

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Susanna Kortelainen
Petra Paakkari

MITEN HOITAJAT ARVIOIVAT MUISTISAIRAAN KIVUNHOITOA

Opinnäytetyö
Toukokuu 2021



OPINNÄYTETYÖ
Sairaanhoitaja koulutus
Toukokuu 2021

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijät
Susanna Kortelainen, Petra Paakkari

Nimeke
Miten hoitajat arvioivat muistisairaana kivunhoitoa

Toimeksiantaja
Riihimäen kaupunki

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata erään Etelä-Suomessa sijaitsevan aikuisten asumispalveluiden yksikön hoitajien havaintoja muistisairaana kivunhoidosta, käytössä olevista kipumittareista ja siitä miten hoitajat kirjaavat muistisairaana kivusta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaana kivunhoidon kehittämiseksi ja laadun parantamiseksi.

Eliniän odotteen noustessa myös muistisairaudet lisääntyvät yhteiskunnassamme tällöin muistisairaana kivunhoito nousee keskeiseen asemaan hoitotyössä. Kivunhoidon haasteena nousi esille muistisairaana heikentynyt kognitio ja kivun ilmaisu. Kivunilmaisu oli moninaista ja heikentyneen kommunikoinnin myötä haasteellisuus lisääntyy.

Opinnäytetyön lähestymistavaksi valikoitui kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tehty Webropol- kysely lähetettiin hoitoon osastuille hoitajille

Kyselytutkimuksen perusteella saaduista vastauksista voidaan todeta hoitajien käyttävän vähäisesti kipumittareita arvioidessaan muistisairaana kipua. Hoitajat käyttivät työssään erilaisia kivunhoidon menetelmiä, mutta lääkkeellinen kivunhoito valittiin ensisijaiseksi hoitomuodoksi. Kivun hoidon kirjaaminen oli keskeisessä asemassa hoitotyössä.

Kieli
suomi

Sivuja 38
Liitteet 3
Liitesivumäärä 5

Asiasanat
kivunhoito, kivunarviointi, muistisairaus



THESIS
Degree Programme in Nursing
May 2021

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel + 358 13 260 600

Authors
Susanna Kortelainen, Petra Paakkari

Title
How Nurses Assess Pain Management in Residents with Memory Disorders

Commissioned by
City of Riihimäki

Abstract

The purpose of this thesis was to describe the observations of nurses on pain management, pain scales in use and the documentation of pain in residents with memory disorders in a housing service unit for adults in southern Finland. The aim of the thesis was to yield information to develop and improve the quality of pain management among residents with memory disorders.

As the life expectancy increases, also the occurrence of memory diseases increases in our society, and therefore, pain management in people with memory disorders becomes central to nursing. Impaired cognitive skills and ability to express pain emerged as challenges in pain management. Expressing pain was versatile and with impaired communication it became more challenging.

A quantitative approach was used in this thesis. A Webropol -survey based on a systematic literature review was sent to nurses involved in care.

Based on the responses received from the survey, the use of pain scales is minimal in assessing the pain in residents with memory disorders. Nurses used different methods to relieve pain, but pharmacotherapy was the primary form of pain management. Documentation of pain management had a central role in nursing care.

Language
Finnish

Pages 38
Appendices 3
Pages of Appendices 5

Keywords

Alzheimer's disease, dementia, cognitive impairment, pain management,
pain assessment, pain relief

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Muistisairaus	7
2.1	Alzheimerin tauti	8
2.2	Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	9
2.3	Lewyn kappale -tauti	11
2.4	Parkinsonin taudin muistisairaus	11
2.5	Otsa-ohimolohkorappeuman aiheuttama muistisairaus	13
2.6	Alkoholikäyttöön liittyvät muistisairaudet	15
3	Kipu	17
3.1	Kivun määritelmä	18
3.2	Ikääntyminen ja kipu	18
3.3	Muistisairaahan kivunhoito	20
4	Kivunarviointi	23
4.1	Muistisairaahan kivun arviointi	24
4.2	Kivun arviointivälineet muistisairaahan hoitotyössä	24
5	Kivun kirjaaminen	27
6	Tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat	29
7	Opinnäytetyön toteutus ja menetelmälliset valinnat	30
7.1	Kvantitatiivinen opinnäytetyö	30
7.2	Tietoperustan pohjalla oleva kirjallisuus katsaus	30
7.3	Kvantitatiivinen tutkimus	31
7.4	Opinnäytetyön toimeksiantaja ja kohderyhmä	32
7.5	Kyselylomakkeen laadinta	32
7.6	Aineiston kerääminen	33
7.7	Aineiston analysointi	34
8	Tulokset	35
8.1	Keskeiset tulokset	35
8.2	Miten kauan olet työskennellyt hoitoalalla?	35
8.3	Miten arvioit muistisairaahan kipua	36
8.4	Mikä on ensisijainen keinosi hoitaa muistisairaahan kipua?	37
8.5	Mitä lääkkeitä käytät työssäsi?	37
8.6	Mikä kipumittari on ensisijaisesti käytössäsi?	38
8.7	Jos päädyt lääkkeelliseen kivunhoitoon, miten arvioit kipua?	38
8.8	Mitä seuraavista kirjaat potilastietoihin?	39
8.9	Kirjaatko potilastietoihin arviota kivunhoidon vaikutuksesta?	40
8.10	Koetko muistisairaahan kivunhoidon haastavana?	40
8.11	Mikä kivunhoidon tekee haastavaksi muistisairaahan kohdalla?	41
9	Pohdinta	42
9.1	Keskeiset tulokset	42
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	44
9.3	Ammatillinen kasvu	45
	Lähteet	47

Liitteet

Liite 1	Tiedonhaunprosessi Muistisairaahan kivunhoito
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Webropol -kysely

1 Johdanto

Suomessa vuonna 2019 oli 65–85-vuotiaita koko väestöstä 19,6 prosenttia ja yli 85-vuotiaita 2,7 % (Tilastokeskus 2021). Suomessa sairastuu vuosittain noin 14 500 henkilöä muistisairauteen. Arvioidaan, että Suomessa on 190 000 muistisairasta henkilöä. Valtaosa heistä on yli 80-vuotiaita. Vuonna 2015 pitkäaikais- hoidossa oli noin 39 867 henkilöä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Pit- kääikaishoidossa kolme neljästä sairastaa diagnosoitua muistisairautta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021).

Laki ikääntyvän väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista kohdassa 19§ lukee ”lökkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveystalvulujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 2012). Näin ollen myös kivunhoidon osaaminen on yksi iso osa hoitoa palveluasumisessa (Finne-Soveri 2018).

Muistisairaahan kivunhoidon haasteet nousevat hoitotyössä esille. Oikean kipuläkkeen löytymistä vaikeuttaa lääkkeen sietokyky ja muut lääkkeet ja niiden määrät. Huolenaiheeksi on noussut vanhusten polyfarmasia eli monilääkitys, mutta vanhusten kivunhoidon haasteisiin ei vastata ja niiden toteuttaminen on passiivista hoitohenkilöstössä. (Tilvis 2016.)

Hyvän hoidon kriteeristön yksi tärkein kohta on kivunhoito. Kivunhoito muistisairaahan kohdalla voi olla haastavaa, koska muistisairas ei välttämättä osaa kuvailla tai arvioida kipua sanallisesti. (Muistiliitto 2016, 46.)

Kipupotilaan hoito vaatii hyvän ja luotettavan hoitosuhteen. Hoidon tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn ylläpito ja elämänlaadun paraneminen. (Tilvis 2016.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata erään Etelä-Suomessa sijaitsevan aikuisten asumistalvuluiden yksikön hoitajien havaintoja muistisairaahan kivunhoidosta. Esimerkiksi miten hoitajat havainnoivat muistisairaahan kipua, käyttävätkö hoitajat aktiivisesti kipumittareita muistisairaahan kivunhoidossa ja mitä hoitajat

kirjaavat muistisairaana kivusta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairaana kivunhoidon kehittämiseksi.

2 Muistisairaus

Ihmisen muisti on aina läsnä kaikessa toiminnassa. Muisti luo pohjan oppimiseen sekä persoonan kehittymiseen ja elämän kokemusten muistamiseen. Muistiimme liittyvän käsittelijä- ja tietojärjestelmän avulla käsittelemme ja ymmärrämme elämää, maailmaa sekä itseämme. Olemassa olemisen sekä jatkuvuuden tunteminen ja tulevaisuuden- ja menneisyyden käsittelemiseen tarvitaan muistia. Merkitsevän osion minä kuvaa luo muisteleminen sekä elämän muistot. Sairastuminen sekä muistisairauksien eteneminen tuo herättäviä kysymyksiä koskien ihmisyyttä sekä perustavaan laatuun liittyviä kysymyksiä. (Hallikainen 2019, 15.)

Normaalissa ikääntymisessä tapahtuu muutoksia. Muistisairauden alkaessa on vaikea erottaa, onko kyseessä normaali muutos vai muistisairaudesta johtuva. Diagnoosiin vaaditaan laajoja neurologisia tutkimuksia. Muistisairauden edessä tiedonkäsittelyn eli kognitiiviset toiminnot heikentyvät. (Erkinjuntti 2018, 81–89.) Muistisairaus sairautena heikentää muistia ja tiedonkäsittelyä eli kognitiivisia taitoja, kuten näköä, kielellisiä toimintoja ja toiminnanohjausta. Arjessa selviytyminen ja omatoimisuus laskee heikentyen merkittävästi. (Hallikainen 2019, 14.)

Dementia-sanaa on käytetty ennen vaikeista etenevistä muistisairauksista. Dementia ei kuitenkaan ole sairaus vaan se on tila, mikä heikentää muistisairaahan kognitiota. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021.) Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimer, aivo-verenkiertosairauden muistisairaus, patologisista muutoksista johtuvat muistisairaudet Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. (Erkinjuntti 2015, 20–21.) Kaikissa muistisairauksissa on kognitiivisia oireita sekä käyttäytymisen muutoksia. Kaiken lisäksi omatoimisuus heikentyy. Oireiden esiintyvyys eri taudin vaiheissa on yksilöllistä. Muistisairauksille tyypillisten oireiden alkamista tai sairauden etenemistä ei voi ennustaa. (Hallikainen 2019, 54.)

Muistisairauksien diagnosointi ja hoito aloitetaan muistisairauksien hoitoihin erikoistuneissa hoitopaikoissa esimerkkinä muistipoliklinikka. Perusterveydenhuollossa muistisairas epäilylle tehdään alustavat tutkimukset sekä lähete muistipoliklinikalle. (Koivisto 2019, 43.) Muistisairaahan hoidon lähtökohtana on huomioida potilas kokonaisvaltaisena ja nopea diagnosointi jo ensimmäisten oireiden alettua (Käypä hoito -suositus 2021).

Perinnöllinen taipumus sekä iän korkeus ovat ainoat tunnetut riskitekijät pitkään etenevissä muistisairauksissa (Kivipelto 2019, 321). Vaikuttamalla riskitekijöihin, jotka tunnetaan, voidaan todennäköisyydellä viivästyttää tai ehkäistä sairastumista muistisairauteen. Jos kognitiivisia toimintoja heikentävä tekijä huomataan ajoissa ja sitä aletaan hoitamaan tehokkaasti, silloin joissakin tapauksissa, muistioireet voi korjaantua. Heikentäviä tekijöitä voivat olla esimerkiksi väärä lääkehoito, alkoholin liiallinen käyttö, psyykinen häiriö, aineenvaihdunnan häiriö, ravitsemus- tai puutostila. (Kivipelto 2019, 320.)

Muistisairaahan potilaan hoidon lähtökohtana on elämänlaadun turvaaminen, sosiaalisen verkostojen tukeminen ja autonomian turvaaminen. Somaattisten sairauksien hoito jatkuu muistidiagnoosin jälkeen. (Muistiliitto 2016.) Muistisairaahan potilaan hoito vaatii osaavia ammattilaisia, jotka ymmärtävät muistisairauden etenemisen. Lisäksi on huomioitava, että muistisairauteen sairastuu vuosittain 14 500 ihmistä ja se on jo huomioitu yhdeksi kansantaudiksemme. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti eli "AT" on etenevä muistisairaus, joka rappeuttaa aivoja (Juva 2018). 85-vuotiaista 15–20 prosentilla on diagnoosina Alzheimer. Se on yleisin muistisairaus, joka aiheuttaa henkisten kykyjen heikentymistä. (Juva 2019.) Syynä Alzheimeriin on aivoihin kertyvä amyilaasi, joka on kudoksiin kertyvää värjäävää ja liukenematonta valkuaisainekertymää. (Tienari 2015.) Amylaasin kertyminen voidaan todeta mikroskooppisissa tutkimuksissa. Ensimmäiset

muutokset aivoissa on nähtävissä aivojen ohimolohkojen sisäosissa ja siitä edeten vuosien aikana aivokuorelle. (Juva 2018.) Miksi amylaasi kertyy aivoihin? Syytä ei tiedetä ja näin myös Alzheimerin syntyminen syytä, ei tiedetä. On kuitenkin todettu, että elämäntavat ovat yksi syy Alzheimerin taudin puhkeamiseen. (Juva 2018.) Kyseessä on yhtenäinen sairaus, mikä jakautuu sporadiseen myöhäisiän muotoon ja harvinaisiin varhaisiän alkaviin perinnöllisiin muotoihin. Varhaisiällä alkavien perinnöllisten Alzheimerin taudin esiintyvyys on noin 1 prosentti sairastuneista. Myöhäisiällä puhkeava AT on monen tekijän vaikutus. Siihen vaikuttavat psyykkiset ja somaattiset osatekijät. (Erkinjuntti 2015.) Aivojen magneettikuvaus on ensisijainen tutkimus epäillessä muistisairautta. Lisäksi tehdään kliininen tutkimus, haastattelu ja päivittäisen toimintakyvyn arviointi. Lisänä tehdään laboratoriotutkimuksia, joilla voidaan pois sulkea mahdollisesti Alzheimerin pahentavia tekijöitä muun muassa kilpirauhasen vajaatoiminta. (Rinne 2016.)

Alzheimerille tyypillistä on, että lähimuisti heikentyy ja uusien asioiden oppiminen hankaloituu (Huttunen 2018.) Varhaisimmat oireet Alzheimerin taudissa ovat muutokset aivojen ohimolohkojen sisäosissa. Nämä vaikeuttavat uusien asioiden oppimista ja lähimuisti heikentyy. Edetessään Alzheimer tuo potilaalle erilaisia käytösoireita ja heikentää kognitiivisia taitoja (Erkinjuntti 2015). Alzheimerin taudin oireita voidaan lieventää lääkkeiden avulla. Nämä vähentävät käytös- ja psyykkisiä oireita sekä lisäävät keskittymiskykyä ja kohentavat toimintaa. Lääkkeiden avulla Alzheimerin etenemistä voidaan hidastaa, mutta lääkkeet eivät pysäytä etenemistä (Juva 2018).

2.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Aivoverenkiertosairaus eli vascular cognitive impairment, "VCI" on toiseksi yleisin muistisairaus. Sitä esiintyy 15–20 prosentilla muistisairausdiagnoosin saaneista. (Melkas 2015, 137.) Toinen nimi aivoverenkiertoperäisen muistisairaudelle on vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (Hallikainen 2017, 231). Ennen sairauden diagnoosia voi potilaalla olla takanaan aivoinfarkteja, aivojen hapenpuutetta tai aivoverenkiertohäiriöitä (Atula 2019). Tavallisimmin tiedonkäsittelyn

heikentymät johtuvat Alzheimerin taudista (Melkas 2015, 137). Onkin tärkeää, että puhdas aivoverenkierto sairaus erotetaan Alzheimerista. Näillä kahdella diagnoosilla on yhtenäisiä tekijöitä aivoissa, varsinkin pienten aivoverisuonien taudissa. (Melkas 2015, 145.)

Päätyypit ovat pienten aivoverisuonten ja suurten aivoverisuonien tauti. Pienten aivoverisuonien taudissa, aivojen pienet suonet ahtautuvat. Äkkinäistä alkua yleisempi on hidas alku taudissa. Sairastuneella on monesti tasaista, jopa kuu-kausia kestäviä vaiheita sairauden ja oireiden kanssa. Oireet etenevät tasaisesti, mutta päiväkohtaisia toimintakyvyn eroja voi olla. (Hallikainen 2017, 231.) Pienten aivoverisuonten taudinkuvan oireina ovat kävelykyvyn epävarmuus, masennus ja virtsankarkailu. Lisäksi voi esiintyä äkillisinä alkaneita ja rajautuneita puutosoireita eli lakunaarisia oireyhtymiä, joka voi tarkoittaa aivoverisuonitaudissa toispuolihalvausta. (Melkas 2015, 142.)

Kortikaalinen tauti eli suurten suonien tauti liittyy sydänperäisiin aivoinfarkteihin ja verihyytymiin verisuonten sisällä eli aterotrombooseihin. Esimerkkinä sydänperäisiin liittyviä infarkteja ovat eteisvärinä, eteislepatus ja sairaan sinuksen oireyhtymä. (Käypä hoito -suositus 2016.) Kortikaalisen taudin oirekuva on moninainen ja riippuvainen infarktin sijainnista eli onko infarkti vasemmassa vai oikeanpuoleisessa aivopuoliskossa. Oirekuvaan voi myös vaikuttaa samanaikaisesti pienten suonien tauti, jolloin oirekuva laajenee. Vasemman aivopuoliskon oireet aiheuttavat afasiaa eli kielellisen muistin heikentymää, kätevyuden heikentymää eli apraksiaa, lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen vaikeutta. Oikean puolen vaurioihin liittyy hahmotusvaikeuksia, neglect-oireita eli toispuoleinen huomiotta jättämistä. Yleisluonteisia oireita ovat vireystilan lasku, toiminnan ja tarkkaavaisuuden ohjauksen häiriöt. Suurten suonien taudissa muistioireet ovat vähäisempiä. Suurten suonien taudissa on nähtävissä myös neurologisia muutoksia, puolieroja ja motorisia puutteita. (Melkas 2015, 142–143.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Tavallisimmin Lewyn kappale eli ”LKT” alkaa 50–80 vuoden iässä. Sairauden kesto on 2–12 vuoteen. LKT-oireisto tulee hitaasti ja on yleisempi miehillä. Tyypillisimmät sairauden oireet ovat tiedonkäsittelyn haasteet, parkinsonismi ja psykoottiset oireet. Lisäksi puolella potilaista on aivoissaan Alzheimerin tuomia muutoksia. (Rinne 2021.)

Muistioireilu ei ole tyypillisin ensioire Lewyn kappale -taudissa (Rinne 2015). Myös yhdenaikainen Alzheimerin tauti on mahdollista. Tällöin aivojen magneettikuvauksessa on havaittavissa atrofiaa eli hippokampuksen surkastumista (Rinne 2015, 166). Oireiluna yleisimmät onkin psykoottinen oireilu ja Parkinsonismi. Psykoottisena oireiluna näkyvät erityisesti näköharhat ja harhaluulot. Näitä esiintyy 30–60 prosentilla potilaista, kun Alzheimerissa luku on 5–15 %. (Rinne 2015.) Parkinsonismoireita esiintyy 40–90 prosentilla diagnoosin saaneista. Näitä ovat lihasjäykkyys eli rigiditeetti, liikkeiden aloittamisen vaikeus eli hypokinesia ja kävelyvaikeudet. Kuitenkin lepopapina on harvinaisempaa Lewyn kappale -taudissa. Lisäksi REM-unen aikana tapahtuvat käytösoireet ovat yleisiä oireita Lewyn kappale -taudissa. (Erkinjuntti 2015.)

2.4 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tautia sairastaa Suomessa noin 10 000 ihmistä ja on arvioitu, että noin 3000 sairastuneista on muistioireisia. Kun Parkinsonin tauti etenee, eriasteiset muistiongelmät sekä tiedonkäsittelyyn liittyvät ongelmat yleistyvät. Sairauksessa liittyviä tiedonkäsittelyn ongelmia ei tunneta vielä täysin. (Käypä hoito -suositus 2016.) Parkinsonin tauti alkaa usein 50–70-vuoden ikäisillä, joillakin tauti voi alkaa aikaisemminkin. Miehillä tämä sairaus on yleisempää kuin naisilla. Jos Parkinsonin tauti alkaa 30–40-vuoden iässä, tällöin Parkinsonin tauti voi olla perinnöllinen. 60-vuoden ikäisistä noin 1 prosentti sairastaa Parkinsonin tautia. (Atula 2018.) Sairauden pitkä kesto lisää muistisairauden ilmaantumista.

Arviolta 80 % 15-vuotta Parkinsonin tautia sairastaneista kärsii muistisairaudesta. (Jellinger 2018.)

Parkinsonin taudissa tyypillisinä syinä pidetään hermosolujen kertymiä. Niin sanotut Lewyn kappaleet kehittyvät aivokuoren alueille, sairastumisen alkuaikana. Dopamiinin puute eli keskushermoston välittäjäaineen puutos näkyy aivojen tyvitumakkeissa. (Rinne 2015 ,158–159.). Parkinsonin tauti eli liikehäiriösairaus etenee hitaasti. Pääoireita on kolme; vapina levossa, lihasjäykkyys sekä liikkeiden hidastuminen. Edellä mainittujen lisäksi on myös muita oireita, jotka vaikuttavat potilaan toimintakykyyn merkittävästi. (Käypä hoito -suositus 2016.) Aluksi oireet, esiintyvät usein toisen puolen raajoissa, Parkinsonin taudin edetessä molemmissa raajoissa (Atula 2018).

Parkinsonin taudissa tiedonkäsittelyn ongelmat ovat tavallisimmin muistin heikentyminen toiminnanohjauksen vaikeus, tarkkaavuuden häiriöt sekä avaruudellisen hahmottamisen vaikeus ja tietojen käsittelynopeus hidastuu. Dopamiinin puute on syynä liikkeiden suorittamiseen, lihasjäykkyyden kehitykseen ja säätelemiseen. Asetyylikoliini-, serotoniini-, sekä noradrenaliinin välittäjäjärjestelmissä myös huomataan muutoksia. Välittäjäainejärjestelmien muutokset voivat vaikuttaa myös potilaan vireystilaan, mielialaan, unirytmien muutoksiin tai tarkkaavaisuuden heikentymiseen. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Arkielämässä oireet alkavat ilmentyä tavaroiden hukkaamisella, asioiden palauttaminen mieleen ei ole yhtä helppoa kuin aikaisemmin sekä asioiden aloittaminen tuntuu työläämmältä. Eksymisherkkyyttä voi näkyä, jos sairastunut on itselle vieraassa ympäristössä, eikä ole varma siitä, että minne päin pitää lähteä. Sairastuneen muistiongelmia hoidetaan muistipoliklinikalla, neurologin tai terveyskeskuksen vastaanotolla. (Käypä hoito -suositus 2016.)

2.5 Otsa-ohimolohkorappeuman aiheuttama muistisairaus

Muistisairauksien ryhmään kuuluva otsaohimolohkorappeuma, jota kutsutaan myös frontotemporaaliseksi dementiaksi ”FDT” (Huttunen 2018). Otsa-ohimolohko rappeuma ei ole vain yksi sairaus, se on ryhmä eteneviä sairauksia (Remes 2015, 174–175). Tätä muistisairautta näkyy alle 65-vuotiaiden työikäisten keskuudessa 30–45 %. Suomessa otsa-lohkorappeumaan sairastuneita on noin alle tuhat. (Käypä hoito -suositus 2016.) Otsa-ohimolohkodementia on harvainen sairaus ja sen diagnosoiminen täytyy tehdä erikoissairaanhoidossa. Diagnostiikka perustuu aivojen kuvantamiseen, neuropsykologiseen tutkimukseen sekä oirekuvaan. (Remes 2019, 342–343.)

Neuropsykologisesti löydökset ovat suunnitelmallisuuden sekä toiminnanohjauksen vaikeuksia, kielellisiä ongelmia ja keskittymiskyvyn puutetta. Aivoista otetuissa magneettikuvissa voidaan huomata ohimo- tai otsalohkoalueiden surkastumista. Sairauden hidastavaa hoitoa ei ole, vaan sairautta hoidetaan oireenmukaisesti. (Remes 2019, 343.)

Diagnostiikassa käytetään apuna myös Rascovskyn kriteerejä. Näissä tarkastellaan täyttyvätkö otsa-ohimolohkorappeumaan diagnoosiin liittyvät kriteerit potilaan kohdalla. Rascovskyn kriteereissä tarkastellaan sairauden ydinkriteeriä, joka on etenevä käytöksen muuttuminen, pois sulkevia kriteereitä eli jos käytöksen muuttumisen syynä on jokin muu pois sulkeva sairaus esimerkiksi psykiatrisen. Lisäksi käytökseen liittyviä kriteeristöjä, joita tulee täytyä. Näitä ovat muun muassa apatia, merkittävä toimintakyvyn muutos, empatian kyvyn menetys. (Remes 2015, 174–175.) Erityisesti otsa-ohimolohkorappeuma vaurioittaa aivojen ohimo- sekä otsalohkoja (Remes 2019, 341). Otsalohkodementiaan sairastuneille noin puolella on sukuhistoriassa geenivirheitä, mitä osataan tunnistaa diagnostiikassa (Käypä hoito -suositus 2016). Oireiden taustalla ovat erityyppisiä neurologiset solumuutokset. Neurologiset muutoksen voidaan jakaa eri muotoihin immunohistokemiallisten tutkimusten avulla. Oirekuvien perusteella ei voida suoraan neurologista alatyyppiä tiedostaa. (Remes 2019, 341.)

Sairaudella on kolme alatyyppeä, näistä yleisin on otsalohkodementia. Etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia ovat kaksi muuta kielellistä alatyyppeä. Kliininen oirekuva ja eteneminen näillä alatyypeillä vaihtelee paljon. (Remes 2019, 342.) Alatyyppeiden alkaminen on yleistä työiässä. Käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset ovat tyypillistä otsalohkodementiassa. Käytöksen muutos näkyy impulsiivisena ja joustamattomuutena, sairastuneessa voidaan huomata usein myös tahdittomuutta, estottomuutta sekä empatian puutetta. Muistioireet, alkaa näkyä, kun tauti on edennyt pitkälle. (Remes 2019, 342.) Asioiden, ihmisten sekä esineiden nimeäminen ja tunnistamisen kyky heikentyvät semanttisessa dementiassa. Yleensä normaalisti säilyy puheentuotto, sen sijaan sanojen merkitykset sumenevat. Semanttista dementiaa sairastavat puhuvat usein paljon sekä sujuvasti, mutta sisältö puheessa käsittelemätöntä kuulijoille. (Remes 2019, 342.) Jäykkyyttä, vapinaa, pidätyskyvyttömyyttä sekä hitautta esiintyy fyysisinä oireina kaikissa näissä alatyypeissä (Remes 2019, 342).

Omaiset huomaavat usein otsa-ohimolohkorappeuman läheisensä luonteen muuttumisena. Muutos näkyy esimerkiksi pelaamisen himona, ahmimisena, päihteiden käytöllä, liikenteessä riskikäyttäytymisenä, apatiana sekä normien rikkomisena seksuaalisuudessa. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Potilaan ja hänen omaistensa kanssa suunnitellaan yhdessä kuntoutus ja hoitomahdollisuudet. Usein otsa-ohimolohkorappeumaan sairastunut on usein tietoinen oireistostaan ja on hyvin herkkä masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Puheterapian avulla potilasta voidaan tukea ja miettiä jo sairauden alkuvaiheessa mahdollisia muita kommunikaation mahdollisuuksia. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Parantavaa hoitoa otsa-ohimolohkorappeumaan ei ole ja yleisesti käytetyistä muistisairauden lääkkeistä ei yleisesti ole apua. Seuranta ja säännöllinen potilaan arviointi on tärkeää otsa-ohimolohkorappeumassa. (Käypä hoito -suositus 2016.)

2.6 Alkoholikäyttöön liittyvät muistisairaudet

Yhdellä kymmenestä yli 65-vuotiaasta esiintyy muistisairaus. Samasta ikäluokasta suuresti alkoholia käyttävillä joka neljännellä on todettu muistisairaus tai on muistisairauden viitteitä. (Muistiliitto ry 2017.) Riskitekijänä monille muistisairauksille onkin alkoholi. Alkoholi kuluttaa kehon tiamiinipitoisuutta, jolloin se voi aiheuttaa Wernicke-Korsakoffin oireyhtymän. Tiamiinin pitoisuuteen vaikuttavat myös useat krapulatilat, oksentelu ja huono ruokavalio. Oireet ovat hyvin vaihtelevia muistihäiriöistä, silmäsairauksiin ja ataksiaan. (Hillbom 2010.)

Alkoholin ongelmallinen käyttö voi vaikeuttaa muistisairauden hoitoon ja lisätä oireita (Vataja 2019 347). Vähäisen alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus näkyy potilaan keskittymiskyvyssä, unen laadussa sekä muistijälkien syntymisen heikentymänä. Runsaalla tai jatkuvalla alkoholin käyttämisellä heikentyvät toimintakyky ja tiedonkäsittelykyky, ja se lisää myös muistisairauksiin sairastumista jo työikäisenä. Riskitasoa ylittävä alkoholin juominen, kertautuvat krapulat tai pitkään jatkunut alkoholin käyttäminen ovat erityisen haitallisia aivojen sekä muistin kannalta. (Muistiliitto ry 2017.)

Alkoholin enkefalopatia on vitamiinin puutostila, tiamiinin eli B1-vitamiinin. Tila on hengenvaarallinen. Tiamiinin puutos vaikuttaa aivorungon, harmaan aineen tuhoutumiseen pikkuaivoissa ja isoainojen ohimolohkoissa. Tiamiinin puutostilan johdosta enkefalopatia voi kehittyä ripeästi, jopa 1–3 viikossa. Tähän vaikuttavat potilaan oma aineenvaihdunta. Usein alkoholin enkefalopatio jää toteamatta tämän, koska taudin oireet voivat viitata esimerkiksi Alzheimerin tautiin. (Hillbom, 2010.) Aivojen tilavuus sekä kokonaispaino pienentyy alkoholin enkefalopatiaa sairastavalla. Magneettikuvissa näkee aivokuoren koon suurenemisena sekä poimituksen uurteissa leventymisenä ja syventymisenä. (Hallikainen 2019, 347.)

Aivojen rakenteellisia muutoksia näkyy henkilöillä, jotka ovat säännöllisesti käyttäneet alkoholia. Kohtuullisellakin käytöllä voi näkyä pieniä muutoksia. (Hallikainen 2019, 347.) Alkoholin käytöstä johtuvassa muistisairauksissa näkyy oireita

enemmän toiminnan ohjauksen häiriöinä kuin muistioireisena. Tämä huomataan, kun ongelmaratkaisemis kyky sekä suunnitelmallisuus on puutteellista ja sairastunut on juuttunut malleihin ja tietynlaisiin toimintatapoihin. Tämä oireilu vaikeuttaa sairastuneen elämänhallintaa. Läheiset ovat kokenut näitä muutoksia persoonallisuuden muutoksina. Alkoholimuistisairaana käyttäytyminen ja toiminnanohjauksen muuttuessa tarvitsee sairastunut usein tehostettuun palveluasumiseen palveluita. (Hallikainen 2019, 348.)

Alkoholin käyttämisen loputtua usein sairastuneen kognitio paranee. Ainoa hoitokeino alkoholinkäyttöön liittyvän muistisairauden alkuvaiheessa onkin, alkoholin käyttämisen lopettaminen. (Hallikainen 2019, 349.)

3 Kipu

Kivun tunne liittyy kudosvaurioon tai sen vaaraan. Kipu voi tulla myös yllättäen, ilman kehoon kohdistunutta kivun aiheuttajaa. (Haanpää 2015.) Kipu on välttämättömän hengissä pysymisen kannalta, koska se opettaa ihmisiä välttämään vahingollista käyttäytymistä (Kalso 2018). Oire on selvitettävä, minkä vuoksi kipu on syntynyt (Käypä hoito -suositus 2016).

Kivunhoito tulee suunnitella yksilöllisesti, lisäksi on huomioitava potilaan perussairaudet, psykososiaalinen tilanne ja elämäntavat (Haanpää 2017). Hyvä kivunhoito on yksi potilaan oikeuksista terveyden- ja sairaanhoidossa (Sosiaali ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2021). Kivunhoidon onnistumiseen vaikuttavat psykososiaaliset tekijät. Mieliala, kokemukset, opitut käyttäytymismallit ja myös pelko vaikuttaa kivunhoitoon merkittävästi. (Haanpää 2015.) Tutkimuksen mukaan Euroopan maissa viidesosalla aikuisista on yli puoli vuotta kestänyt kiputila, joka alentaa toimintakykyä oireillaan. Kipu on voimakkuudeltaan kohtalaista. Syinä näihin ovat useasti selkärangan rappeumamuutokset, nivelrikot ja vammojen jälkitilat (Haanpää 2015). Hoitamaton pelko ja ahdistus voi heikentää ja myös hidastaa potilaan kuntoutumista (Kalso 2018).

Akuutilla kivulla tarkoitetaan alle kuukauden kestänyttä kipua. Akuutti kipu onkin hoidettavissa helposti, kun sen perussy s selviää. (Kuusisto 2017.) Kipu on subakutiittia eli puoliäkkillistä, kun se on kestänyt 1–3 kuukautta. Kipu muuttuu krooniseksi, kun kipu tila on kestänyt yli 6 kuukautta. Tällöin kivun syytä ei voida aina selvittää. (Paakkari 2020.) Krooninen kipuoireyhtymä on hallitseva ja sitkeä tila. Tätä tilaa ei selitä fysiologinen tai fyysinen häiriö (Käypä hoito -suositus 2017).

3.1 Kivun määritelmä

Kipu on kroonista, jos se kestää pitempään, kuin sen aiheuttama kudosis- tai hermovaurion paraneminen kestää. Pitkäaikainen kipu jaetaan syöpäsairaudesta tai muista sairauksista johtuviin kipuihin. Muusta kuin syöpäsairaudesta johtuva kipu määritellään kolmeen tyyppiin, nämä ovat kudosisvaurio, hermovaurio kipu tai niin sanottu idiopaattinen kipu, joka aiheutuu tuntemattomasta syystä. (Valvira 2021.)

Neuropaattinen kipu on hermovauriokipua, jonka aiheuttaa nosisseptori joka on kipureseptorin ärsytyksen aikaa saamaa kipua. Tämän syynä on lämmön tai kylmän aiheuttama kipu. Kudosisvauriokipu eli nosisseptiivinen kipu on kipureseptorin aktivoitumista, kun kudosisvaurio on tapahtunut. Tällöin kivun aistiminen siirtyy aivokuorelle. (Hallberg 2015.) Viskeraalinen kipu eli sisäelin kipu voi olla heijastekipua, jolloin kivun paikantaminen on haastavaa (Käypä hoito -suositus 2017). Idiopaattiseksi kivuksi kutsutaan kipua, joka on mekanismiltaan tuntematon. Samanaikaisesti potilaalla voi olla useita kiputyyppejä. (Haanpää 2015.)

3.2 Ikääntyminen ja kipu

Ikääntyessä päivittäinen kipu lisääntyy. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 50–54-vuotiaista 20 % kärsii kipua päivittäin, mutta jo 70–74-vuotiaista, kipua esiintyy 30 %. (Kalso 2018.) Hermoston toiminta heikentyy ikääntyessä, ikääntyneen kivun kokeminen muuttuu, samoin kuin kivun ilmaisu, tällöin kivunhoidon suunnitelmallisuus on keskeisessä asemassa (kuvio 1.) (Kalso 2018). Ikääntyneet eivät tunne kipua samoin, kuin nuoremmat. Autonomisen hermoston heikentyessä, myös sisäelin kipu heikkenee. Näin ollen keuhkokuume, sydäninfarkti ja jopa umpilisäkkeen tulehdus voivat olla miltei kivuttomia tiloja ikääntyneelle. Neuropaattista kipua selkärangan rappeumasairauksissa, vyöruusun jälkitilana. Lisäksi tulehdustilat, painehaavaumat, sydänperäiset ja ruoansulatuskanavan kivut. (Hagelberg 2015.)

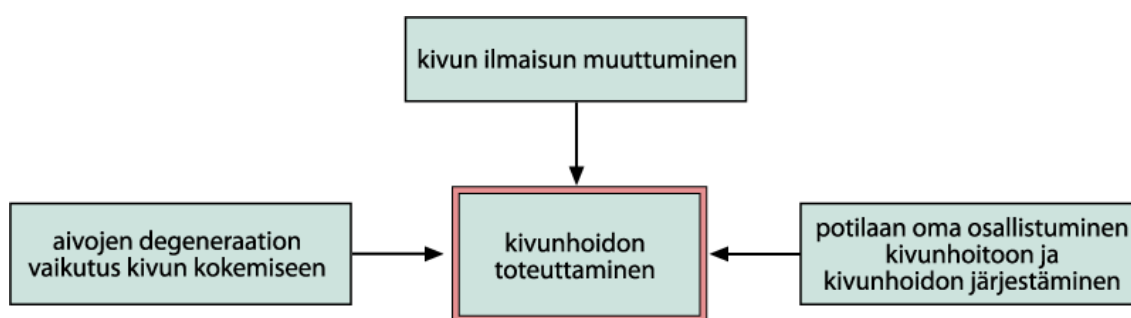
Kivun hoidon ensisijainen hoitokeino on lääkkeetön hoito ja tätä tulisi käyttää aktiivisesti (Pitkälä 2010). Tätä on kuitenkin tutkittu vähän. Hoidettaessa muistisairasta turvallisen kosketuksen merkitys on suuri, kiireetön ilmapiiri ja tutun henkilön läsnäolo on tärkeää. Lisäksi lääkkeettömässä hoidossa voidaan hyödyntää musiikkia, hierontaa ja aromiterapiaa. (Hallberg 2018.) Jos lääkitykseen päädytään, on tämä aloitettava varovasti ja arvioitava kipua säännöllisesti (Kalso 2018). Lääkkeettömät hoitokeinot voivat kulkea lääkehoidon rinnalla ja auttaa kivunhoidossa. On kuitenkin tärkeää selvittää mistä kipu johtuu. Ummeetus tai virtsatieinfektio, voivat vaikuttaa merkittävästi muistisairaahan toimintakykyyn ja lisäävät myös hänen kivuliaisuuttansa. (Hallikainen 2019.)

Muistisairaahan käyttäytymishäiriön taustalla voi olla kipu, johon käytetään nopeasti arvioituna psykoosilääkkeitä. Kipu lisää myös käytöshäiriöiden lisäksi erilaisia komplikaatioita hoidossa. (Achterberg 2013.) Muistisairaahan ovat alttiimpia psykoosilääkkeiden haitoille. Näitä ovat esimerkiksi ekstrapyramidaalioireet eli aivomuutoksia, jotka altistavat ataksialle eli tahdonalaisten lihasten hallitsemattomuuteen ja dysartrialle eli puheen motorista häiriötä. Lisäksi verenpaineen laskun ja sen aiheuttamatta kaatumiset lisääntyvät. Turvotukset, infektiokerkyys, väsymys ja kognitiivisen toiminta voi heikentyä vielä enemmän. (Alanen 2013.) Usein muistisairaahan äkillisessä tilanmuutoksessa voi olla taustalla kipu ja tätä tulisi arvioida (Hallikainen 2019).

Kivun ja sen syyn selvittäminen jää usein puutteelliseksi, jos potilas on kognitiivisilta taidoiltaan heikentynyt. Tällöin arvioinnissa voidaan käyttää epäsuoria tapoja, esimerkiksi tajunnantaso, verenpaineen nousua tai levottomuuden lisääntymistä. (Soinila 2014.) Muistisairaahan kivunhoidossa on huomioitava tunneperäisten ja autonomisen hermoston heikentyminen. Lisäksi muistisairas voi unohtaa kokemansa kivun hetkellisesti ja se voi näkyä käytöksen muutoksena. (Hallikainen 2019.)

Suomessa muistisairaus diagnoosin saaneita henkilöitä on arviolta 190 000. Vuosittain 14 500 ihmistä saa muistisairaus diagnoosin. (Terveiden ja hyvin-

voinninlaitos 2020.) Tästä huolimatta tämän potilasryhmän nykyinen kivun arviointi ja hoito ovat puutteellista. Kivunhoitoa onkin aloitettu korostamaan yhtenä vanhusten hyvän hoidon kriteerinä. (Tilvis 2016.) Hoitohenkilökunnan koulutuksen korostaminen on tärkeä osa muistisairaahan kivunhoitoa. Tutkimuksia tarvitaan enimmäksä määrin, koska kivunarviointia muistisairaiden osalta on tutkittu vain vähän. (Schofield 2018.) Muistisairaus ei vie kivun kokemista, vaan toleranssi sille kasvaa (Kalso 2018). Avainasemassa muistisairaahan hoitotyössä onkin hoitohenkilöstön muistisairaahan tunteminen ja sitä kautta hänen kivunhoitonsa (Hallikainen 2019).



Kuvio1. Dementiaa sairastavan potilaan kivunhoidon haasteet (Kalso 2018).

Ikääntyneiden elämän laadun ylläpito korostuu elämän loppuvaiheessa. Virikkeellinen ja aktiivinen ympäristö vaikuttavat myös ikääntyneen kipu kokemukseen. Kivunhoidolla onkin keskeinen merkitys elämänlaadun ylläpidossa. Kiputilat voi olla hoidettavissa yksinkertaisesti ja helposti. Hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi on tärkeää luottamuksellinen hoitosuhde. (Kalso 2018.)

3.3 Muistisairaahan kivunhoito

Ikääntyneiden kipua ja kivunsietoa on tutkittu vähän. Haasteellisuus kivunhoidossa tulee, kun ikääntyneellä on muistisairaus (Finne-Soveri 2007). Ikääntyminen ja kipu liitetään usein yhteen ja se hyväksytään. Kivunhoitoon tulisi kiinnittää huomioita enemmän ja sitä pitäisi arvioida yksilöllisesti. (Pitkälä 2010.)

Ikääntyneiden kipua on kuitenkin aloitettu tutkimaan enimmäisissä määrin. Kipu on subjektiivinen ilmiö, joka haastaa hoitohenkilökuntaa. (Abdulla 2013.) Usein iäkkäiden hoidossa keskitytään pitkäaikaissairauksien hoitoon. Kuitenkin krooninen kipu jää hoitamatta, vaikka tämäkin on pitkäaikaissairaus. Sen nopea tunnistaminen ja hoito mahdollistaisivat myös lääkkeettömien hoitokeinojen käyttöä. (Rapo-Pylkkö 2019.)

Kivun hoitamisessa tavoitteena on liikkeessä ja levossa kivuttomuus. Hoidon perusteena on kivun säännöllinen sekä järjestelmällinen arviointi, hoidossa periaatteena on sama kuin kognitiivisesti terveilläkin. (Hallikainen 2019, 300.) Hoidossa muistisairaalla on huomioitava mikä aiheuttaa kipua. Kipua voivat aiheuttaa esimerkiksi pitkittyneestä vuodelevossa aiheutuva lihaskipu, virtsatieninfektio, ummetus, nivelkulumat, osteoporoosi tai epämukavat kengät. Tieto aikaisemmista sairauksista helpottaa kivun aiheuttajan selvittämistä. Kliinillä tutkimuksilla sekä tarvittaessa laboratoriotutkimuksilla tai kuvauksilla tulee selvittää kivun aiheuttaja aina muistisairaalla. (Hallikainen 2019, 300.)

Lääkkeettömiä hoitokeinoja voivat olla esimerkiksi fysioterapia, akupunktio, hieronta, kylmä ja lämpö hoidot, sähköinen hermoärsytys ihon kautta (TNS), hieronta sekä fysioterapian keinot lievittää kipua. Unohtamatta lohdutus sekä psyykkistä tukea. Usein lääkkeetön hoito ei yksinään ole riittävää hoitomuoto. (Hallikainen 2019, 300.) Jos pitkäaikaisen kivun syy on muu kuin syöpäsairaus, kipu hoidon tulisi perustua lääkkeettömistä hoidoista. Niitä tulisi käyttää aina silloin kun se mahdollista, jos lääkkeetön hoito ei ole mahdollista tulee se olla hyvin perusteltua. (Valvira 2020.)

Ikääntyneillä lääkeaineiden jakautuminen on hidastunut, johtuen aineenvaihdunnan hidastumisesta ja muista fysiologisista muutoksista kehossa. Tämä vaikuttaa myös lääkeaineiden pitoisuuksiin kehossa. Iäkkään lääkehoidossa, onkin arvioitava lääkkeiden haittoja ja hyötyjä. (Finne-Soveri 2018.) Muistisairaalla lääkkeellisessä kivun hoidossa valitaan mahdollisimman vähäisillä haittavaikutuksilla oleva lääke, jonka pienelläkin annoksella saavutetaan paras mahdollinen hoitovaste tehokkaasti ja nopeasti (Hallikainen 2019).

Finne- Soveri ja muut olivat tutkimuksessaan vuonna 2018 vertailleet iäkkäiden kivunhoidon toteutumista eri palvelutyyppeiden välillä. He totesivat tutkimuksessaan, että vahvojen kipulääkkeiden käyttö oli vähäisempää pitkäaikaishoidossa, sekä akuuttipalveluita käyttöä enemmän, kuin laitoshoidossa.

Pitkäaikaishoidossa olevilla oli todettu olevan epävakaampi terveydentila, kuin niillä ketkä asuvat laitoshoidossa. Lisäksi kivunhoidon hallinta pitkäaikaishoidossa asuvilla muistisairaiden kohdalla oli heikompaa, kuin laitosasumisessa. (Finne-Soveri 2018.)

Muistisairaahan hoidon laatua parantaa hyvä kivunhallinta, vähentäen muistisairaahan kokemaa ahdistusta ja lieventämällä käytösoireita (Leurent 2015). Useimmiten käytösoireiden taustalla voikin olla kipu. Tätä hoidetaan arvioimatta potilasta kokonaisvaltaisesti ja heille aloitetaan psykoosilääkitys. Huomioiden psykoosilääkkeiden haittavaikutukset ovat vanhuksille riski ja nämä on mainittu iäkkäiden hoitosuosituksissa. (Alanen 2013.) Psykoosilääkkeitä käytetäänkin hyvin paljon muistisairaahan sekavuuskohtausten ja aggressiivisuuden hillitsemiseen. Tulokset ovat huolestuttavia, koska nämä suurentavat muistisairaiden potilaiden kuolleisuutta sekä aiheuttavat haittavaikutuksillaan kaatumisia, murtumia ja jopa aivohalvauksia. (Huttunen 2015.) Silti masennus ja ahdistus tulee hoitaa myös iäkkäillä, tällöin kyseessä on monilääkitys (Kivelä 2007). Huomioitava, että neuropatologisten muutosten vuoksi muistisairaiden kivun tuntemus muuttuu näin ollen kivunarviointi menetelmät ei toimi samalla logiikalla muistisairailta, kun ihmisillä, joilla kognitio on kunnossa (Achterberg 2013).

4 Kivunarviointi

Kipu on subjektiivista ja siksi sitä on vaikea arvioida toisen ihmisen kautta (Abdulla 2013). Kivunhoidon arviointi tuleekin perustua aina potilaan omaan kokemukseen ja kerrontaan (Heiskanen 2015). Kivunhoito perustuu hyvään hoito suhteeseen ja kokonaisvaltaiseen työhön, missä keskiössä on potilaan mukaan ottaminen. Kivunhoidon tavoitteena on elämän laadun kohentuminen ja toimintakyvyn ylläpito (Käypä hoito -suositus 2017).

Tutkimustyön apuvälineenä kivunhoidossa voidaan käyttää erilaisia kipumittareita (Kalso 2018). Kivun arvioinnissa voidaan käyttää mittaria, minkä potilas valitsee, tätä tulisi käyttää koko hoitojakson ajan ja tämä on myös kirjattava lisäksi potilastietoihin. Lisäksi kirjaamisessa tulisi ilmetä kivunhoidon tavoitteet ja potilaan omat toiveet kivunhoidosta. Hoidon aikana tulee verrata tuloksia keskenään ja arvioida kivunhoitoa päivittäin. (Heiskanen 2015.)

Suomessa tunnetuin ja eniten käytetty kivunarvioiti, väline on VAS- kipujana eli visual analogue scale. VAS on 10 cm pitkä jana. Janan toisessa päässä on "ei kipua" ja toisessa päässä "Voimakkain mahdollinen kipu". Kiilan kasvaessa kivun kokemus lisääntyy. (Kalso 2018.) Lisäksi käytössä on numeraalinen asteikko, numerical rating scale eli "NRS" ja sanallinen arvio "VRS" verbal rating scale. Kipua arvioidaan myös kasvokuvien avulla (Käypä hoito -suositus 2017).

Psykkisen voinnin ja potilaan suhtautumista kipuun tulee tarkkailla, kun potilas kertoo kivustaan. Potilaan valitsemat sanat koettua kipua kuvailtaessa antavat viitteitä koetun kivun laadusta. Hermovaurio kipua sanoitetaan yleensä pistävänä tai viiltävänä. Hermovaurio kivulle on myös tyypillistä, että se alkaa nopeasti ja se on ennakoimatonta. Kudosvaurio kipua kuvaillaan yleensä jomottavana, puristavana. Kudosvaurio kipu alkaa muun muassa; kaatumisesta. (Heiskanen 2015.)

4.1 Muistisairaahan kivun arviointi

Muistisairaus vaikuttaa kipujen tuntemuksiin, kokemuksiin sekä kykyyn ilmaista omaa kivun tuntemista. Muistisairaalla ei osaa ilmaista kipuun liittyviä tuntemuksiaan tai kokema kipu unohtuu. Kipua laukaisevat autonominen ja tunneperäinen vaste vaimentuu. Kipu voi näyttäytyä myös muutoksena käyttäytymisessä, ensiapu käyntien lisääntymisenä tai kipulääkkeiden lisääntyneenä käyttönä. (Hallikainen 2017, 156.) Pitkäaikaisen kivun hoidon laiminlyönti johtaa myös ruokahaluttomuuteen, masennukseen ja liikunta kyvyn menetykseen. Pahimmillaan kipu voi johtaa käytösoireisiin. (Hagelberg 2015.)

Haasteellista kivun arvioinnista muistisairaahan potilaan kohdalle tekee muistisairaahan vaikeudet kivun tunnistamisessa, tämä johtaa usein alidiagnosointiin ja myös hoitoon. Muistisairaahan kokonaisvaltainen arviointi on puutteellista. Kivun arvioinnissa tulisi huomioida muistisairaahan omat rajoitukset kivun arvioinnissa. Masennus ja ahdistus, jotka on liitetty myös muistisairaahan kipuun, voivat johtua pitkäaikaisesta kivusta. (Ellis-Smith 2016.) Ranskassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että 6275 vanhainkodin asukkaan tutkimuksessa muistisairaista potilaista 42 prosenttia käytti kipulääkitystä, kun taas ne kenellä ei ollut muistisairaus diagnoosia peräti 52 prosenttia käytti kipulääkitystä. Päättelmänä on todettu, että muistisairaahan kivun ilmaisu oli heikentynyt verrattuna muihin ikääntyneisiin. Lisäksi kivun arvioinnin kirjaaminen oli vain joka kymmenen asukkaan hoitotiedoissa. (Hallberg 2018.)

4.2 Kivun arviointivälineet muistisairaahan hoitotyössä

Kognitiivisesti heikentyneen ikääntyneen ilmaisukyky on heikentynyt ja tällöin sanallinen itsearviointi on haastavaa. Kivun arviointi perustuu muistisairauden varhaisen vaiheen itsearviointiin ja myöhemmässä vaiheessa toisen ihmisen tekemiin havaintoihin. (Kalso 2018.) Britanniassa toteutetun systemaattisen tutkimuksen tulokset kertovat, että muistisairaahan kivunhoito on puutteellista ja hoitohenkilökunta ei käytä kivun arvioinnissa apunaan kivun arviointivälineitä

(Schofield 2018). On kuitenkin todettu, että hoitajat eivät myöskään kokeneet kivun arviointi välineitä tarpeellisiksi arvioidessa muistisairaahan kipua, vaan arvioivat kipua muistisairaahan elehdinnällä ja ilmeillä (Kankunen 2006).

Muistisairaahan kipujen kysyminen tapahtuu siten, ettei vastausta saa johdatella. Kysymys tulee asetella, niin että siihen on mahdollisuus vastata yksinkertaisesti "ei" tai "kyllä". (Hallikainen 2017, 156.) Muistisairaahan kivun arviointi numeraalisesti voidaan todeta luotettavaksi, kun MMSE eli lyhyestä kognition arvioinnista on saatu pistemäärä 18/30 pistettä (Rosenvall 2016). Tämän jälkeen numeraalisen kipumittarin käyttö on mahdollista vain joissain tapauksissa (Rapo-Pylkkö 2019). VAS-kipujanahan käyttö muistisairaahan kanssa ei ole kovinkaan luotettavaa kognition heikentyessä (Achterberg 2013). Kipumittarilla ei kuitenkaan ole ratkaiseva asema muistisairaahan kivunhoidossa vaan on huomioitava kokonaisuusvaltaisuus. Lisäksi tulee huomioida missä ja millaisissa tilanteissa kipua esiintyy ja onko kipu uusi tila vai jo pitempään kestänyttä. (Finne-Soveri 2018.) Kivun arvioinnin tulisi perustua ympärivuorokautiseen arvioon ja havainnointiin. Tällöin hoitaja pystyy arvioimaan, onko kyseessä liikkeessä oleva kipu vai onko kyseessä lepokipu vai tuleeko mahdollinen kipu jossakin päivittäistoiminnoissa. (Hagelberg 2015.)

Jos muistisairas ei itse pysty arvioimaan kipuaan, silloin kivun arviointi voi tapahtua eleiden ja käyttäytymisen muutoksina (Kalso 2018). Jos mahdollisesta kivusta muistisairaahan kohdalla herää epäily, on havainnointia tehtäessä hoitajan arvioitava seuraavia osa alueita; eleet, ilmeet ja olemus. Arvioinnissa otetaan myös huomioon käyttäytyminen ja mahdolliset muutokset kuten esimerkiksi sekavuus, aggressiivisuus, vastustelu, vetäytyminen tai kiihtyneisyys. Arvioinnissa huomioidaan myös mahdollinen toimintakyvyn lasku. Näitä ovat väsymys, autonomisen hermoston muutos mm, sydämen tiheälyöntisyys tai hikoileminen. (Hallikainen 2017, 156.) Hoitajilla onkin tärkeä rooli muistisairaahan kivun tunnistamisessa, arvioinnissa ja lievittämisessä (Brorson 2014).

Muistisairaahan potilaan kivun arviointiin on kehitetty erilaisia mittaristoja ja arviointivälineitä huomioiden heidän kognitionsa. Näistä tunnetuimmat ovat PAINAD

(Taulukko 1.) eli “Pain assessment in advanced dementia” ja doloplus (Schofield 2018). PAINAD perustuu käyttäytymisen muutoksiin havainnointiin viiden minuutin aikana. Näitä on hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttaminen. Taulukon avulla pisteytetään sen hetkistä tilannetta. (Hallikainen 2019). DOLOPLUS on luotu niiden vanhusten kivunarviointiin, kenellä on verbaalisen viestinnän häiriöitä. DOLO-PLUS koostuu havainnointilomakkeesta, missä on kymmenen (10) kohtaa, joista 5 on somaattisia, 2 psykomotoriseen ja 3 psykososiaaliseen kohtaan. Lisäksi PACSLAC Eli Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate sisältää 60 kysymyksen sarjan. Pisteytys on 0–60 ja mitä korkeammat pisteet muistisairas saa, sitä kivuliaampi hän on. PACSLAC arvioi potilas kokonaisuutena mm; ilmeet, elehdintä, ruokailu ja muut päivittäiset toimet. (Natavio 2020.) Nämä kolme ovat valideja, mutta niiden luotettavuutta on arvioitu hyvin vähän (Kankunen 2006).

Muuttuja	0	1	2
Hengitys	Normaali	Hengitys on ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatiojakso	Hengitys on äänekkästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso Cheyne–Stokesin hengitystä
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikeointia ja voihteita Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huuteilua, äänekkästä vaikeointia tai voihteita, itkua
Kasvojen ilmeet	Hymyilevä, ilmeetön	Surullinen, pelokas.	Irvistää
Kehonkieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle ja tyyntyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyttäminen ei onnistu.

Taulukko 1. PAINAD- taulukko (Hallikainen 2019)

5 Kivun kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamista säädetään asetuksilla ja lailla. Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa käy ilmi, että potilasasiakirjoihin on merkittävät tiedot potilaan hyvän hoidon järjestämisestä, sen suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilastietoihin merkittävät tiedot tulevat olla selkeitä ja merkintä jokaisesta potilastapahtumasta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009). Hoitotyön kirjaamisessa käytetään kansallisesti määriteltyjä hoitotyön ydintietoja. Näitä ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Suomessa hoitotyön prosessimalli on FINCC eli Finnish Care Classification. (Liljamo 2012, 10.)

Suomalainen hoidon tarveluokitus eli SHTaL on potilaan terveydentilan kuvaus hoitohenkilöstön laatimana suunnitelmana ja kuvaus potilaan jo olemassa olevista tai tulevaisuuden terveydellisistä ongelmista. SHTaL:ssa, löytyy tarveluokitus ”kipu” komponentin ”aisti- ja neurologiset toiminnot” sisältä. Kivulle on komponentin sisällä kolme (3) pääluokkaa ”akuutti kipu”, ”Krooninen kipu” ja ”kipuun liittyvä tiedon tarve”. Alaluokkia Akuutissa kivussa on viisi (5). Näitä ovat ”rintakipu”, ”päätänsärky”, ”toimenpiteeseen liittyvä kipu”, ”traumaattinen kipu” ja ”tulehduskipu”. Alaluokkina ”kroonisessa kivussa” on neljä alaluokkaa (4) ”kudosvaurioon liittyvä kipu”, ”neuroopaattinen kipu”, ”syöpä kipu” ja ”idiopaattinen kipu”. Kipuun liittyvässä tiedon tarpeessa ei ole alaluokkaa. (Liljamo 2012, 36.)

Suomalainen hoitotyön toimintaluokitus eli STHol:ssa toteutus ja suunnittelu löytyy myös kipu komponentin aisti- ja neurologiset toiminnot sisältä. Kivulla on kolme (3) pääluokkaa ja näistä osalla on alaluokkia. Ensimmäinen pääluokka on ”kivun seuranta”. Alaluokkina ”kivun voimakkuuden mittaaminen” ja ”kivun arviointi”. Toinen pääluokka on ”kivun hoito”, tällä pääluokalla ei ole alaluokkaa. Kolmantena pääluokkana ”kivunhoitoon liittyvä ohjaus”. Alaluokkaa ei tällä pääluokalla ole. Kipu tulisi kirjata näiden hoitotyön tarpeiden ja toimintojen alle. (Liljamo 2015, 51.)

Kivun kirjaamisessa tulee ilmetä kivun sijainti, alkamisajankohta, potilaan kertomana kivun luonne, kivun voimakkuus ja kivun arvioinnissa käytetty mittari (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018). Kivun kirjaaminen rakenteellisesti hyödyntää hoidon jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta, lisäksi yhden mukainen kirjattu tietoturva asiakasturvallisuuden (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020).

6 Tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata erään Etelä-Suomessa sijaitsevan aikuisten asumispalveluiden yksikön hoitajien havaintoja muistisairaankivunhoidosta. Esimerkiksi miten hoitajat havainnoivat muistisairaankipua, käyttävätkö hoitajat aktiivisesti kipumittareita muistisairaankivunhoidossa ja mitä hoitajat kirjaavat muistisairaankivusta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairaankivunhoidon kehittämiseksi.

Tutkimusongelmamme ovat seuraavat

1. Miten hoitajat havainnoivat muistisairaankipua?
2. Millä tavalla hoitajat havaitsevat tai mittavat muistisairaankivun kipua?
3. Mitä hoitajat kirjaavat muistisairaankivusta?

7 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmälliset valinnat

7.1 Kvantitatiivinen opinnäytetyö

Tämän opinnäytetyön lähestymistapana on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivinen lähestymistapa vastaa kysymykseen mitä, miten, missä, paljon, kuinka usein ja kuinka moni. (Hirsjärvi, Remes & Kankkunen 2017.). Teimme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hyödyntäen näyttöön perustuvaa tietoa ja vertaisarvioituja tutkimuksia. Näiden tutkimusten pohjalta saimme luotua tutkimusongelmamme opinnäytetyöhömmme.

Opinnäytetyössämme saatua tietoa voidaan hyödyntää asumispalveluyksikön hoitajien kouluttamisessa ja kivunhoidon kehittämässä ja laadun parantamisessa. Aihe on ajankohtainen ja työelämä lähteinen. Opinnäytetyömme kyselyn analyysia voisi käyttää pitkittäistutkimuksena asumispalveluyksikössä, jolloin uusinnalla saataisiin vastauksia, onko kivunhoidon laatu parantunut tulevien koulutuksien myötä.

7.2 Tietoperustan pohjalla oleva kirjallisuus katsaus

Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen, täsmällinen ja toistettavissa oleva keino, jolla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään näyttöön perustuvaa, vertaisarvioitua julkaistua tutkimusaineistoa (Salminen 2011, 11). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ei kuitenkaan ole olla luettelo tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksessa käydään läpi runsaasti tutkimusmateriaalia tiiviissä muodossa. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on näyttää oman tutkimusmateriaalin tieteenalan yhteys. (Salminen 2011, 15.)

Aikaisempi tutkittu tieto on eriteltävä, valittava, arvioita sekä tutkittava hyvin sillä lopullisessa tutkimuksen diskussiossa eli pohdinnassa tutkija pohtii tuoretta tutkimusta aikaisempaan tietoon (Hirsjärvi ym. 2009, 258–259). Kirjallisuuskatsausta rakentavan on tunnettava alueet hyvin, että tutkija saa katsaukseensa

vain asianmukaisen tutkimukseen liittyvän kirjallisuuden. Tutkija täytyy perustella itselleen, kuinka oman työn kannalta tietoja käyttää. (Hirsjärvi ym. 2009, 259.)

Tiedonhaussa käytimme suomalaisia sosiaali- ja terveystieteen ja kansallisia tietokantoja. Tietokannoista eniten tuloksia saimme Google scholarista josta saimme jopa 25 000 tulosta. Tarkastelimme artikkeleita otsikoiden sekä abstrakteja lukemalla ja näistä valikoitui artikkelimme. Meidän käyttämämme tietokannat olivat muun muassa Medic, Finna, Google scholar, Pudmed, Cochrane, Terveystieteen, käypä hoito sekä hoitotyön suositukset, Cinahl ja lisäksi myös teimme manuaalisia hakuja. Hakusanoina käytimme ”kivunhoito”, kipu”, muistisairaus”, ”muistihäiriöt”, ”dementia” ”Alzheimer”. Englanninkielisinä hakusanoina käytimme ”Alzheimer disease” OR ”Dementia” OR ”cognitive impairment” AND ’pain management’ OR ”pain assessment” OR ”Pain relief” Rajasimme hakua vuosilla 2011–2021 ja lisäksi ”abstract” ja ”humans”. Kieliksi rajasimme ”suomi” ja ”englanti”.

Teimme tietoisesti rajauksen suomen ja englannin kielen välillä, koska huomasimme hakujen yhteydessä, että kansainvälisesti asiaa on tutkittu laajemmin ja kansainvälisissä tutkimuksissa käytettiin termiä ”dementia” vakiintuneesti. Näin ollen löysimme laadullisesti luotettavampia lähteitä. (Liite 1. Tiedonhaunprosessi aiheesta Muistisairaahan kivunhoito)

7.3 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisena eli määrällisen tutkimuksen tarkoitus on selvittää numeraalisin keinoin perusteelliseen ja kattavaan kirjallisuuskatsaukseen liittyviä kysymyksiä (Kankunen 2017). Kvantitatiivinen vastaa kysymyksiin mikä, paljonko, missä, miksi ja kuinka usein. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan kartoitettua olemassa oleva tilanne vaikka otos koon ollessa suuri. (Heikkilä 2018.)

7.4 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja kohderyhmä

Hyvän opinnäytetyö arkilähteinen toimeksiantajalle ja sen tekijöille. Opinnäytetyö liittyy opintoihin ja syventäen tietoja sekä taitoja aiheeseen. (Hakala 2004, 30.) Toimeksiantaja opinnäytetyöllä on julkisen sektorin aikuisten asumispalveluyksikkö. Toimeksiantajalta tulleen toiveen vuoksi keräämme kyselyn ryväsoitannalla, mikä kohdennetaan aikuisten asumispalveluyksikölle. Näin toimeksiantaja voi hyödyntää kyselystä saatuja tuloksia tulevissa koulutuksissaan. Saadut tulokset esitellään toimeksiantajalle ja kohderyhmälle toukokuussa 2021 etäyhteyksien avulla.

Kohderymänä opinnäytetyön kyselylle on yksikön hoitoon osallistuvat hoitajat. Yksikkö on julkisen sektorin omistama. Asumispalveluyksiköissä työskentelee yhteensä noin 140 hoitajaa, jotka ovat koulutukseltaan lähi- ja sairaanhoitajia.

Asumispalveluyksikössä 151 asiakas/ asukaspaikkaa. Osastoista kaksi on lyhytaikaispaikkoja, jonne ikääntyneet tulee palvelutarpeen arviointiin, omaishoitajien vapaille ja kuntoutumaan. Viisi (5) osastoista on pitkäaikaisia, nämä ovat loppu elämän koteja monille ikääntyneille. Yleisin syy asumispalvelun asiakkaaksi päätymiseen on pitkälle edennyt muistisairaus. Näin ollen asumispalveluyksikön hoitajat ovat tietoisia työssään kohtaamastaan muistisairaana kivunhoidosta. Opinnäytetyömme kannalta ovat myös heidän vastauksensa tärkeitä, saadaksemme tutkimusongelmamme ratkaistuksi.

7.5 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselytutkimukseen liittyy saatekirje. Saatekirje kyselyssä on todella tärkeä dokumentti tutkimuksen onnistumisen kannalta. Saatekirjeessä on tiedot kyselyn vapaaehtoisuudesta ja näin vastaaja saa päättää haluaako osallistua kyselyyn vai ei. Saatekirjeen ominaisuudella on suoraa vaikutusta vastausprosentteihin, siksi sen suunnittelemiseen kannattaa käyttää aikaa. Kyselyn saatteen täytyy

herättää lukijassa motivoimista, sekä luottamusta kyselyä kohtaan. (Ojasalo 2009, 118.)

Saatekirjeen olemme laatineet toimeksiantajan käydyn keskustelun pohjalta. Kyselyyn saa vastata työajalla ja se on vapaaehtoista. Toimeksiantaja huolehtii jakelun hoitajille. Kyselylomakkeen laadimme tietoperustasta saatujen tutkimusten pohjalta.

Kyselytutkimuksen etuina pidetään saatua tutkimusaineistoa, mikä voi olla hyvinkin laaja. Menetelmänä kysely on tehokas, kun se voi säästää tutkijan ajan käyttöä sekä vaivaa. Kun kysely on huolellisesti suunniteltu, aineistoa voi nopeastikin käsitellä tallennetussa muodossa, tietokonetta käyttäen analysoimisessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Aineistonkeruu menetelmänä käytimme sähköistä Webropol -raportointi ja kyselytyökalua. Webropolin avulla voi luoda kyselyitä ja analysoida helposti saadut vastaukset. Kysely lomake luo selkeän raportin kyselyn tekijöille, josta vastausten analysointi on selkeää ja strukturoitua. (Wepropol 2021.)

7.6 Aineiston kerääminen

Tässä opinnäytetyössä aineistoa kerätään survey-tutkimuksella. Termi survey on englanninkielinen ja se tarkoittaa havainnoinnin, haastattelun sekä kyselyn muotoja. Aineistoa, jota kerätään surveyn avulla tapahtuu standardoidusti. Siinä kohderyhmä muodostaa näytteen tai otoksen tietystä perusjoukosta. Standardoidussa tutkimuksessa asiat tulee selvittää täsmällisesti ja samalla tavoin jokaiselta vastaajalta. Aineisto, jonka keräämisessä käytetään apuna surveytä käsitellään kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–194.)

Aineistonkeruu menetelmänä käytimme sähköistä webropol -raportointi ja kyselytyökalua. Webropolin avulla voidaan luoda kyselyitä ja analysoida helposti saadut vastaukset. Kysely lomake luo selkeän raportin kyselyn tekijöille, josta vastausten analysointi on selkeää ja strukturoitua (Wepropol 2021).

Kysely sisälsi monivalintakysymyksiä, jossa vastaukset olivat rajattuja. Monivalinnoissa tietyt kysymykset sisälsivät luokitteluja. Kyselyn täyttämisen keskimääräinen aika 10 minuuttia esitestauksen mukaan. Hoitajat saivat täyttää kyselyn työajalla. Valmiin ja esitestatun kyselyn hoitajille lähetti heidän palveluesimiehensä. Kysely oli auki kaksi viikkoa. Vastausajan puolella välissä lähetimme muistutusviestin, koska vastausten määrä oli hyvin vähäinen. Vastausajan päätyttyä vastaajia oli 30 kappaletta eli 21 % koko otoskoosta.

7.7 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön ydinasioita ovat analyysi tulkinta, johtopäätösten tekeminen. Tutkimuksessa missä kysely on toteutettu strukturoidulla kyselyllä, aloitetaan sen aineiston analysointi, kun kysely on kerätty ja järjestetty. Analysoinnin tarkoitus on tarkistaa, onko aineistossa virheitä tai puuttuiko tietoja. Analysointi ja aineiston käsittely aloitetaan tiedonkeräämisvaiheen jälkeen pian. Tällöin aineistoa voidaan täydentää ja selventää (Hirsijärvi ym. 2009, 221).

Vastausajan päätyttyä analysoimme kyselyn tulokset kyselymme Webropolin avulla. Aineiston analysoinnin peruste on saada vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Kyselyn tulosten aloitettiin aineiston tarkastuksella, tämän tarkoitus on parantaa tutkimuksen luotettavuutta.

Webropolin avulla saimme muutettua kyselyn tulokset visuaaliseen muotoon. Ohjelman avulla saimme määritellä raportin kuvaajissa käytettäväksi prosentteja ja frekvenssejä.

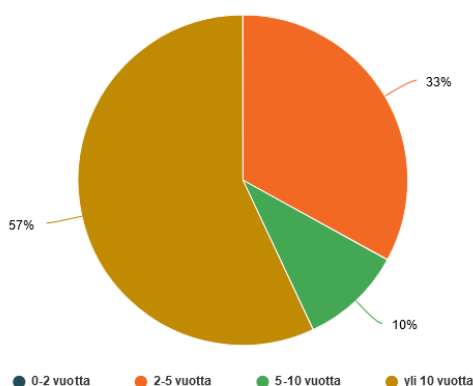
8 Tulokset

8.1 Keskeiset tulokset

Seuraavissa luvuissa tarkastelemme saatuja tuloksia kyselystämme. Kyselyyn vastasi 30 henkilöä eli vastaaja prosentti oli 21. Tuloksia olemme verranneet tutkittuun tietoon. Kyselytutkimuksen tarkoitus oli kuvailla asumispalveluyksikön kivunhoidon tilannetta muistisairaiden kohdalla, siksi esittelemme tulokset prosenttein ja frekvenssien avulla eli vastausten kokonaismäärän (Hirsjärvi ym. 2009, 241). Tuloksissa on ilmoitettu vastaajien kokonaismäärä sulkuihin frekvenssinä.

8.2 Miten kauan olet työskennellyt hoitoalalla?

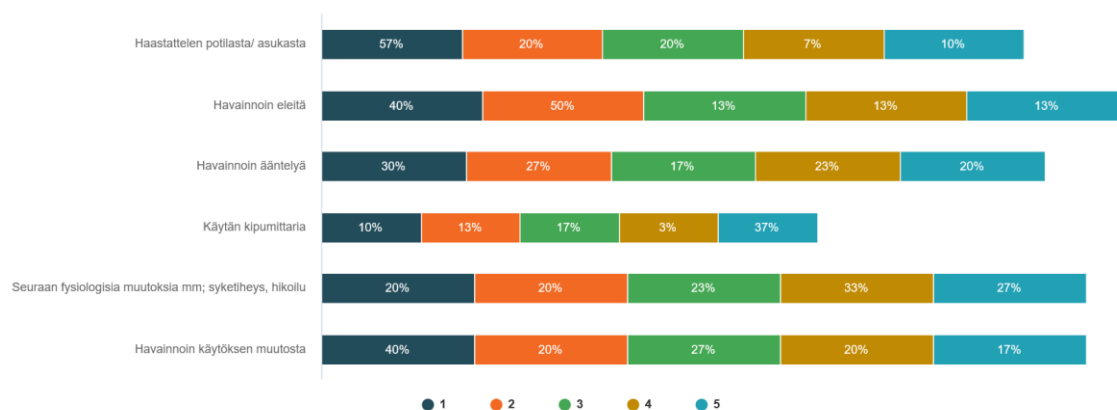
Tähän kysymykseen vastasi 30 hoitajaa. Vastaajista 57 % (f = 17) oli työskennellyt hoitoalalla yli 10-vuotta. 33 % (f = 10) vastaajista oli tehnyt hoitotyötä 2–5-vuotta ja 10 % (f = 3) 5–10-vuotta. 0–2-vuotta hoitoalalla työskennelleistä ei kyselyyn vastannut yhtään. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastaajien työvuodet. (Webropol 2021).

8.3 Miten arvioit muistisairaahan kipua

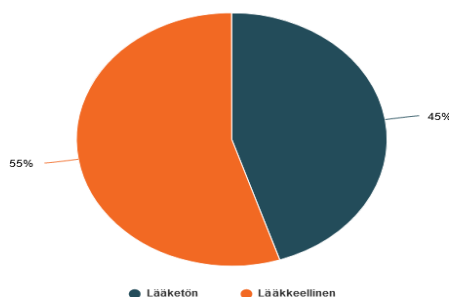
Tähän kysymykseen vastasi kaikki 30 hoitajaa. Hoitajat merkitsivät tärkeysjärjestykseen millä keinoin he arvioivat kipua alkaen numerosta 1. Arvioinnin väli-
neenä 57 % (f = 17) vastaajista valitsivat ensisijaisesti potilaan haastattelun. Tärkeysjärjestyksessä toisena (2) 50 % (f = 15) hoitajasta oli vastannut potilaan
eleiden havainnoimisen. Tärkeysjärjestyksessä kolmanneksi (3) 27 % (f = 8)
vastanneista valitsivat havainnoin käytöksen muutoksia. Neljänneksi (4) 33 % (f
= 10) vastanneista valitsivat tärkeimmäksi fysiologisten muutosten seuraami-
sen. Viidenneksi (5) 37 % (f = 11) vastanneista valitsi kipumittarin käytön (kuvio
2).



Kuvio 2. Muistisairaahan kivun arviointi. (Webropol 2021).

8.4 Mikä on ensisijainen keinosi hoitaa muistisairaahan kipua?

Tähän kysymykseen vastasi 29 hoitajaa (Kuvio 3.). Vastaajista 55 % (f = 16) käytti ensisijaisena hoitokeinona lääkkeellistä kivun hoitoa, kun 45 % (f = 13) olivat ensisijaisesti lääkkeettömän kivunhoidon kannalla.

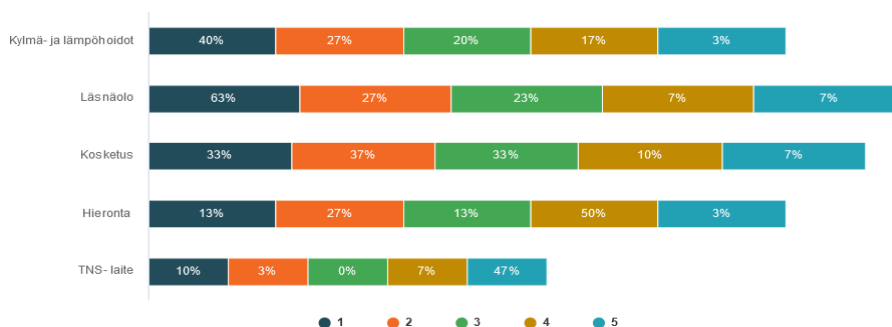


Kuvio 3. Ensisijainen hoitokeino. (Webropol 2021).

8.5 Mitä lääkkeettömiä hoitokeinoja käytät työssäsi?

Tähän kysymykseen vastasivat 30 hoitajaa. Tässä hoitajat saivat laittaa lääkkeettömät hoitokeinot numeraaliseen järjestykseen yhdestä alkaen.

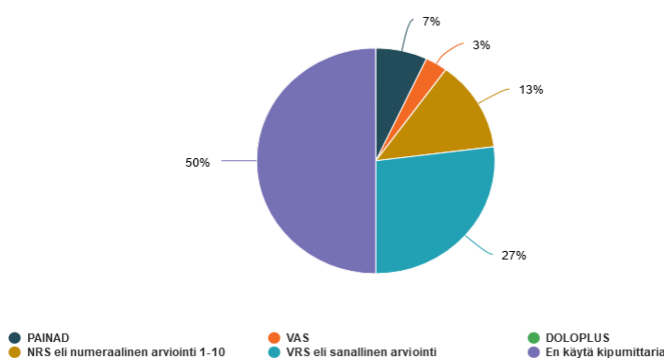
Ensisijaisena (1) lääkkeettömänä hoitokeinona käytettiin läsnäoloa, jonka valitsi 63 % (f = 19) vastanneista. Jaetun toisen sijan 37 % (f = 11) ja kolmannen sijan sai 33 vastausprosentilla (f = 10) kosketus. Neljänneksi (4) suosituin lääkkeettömän hoitokeino 50 prosentilla (f = 15) oli hieronta. Viidenneksi 67 % (f = 14) vastaajista valitsi TNS-laitteen.



Kuvio 4. Lääkkeettömät hoitokeinot. (Webropol 2021).

8.6 Mikä kipumittari on ensisijaisesti käytössäsi?

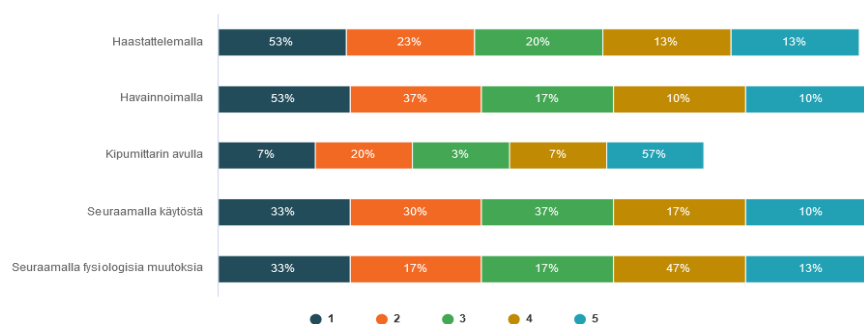
Vastaajista 50 (f = 15) prosenttia ei käytä kipumittaria osana muistisairaahan kivunhoitoa. VRS eli sanallista arviointia käytti 27 % (f = 8) vastaajista. Numeeraalista eli NRS kivunarviointia käytti 13 % (f = 4) vastaajista. PAINAD-kipumittari sai 7 % (f = 2). VAS-mittarin valitsi 3 % (f = 1). DOLOPLUS-kipumittaria vastaajista ei käyttänyt yksikään kyselyyn vastanneista hoitajista (kuvio 5.).



Kuvio 5. Ensisijainen kipumittari. (Webropol 2021).

8.7 Jos päädyt lääkkeelliseen kivunhoitoon, miten arvioit kipua?

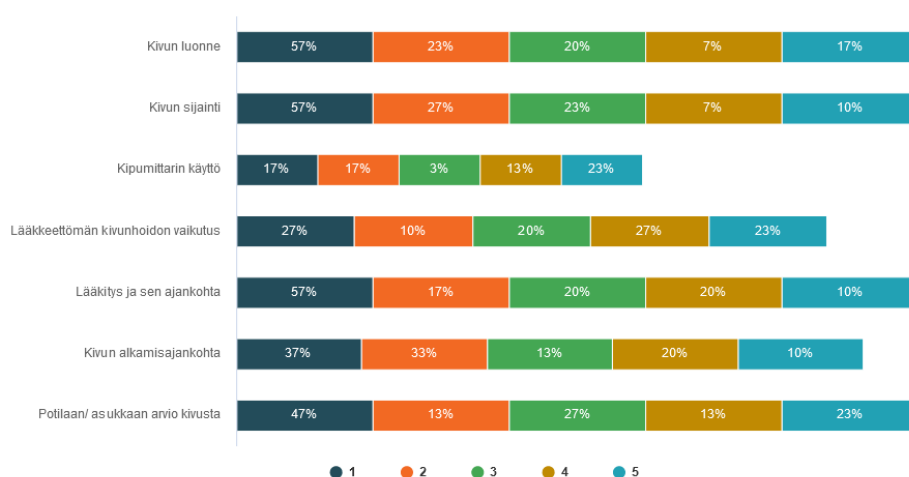
Hoitajista 30 vastasi tähän kysymykseen. Hoitajia pyydettiin numeroimaan 1–5 lääkkeellistä kivunhoidon arviointia (kuvio 6.). Ensisijaisena kivunhoitona oli valikoitunut 53 % (f = 16) potilaan/asukkaan havainnointi ja potilaan haastattelu. Havainnointi nousi myös toiseksi 37 % (f = 11). Kolmantena 37 % (f = 11) seuraamalla potilaan käytöstä. Neljäntenä 47 % (f = 14) seuraamalla fysiologisia muutoksia. Viidentenä 57 % (f = 17) vastaajista arvioi kipumittarin avulla muistisairaahan kipua.



Kuvio 6. Lääkkeellisen kivun arviointi. (Webropol 2021).

8.8 Mitä seuraavista kirjaat potilastietoihin?

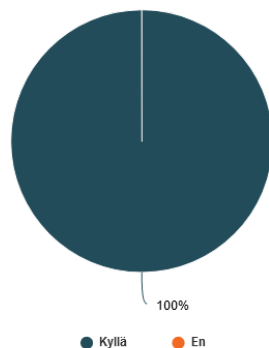
Tähän kysymykseen oli vastannut kaikki 30 hoitajaa. Ensimmäisenä (1) 57 % (f = 17) vastanneista kirjaa kivun luonteen, saman tuloksen sai myös kivun sijainti sekä lääkitys ja sen ajankohta. Toisena (2) vastanneista 33 % (f = 10) valitsi kivun alkamisajankohdan. Kolmantena (3) tuloksissa prosentilla 27 % (f=8) potilaan/asukkaan arvio kivusta. Neljäntenä 27 % (f =11) tuloksissa lääkkeettömän kivunhoidon vaikutus. Viidennen (5) jaetun sijan sai 23 % (f = 7) tuloksissa tulee kipumittarin käyttö, lääkkeettömän kivunhoidon vaikutus ja potilaan/ asukkaan arvio kivusta (kuvio 7.).



Kuvio 7. Kirjaaminen potilastietoihin. (Webropol 2021).

8.9 Kirjaatko potilastietoihin arviota kivunhoidon vaikutuksesta?

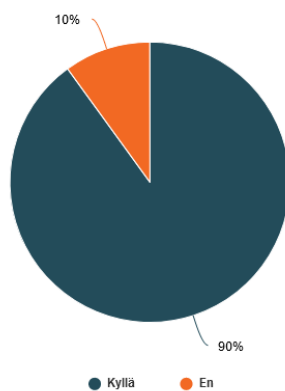
Tähän kysymykseen vastasi kaikki 30 hoitajaa. Vastajista 100 % vastasi kirjautuvansa kivunhoidon vaikutukset potilastietoihin (kuvio 8.).



Kuvio 8. Arviointi kivun vaikutuksesta (Webropol 2021).

8.10 Koetko muistisairaahan kivunhoidon haastavana?

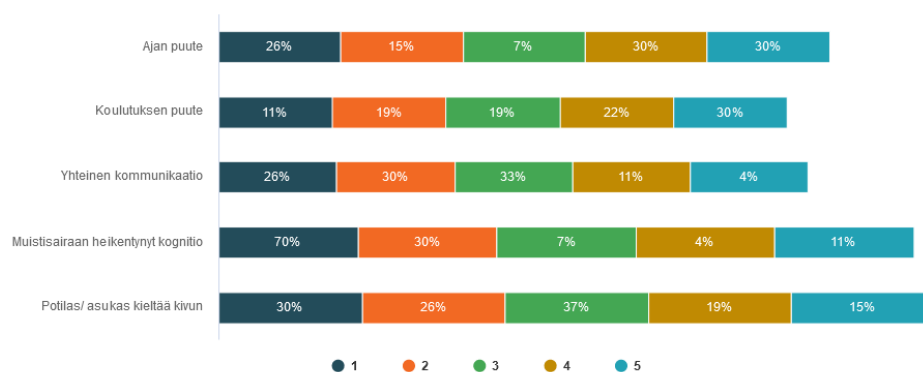
Tässä kysymyksessä oli vastaus vaihtoehtoina kyllä ja en. Vastajista 90 % (f = 27) prosenttia koki muistisairaahan kivunhoidon haastavana. 10 % (f = 3) ei kokenut muistisairaahan kivunhoitoa haasteellisena (kuvio 9.).



Kuvio 9. Kivunhoidon haastavuus (Webropol 2021).

8.11 Mikä kivunhoidon tekee haastavaksi muistisairaanhoidossa?

Kysymykseen ”koetko muistisairaanhoidon kivunhoidon haastavana” kyllä vastanneille tuli viimeiseksi kysymykseksi mikä kivunhoidon tekee haastavaksi. Kysymykseen vastasi 27 hoitajaa. Tässä hoitajat saivat numeroida alkaen 1 kohdat tärkeysjärjestykseen. Ensimmäiseksi (1) tärkeimmäksi vastausprosentilla 70 % (f = 19) nousi muistisairaanhoidon heikentynyt kognitio. Tuloksissa tämä nousi myös toiseksi (2) 30 % (f = 8). Kolmanneksi (3) 37 % (f = 10) vastaajista oli vastannut että, potilas/asukas kieltää kivun sekä yhteisen kommunikaation haastavuuden. Neljäntenä vastauksissa nousi 30 % (f = 8) Ajan puute. Viidenneksi (5) 30 % (f = 8) vastaajista vastasi muistisairaanhoidon haasteellisuudeksi koulutuksen puutteen (kuvio 10.).



Kuvio 10. Kivunhoidon haastavuus muistisairaanhoidossa (Webropol 2021).

9 Pohdinta

9.1 Keskeiset tulokset

Muistisairaahan elämänlaadun ylläpitämiseksi on tärkeä huomioida kivunhoito yhdeksi isoksi kokonaisuudeksi, kipu vaikuttaa merkittävästi muistisairaahan elämänlaatuun (Muistiliitto 2017). Kivun jäädessä huomiotta, arvioimatta ja hoitamatta heikentää se merkittävästi muistisairaahan elämänlaatua ja toimintakykyä (Kalso 2018).

Ikääntyneenä päivittäinen kipu lisääntyy, hermoston heikentyessä ja myös kivuntuntemus muuttuu autonomisen hermoston heikentyessä. Kivuntuntemus voi olla hyvinkin moninainen ikääntyessä. (Kalso 2018.) Muistisairauden tuomat muutokset kognitiivisiin taitoihin ja käsitellä asioita vaikuttavat myös hänen kipunsa ilmaisuun. Kivunhoito tulisikin ottaa osaksi muistisairaahanpotilaan kokonaisvaltaista hoitamista. Kivunhoito voi jäädä alihoitetuksi, jos potilaan sanallinen ilmaisu on heikentynyt ja käytössä ei ole muita keinoja. Tämän vastaajatkin nostivat haasteeksi hoitaessaan muistisairaahan kipua. Se onko kivun tunne oikea vai mahdollisesti tunne jostain muusta epämiellyttävästä muun muassa; kutina, on vaikeaa selvittää muuten kuin havainnoimalla potilaan käytöstä. Kivun sietokyky voi olla myös pitkälle edenneessä muistisairaudessa suurentunut, jolloin kivun kokemus ja ilmaisu on muuttunut. Kivun tulkinnan ja sen arvioinnin tulisikin tapahtua eri osa-alueiden havainnoinnilla ja määrittämisellä. (Hagelberg 2015.)

Muistisairaahan heikentynyt kognitio ja yhteisen kommunikaation puute koetaan haasteeksi. Muistisairaahan edetessä kommunikaation vaikeus heikentää potilaan asemaa ja tällöin arviointi jää hoitajalle. (Tilvis 2016.) Kommunikaatioon tuo vaikeutta myös pitkälle edennyt muistisairaus, jolloin potilas ei välttämättä tunnista omaa epämiellyttävää oloaan kivuksi ja reagoi siihen muuten kuin ilmaisemalla kivun sanallisesti (Finne- Soveri 2018). Muistisairaahan itseilmaisu tulisi kuitenkin ottaa huomioon arvioidessa kipua. Lisääntynyt ääntelyä, äänen painot ja

kiihtynyt puhe voi olla merkki kivusta, vaikka kysyttäessä kipuja ei hän pystyisi siihen vastaamaan suorasti. (Rapo- Pylkkö 2019.)

Kipumittarin vähäinen käyttö näkyy hoitotyössä muistisairaiden kanssa. Hoitajat havainnoivat käytöksen muutoksia ja arvioivat tämän kautta mahdollisia kipuja muistisairaahan kohdalla (Kankunen 2007). Numeraalinen ja sanallinen kivunhoidon arviointi ovat eniten käytössä olevia kivunarviointi menetelmiä. PAINAD, joka on kehitetty muistisairaille, oli vieraampi, kyselyymme vastanneista vain 7 % käytti tätä arvioidessaan muistisairaahan kipua. PAINAD- mittarin aktiivinen käyttö helpottaisi hoitohenkilökuntaa kivunarvioinnissa ja arvioidessa lääkkeellisen kivunhoidon tarpeellisuudesta (Hallikainen 2019). Muistisairaahan kanssa käytössä oleva ja toistuvasti käytetty kipumittari tehostaisi kivunhoitoa (Kankunen 2011).

Potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta on kirjaamisen merkitys suuri hoitotyössä. Kivun kirjaaminen tapahtuu myös rakenteellisesti ja tulee ilmetä kivun alkamisajankohta, kivun luonne asiakkaan/potilaan kertomana, sijainti, kivun voimakkuus ja kivun arvioimisessa käytetty mittari (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2018). Rakenteellisesti kivun kirjaaminen hyödyntää hoidon suunnitelmallisuutta, hoidon jatkuvuutta, kirjattu yhdenmukainen tieto tuo turvaa asiakasturvallisuutta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020). Lisäksi se parantaa hoidon laatua (Kankunen 2006). Kyselyssä nousi esille positiivisena asiana, että kaikki vastaajat kirjasivat arvion kivunhoidon vaikutuksesta.

Kivunhoidossa lääkkeellinen hoitokeino korostuu hoitajien vastauksista. Ajantasainen ja säännöllinen kipulääkitys auttaa ratkaisemaan, onko kyseessä kipu vai jokin muu ilmiö muistisairaahan muuttuneen käytöksen takana. Lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi olisi aktiivisesti pyrittävä myös lääkkeettömään kivunhoitoon. Lääkkeettömän kivunhoidon merkitystä on tutkittu vähän, mutta fyysisen kosketuksen ja läsnäolon merkitystä ei voi liiaksi korostaa muistisairaan hoidossa ja tällöin lääkkeetön kivunhoito ja sen tuoma läsnäolo tukisi muistisairaahan aktiivista kivunhoitoa (Hagelberg 2015).

Toimeksiantaja voi hyödyntää kyselystä saatuja tuloksia tulevissa koulutuksissa hoitajille missä voitaisiin käsitellä kipumittareiden käyttöä osana hoitotyötä ja miten lääkkeettömän kivunhoidon saisi osaksi muistisairaana kivunhoitoa.

Jatkotutkimusaiheena nousi ajatus miten lääkkeettömän kivunhoidon saisi osaksi aktiivista kivunhoitoa muistisairaille? Saisiko muistisairaana kivunhoidon arviointiin apua yhtenäisistä kivunarviointi menetelmistä?

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Hyvän ja luotettavan tieteellisen käytännön tutkimustulosten julkistamisessa on huolellisuus, rehellisyys, tarkkuus, vastuullisuus ja avoimuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012) Tutkimuksessa on kaksi arviointiin liittyviä käsitettä, nämä ovat Validius sekä reliaabelius (Hirsjärvi ym. 209, 231). Virheiden syntymistä pyritään välttämään tutkimuksissa, mutta tuloksissa pätevyys ja luotettavuus vaihtelee silti. Sen vuoksi tutkimuksen pyrkimyksenä on arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimus- ja mittaustapoja voi käyttää luotettavuuden arvioimisessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksessa mittaustuloksien toistettavuutta. Tätä voi todeta useammalla tavalla kuten, jos pari arvioijaa päätyy samaan tulokseen, silloin tulosta voi pitää reliaabeliuksena. (Hirsjärvi ym. 2009, 301.) Kyselymme on esitettävä ja tämä parantaa tutkimuksemme reliabiliteettia.

Validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata, juuri sitä mitä mittaamisessa oli tarkoituskin. Menetelmät eikä mittarit vastaa aina tosiasiaa, mitä tutkija kuvittelee tutkiessaan. Esimerkkinä kysymyksiin lomakkeista, saa vastaukset, mutta kyselyn vastaaja on voinut käsittää kysymykset tutkijan näkökulmasta väärin, jos tuloksia käsitellään tutkijan näkökulmasta eli tutkijan ajattelumallin mukaan, silloin tuloksia ei voi pitää pätevänä (Hirsjärvi ym. 2009, 301–302).

Läpinäkyvyyden vuoksi on hyvä informoida vastaajia ja luoda turvallinen ja luotettava pohja yhteistyölle. Saatekirjeessä on tärkeää olla selkokieltä, että vastaaja ymmärtää, ettei hänen tietojansa ei käytetä muuhun. (Tietoarkisto 2019.)

Opinnäytetyössä on myös tärkeä huomioida tietosuojalaki 05.12.2018/1050. Laissa täydennetään ja täsmennetään tavallisten ihmisten henkilötietojen käsittelyä (Tietosuojalaki 2021).

Jouduimme myös pohtimaan työnantajan mahdollisuutta käyttää kyselyn vastauksia. Työnantajalle luovutamme valmiiksi analysoidut vastaukset, ilman henkilötietoja tai mahdollisuutta kytkeä yksittäinen ihminen vastauksiin. Tämä on luotettavin tapa antaa vastaukset työnantajan käyttöön, tällöin suojaamme, että vastaajat pysyvät anonyymeinä. Saatekirjeessä on tuotu esille kyselyn vapaaehtoisuus ja vastausten tapahtuminen anonyymisti. Jouduimme pohtimaan hoitajien tietosuojaa ja siksi emme mainitse asumispalveluyksikön nimeä.

Eettisesti opinnäytetyön toteuttaminen haastoi meitä, koska hoitajien kivunhoidon osaamisen arviointi on haastavaa. Kognition heikennettyä on muistisairas heikommassa asemassa ja kivunhoidon osaaminen kasvaa. Kivunhoidon arviointi siirtyy hoitajille ja heidän ammattitaidolleen.

Opinnäytetyössä on käytetty tieteellisiä hakukantoja, jotka julkaisevat vertaisarvioituja ja kansainvälisiä tutkimuksia. Hakujen avulla on saatu laadullisia ja näyttöön perustuvia tietoja muistisairaahan kivunhoidosta ja sen nykyisestä tilasta. Opinnäytetyötä tehdessä on tutkittu hyviä tieteellisiä käytäntöjä avoimuuden ja rehellisyyden kautta. Tärkeänä osana on myös huomioitu eettisyys (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

9.3 Ammatillinen kasvu

Aloitimme opinnäytetyömme tammikuussa 2021 pari työskentelynä. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut ja haastanut meitä paljon. Työ eteni aikataulullisesti kevään 2021 aikana ja teimme työtä tämän opinnäytetyön eteen tasapuolisesti. Jaoimme kirjoitustehtäviä, luimme toisemme tekstejä muokaten ja lisäten tekstiä. Näin saimme tutkimuksemme valmiiksi.

Luotettavien lähteiden ja sen arviointi osoittautui hyvinkin haasteelliseksi, koska kansainvälisiä tutkimuksia löytyi hyvin paljon, kun taas suomalaisia tutkimuksia oli hyvin vähäisesti. Jouduimme ponnistelemaa englannin kielen kanssa paljon, koska se ei ole meidän kummankaan vahvuus.

Opinnäytetyö on kasvattanut meitä ammatillisesti ja antanut meille aivan uutta tietoa erinäkökulmista muistisairaahan kivunhoidosta, lisäksi opettanut näyttöön perustuvien tutkimuksien tärkeyden. Työmme tuki myös jo aiempaa oppimaamme muistisairaahan hoidosta, kirjaamisesta sekä kivunhoitamisesta. Opinnäytetyömme on herättänyt meidän siihen, mitä meiltä vaaditaan valmiina sairaanhoitajina. Ammatillisuus ja tietotaidon kehittäminen on tärkeää.

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa on tehtäväksi kirjattu väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996). On siis tärkeää, että sairaanhoitajina vaalimme ihmisen elämänlaatua.

Lähteet

- Abdulla, A. Adams, N, Bone M ym. 2013. Guidance on the management of pain in older people. *Age and Ageing*. 42: i5–i57. 28.1.2021.
- Achterberg, WP. Pieper, MJ. van Dalen-Kok AH, et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Ageing*. 2013; 8:1471–1482. 28.1.2021
- Aivoinfarkti ja TIA. 2016. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. 28.1.2021.
- Atula, S. 2018. Parkinsonin tauti. *Terveyskirjasto*. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055. 5.02.2021.
- Atula, S. 2019. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106. 24.2.2021.
- Alanen, H-M. Järventausta, K. Talaslahti, T. Leinonen, E. 2013. Psykykenlääkkeet voivat aiheuttaa ongelmia ikäihmisille. www.terveysportti.fi/apps/laake/haku/psykel%25C3%25A4%25C3%25A4kkeit/sic00047/artikkeli. 28.1.2021.
- Brorson, H. Plymoth H, Örmon K, 2014. Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23453467/. 10.2.2021.
- Finne- Soveri, H. Jakovljevic, D. Mäkelä, M. Heikkilä, R. Andreassen, P. Kylänen, P. Leppäaho, S. Hammar, T.2018. Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. 18/2018 vsk 73 s. 1137–1142.
- Ellis-Smith, C. Evans, C.J. Bone, A.E. et al. 2016. Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. *BMC Med* 14, 38. doi.org/10.1186/s12916-016-0582. 28.1.2021.
- Erkinjuntti, T. Remes, A. Rinne, J.2018. muistisairaudet. Duodecim. WSOY.
- Haanpää, M & Pohjolainen, T. 2015. *fysiatria*. 4. uudistettu painos 2009. Duodecim. 22.2.2021
- Hagelberg, N & Finne-Soveri, H. 2015. Verkkokirja. Kipu iäkkäillä ja muistisairailta potilailla. www.oppiporssi.fi/op/pli00040/do?p_haku=vanhusten%20kipu#q=vanhusten%20kipu. Duodecim: Helsinki. Oppiporssi.
- Hakala, J. 2004. *Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille*. 2.painos. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Hallikainen, M. 2019. Muistisairaana äkillinen sekavuuden tunnistaminen ja hoito. www.oppiporssi.fi/op/mho00061/do. Duodecim. 28.1.2019.
- Hallikainen, M, Nukari, T & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaana hyvän hoidon käytännöt. 1. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M. Immonen, A. Mönkäre, P. 2019. Muistisairaana hoito. (toim.) Muistisairaana hoito. 1. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M.2017. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Verkkokirja. www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=mhh00107&p_haku=Aivoverenkiertosairauden%20muistisairaus. Duodecim: Helsinki. Oppiporssi.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki. Tammi.

- Hillbom, M. Marttila, M. 2010. Vitamiinipuutosten aiheuttamat enkefalopatiat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. www.duodecim-lehti.fi/duo99067. 26.3.2021
- Huovinen, S. Haatainen, T. Varhila, K & Myllärinen, T. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntaliitto. 2.3.2021.
- Huttunen, M. 2018. Dementia. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358. 8.2.2021.
- Huttunen, M. 2017. Psykoosilääkkeet iäkkäillä. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00103. 27.2.2021.
- Heiskanen, T. Haakana, S. Koivusalo, A-M. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Verkkokirja. www.oppiportti.fi/op/pli00025/do. Helsinki: Duodecim. Oppiportti.
- Jellinger KA, Korczyn AD. Is dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia the same disease? *BMC Med.* 2018;16(1):34.
- Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699. 3.2.2021.
- Kankkunen, Päivi; Taponen, Rauni & Suominen, Tarja 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. *Gerontologia* 4/2007, 311–319
- Kalso, E. 2018. Iäkkäiden kipu. www.oppiportti.fi/op/kip04820/do. 8.2.2021.
- Kankunen, P. Vehviläinen- Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma pro oy. 8.2.2021.
- Kankunen, P. 2011. Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuutta. *Sairaanhoitajat-jäsenlehti* 09/2011. 22–24.
- Kipu. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. 28.1.2021
- Kuusisto, P. 2017. Akuutin kivun hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. www.terveysportti-fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04660&p_haku=kivun%20arviointi. 23.2.2021.
- Kivelä, S-L. Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf. 18.2.2021.
- Käypä hoito. 2016.Ohje potilaille ja läheisille: Parkinsonin taudin muistisairaus. Duodecim. www.kaypahoito.fi/nix01596 05.02.2021
- Käypä hoito. 2016.Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaali-dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia). www.kaypahoito.fi/nix01594 23.2.2021
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012/980. 27.2.2021
- Liljamo, Kinnunen, U-M. & Ensio, A.2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöpäätös. SHTal 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5. 2.3.2021.
- Muistiliitto ry. 2017. Alkoholin suurkuluttajista joka neljännellä dementiaoireita. www.muistiliitto.fi/fi/ajankohtaista/alkoholin-suurkuluttajista-joka-neljannella-dementiaoireita 24.02.2021.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.2020. 8.2.2021

- Natavio, T. McQuillen, E. Dietrich, M. Wells, N. Rhoten, B. Vallerand, H. Monroe, T. 2020. A Comparison of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD), Pain Management Nursing, Volume 21, Issue 6, Pages 502-509, ISSN 1524-9042, doi.org/10.1016/j.20.01.2021.
- Ojasalo K, Moilanen T, Ritalahti J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Teoksessa Oja-salo K, Moilanen T, Ritalahti. 1.–2. Painos. Helsinki: WSOYpro Oy. 24.02.2021
- Paakkari, P. 2020. Krooninen (pitkäaikainen kipu- lääkehoito). Verkkokirja. Lääkärikirja Duodecim: Helsinki. Oppiportti.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2018. TAYS ohje ammattilaisille; kivun arviointi ja kirjaaminen. www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Yleisohjeet/Kivun_arviointi_ja_kirjaaminen(62153). 2.3.2021.
- Pitkälä, K. Nikkanen- Ilvesmäki, H. 2010. Vanhuksen kivunhoitoon ei ole hyviä vaihtoehtoja. Lääkärilehti 24/2010 vsk 65 s. 2164.
- Rapo- Pylkkö, S. 2019. Miten arvioida muistisairaankipua. kipuviesti 1/19. s. 26–32.
- Rinne, U. Karrachs, M. 2015. Parkinsonin tauti. Muistisairaudet. Verkkokirja. www.oppoportti.fi/op/msa00097/do. Helsinki: Duodecim. Oppiportti.
- Rosenvall, A. Hänninen, T. 2016. Muistipotilaan arviointi ja arvioinnin työkalut. www.kaypahoito.fi/nix02416. 18.2.2021.
- Sampson, E. White, N. Lord, K. Leurent, B. Vickerstaff, V. Scott, S. Jones, L. 2015. Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards longitudinal cohort study. 04/2015 - Volume 156 - Issue 4 - p 675–683
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleis-lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.
- Soinila, S. Haanpää, M. 2014. Kipu lääketieteellisenä ongelmana. www.oppoportti.fi/op/neu00254/do?p_haku=kivun%20hoito#q=kivun%20hoito. 8.2.2021.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2020. Kivun hoito. www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoidon-erityis-tilanteita/kivun-hoito.2.3.2021
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Asetus potilasasiakirjoista.298/2009. 2.3.2021.
- Tarnainen, K. Mäntyselkä, P. Komulainen, J. 2016. Aut- nyt sattuu (kipusuositus).
- Tienari, P. Myllykangas, L. Polvikoski, T. Tanila, H. 2015. Alzheimerin taudin patogeneesi; Johdanto. Muistisairaudet. Duodecim. 27.2.2021.
- Tilastokeskus. 2020. 70 täyttäneitä 874 000. www.stat.fi/til/vaerak/2019/vaerak_2019_2020-03-24_tie_001_fi.html. 28.1.2021
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2021. Muistisairauksien yleisyys. www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys. 8.2.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2020. Muistisairaudet. www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet. 27.2.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2020. Kirjaaminen. www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen. 2.3.2021.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen

loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 18.2.2021

Guidance on the management of pain in older people, *Age and Ageing*, Volume 42, Issue suppl_1. 2013, Pages i1–i57. doi.org/10.1093/ageing/afs200. 24.2.2021.

Weropol. 2021. weropol palvelu. www.webropol.fi/. 7.5.2021

Tiedonhaunprosessi aiheesta Muistisairaahan kivunhoito

Tietokanta	Hakusanat ja rajaukset	Löytyneet	Valitut
Hoitotyön suositukset	Muistisairaahan kipu	3	1
Käypähoito-suositukset	Muistisairaahan kipu	2	0
Cochrane	'pain management' AND 'gerontology' yrs 2011 - 2021	2	0
Terveysportti	Kipu, muistisairaudet	2	2
Finna	(Kipu* OR kivun*)	302	1
Pupmed	"Dementia pain assesment" yrs 2011-2021	35	
Google scholar	muistisairaahan kivunhoito yrs 2011-2021 Dementia or Alzheimer AND management Analysis or pain 2011-2021	25 000	3
Medic	("kivun- hoito" AND ("muistihäiriöt") OR dementia Rajaukset: asiasana, 2011-2021, suomi ja englanti	219	1
Cinahl	'dementia OR alzheimers OR cognitive im- pairment OR memory loss' AND 'pain*' AND "nursing care*" Rajauksina: "adult text" "Peer re- wired", yrs 2011 - 2021,	52	0
Suomen kivuntutkimus- yhdistyksen jäsenlehti	Kivunhoito AND muistisairas	1	1
Manuaalinen haku		2	2
		25 645	10

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Karelia-ammattikorkeakoulussa. Tämä kysely on osa opinnäytetyötämme ”Miten hoitajat arvioivat muistisairaahan kivunhoitoa”, jonka toteutamme keväällä 2021.

Kyselyn tarkoituksena on kerätä tietoa, miten hoitajat arvioivat muistisairaahan kipua, mitä apuvälineitä kivunarvioinnissa on käytettävissä ja miten kivunhoidosta kirjataan. Aineiston keräämme Webropol-kyselylomakkeen avulla verkkokyselynä. Osallistumallakyselyyn autat meitä keräämään tietoa muistisairaahan kivunhoidosta ja sen laadusta. Kyselyyn pääset TÄSTÄ.

Kyselyn osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa. Vastauksenne käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Analysoinnin jälkeen vastauksia ei arkistoida minnekään, vaan ne hävitetään. Henkilöllisyytenne ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Kyselyssä on huomioitu tietosuojalaki, joka on tullut voimaan 2018. (<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181050>.)

Kysely on avoinna 12.04.2021-23.04.2021, kysely sulkeutuu 23.04.2021 kello 12:00. Kyselyn täyttäminen vie teiltä 10 minuuttia ja sen saa täyttää työajalla. Vastaamalla suostut vastauksien käyttämiseen opinnäytetyössämme. Valmis opinnäyte julkaistaan internetissä kevään 2021 aikana osoitteessa www.theuseus.fi. Saadut vastaukset esittelemme myös Teille etäyhteyksien avulla kevään aikana.

Kiitos ajastasi, vastauksesi on meille erityisen tärkeä!

Yhteistyö terveisin;

Petra Paakkari

Petra.paakkari@edu.karelia.fi

Susanna Kortelainen

Susanna.kortelainen@edu.karelia.fi

Jos yllä oleva linkki ei toimi pääset kyselyyn kopioimalla verkko-osoitteen <https://link.webropolsurveys.com/S/435845361A45FA7>

Muistisairan kipu

1. Kauanko olet työskennellyt hoitoalalla?

- 0-2 vuotta
- 2-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

2. Miten arvioit muistisairan kipua (numeroi nämä tärkeysjärjestykseen alkaen 1)

	1	2	3	4	5
Haastattel n potilasta/ asukasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havainnoin eleitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havainnoin ääntelyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytän kipumittaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seuraan fysiologisia muutoksia mm; syketi heys, hikoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havainnoin käytöksen muutosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mikä on ensijainen hoitokeinosi muistisairan kivunhoidossa?

- Lääkkeetön
- Lääkkeellinen

4. Mitä lääkkeettömiä hoitokeinoja käytät työssäsi (numeroi nämä tärkeysjärjestykseen alkaen 1)

	1	2	3	4	5
Kylmä- ja lämpöhoidot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsnäolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Kosketus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hieronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TNS- laite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Mikä kipumittari on ensisijaisesti käytössäsi

- PAINAD
 VAS
 DOLOPLUS
 NRS eli numeraalinen arviointi 1-10
 VRS eli sanallinen arviointi
 En käytä kipumittaria

6. Jos päädyt lääkkeelliseen kivunhoitoon, arvioitko kipua (numeroi nämä tärkeysjärjestykseen alkaen 1)

	1	2	3	4	5
Haastatteleamalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havainnoimalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipumittarin avulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seuraamalla käytöstä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seuraamalla fysiologisia muutoksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Mitä seuraavista kirjaat potilastietoihin (numeroi nämä tärkeysjärjestykseen alkaen 1)

	1	2	3	4	5
Kivun luonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kivun sijainti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipumittarin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Lääkkeettömän kivunhoidon vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkitys ja sen ajankohta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kivun alkamisajankohta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaan/ asukkaan arvio kivusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Kirjaatko potilastietoihin arviota kivunhoidon vaikutuksesta?

- Kyllä
- En

9. Koetko muistisairaana kivunhoidon haastavana

- Kyllä
- En

10. Vastasit edelliseen kysymykseen "kyllä".
Mikä kivunhoidon tekee haastavaksi muistisairaana kohdalla?
(Numeroi nämä tärkeysjärjestykseen alkaen 1)

	1	2	3	4	5
Ajan puute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulutuksen puute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhteinen kommunikaatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muistisairaana heikentynyt kognitio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilas/ asukas kieltää kivun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>