältävät paljon erilaista toimintaa kuten asumisen, hoivan, hoidon ja neuvonnan mahdollisuuksia niille, jotka eivät enää selviä ilman tukea. Palveluiden tarjoaja on yhä useammin yksityinen sektori, joilta kunta tai vanhus itse voi ostaa kyseisen palvelun. (Siitonen 2013, 538.)

Tehostetut palveluasunnot ovat usein ryhmäkoteja, joissa on mahdollisuus ympärivuorokautiseen hoitoon. Niissä on käytössä myös hälytysjärjestelmät. Laitoshoidon puolestaan tarkoittaa terveyskeskuksen vuodeosastoja tai erikoissairaanhoidon laitoshoidon. Asuin ympäristön tulisi olla samalla kotoisa, mutta myös käytännöllinen työympäristö hoitohenkilökunnalle. Nämä saattavat joskus olla ristiriidassa keskenään, sillä turvallisuus on useasti ensisijaista. (Siitonen 2013, 538.) Muistisaira ihminen hyvän ympärivuorokautisen hoidon takaavat osaava ja riittävä hoitohenkilökunta, hyvän elämänlaadun omaava ympäristö sekä lääketieteellinen asiantuntemus (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 523). Vanhustenpalvelulaissa (2012) säädetään hoitohenkilöstön määrästä ja osaamisesta. Lain mukaan pitkäaikaishoitopaikoissa tulisi olla potilasta kohden vähintään 0,5 hoitajaa.

Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava (2007) ovat tutkineet dementia potilaan kohtaamista erityisesti ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Havaittiin, että hoitohenkilökunnan haasteita olivat potilaan todellisuuden kohtaaminen sekä vuorovaikutussuhteen luominen. Hoidon laatuun vaikutti kokonaisuudessaan hoitohenkilöstöresurssit, henkilökunnan dementiatietämys sekä asenteet.

5 MUISTISAIRAAN KIVUN HOITO

Muistisairaus vaikuttaa kykyyn kokea kipua, joka tuo haasteensa kivun hoitoon. Muistisairaat ovat haavoittuva potilasryhmä ja siksi tarvitsevatkin erityisen asian-
tuntevaa hoitoa. Hoitohenkilöstön koulutus on hyvin keskeistä kivun hoidon laa-
dun parantamisessa. (Kankkunen 2010, 259.)

5.1 Muistisairaan kipu

Kipu on aistiärsyke, joka johtuu kudosis- tai hermovauriosta. Kipu voidaan luokitel-
la kesto-nsa mukaan joko akuutiksi- tai krooniseksi kivuksi. (Öijn 2014, 236.)
Yleisempiä dementiapotilaan kivun aiheuttajia ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet,
angina pectoris sekä maha-suolikanavan sairaudet (Viramo, Huusko, Joiniemi &
Sulkava 2004, 43). Yleisiä ovat myös erilaisiin tulehduksiin ja painehaavaumiin
liittyvä kivun kokeminen (Hagelberg & Finne-Sover 2015, 80).

Muistisairaus vaikuttaa kivun kokemiseen ja kykyyn ilmaista kipua. Lisäksi poti-
las voi unohtaa kokemansa kivun. On todettu, että Alzheimerin taudissa kivun au-
tonomiset ja tunneperäiset vasteet vaimenevat. Tällöin jo pienetkin merkit käytök-
sessä saattavat viitata kipuun. Kaikki dementoivat sairaudet eivät kuitenkaan ai-
heuta samanlaisia muutoksia kivun kokemisessa. Tiedetään, että kivuliaalla poti-
laalla esiintyy enemmän käytöksen muutoksia. Tietoa tarvitaan kuitenkin vielä
enemmän. (Öijn 2014, 236; Kankkunen 2010, 248.)

Tutkittua on, että palveluasunnoissa asuvilla vanhuksilla on suurentunut riski ko-
kea huonoa kivun hoitoa. Riski on erityisen suurentunut dementiasta kärsivillä
potilailla. (Gilmore-Bykovskyi & Bowers 2013.) Nursingtime (2014) mukaan ki-
vun esiintyvyys hoitokotien asukkaiden keskuudessa saattoi olla jopa 30–49 % .
Kansainväliset luvut ovat Suomen lukuja suurempia, mutta täälläkin lähes joka
neljännellä dementoituneella laitospotilaalla on arvioitu olevan kipuja päivittäin
(Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007).

5.2 Kivun arviointi

Varhaisessa vaiheessa potilas kykenee vielä itse kertomaan kivustaan, mutta muistisairauden edetessä kipua ei aina ole helppo huomata. Tieto aikaisemmista sairauksista voi auttaa kivun paikallistamisessa. (Öijn 2014, 238.) Lievässä dementiassa sanalliset-, numeeriset – tai kasvoasteikot ovat käyttökelpoisia mittareita. Vaikeasti dementoituneella potilaalla kipua voidaan arvioida PAINAD-kipumittarilla. Tämä mittari on helppokäyttöinen ja tutkimuksen perusteella melko luotettava. (Määttä & Kankkunen 2009; Björkman ym. 2007.) Mittarissa käyttäytymisen muutoksia seurataan viiden eri arviointi kohdan mukaan, joita ovat: hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttaminen (Öijn 2014, 238).

Laaja kirjallisuuskatsaus 29 tutkimuksesta ja 12 kipumittarista (Zwakhlen, Hammers, Abu-Saab & Berger 2006) puolestaan osoitti, että suuressa osassa mittareista löytyy yhä kehitettävää, ja ne eivät ole täysin luotettavia. Kansainvälisistä mittareista, PACSLAC ja DOLOPLUS2, olivat katsauksen perusteella parhaiten kliiniseen käyttöön soveltuvia. Lisäksi eräässä tutkimuksessa on käynyt ilmi, että 75 % hoitokodeista ei käytetä mitään kivun hoidon standardoitua mittaria (Nursing-time 2014). Luotettavia suomenkielisiä mittareita ei, PAINAD-mittarin lisäksi, ole saatavilla (Kankkunen 2010, 259).

Tutkimuksessaan Paulson (2014) kuvaa kivun havaitsemisen hankalaksi, kun potilas kärsii dementoivasta sairaudesta. Tutkimuksessaan hän on käyttänyt PAINAD-kipumittaria ja korostaa hoitajan havaintojen merkitystä dementoituneen potilaan kivunhoidossa. Hän kuitenkin muistuttaa, ettei PAINAD-mittarin arvo ei ole suoraan verrattavissa kipuasteikkoon (VAS) 0–10.

Ulkopuolisena havainnoitsijana toimiminen on siis erityisen tärkeää, mutta saattaa olla myös hankalaa. Muistisairas potilaan kipu voi ilmentyä käytöksen muutoksilla, fysiologisilla muutoksilla tai potilaan ääntelyllä. Useasti kasvojen ilmeiden muutokset ovat selkein merkki kivusta. Pelkästään niitä ei kuitenkaan voida pitää luotettavana merkinä kivusta, sillä arvioinnin tulisi perustua potilaan kokonaisvaltaiseen havainnointiin. Esimerkkejä käyttäytymisen muutoksista ovat äkisti alkanut levottomuus, sekavuus tai aggressiivisuus. Samaten lisääntynyt tuskaisuus

tai syömättömyys voivat olla merkkejä kivusta. Fysiologisia muutoksia ovat puolestaan kohonnut verenpaine, takykardia, kylmänhikisyys ja laajentuneet pupillit. Ääntely voi olla itkua, vaikerointia tai huutoa. Kyky arvioida potilaan kipua perustuu myös pitkään jatkuneeseen hoitosuhteeseen, jossa hoitaja tuntee potilaansa ja osaa arvioida yksilötason muutoksia. (Kankkunen 2010, 255–258.)

On tärkeää huomioida, että laitoshoidossa muistisairaalle kipua saattaa aiheutua useissa eri tilanteissa. Tällaisia tilanteita ovat pukeutuminen, peseytyminen, kääntäminen, potilaan liikkuminen ja haavahoidot. Olisi tarpeellista arvioida millainen toimintatapa aiheuttaisi vähiten kipua potilaalle. (Kankkunen 2010, 248.)

5.3 Kivun hoito

Kankkunen (2010) toteaa, että jokaisella on oikeus hyvään kivun hoitoon iästä tai sairaudesta riippumatta. Kivun hoitoa hän kuvailee näillä sanoin: *”Ihmisen oikeus yksilölliseen kivun arviointiin ja tehokkaaseen kivun hoitoon on yksi terveydenhuollon eettisistä periaatteita. Kivuttomuutta pidetään myös ihmisoikeutena...”*

Useat tutkimukset osoittavat, että muistisairaiden kipua hoidetaan huonommin kuin muiden vastaavia kipuja kärsivien. Hoitamattoman kivun tiedetään aiheuttavan huonoa ruokahalua, masennusta ja liikuntakyvyn menetystä. Pahimmillaan kipu voi aiheuttaa käytösoireita (BPSD). (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 79.) Hoitohenkilökunnan tekemillä havainnoilla on suuri merkitys muistisairaahan kivun hoidossa. Muistisairaahan kivun ilmaisuja kuten ääntely ja käytösoireet on usein vaikeata tulkita. (Öijn 2014, 236; Kankkunen 2010, 247.) Myös Gilmore-Bykovsky & Bowers (2013) kuvailevat tutkimuksessaan, että dementia on yksi suurimmasta tekijöistä, jonka vuoksi potilaat voivat jäädä ilman riittävää kivun hoitoa. Hoitajien tulkinnoilla saattaa olla eroavaisuuksia potilaan kivun arvioinnissa. Kankkunen (2010) kertoo, että usein hoitajien asenteet ovat hyvän kivun hoidon esteenä. Koulutuksella voitaisiin vaikuttaa hoitohenkilökunnan asenteisiin.

Huolellinen kivun arvioiti on kivun hoidon perusta, sillä lähes kaikki kipu on hoidettavissa tai lievitettävissä. Muistisairaahan lääkkeellisessä kivun hoidossa on otettava huomioon elimistön vanhenemisprosessi, jonka myötä joidenkin lääkkeiden

yhteis- ja haittavaikutukset kasvavat. (Öijn 2014, 238; Kankkunen 2010, 252.) Kipulääkkeistä parasetamoli on turvallinen lääke, ja sen voi tarvittaessa yhdistää tulehduskipulääkkeisiin. Pitkäaikaista tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulee välttää niiden maha-suolikavana haittojen vuoksi. Paikallisesti käytettäviä tulehduskipulääkevalmisteita voi käyttää ilman niille tyypillisiä haittoja. Kivun ollessa kovaa turvaututaan näiden lisäksi opioidi valmisteisiin, jonka annostus on vanhuk-silla pienempi kuin työikäisillä. Voimakkaita opioideja käytetään usein laastareina. (Thurman ym. 2015, 196–200; Kivelä & Rähä 2007,74–77.) Opioidi hoidossa käytetään pieniä annoksia etenkin silloin kun hoidetaan muita kuin syövästä joh-tuvia kiputiloja. Ummetukseen ehkäisyyn ja hoitoon tulee käyttää hoidon aikana erityistä tarkkuutta. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 84.)

Joitakin psyykenlääkkeitä saatetaan käyttää myös kivun hoidossa. Tällaisia ovat esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet. Kiputilan ollessa krooninen se saattaa aiheuttaa myös masennusta, unettomuutta ja toimintakyvyn heikentymistä. (Kive-lä & Rähä 2007, 78–79.) Tutkimuksessa on käynyt ilmi, että muistisairaana väärin ymmärretty kipu saatetaan lääkittää psyykenlääkkeillä (Achterberg, Pieper, Van Da-len-Kok, De Waal, Husebo, Lau-tenbacher, Kunz, Scherder & Corbett 2013). Tutkimuksessaan Hosia-Randell ja Pitkälä (2005) toteavat, että psyykelääkkeiden käyttö on yleistä myös helsinkiläisissä hoitokodeissa, joissa neljä viidestä asuk-kaasta käyttää jotakin psyykenlääkettä.

Lääkehoidon tukena voidaan käyttää lääkkeettömiä hoitomuotoja. Lääkkeettömät menetelmät tehostavat usein lääkkeiden vaikutusta ja luovat potilaalle turvallisen olon. Ne voidaan jakaa fyysisiin ja kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin. Fyysisiä ovat esimerkiksi hieronta, asentohoidot, lämpö- ja kylmähoidot sekä syvään hengittäminen. Kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin kuuluvat rentoutuminen, musiikki, ajatuksen muualle ohjaaminen ja hengellisyyden tukeminen. Osaa kog-nitiivis-behavioraalista menetelmistä ei voida käyttää vaikeasti dementoituneilla, mutta fyysiset menetelmät sopivat usealle. (Kankkunen 2010, 261; Viramo 2004, 44–46.)

5.4 Kivun hoidon kehittäminen

Kivun puutteellinen hoito on yleistä muistisairaiden keskuudessa, sillä he harvoin kykenevät vaatimaan kipuunsa hoitoa. Hoidon kehittämiseksi tarvitaankin potilaan ympärille moniammatillinen hoitohenkilöstö, joka toimii potilaan etujen mukaisesti. (Kankkunen 2010, 263.) Etenkin laitoshoidossa dementiapotilaan kivun hoitoa voitaisiin tehostaa sopimalla yhteisistä kivun hoidon periaatteista ja systemaattisesta kirjaamiskäytännöstä (Viramo ym. 2004, 43).

Koulutuksen lisääminen eri ammattiryhmien välillä olisi erityisen tärkeää. Dementoituvien ihmisten hoitoon tähtäävää peruskoulutusta ja jatkokoulutusta olisi tarpeen lisätä. Koulutusten sisältöön tulee kuitenkin panostaa entistä enemmän ja niissä tulee ottaa huomioon muistisairaahan hyvän hoidon tekijät. (Kankkunen 2010, 263; Voutilainen 2006, 73.)

Perhekeskeisyyden huomioiminen muistisairaahan hoitotyössä auttaa myös kivun hoidon osalta. Perheellä ja läheisillä voi olla merkittävää tietoa potilaan kivun ilmaisuista, joita voidaan hyödyntää kivun hoitotyössä. Lisäksi monikulttuurisuus on merkittävässä asemassa potilaan hoidossa, etenkin kun osa potilaista tulee vieraista kulttuureista. Kipu saatetaan ilmaista kulttuurista riippuen eri tavalla ja lääkemyönteisyys vaihtelee kulttuureittain. Haasteita hoidossa saattaa tuottaa myös vieras kieli ja kommunikaatio vaikeudet. (Kankkunen 2010, 263.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää muistisairaam vanhuksen kivun hoidon toteuttamistapoja palveluasumisyksiköissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Työssä haluttiin kartoittaa kivun arviointimenetelmiä sekä saada selville millaisia haasteita hoitohenkilökunta kohtaa kivun hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksen mukaan oli tietää kokeeko hoitohenkilökunta kivun hoidon potilaiden tarpeiden mukaiseksi.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, hoitohenkilökunnan näkökulmasta, muistisairaam kivun hoidon toteuttamisesta palveluasumisyksiköissä. Tiedon avulla voidaan lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja siten kykyä arvioida ja hoitaa muistisairaam kipua. Tutkimustuloksia hyödynnettäessä se voi vaikuttaa positiivisesti muistisairaam kivun hoitoon.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Millä keinoilla kivun hoitoa toteutetaan?
2. Miten kipua arvioidaan?
3. Koetaanko kivun hoito potilaan tarpeiden mukaiseksi?
4. Millaisia haasteita kivun hoidossa kohdataan?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kerrotaan kvantitatiivisen tutkimuksen toteutuksesta, aineiston keruusta sekä aineiston analyysistä.

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisesti, eli määrällisenä tutkimuksena, sillä haluttiin selvittää mahdollisimman monen hoitohenkilökunnan kokemuksia muistisaira-
raan kivun hoidon toteuttamisesta. Sopivaksi tutkimusmenetelmäksi valikoitui puolistrukturoitu kyselylomake. Opinnäytetyöntekijä laati itse tarkoitukseen sopivan kyselylomakkeen.

Puolistrukturoitu kyselylomake (Liite 2.) sisälsi yhteensä 19 kysymystä, jotka oli laadittu teorian ja tutkimusongelmien pohjalta. Kysymyksistä viisi ensimmäistä olivat taustakysymyksiä, ja loput käsittelivät potilaan kivun hoidon toteutusta, arviointia ja kivun hoidossa koettuja haasteita. Suuri osa kysymyksistä oli strukturoituja, mutta lomakkeen viimeisellä sivulla oli kaksi avointa kysymystä. Lomakkeen täyttämiseen kului työntekijältä arviolta 10–15 minuuttia.

Kyselylomakkeelle suoritettiin esitestaus ennen sen varsinaista käyttöä. Siihen osallistui kolme henkilöä ja suurempia muutoksia kyselylomakkeeseen ei esitetauksen jälkeen enää tehty. Kysely oli laadittu sekä suomeksi, että ruotsiksi. Tutkija oli laatinut erikseen kyselyn mukana tulevan saatekirjeen (Liite 3).

7.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Mikevan Kaarlentuvan sekä Onnenkaivon palveluasumisyksiköiden henkilökunta. Työn tilaajana toimii Kaarlentupa. Aineiston kerääminen suoritettiin ennalta sovitusti, kyselylomakkeen avulla, molemmissa yksiköissä huhtikuussa 2016.

Kyselylomakkeeseen saivat vastata vapaaehtoisesti ja nimettömästi kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt, jotka työskentelivät yksiköissä, joko määrä- tai osa-aikaisesti. Vastausaikaa kyselomakkeen täyttöön oli kaksi viikkoa. Kyselylo-

makkeet jätettiin niille varattuihin kuoriin. Tyhjiä vastauslomakkeita jätettiin täytettäväksi yksikköihin yhteensä 67 kappaletta. Tutkimuksen otoskooksi muodostui 44 ja vastusprosentti oli 66.

7.3 Aineiston analyysi

Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja – että avoimia kysymyksiä. Strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmaa käyttäen, jonka avulla saatiin laskettua muuttujista frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Frekvenssi tarkoittaa, havaintoarvon esiintymiskertojen lukumäärää havaintoaineistossa (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 132). Ennen ohjelmaan syöttöä lomakkeet numeroitiin juoksevilla numeroinnilla. Saaduista tuloksista tehtiin taulukoita ja kuvioita Microsoft Word 2013 -ohjelmaa käyttäen.

Kaksi lomakkeen avointa kysymystä analysoitiin käyttämällä induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jolla pyrittiin järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon. Ensin aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sana sanalta. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset voitiin pelkistää. Pelkistetyksen analyysiyksikkönä voi toimia niin yksi sana, lause kuin ajatuskokonaisuus. Pelkistetyt ilmaukset voitiin ryhmitellä ala- ja yläkategorioiksi, samoihin kategorioihin laitettiin samaa tarkoittavia analyysiyksiköitä. Analyysista tehtiin taulukointi WORD-ohjelmaa käyttäen, joista esimerkki sisällön analyysistä liitteenä (LIITE 4.) (Kynäs & Vanhanen 1999.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen vastastasi kaikkiaan 44 hoitoalan työntekijää, vastausprosentin ollessa 66 %. Vastaajien joukossa oli kolme sairaanhoitajaa, 32 lähihoitajaa ja kolme sosionomia. Lisäksi viisi ilmoitti ammatikseen, jonkin muun. Vastaajista 50 % oli työskennellyt vanhusten hoidossa alle viisi vuotta, kun taas yli kymmenen vuotta työskennelleitä joukossa oli 22,7 % (Taulukko 1).

Taulukko 1. Työkokemus vuosina vanhusten hoidossa

Työkokemus vuosina vanhusten hoidossa	Vastaajat	%
0-4 vuotta	22	50,0
5-10 vuotta	12	27,3
yli 10 vuotta	10	22,7
Yhteensä	44	100,0

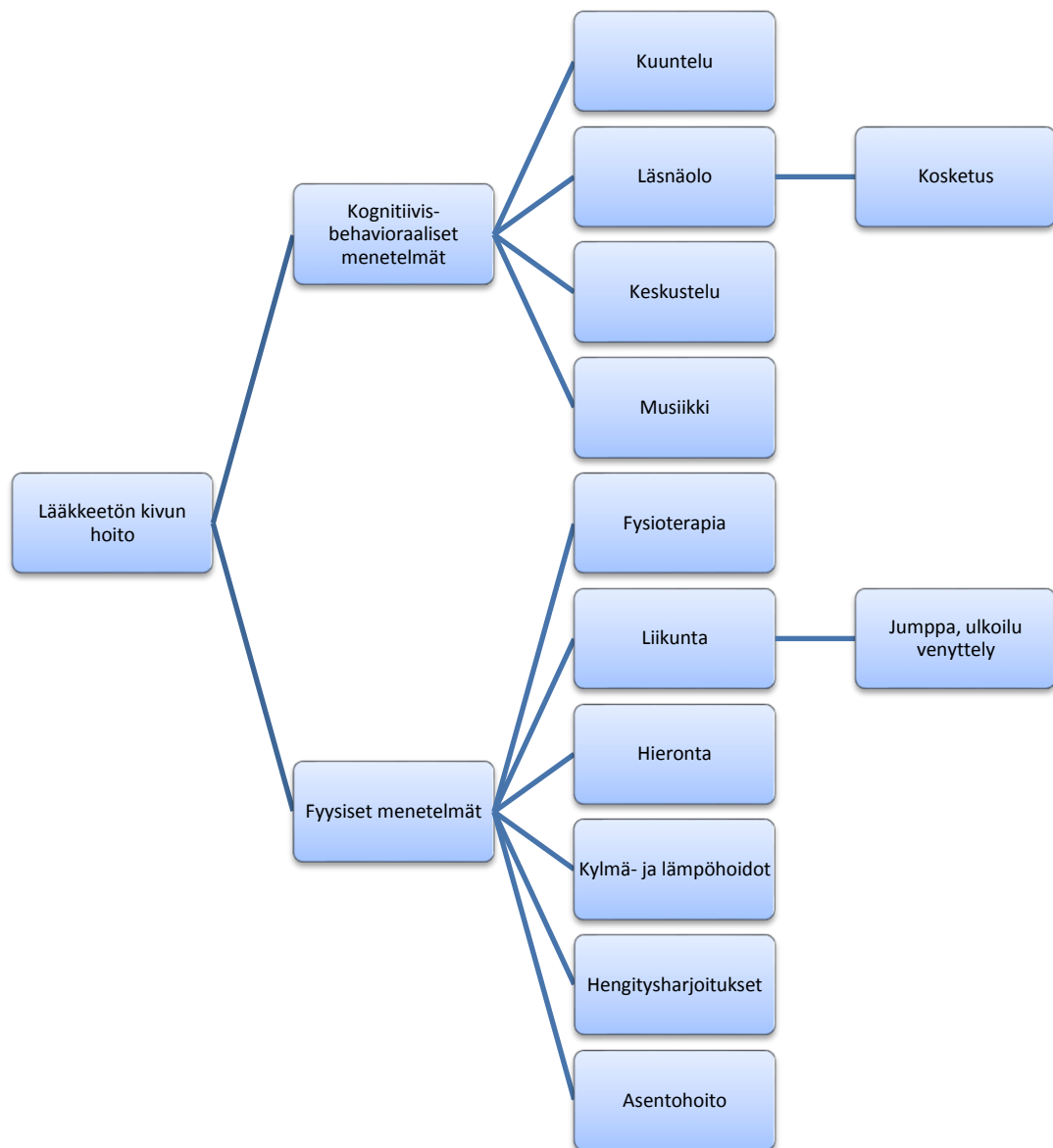
Yksiköissä olevat potilasmäärät vaihtelivat 12–20. Hoitajamäärät olivat suhteutettu vastaamaan vaadittua 0,5 hoitajaa per potilas. Vuodepotilaiden määrä vaihteli, yksikkökohtaisesti, 0–6 potilaan välillä. Työntekijöistä vanhusten hoitotyön jokin tai täysin mielekkääksi koki vastaajista 93 %.

8.1 Kivun hoidon toteutus

Henkilökunnasta 98 % vastaa usean potilaan käyttävän säännöllisesti jotakin kipulääkettä. Yleisimmin käytettyjä olivat tabletti- sekä laastarivalmisteet, jonkin verran käytettiin myös oraaliuoksia. Injektioita ja peräpuikkoja käytettiin vähemmän. Vahvoja kipulääkkeitä käytettiin jokaisessa yksikössä ainakin joskus, sillä 44 % vastasi käytettävän vahvoja kipulääkkeitä päivittäin, kun puolestaan 56 % vastasi niitä käytettävän joskus. 74 % vastaa psyykenlääkkeitä käytettävän usean muistisairaana potilaan hoidossa säännöllisesti.

63 % henkilökunnasta koki, että yksikössä käytetään myös lääkkeettömiä kivun hoitomuotoja. Käytössä olivat niin fyysiset- kuin kognitiivis-behavioraaliset me-

netelmät. Henkilökunta mainitsi fyysistä menetelmistä asentohoidon, fysioterapi-
 an, liikunnan, hieronnan, kylmä- ja lämpöhoidon ja hengitysharjoitukset. Kogni-
 tiivis-behavioraalisista menetelmistä mainittiin kuuntelu, läsnäolo, keskustelu ja
 musiikki. (Kuvio 1.) Fyysiset menetelmät olivat käytetympiä, sillä 68 % mene-
 telmiä käyttäneistä mainitsi pelkästään käyttävänsä jotain fyysistä menetelmää.
 Kaikista käytetyimmäksi osoittautui asentohoito.



Kuvio 1. Yksikoissa käytettävät lääkkeettömät kivun hoidon muodot

8.2 Kivun arviointi

PAINAD-mittaria kivun arvioinnissa vastasi käyttävänsä 59,5 % hoitohenkilökunnasta. Loput 40,5 % vastaajista eivät joko tiedäneet tai eivät muista syistä joutuensa käyttäneet mittaria yksikössään. (Taulukko 2.) Kirjaaminen kivun hoidon osalta tapahtuu pääasiassa asianmukaisesti, sillä 93 % vastaajista on sitä mieltä, että kirjaus tapahtuu aina siihen kuuluvalla tavalla. Lääkelistojen tarkastus tapahtuu suuren osan vastaajaan mukaan moitteetta, 98 % prosenttia vastaa että lääkelistojen tarkastus tapahtuu aina kun lääkelistoja päivitetään.

Taulukko 2. PAINAD-mittarin käyttö yksikössä

PAINAD-mittarin käyttö yksikössä	Vastaajat	%
Se on minulle tuttu ja sitä käytetään yksikössä	25	59,5
Ei, en tiedä mikä se on	13	31,0
On tuttu, mutta ei ole yksikössä käytössä	4	9,5
Yhteensä	42	100,0

Hoitohenkilökunta kuvailee kivuliaan potilaan tunnistamista ja esiin nousi, että osa potilaista pystyy kertomaan tai ilmaisemaan kivustaan vielä itse. Muissa tapauksissa kipua voidaan havaita esimerkiksi erilaisina käytöksen muutoksina. Yleisimpiä muutoksia olivat hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan aggressiivisuus ja levottomuus. Muutoksia saattoi tapahtua myös toimintakyvyssä, sillä esimerkiksi liikuntakyky saattoi heikentyä. Tätä hoitajat kuvailivat esimerkiksi ”jalattomuutena”. (Kuvio 2.)

”Asiakas kertoo kivusta”

”Käyttäytyvät erilailla tai käyttäytyvät aggressiivisesti... ”

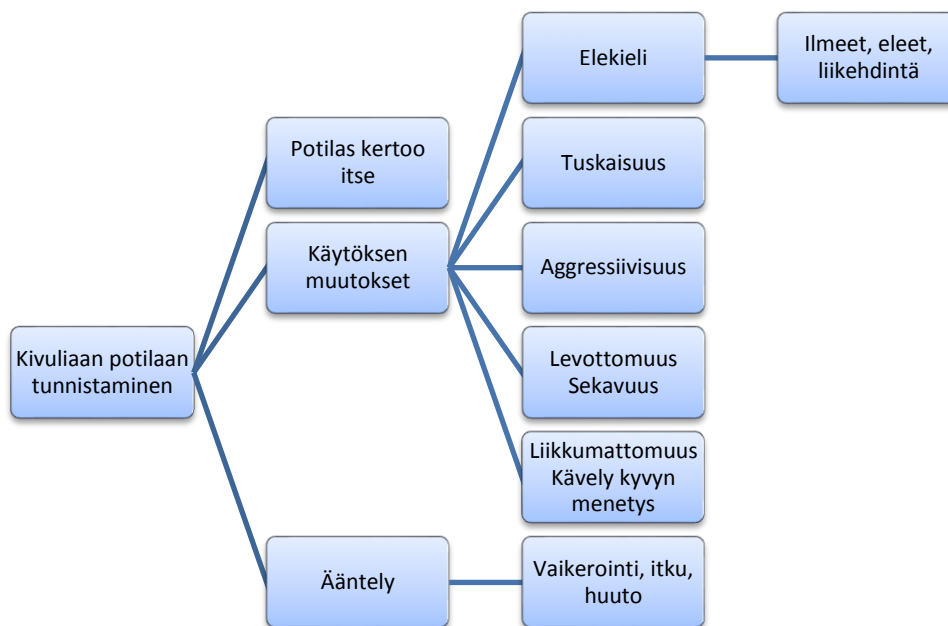
”Potilas voi olla kivulias, jos hän on aggressiivinen tai äänтелеe oudosti...”

”Asukas voi olla levoton tai aggressiivinen, mitä ei tapaa olla.”

Myös ääntelyssä ja elekielessä havaittiin tapahtuvan muutoksia potilaan ollessa kivulias. Tällaisia ääntelyitä olivat esimerkiksi vaikerointi, itku tai huuto. Muuttuvista kasvojen ilmeistä, kuten irvistyksistä, sekä erilaisista liikehdinnöistä pystyttiin tunnistamaan potilaan kipua. (Kuvio 2.)

”Ilmeet, eleet ja ääntely voivat kertoa kivusta.”

”...myös liikkeet ja eleet voi viitata kipuun.”



Kuvio 2. Kivuliaan potilaan tunnistaminen käytöksestä ja ääntelystä

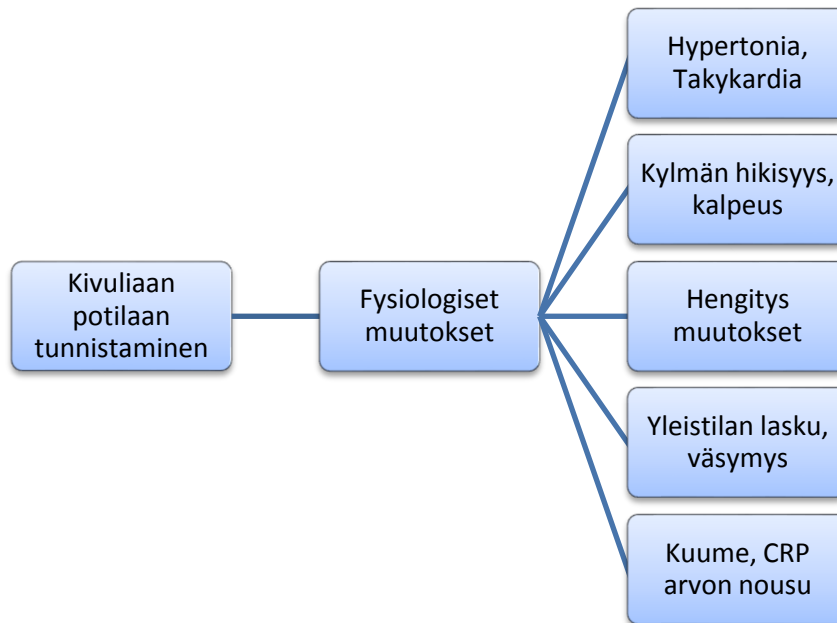
Fysiologisina muutoksina mainittiin verenpainen, pulssin ja hengityksen muutokset. Potilaan olemus saattoi vaikuttaa väsyneeltä ja kipu aiheuttaa kokonaisvaltaista yleistilan laskua. Ulospäin potilaan kipu näkyi tuskaisuutena, kalpeutena ja hikisyytenä. Kipu saatettiin yhdistää myös kuumeiluun tai tulehdusarvon nousuna. (Kuvio 3.)

”Hengitys, yt:n lasku...”

”Hengitys, pulssi...”

”...äännellä ja olla tuskaisen näköinen/punainen kasvoiltaan”

”fyysiset oireet: kuume...”



Kuvio 3. Fysiologisia merkkejä kivuliaan potilaan tunnistamisesta

8.3 Kivun hoidon potilaskohtaiset tarpeet

Henkilökunnasta 86 % kokee yksikön kivun hoidon olevan potilaiden tarpeiden mukaista. Kuitenkin 73 % vastaajista ilmoittaa, että potilaan kivun syy jää joskus epäselväksi, ja 14 % kertoo syyn jäävän epäselväksi usein.

Halukkuus lisäkoulutukseen kivun hoidon osalta vaihtelee yksikkökohtaisesti. Kaiken kaikkiaan 56 % vastaajista haluaisi lisää koulutusta muistisairaana kivun hoitoon liittyen. 44 % kokee koulutuksen olleen riittävää.

8.4 Kivun hoidon haasteet

Potilaan kivun havaitsemisen haasteellisena tai jokseenkin haasteellisena koki 63 % vastaajista. Lisäksi potilaan yhteistyökyvyttömyys ja aggressiivisuus koettiin haasteiksi kivun hoidossa. 75 % koki yhteistyökyvyttömyyden haasteellisena tai

jokseenkin haasteellisena. Vastaavasti aggressiivisen käytöksen koki 77 % vastaajista. (Taulukko 3.) Sairauden myötä muistamattomuus, käytöshäiriöt tai lääkkeiden sivuvaikutusten koetaan peittävän kivun oireet.

”Muistisairauteen liittyvät käytöshäiriöt voivat ”peittää” kivun oireet, ei huomioida tarpeeksi nopeasti kipua”

”Vaikea tietää mikä heidän sanomastaan on totta”

Taulukko 3. Potilaan yhteistyökyvyttömyys ja aggressiivisuus haasteina kivun hoidossa

Potilaan yhteistyökyvyttömyys on haasteellista	(f)	%	Potilaan aggressiivinen käytös on haasteellista	(f)	%
Täysin eri mieltä	3	6,8	Täysin eri mieltä	3	6,8
Jokseenkin eri mieltä	3	6,8	Jokseenkin eri mieltä	1	2,3
Ei samaa eikä eri mieltä	5	11,4	Ei samaa eikä eri mieltä	6	13,6
Jokseenkin samaa mieltä	27	61,4	Jokseenkin samaa mieltä	23	52,3
Täysin samaa mieltä	6	13,6	Täysin samaa mieltä	11	25,0
Yhteensä	44	100,0	Yhteensä	44	100,0

Lisäksi 75 % koki potilaan haluttomuuden ottaa lääkkeitä haastavaksi tai jokseenkin haastavaksi, kun taas nielemisvaikeudet jonkin asteiseksi haasteeksi koki 45,5 % (Taulukko 4). Isot tabletti lääkkeet koettiin ongelmalliseksi.

”He eivät halua ottaa lääkkeitään, eivätkä ymmärrä niiden helpottavan kipua.”

”Lääkkeet isoja, usealle ainut keino on murskat ne”

Taulukko 4. Potilaan haluttomuus ottaa lääkkeitä ja nielemisvaikeudet haasteina kivun hoidossa

Potilaan haluttomuus ottaa lääkkeitä on haaste	(f)	%	Potilaan nielemisvaikeudet on haaste	(f)	%
Täysin eri mieltä	2	4,5	Täysin eri mieltä	3	6,8
Jokseenkin eri mieltä	2	4,5	Jokseenkin eri mieltä	15	34,1
Ei samaa eikä eri mieltä	7	15,9	Ei samaa eikä eri mieltä	6	13,6
Jokseenkin samaa mieltä	25	56,8	Jokseenkin samaa mieltä	13	29,5
Täysin samaa mieltä	8	18,2	Täysin samaa mieltä	7	15,9
Yhtensä	44	100,0	Yhteensä	44	100,0

Haasteita tuottivat myös osaltaan kivun paikallistaminen sekä luonteen ja syyn määrittäminen. Potilaan yksilölliset tavat reagoida kipuun saattoivat vaikeuttaa kivun tunnistamista. Lisäksi muistisairauden edetessä kommunikaatiovaikeudet vaikeuttavat kivun hoitoa. Puhumattomien potilaiden kipu voi jäädä joskus kokonaan tunnistamatta.

”Vaikeaa määrittää, kun asukas/pot. ei osaa kohdentaa kipua tai se vaihtelee”

”Kipua ei välttämättä pysty aina tunnistamaan, kaikilla eri tapoja reagoida, ei välttämättä tiedä mistä potilas kipeä”

”Kipua ei tunnisteta, jos vanhus ei osaa sitä ilmaista”

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

- Puolet työntekijöistä oli työskennellyt vanhusten hoitoalalla alle kuusi vuotta ja suurin osa heistä oli lähihoitajia. 93 % heistä koki työn jokseenkin tai täysin mielekkääksi.
- Potilasmäärät eivät vaihdelleet merkittävästi yksikkökohtaisesti. Hoitajamäärät olivat suhteutettu vastaamaan vaadittua 0,5 hoitajaa per potilas.
- Kipulääkkeitä säännöllisesti käyttää usea dementoitunut potilas. Myös psyykenlääkkeiden käyttö oli yleistä.
- Potilaiden kivun hoidossa käytettävät lääkkeet olivat pääasiassa tabletti- ja laastarivalmisteita. Vahvoja kipulääkkeitä käytettiin jokaisessa yksikössä ainakin joskus. Vastaajista 63 % kertoi käyttävänsä muistisairaana kivun hoidossa myös lääkkeettömiä muotoja.
- 40,5 % vastaajista ei käyttänyt PAINAD-mittaria päivittäisessä hoitotyössä. Suurin osa henkilökunnasta kertoi tunnistavansa potilaan kivun ääntelyn ja käytöksen muutosten perusteilla. 86 % kertoo kivun jäävän epäselväksi ainakin joskus. Etenkin puhumattoman potilaan kipu saattoi jäädä tunnistamatta.
- Haasteelliseksi koettuja tilanteita olivat etenkin potilaan aggressiivisuus, yhteistyökyvyttömyys ja haluttomuus ottaa lääkkeitä.
- Koulutusta muistisairaana kivun hoidosta koki tarvitsevansa vastaajista yli puolet.

10 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia sekä tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Lopuksi esitetään mahdolliset jatkotutkimusaiheet.

10.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Vastaajista suurin osa (93 %) koki työn jokseenkin tai täysin mielekkääksi. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että hoitajien työmotivaatio ja työssä viihtyminen takaavat useasti paremman hoidon laadun (Topo ym. 2007; Kuivalainen 2007). Työmotivaatio on siten tärkeä osa myös kivun hoitotyön onnistumista ja siksi siihen tulee panostaa jatkossakin. Lisäksi hoitajien määrät noudattivat jokaisessa yksikössä vanhustenpalvelulain (2012) asettamaa 0,5 hoitajaa potilasta kohden, joka osaltaan takaa hoidon laatua. Tutkimustulosten kannalta potilas- tai hoitajamäärällä ei ollut oleellista merkitystä.

Psykyklääkkeiden käyttö koettiin usean hoitajan mielestä yleiseksi. Tämä saattaa aiempien tutkimusten tavoin osoittaa sen, että väärin ymmärretty kipu lääkitään useasti psykyklääkkeillä. Muistisairaspotilas tutkitusti reagoi kipuun useasti käytöshäiriöillä (Achterberg, Pieper, Van Dalen-Kok, De Waal, Husebo, Lautenbacher, Kunz, Scherder & Corbett 2013; Hosia-Randell & Pitkälä 2005.) Psykyklääkkeiden tarpeellisuus potilaskohtaisesti olisi hyvä tarkistaa ja miettiä mahdollisten käytöshäiriöiden todellista syytä.

Reilu puolet vastaajista käytti kivun hoidossa apunaan lääkkeettömiä menetelmiä. Hoitajien tietoisuutta näistä menetelmistä pitäisi lisätä ja siten menetelmien käyttöä voitaisiin lisätä yksiköissä, jotta niitä voitaisiin käyttää lääkehoidon tukena. Lisäksi 40,5 % vastaajista ei käyttänyt PAINAD-mittaria päivittäisessä hoitotyössä. Suurin osa henkilökunnasta kertoi tunnistavansa potilaan kivun lähinnä ääntelyn ja käytöksen muutoksien perusteilla. Gilmore-Bykovskyi & Bowers (2013) kuvailivat käytöksen muutoksen, ja etenkin negatiivisen ääntelyn ja levottomuuden olevan tyypillisin hoitajien tunnistama kivun indikaattori.

Puhumattoman potilaan kivun tunnistaminen koettiin yksiköissä vaikeaksi. Tässä tilanteessa PAINAD-mittari helpottaisi kivun tunnistamista. Sen käyttö on todettu olevan hoitohenkilökunnalle melko vaivatonta. Parhaassa tapauksessa sen käyttö vie hoitajalta vähemmän kuin viisi minuuttia (Määttä & Kankkunen 2009; Horgas & Miller 2008.) Systemaattinen mittarin käyttö saattaisi vähentää epäselväksi jääviä tapauksia, joita 86 % koki olevan ainakin joskus. PAINAD-mittarin käyttö voitaisiin ottaa yleiseen käyttöön yksiköissä.

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että haasteelliseksi koettuja tilanteita olivat etenkin potilaan aggressiivisuus, yhteistyökyvyttömyys ja haluttomuus ottaa lääkkeitä. Samankaltaisia tuloksia olivat saaneet myös Saarnio ja Isola (2010). Heidän tutkimuksessaan selvisi että haastavia tilanteita hoitajien näkökulmasta olivat hoitotilanteisiin liittyvä vastustaminen ja muihin kohdistuva aggressiivisuus. Hoitotilanteiden vastustaminen saattoi olla lääkkeiden ottamisesta tai syömisestä kieltäytymistä. Hoitajat selvisivät haasteellisista tilanteista omaa persoonaansa hyödyntäen, tilanteita ennalta ehkäisemällä, tilanteeseen mukaan menemällä tai siitä pois johdatelulla. Tällaisia keinoja voisi soveltaa esimerkiksi potilaan käyttäytyessä aggressiivisesti. Yksiköissä voitaisiin pohtia: Miten tilanne voitaisiin välttää? Kuinka tilanteesta päästään pois? Hoitotyössä ei tule kuitenkaan unohtaa eettisiä ja ammatillisia työskentelytapoja (Saarnio & Isola 2010).

Lisää koulutusta muistisairaana kivun hoidosta halusi vastaajista niukka enemmistö (56 %). Olisi hyvä jos hoitajille voitaisiin järjestää koulutusta kivun hoitoon liittyen. Henkilökunnan koulutus on yksi hyvin keskeinen osa laadukasta kivun hoitoa (Kankkunen 2010, 263).

10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Näitä näkökulmia ovat tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksen teoreettiset käsitteet on pystytty operationalisoimaan muuttujiksi. Tutkimuksesta voidaan tarkastella myös ulkoista validiteettiä, joka tarkoittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Tässä tutkimuksessa mittarina on toiminut puolistrukturoitu kyselylomake, joka mittaa haluttuja tutkimusilmiöitä kattavasti. Kyselylomakkeelle suoritettiin esitestaus, jonka avulla taattiin lomakkeen mittavaan tutkimusilmiöitä mahdollisimman laajasti. Mittarin esitestaus eli pilotointi lisää sen luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Teoreettisten käsitteiden operationalisointi tehtiin luotettavasti, perehtyen kirjallisuuteen sekä aiempiin tutkimuksiin. Teoreettista aineistoa etsittiin muun muassa PubMedistä, Medicistä ja Google Scholarista. Tulokset esitetään tutkimusraportissa selkeästi ja totuuden mukaisesti. Opinnäytetyöntekijä tarkisti luvut vielä SPSS -ohjelmaan syöttämisen jälkeen.

Tuloksiin saattoivat vaikuttaa yksikkökohtaiset erot esimerkiksi työntekijöiden kivun hoidon tietämyksessä. Lisäksi ennakkoon annettu tieto tulevasta kyselytutkimuksesta ja sen aiheesta saattoi vaikuttaa henkilökunnan asenteisiin. Tätä ilmiötä kutsutaan tulosten sisäiseksi validiteetiksi, jonka uhkia ovat esimerkiksi historia, valikoituminen, poistumat ja kontaminaatio (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195). Tutkimustulokset eivät ole täysin yleistettävissä, sillä otos oli melko pieni ($N = 44$) ja kosketti vain kahta palveluasumisyksikköä. Vastausprosentti tutkimuksella on 66, kadon ollessa 23 vastajaa. Saadut tulokset vastaavat aiempien tutkimusten tuloksia, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tuloksia voidaan hyödyntää muistisairaahan hoitotyössä.

10.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on saanut tutkimusluvan, jonka myöntäjänä toimii Kaarlentupa. Kyselyyn vastaaminen on kaikille mahdollista, mutta myös vapaaehtoista ja säilyttää vastaajien anonymiteetin. Kyselylomakkeen mukana oli asiaankuuluvasti saatekirje, joka informoi osallistujia muun muassa tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja vapaaehtoisuudesta. Täytetyt vastauslomakkeet tuhottiin polttamalla heti SPSS-ohjelmaan syöttämisen jälkeen. Tutkimustietoja ei siten ole luovutettu kenellekään ulkopuoliselle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

Opinnäytetyön tekijä ei arvioi tutkimuksesta koituneen kenellekään haittaa ja siten sen tutkimuksen hyödyt ovat suuremmat kuin haitat. Tutkimus tulokset on kuvattu tarkasti ja kaunistelematta. Työn tekijä ei myöskään vähättele tai plagioi muita

tutkijoita, vaan esimerkiksi lähde viitteet on merkitty asianmukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217, 225.)

10.4 Jatkotutkimusaiheet

Seuraavaksi esitetään jatkotutkimusaiheita, joita nousi tutkimustulosten myötä esiin. Näiden aiheiden lisäksi voitaisiin tehdä samankaltainen tutkimus hoitohenkilökunnalle muissakin yksiköissä ja myös otos voisi olla tätä laajempi.

- PAINAD-kipumittarin käyttö muistisairaahan hoitotyössä, hoitajan näkökulmasta
- Lääkkeetön kivun hoito osana muistisairaahan hoitoa
- Psykykläkkeiden käyttö muistisairaahan potilaan hoitotyössä
- Näkökulma: Omaiset muistisairaahan potilaan kivun hoidon tukena

LÄHTEET

- Achterberg, W., Pieper, M., Van Dalen-Kok, A., De Waal, M., Husebo, B., Lautenbacher, S., Kunz, M. JA Scherder, E. & Corbett, A. 2013. Pain management in patients with dementia. *Journal of Clinical Intervention in Aging*. Nov. (1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3817007/>
- Aminoff, AZ. & Adunsky, A. 2005. Dying dementia patients: too much suffering, too little palliation. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 22(5) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16225356>
- Antikainen, R. 2015. Muistisairaahan elämän loppuvaiheen tavallisimmat hoitoratkaisuja vaativat tilanteet. Teoksessa *Palliativinen hoito*. 561–562. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi. Kahden kipu mittarin vertailu. *Suomen Lääkärilehti*. 26. Vol. 62. 2547–2553.
- Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen ja sen riskitekijät. Teoksessa *Muistisairaahan kuntouttava hoito*, 276–277. Toim. Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari T & Forder M. Duodecim. Boowell Oy, Porvoo
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa *Muistisairaudet*, 18–20. Toim. Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Gilmore-Bykovskyi, A. & Bowers, B. 2013. Understanding nurses decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Gerontological Nursing* 6 (2)
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Kipu iäkkäillä ja muistisairailta potilailla. Teoksessa *Palliativinen hoito*. 79–84. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Hallikainen, M. 2014. Muistisairaudet, niiden yleisyys ja ehkäisyn mahdollisuudet. Teoksessa *Muistisairaahan kuntouttava hoito*, 13. Toim. Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari T & Forder M. Duodecim. Boowell Oy, Porvoo
- Hartikainen, P. 2015. Lewynkappeletaudin yleisyys, diagnostiikka ja ennuste. Teoksessa *Muistisairaudet*, 288–289. Toim. Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa *Gerontologia*. 393–394. Toim. Heikkinen, E. Jyrkämä, J. & Rantanen, T. Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. 19, 58–59 Teoksessa *Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumis-*

ta edistävä hoitotyö. Toim. Heimonen, S. & Voutilainen, P. EDITA. Helsinki.

Horgas, A. & Miller, L. 2008. Pain assessment in people with dementia. *The American Journal of Nursing*. 7(108)
http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2008/07000/Pain_Assessment_in_People_with_Dementia.30.aspx

Hosia-Randell, H. & Pitkälä, K. 2005. Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs Aging*. 22(9)
https://www.researchgate.net/publication/7605602_Use_of_Psychotropic_Drugs_in_Elderly_Nursing_Home_Residents_with_and_without_Dementia_in_Helsinki_Finland

Hänninen, J. 2015. Elämän loppuvaihe eri sairauksissa. Teoksessa Palliatiivinen hoito. 39. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Juva, K. & Eloniemi-Sulkava, U. 2015. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa Muistisairaudet, 523–524, 528. Toim. Erkijuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kankkunen, P. 2010. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Gerontologinen Hoitotyö. 247-249, 255-258, 261, 263. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. WSOYpro Oy, Helsinki

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus Hoitotieteessä. 132, 189, 191, 195, 217,221,225 Sanoma Pro Oy. Helsinki

Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. 74–81 Edita Prima Oy, Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos.

Kuivalainen, S. 2007. Hoitamisen laatuun vaikuttaminen vanhusten pitkäaikais-hoidossa hoitajien kokemana. Pro Gradu –tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78067/gradu01901.pdf?sequence=1>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 11,1, 3–12. Kuopio. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry.

Käypä hoito 2010 a. Kliinisen diagnoosin kriteerit: frontotemporaalinen degeneraatio, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen afasia ja assosiatiivinen agnosia (semanttinen dementia). Käypä hoito –suositus. Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu. 13.5.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus;jsessionid=3A1BAF5A9197FE1C15D1DC529A1F726D?id=nix01603>

Käypä hoito 2010 b. Muistisairaudet. Käypä hoito –suositus. Suomen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 9.9.2016

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN>

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 12.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Säädös säädösrankki Finlexin sivuilla. Viitattu 11.5.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Lehto, J. 2015 Saattohoitopäätös. Teoksessa Palliativinen hoito. 14. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

May Paulson, Christina. 2014. Pain Assessment in Hospitalized Older Adults With Dementia and Delirium. Journal Gerontological Nursing. 40(6)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443668/>

MEMO. Muistisairaiden ihmisten ammattilehti. Suomen muistiasiantuntija ry. Muistisairaahan ihmisten lääkehoito. 3/2013, 10–11

Muistiliitto a. Alzheimerin tauti. 2015. Viitattu 11.4.2016
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti/>

Muistiliitto b. Muistisairaudet. 2016. Viitattu 11.4.2016
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/>.

Muistiliitto c. Otsa-ohimolohkon rappeumasta johtuva muistisairaus. 2015. Viitattu. 13.5.2016 <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus/>

Määttä, M. & Kankkunen, P. 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. Hoitotiede. 21(4).

Nursingtime. 2014. Barriers to the management of pain in dementia care. Viitattu 11.4.2016
<http://www.nursingtimes.net/Journals/2014/07/09/v/h/g/090714-Barriers-to-the-management-of-pain-in-dementia-care2.pdf>

Poukka, P. & Korhonen, T. 2015. Lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa Palliativinen hoito. 259. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Remes, A. 2014. Otsa-ohimolohkonrappeumien oirekuva. Teoksessa Muistisaira-
raan kuntouttava hoito, 282–284. Toim. Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari T &
Forder M. Duodecim. Boowell Oy, Porvoo

Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen
kuva ja taudinmääritys. Teoksessa Muistisairaudet, 119. Toim. Erkinjuntti, T., Re-
mes, A., Rinne, J. & Soininen, H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän
dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia. 4/2010.
232–334.

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa Palliatiivinen hoito.
10. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Kustannus Oy
Duodecim, Helsinki.

Savikko, N., Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2014. Muistisaira-
raan kuntoutumisen ta-
voitteet ja toteutumisperiaatteet. Teoksessa Muistisaira-
raan kuntouttava hoito, 282–
284. Toim. Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari T & Forder M. Duodecim. Boo-
well Oy, Porvoo

Siitonen, T. 2013. Elinympäristön kehittäminen. Teoksessa Gerontologia, 538.
Toim. Heikkinen, E. Jyrkämä, J. & Rantanen, T. Duodecim. Kustannus Oy Duo-
decim. Helsinki

Terveyskirjasto a. Elinikä ja elinajanodote. 2015. Viitattu 11.5.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01025

Terveyskirjasto b. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntahar-
joittelu. 2015. Viitattu 11.5.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01182

Terveyskirjasto c. Lewyn kappale -tauti. 2015. Viitattu. 11.4.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Terveysverkko. Ikääntymisen vaikutukset elimistöön. 2013. Viitattu 11.5.2016
<http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/senioreille/ikaantymisen-vaikutukset-elimistoon>

Thurman, K. & Sinisalo L. 2015. Lääkehoito ja hoiva- ja hoitotyössä. 196–200.
EDITA. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Tilastokeskus. Väestön ikärakenne. 2015. Viitattu 11.5.2016
http://tilastokeskus.fi/tup/vl2010/vaelak_findi_vaik.html

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U.
2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja
kehittämiskeskus. Vaajakoski.

- Uusitalo, T. 2013. Muistisairaahan hoidon kokonaisuus. Teoksessa Muistin ongelmat. 159–162, 169, 175. Toim. Virjonen, K. Ps-kustannus Oy, Jyväskylä.
- Viramo, P. & Strandberg, T. 2015. Muistipotilaan yleishoito. Teoksessa Muistisairaudet, 488. Toim. Erkijuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Viramo, P., Huusko, T., Joiniemi, M. & Sulkava, R. 2004. Dementiapotilaan lääkehoito – opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. 43-46. Suomen dementiahoitoyhdistys, Kuopio.
- Voutilainen, P. 2006. Dementoituvien palvelujärjestelmien kehittäminen. 73. Teoksessa Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Toim. Heimonen, S. & Voutilainen, P. EDITA. Helsinki.
- Zwakhalen, S., Hamers, J., Abu-Saab, H. & Berger, M. 2006. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatrics 6:3
<http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318->
- Öijn, I. 2014. Muistisairaahan kivun arviointi ja hoito. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 236–242. Toim. Hallikainen, M. Mönkäre, R. Nukari T & Forder M. Duodecim. Boowell Oy, Porvoo

LIITE (1)

PubMed -tiedonhaku

Query	Items found
Search (dementia[MeSH Major Topic]) AND Pain[MeSH Major Topic] Filters: Free full text; published in the last 10 years; English; Nursing journals	<u>3</u>

PubMed -tiedonhaku

Query	Items found
Search PAINAD-scale Filters: published in the last 10 years; English; Nursing journals	<u>3</u>

LIITE(2)

KYSELY

Muistisairaahan vanhuksen kivunhoidon toteutus

Valitse yksi vaihtoehto tai vastaa riville!

1. **Ammattinimike:** _____

2. **Kuinka monta vuotta olet työskennellyt vanhustenhoidossa?**

- 0-4 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

3. **Vanhusten hoitotyö on mielekästä**

- 1. täysin eri mieltä
- 2. jokseenkin eri mieltä
- 3. ei samaa eikä eri mieltä
- 4. jokseenkin samaa mieltä
- 5. täysin samaa mieltä

4. Yksikössä olevien **potilaiden** määrä: _____ , joista vuodepotilaita arviolta _____

5. Yksikössä olevien **hoitajien** määrä _____

6. **Onko usealla potilaista säännöllinen kipulääkitys?**

- Kyllä
- Ei

7. **Onko usealla potilaista säännöllinen psykenlääkitys?**

- Kyllä
- Ei

8. **Kuinka kipulääkitys toteutetaan pääasiallisesti?**

- Tablettilääkityksenä suun kautta
- Nestemäisenä lääkitysnä suun kautta
- Laastarivalmisteina
- IM/SC injektioina
- Peräpuikkoina

9. **Käytetäänkö yksikössä vahvoja kivunhoitoon tarkoitettuja lääkkeitä?**

- Kyllä, päivittäin
- Joskus
- Ei koskaan

LIITE (2)

10. Käytetäänkö osastolla lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja?

- Kyllä, mitä? _____
- Ei

11. Kirjataanko potilaan kivunhoito asianmukaisesti?

- Kyllä, aina
- Joskus
- Ei koskaan

12. Kuinka usein potilaiden lääkelistoja tarkistetaan?

- Aina kun lääkelistoja päivitetään
- Kahden vuoden välein
- Ei koskaan
- En osaa sanoa

13. Mikä on haastavaa muistisairaana potilaan kivunhoidossa ja/tai sen toteutuksessa?

(ympyröi jokaisesta kohdasta yksi sopiva vaihtoehto)

1. täysin eri mieltä 2. jokseenkin eri mieltä 3. ei samaa eikä eri mieltä
4. jokseenkin samaa mieltä 5. täysin samaa mieltä

A) Potilaan nielemisvaikeudet	1	2	3	4	5
B) Potilaan haluttomuus ottaa lääkettä	1	2	3	4	5
C) Potilaan aggressiivinen käytös	1	2	3	4	5
D) Potilaan yhteistyökyvyttömyys	1	2	3	4	5
E) Potilaan kivun havaitseminen	1	2	3	4	5

14. Onko PAINAD-mittari yksikössänne tuttu?

- Kyllä, se on minulle tuttu ja sitä käytetään tarvittaessa
- Ei, en tiedä mikä se on

LIITE (2)

15. Miten tunnistat kivuliaan potilaan?(Vastaa lyhyesti muutamilla lauseella)

16. Jääkö potilaan kivun syy joskus epäselväksi?

- Kyllä, usein
- Kyllä, joskus jää
- Ei, kipuun pyritään löytämään aina sen aiheuttama syy

17. Onko yksikön kivunhoito potilaiden tarpeiden mukaista?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

18. Tarvitsetko koulutusta dementiapotilaan kivunhoitoon liittyen?

- Kyllä
- Ei, koulutusta on ollut riittävästi

19. Haasteet muistisairaana vanhuksen kivunhoitotyössä: (Vastaa muutamilla lauseilla)

KIITOS VASTAUKSISTA !

LIITE (3)

SAATEKIRJE

Arvoisa kyselyyn vastaaja

Olen sairaanhoitaja opiskelija Riina Järvenpää Vaasan ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyöni ”Muistisairaana vanhuksen kivunhoidon toteutus” tavoitteena on antaa tietoa hoitohenkilökunnalle muistisairaana kivun arvioinnista ja kivunhoidon toteutuksesta. Tutkimustulosten avulla voidaan kehittää kivunhoitoa toimivammaksi, mikäli siinä havaitaan puutteellisuutta.

Tutkimukseni kohdistuu Mikevan ympärivuorokautisiin palveluasumisyksiköihin Vaasassa; Kaarlentupa ja Onnenkaivo. Kyselyyn vastaavat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat yksikön työntekijät. Vastajien anonymiteetti säilyy ja tuloksia käytetään luottamuksellisesti vain tämän opinnäytetyön tekemiseen. Osallistuminen on vapaaehtoista!

Työntilaajana toimii Kaarlentupa, Vaasa. Tutkimukselleni on myönnetty tutkimuslupa. Ohjaajavana opettajana toimii Pirjo Peltomäki.

Kyselylomakkeessa on erilliset täyttöohjeet. Vastausaikaa kyselyyn on kaksi viikkoa ja paperiset vastauslomakkeet kerätään niille varattuun pahvilaatikkoon. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10–15 minuuttia.

Toivon teidän vastaavan kyselyyni.

Kiitos yhteistyöstä!

Riina Järvenpää

Sairaanhoitaja opiskelija

VAMK

LIITE (4)

Pelkistyksiä

Yläkategoriat

	Kognitiivisbehavioraalisetmenetelmät
	Kuuntelu Läsnäolo Kosketus Rauhoittelu Musiikki Keskustelu Puhuminen
	Fyysiset menetelmät
	Asentohoito Hieronta Kylmä – ja lämpöhoito Fysioterapia Hengityksen ohjaaminen Liikunta Ulkoilu Jumppa Venyttely