

Hanne Liikanen

PIILEVÄ KIPU

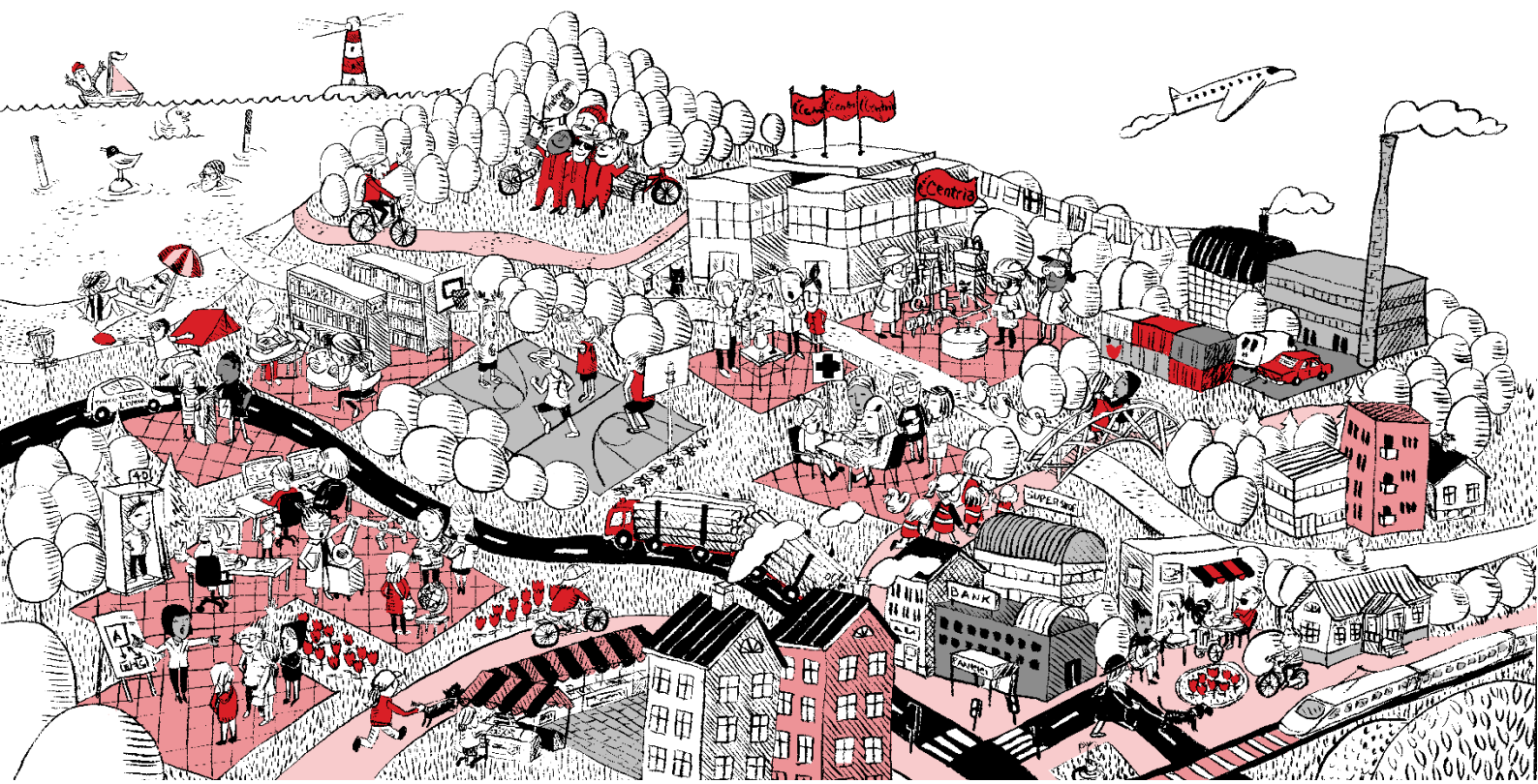
Hoitajien hyödyntämät menetelmät sekä osaaminen muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa

Opinnäytetyö

CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK

Toukokuu 2021



TIIVISTELMÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Toukokuu 2021	Tekijä/tekijät Hanne Liikanen
Koulutus Sairaanhoitaja AMK		<input checked="" type="checkbox"/> AMK <input type="checkbox"/> YAMK
Työn nimi Piilevä kipu – hoitajien hyödyntämät menetelmät sekä osaaminen muistisairaankivun arvioinnissa ja hoidossa		
Työn ohjaaja TtM Elina Liedes	Sivumäärä 35+3	
Työelämäohjaaja Kari Pihlajamäki		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisin menetelmin Pietarsaaren sosiaali- ja terveysviraston yhdessä palveluasumisen yksikössä työskentelevät hoitajat arvioivat ja hoitavat muistisairaankipua sekä millaiseksi he kokevat oman osaamisensa muistisairaankivun arvioinnissa ja hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kohdeorganisaatiolle tietoa hoitajien hyödyntämistä menetelmistä ja heidän kokemastaan osaamisesta tässä aiheesta tutkittavassa yksikössä.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin yksilöteemahaastatteluiden avulla ja se analysoitiin hyödyntäen induktiivista sisällönanalyysia.</p> <p>Tämän tutkimuksen mukaan muistisairaankivun arviointi tapahtuu pääsääntöisesti tulkitsemalla kehonkieltä ja käyttäytymistä. Hoitajat hoitavat kipua sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömästi. Hoitajat kokivat oman osaamisensa tässä aiheessa pääosin hyväksi.</p> <p>Opinnäytetyö lisää muistisairaankivun arvioinnin ja hoidon erityispiirteiden näkyvyyttä hoitotyön arjessa ja sitä voidaan hyödyntää tämän potilasryhmän hoidon kehittämisessä.</p>		
Asiasanat Ammattitaito, geriatrinen hoitotyö, kipu, kivun hoito, kivun mittaaminen, muistisairaudet		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date May 2021	Author Hanne Liikanen
Degree programme Bachelor of Health Care, Registered Nurse		
Name of thesis Hidden Pain – nurses’ methods and abilities for assessing and treating the pain of memory disorder patients		
Centria supervisor MHSc Elina Liedes	Pages 35+3	
Instructor representing commissioning institution or company Kari Pihlajamäki		
<p>The purpose of this thesis was to describe what kind of methods nurses use in one of the nursing homes maintained by The Department of Social Services and Health Care in Pietarsaari when assessing and treating pain of memory disorder patients and to define how the nurses perceive their abilities in assessing and treating the pain of these patients. The aim of this thesis was to provide information for the target organization about the methods used by the nurses and their abilities concerning this subject in the unit the study was conducted in.</p> <p>The research method was qualitative research. The material was collected using individual theme interviews and it was analyzed using an inductive content analysis method.</p> <p>According to this research, the assessing of pain of a person with a memory disease happens usually through the interpretation of body language and behaviour. Nurses treat pain both by medication and non-drug forms. The nurses felt mainly content about their abilities in this subject.</p> <p>This thesis increases the visibility of the special features of the pain assessment and treatment of memory disorder patients in everyday nursing and it can be utilized in the development of the treatment of this patient group.</p>		
Key words Analgesia, geriatric nursing, memory disorders, pain, pain measurement, professional competence		

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 KIPU	5
2.1 Kivun arviointi	6
2.2 Kivun hoitomuodot	6
3 MUISTISAIRAUDET	8
3.1 Alzheimerin tauti	9
3.2 Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä	9
3.3 Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet	10
4 MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINTI JA HOITO	11
4.1 Muistisairaahan kivun arvioinnin erityispiirteet	11
4.2 Muistisairaahan kivun hoito	12
5 OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	13
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	15
7.1 Toimintaympäristön kuvaus	15
7.2 Tutkimusmenetelmä	15
7.3 Aineistonkeruu ja analyysi	16
8 TULOKSET	18
8.1 Muistisairaahan kivun arviointi	18
8.2 Muistisairaahan kivun hoito	20
8.3 Hoitajien osaaminen muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa	23
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
9.1 Eettisyys	25
9.2 Luotettavuus	26
10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	28
10.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu	28
10.2 Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys	29
10.3 Oma ammatillinen kasvu	30
LÄHTEET	31
KUVAT	35
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Etenevät muistisairaudet ovat kansanterveyshaaste, joka kasvaa entisestään. Suomessa arvioidaan olevan yli 120 000 muistisairasta, jotka sairastavat dementiaoireyhtymätasoista muistisairautta. Dementiaoireyhtymän lisäksi lähes vastaava määrä väestöstä kärsii lievistä muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymisestä. Muistisairaiden määrä kasvaa väestön ikääntymisen myötä ja muistisairaiden määrän on arvioitu nelinkertaistuvan seuraavien 30 vuoden aikana. (Hallikainen & Nukari 2014, 15.) Muistisairauden edetessä kivun olemassaoloa voi olla vaikea huomata, sillä muistisairaudella on vaikutusta kivun kokemukseen ja ilmaisuun (Öun 2014, 238-239).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sitä, millaisin menetelmin tutkittavan yksikön hoitajat arvioivat ja hoitavat muistisairaana kipua ja millaiseksi he kokevat osaamisensa muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa kohdeorganisaatiolle tietoa siitä, millaisin menetelmin muistisairaana kipua arvioidaan ja hoidetaan sekä millaiseksi hoitohenkilöstö kokee osaamisensa muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa tutkittavassa yksikössä.

Pietarsaaren sosiaali- ja terveysviraston strategisiksi päämääriksi on mainittu hyvän terveyden ja hyvinvoinnin saavuttaminen väestölle sekä tarpeita vastaavien hyvien ja laadukkaiden palveluiden tarjoaminen. (Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto 2020) Tämä opinnäytetyö edesauttaa laadukkaiden palveluiden kehittämistä koskien muistisairaiden kokonaisvaltaista hoitoa ja se lisää muistisairaana kivun arvioinnin ja hoidon erityispiirteiden näkyvyyttä hoitotyön arjessa.

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat kipu, kivun hoito, muistisairaudet, kivun mittaaminen, geriatrinen hoitotyö ja ammattitaito.

2 KIPU

Useimmissa kulttuureissa kivun olemuksesta löytyy sekä pohdintoja että kuvauksia jo varhaisimmista säilyneistä kirjoituksista. Antiikin aikana muun muassa Pythagoras ehdotti tuntoaistin olevan aivojen toiminto, kun taas Aristoteles piti kipuaistimusta pelkästään tunne-elämyksenä, ikään kuin mielihyvän vastakohtana. (Kalso 2018, 85.) Kipu voidaan määritellä epämiellyttäväksi aistimukseksi ja tunnepohjaiseksi elämykseksi, johon liittyy kudonvaurio tai sen uhka tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein (International Association for the Study of Pain 2020).

Kivun aistiminen ja kokeminen alkaa kudonvauriosta. Kudonvaurio aiheuttaa kipuärsyksen, joka johtaa sarjaan kemiallisia ja sähköisiä tapahtumia. Näiden tapahtumien lopputuloksena on aistimus kivusta. Kivun välittyminen hermojärjestelmässä jaetaan neljään vaiheeseen. Transduktiossa hermopäätteet aktivoituvat, mikä saa aikaan aktiopotentiaalimuodostumisen. Transmissiossa kipuviesti siirtyy keskushermoston osiin hermosoluja pitkin. Modulaatiossa kipu muuntuu hermostossa ennen perseptiovaihetta. Perseptiovaihe aktivoi kipua välittäviä neuroneja ja saa aikaan subjektiivisen tunteen kivusta. (Kalso & Kontinen 2018, 56-57.)

Kipua voidaan luokitella useiden erilaisten luokittelutapojen mukaisesti. Kipu voidaan luokitella sen keston, ajallisen luonteen, sijainnin, elinjärjestelmän tai patofysiologisen mekanismin mukaisesti. Myös aiheuttajan, voimakkuuden ja toiminnallisen haitan mukaisia luokitteluperusteita voidaan hyödyntää. (Hamunen, Karlsson & Vainio 2018, 129.)

Krooninen kipu on hyvin yleistä ikääntyvän väestön keskuudessa. Neurologisista häiriöistä kuten esimerkiksi dementiasta kärsivät yksilöt ovat potilasryhmänä altis kivun tunnistamattomuudelle, aliarvioinnille ja hoitamattomuudelle. Kyvyttömyys viestiä onnistuneesti kivusta vaikeassa dementiassa on merkittävä este tehokkaalle hoidolle. Erilaisten kivunhoitovälineiden on todettu olevan sekä luotettavia että päteviä dementiaa sairastavien kohdalla. (Hadjistavropoulos, Keela, Prkachin, Craig, Gibson, Lukas & Smith 2014, 1216.)

2.1 Kivun arviointi

Ihminen ilmaisee kipukokemuksensa kommunikaatiota hyödyntäen. Kipukäyttäytymiseen liittyvät olennaisesti kasvojen ilmeet, ääntely, kivun sanallinen ilmaisu sekä asento ja liikkeet. (Vainio 2018, 27.) Myös jännittäminen, varominen, hierominen, huokailu, irvistely, vaikeus hengittää syvään, yskää, kävellä ja mennä maaten ja nukkua voivat kertoa kivusta. Kipua tulee arvioida sekä levossa että kuormituksessa. Mikäli potilas ei itse kykene ilmaisemaan kipuaan, tulee sitä arvioida hänen käytöksestään ja toimintakyvystään. (Vakkala 2016, 141.)

Kivun mittaamisella on merkittävä rooli kliinisten hoitovasteiden seurannassa. Erilaiset kipuasteikot toimivat apuvälineinä kivun voimakkuutta arvioitaessa. Potilaan kyetessä kuvailemaan kipuaan sanallisesti, saadaan voimakkuuden lisäksi tietoa myös kipukokemuksen sensorisista ominaisuuksista ja affektiivisista piirteistä. (Kalso 2018, 90.)

Kivun arvioimisessa voi käyttää apuna kipumittaria. (Öun 2014, 238-239.) Tunnetuin kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS (visual analogue scale). Vasen ääripää vastaa tällä asteikolla kivuttomuutta ja oikea ääripää pahinta mahdollista kipua. Potilas merkitsee janalle sen kohdan, jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Kyseisestä kipuasteikosta on kehitetty muun muassa numeerinen asteikko (numeric rating scale, NRS), ilmeasteikko ja sanallinen asteikko (verbal rating scale, VRS). (Kalso 2018, 90.) (KUVA 1)

Kipukokemuksia voidaan arvioida ja mitata myös funktionaalisen kuvantamisen, hemodynaamisten mittausten sekä neurofysiologiaan ja välittäjäainejärjestelmiin liittyvien tutkimusten avulla (Jääskeläinen 2018, 95-101). Onnistunut kivun arviointi parantaa hoidon laatua tutkitusti. Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kipua tulee arvioida hyödyntäen validoituja käyttäytymiseen perustuvia kivun arviointimittareita tai seuraten potilaan käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia. (Pudas-Tähkä 2018, 5.)

2.2 Kivun hoitomuodot

Lääkehoidolla on kivun lievityksessä merkittävä rooli ja erityisesti pitkäaikaisen kivun hoidossa lääkkeet usein ovat osa kokonaisuutta (Kalso 2018, 177). Kivun lääkehoidon tavoitteina pidetään kivun lievittymistä, toimintakyvyn paranemista ja elämänlaadun kohentumista. Kudosvauriokivun hoidossa hyödynnetään tulehduskipulääkkeitä, parasetamolia tai niiden yhdistelmää. Mikäli näiden teho on riittämätön, voidaan hoitoon yhdistää mieto opioidi. Vahvojen opioidien käyttöä harkitaan

ainoastaan erityistilanteissa. Neuropaattista kipua hoidetaan trisyklisillä masennuslääkkeillä, gabapentinoideilla, SNRI-ryhmän masennuslääkkeillä tai lidokaiinivoiteella. Mikäli teho ei ole riittävä, voidaan käyttää myös tramadolia tai perifeeriseen neuropaattiseen kipuun kapsaisiinilaastarihoitoa. Sekamuotoiseksi luokitellun kivun hoidossa voidaan yhdistellä eri mekanismeilla vaikuttavia lääkkeitä huomioiden kuitenkin yhteiskäyttöön liittyvät yhteisvaikutukset. (Kipu: Käypä hoito - suositus 2017.)

Kivun lääkkeetöntä hoitoa voidaan pitää kivun hoidon perustana. Lääkkeettömiä hoitomuotoja tulee hyödyntää aina sen ollessa mahdollista. Kivun hoidon keskeisiä lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat muun muassa liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia ja fysikaaliset hoidot (kylmä- ja lämpöhoito sekä TNS.) Fibromyalgian ja kroonisten kipuoireyhtymän hoidossa kipulääkkeet eivät usein tuota haluttua lopputulosta. Näissä tapauksissa lääkkeettömien hoitomuotojen rooli korostuu. (Kipu: Käypä hoito - suositus 2017.) Lääkkeettömiä hoitomuotoja tulisi suosia erityisesti vanhusten kivun hoidossa. (Nikkanen-Ilvesmäki & Pitkälä 2010, 2164.) Kivun lääkkeettömänä hoitomuotona voidaan hyödyntää myös musiikki-interventioita, joiden on havaittu tukevan muun muassa kroonisen, toimenpiteen jälkeisen tai syöpään liittyvän kivun hoitoa. Musiikki oletetusti vaikuttaa kipujärjestelmään sentraalisesti moduloivien tekijöiden kautta. Tarkempi vaikutusmekanismi on epävarma. Musiikista on hyötyä monien kiputilojen hoidossa ja sen haittavaikutukset ovat vähäiset. (Pitkäniemi, Sihvonen, Särkämö, Soinila 2020, 1843-1848.)

3 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus käsitteenä tarkoittaa sairautta, joka heikentää muistia sekä muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Dementialla tarkoitetaan oireyhtymää, jossa useampi kuin yksi kognitiivinen toiminto heikkenee siten, että itsenäinen selviytyminen jokapäiväisissä toimissa heikkenee. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 17-19)

Yleisimpinä etenevinä muistisairauksina tunnetaan Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale -muutoksiin liittyvät sairaudet kuten Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. Ikääntyneillä Alzheimerin taudin ja verenkiertosairauden yhdistelmä on varsin yleinen muistisairaus. Useimmiten etenevät muistisairaudet johtavat dementian kehittymiseen. (Hallikainen 2014, 14)

Muistissa ja muissa kognitiivisissa kyvyissä tapahtuu normaalisti heikentymistä ihmisen ikääntyessä. Näiden oireiden syy tulee aina selvittää. Muistiin liittyvien ongelmien ja muiden kognitiivisten oireiden syitä tutkitaan yleensä muistipoliklinikoilla sekä perus- että erikoissairaanhoidon piirissä. (Sulkava 2016, 110-111.)

Kognitiiviset oireet ja käyttäytymisen muutokset yhdistävät kaikkia muistisairauksia vaikka muistisairauden oirekuva onkin aina yksilöllinen. Muistisairauden yleisiin kognitiivisiin oireisiin lukeutuvat muutokset muun muassa toiminnanohjauksessa, ajan ja paikan hahmottamisessa, puheessa, kirjoittamisessa sekä näköaistiin perustuvassa hahmottamisessa. Muistisairaana käyttäytymisen muutoksilla tarkoitetaan käyttäytymisen tai tunne-elämän haitallisia muutoksia. Nämä voivat ilmetä esimerkiksi aggression, ahdistuneisuutena, itsensä vahingoittamisena, kuljeskelulla tai tarkoituksettomana riisuutumisena. Tavaroiden keräily ja kätkeminen on myös tavanomainen piirre muistisairaana muuttuneessa käyttäytymisessä. Muistisairaana omatoimisuus heikkenee ajan myötä, eikä hän enää kykene selviytymään jokapäiväisistä toiminnoista itsenäisesti. Esimerkiksi henkilökohtaisesta hygieniasta, ruokailemisesta ja liikkumisesta huolehtiminen koituu muistisairaalle hankalaksi ja kommunikaatiokyky heikkenee.. (Hallikainen 2014, 45)

Muistisairauteen liittyvien käyttäytymisen muutosten syitä on useita. Muistisairaana hermoverkosto rappeutuu ja aivojen välittäjäaineissa tapahtuu muutoksia. Muut sairaudet, lääkitykset,

persoonallisuus ja aiempi psyykkinen oireilu ovat myös merkittäviä tekijöitä käyttäytymisen kokiessa muutoksia. Muistin- ja toiminnanohjauksessa ilmenee häiriöitä ja muistisairas saattaa kokea turvattomuutta. Myös oma ja kanssaihminen suhtautuminen muistisairaaseen itseensä vaikuttaa muistisairaahan käyttäytymisen muutokseen merkittävästi. (Vataja 2014, 48)

Muutokset käyttäytymisessä altistavat muistisairaahan somaattisille sairauksille. Muun muassa masennus nopeuttaa taustalla olevan muistisairauden etenemistä. Oleellinen osa muistisairauden diagnostiikkaa on samanaikaisen mahdollisen mielialahäiriön tai muun käyttäytymisen muutoksen ottaminen huomioon hoidossa. (Vataja 2014, 47.)

3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti aiheuttaa noin 60% kaikista dementiatapauksista ja on täten etenevistä muistisairauksista tavallisin (Sulkava 2016, 113). Alzheimerin taudissa aivoalueet, niiden välisten yhteyksien ja neurokemialliset järjestelmät vaurioituvat selektiivisesti. Kyseinen tauti on hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus. (Muistisairaudet: Käypä hoito - suositus 2020.)

Alzheimerin tauti alkaa useimmiten lievillä muistiongelmilla ja edetessään heikentää muistia niin, että muistisairas ei enää kykene muistamaan muutamaa minuuttia aiemmin tapahtuneita asioita. Alzheimerin tauti hankaloittaa sanojen löytymistä ja monimutkaisista motorisista toiminnoista selviytymistä. Taudin kestänyt 4-6 vuoden ajan potilas alkaa usein kärsimään ekstrapyramidaalisista oireista kuten esimerkiksi etukumarasta asennosta ja kasvojen ilmeettömyydestä. Alzheimerin tautiin sairastunut menehtyy keskimäärin 10-12 vuodessa, jota ennen päätyy useimmiten vuodepotilaaksi kävelykyvyn hävitessä. Kyseisen taudin esiintyvyys kasvaa iän myötä. (Sulkava 2016, 113-114.)

3.2 Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä

Muistihäiriöpotilaista 15% kärsii aivojen pienten ja suurten valtimoiden tukoksista johtuvista aivoverisuonisairauksista. Usein kyseessä on pienten ja syvällä sijaitsevien valtimoiden sekä valkean aineen vaurio. Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän oireet vaihtelevat suuresti korreloiden vaurion sijaintiin. Vaskulaarisesta kognitiivisesta heikentymästä kärsivien potilaiden sairaudentunto säilyy paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Taudinkuva tunnetaan tasaisesti etenevänä. (Sulkava 2016, 115.)

Aivojen pienten suonten taudissa oirekuva liittyy toiminnanohjauksen heikentymiseen ja tiedonkäsittelyn hidastumiseen. Käyttöoireina voidaan havaita masennusta, persoonallisuuden muutoksia sekä psykomotorista hidastumista. Suurten suonten taudissa todetaan usein

toiminnanohjauksen ja muistin oireita, kielellisiä ja näönvaraiseen hahmottamiseen liittyviä oireita sekä neglect-oire. (Muistisairaudet: Käypä hoito - suositus 2020.) Huomiotta jääminen eli neglect on tarkkaavuuteen liittyvä häiriö, jossa oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen ei-vaurioituneen kehonpuoliskon ja toimintatilan huomioiminen ei onnistu lainkaan tai on puutteellista. (Jehkonen, Kettunen, Laihosalo & Saunamäki 2007, 1718.)

3.3 Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet

Lewyn kappale -tauti käsittää 15% kaikista demensiatapauksista ja on täten kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus (Sulkava 2016, 117.) Kyseisessä taudissa solunsisäisiä, useimmiten Parkinsonin taudissa nähtäviä Lewyn kappaleita esiintyy runsaasti erityisesti limbisen järjestelmän rakenteissa sekä aivokuoressa. Lewyn kappale -tauti etenee alkuvaiheessa hitaasti (Muistisairaudet: Käypä hoito - suositus 2020). Taudin ydinpiirteisiin kuuluvat oireet voidaan jakaa kognitiivisiin oireisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Kognitiivisina oireina voidaan mainita esimerkkeinä muistin heikkous, kielelliset häiriöt ja hahmotushäiriöt. (Rinne 2010, 160.)

Kolmasosalle Parkinsonin tautia sairastavista kehittyy dementia sairauden loppuvaiheessa. Tätä kutsutaan Parkinsonin taudin muistisairaudeksi. Oireina Parkinsonin tautiin liittyvässä dementiaassa ovat toiminnanohjauksen häiriö, vaihtelevat muistihäiriöt sekä fyysinen ja psyykinen hidastuminen. Myös aloitteettomuus sekä mielialan mataluus ovat tavanomaisia oireita. Erotusdiagnostiikassa täytyy huomioida Lewyn kappale -tauti, jossa dementiaoireita ilmenee kuitenkin jo taudin alkuvaiheessa. (Sulkava, 120-121.) Parkinsonin taudin muistisairauden syitä ovat aivojen kuorikerroksen Lewyn kappaleet, Alzheimer-muutokset, välittäjäainejärjestelmien vauriot tai näiden tekijöiden yhdistelmä (Muistisairaudet: Käypä hoito - suositus 2020.)

Otsa-ohimolohkorappeumissa aivojen etenevä surkastuminen painottuu aivojen otsa- ja ohimolohkoihin ja joissakin muodoissa myös päälakilohkoon (Sulkava, 119). Otsa-ohimolohkorappeumaan liittyy kaksi oirekuva, jotka ovat otsalohkodementia sekä primaarinen etenevä afasia. Primaarinen etenevä afasia jaotellaan etenevään sujumattomaan afasiaan, semanttiseen dementiaan sekä logopeniseen etenevään afasiaan. Otsa-ohimolohkorappeumat aiheuttavat sairastuneelle monia erilaisia kognitiivisiin toimintoihin liittyviä ongelmia. (Muistisairaudet: Käypä hoito - suositus 2020).

4 MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINTI JA HOITO

Suomessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevista potilaista arvioidaan 20-25%:lla esiintyvän päivittäisiä kipuja. Monet kipuja aiheuttavat sairaudet lisääntyvät ihmisen ikääntyessä. (Tilvis 2016, 340.) Vanhusten kohdalla kipujen poistamista kokonaan ei ole järkevää asettaa hoidon tavoitteeksi, sillä se usein tuottaa varman pettymyksen. Kipujen lievittäminen toimintakykyä parantavalle tasolle on realistisempi päämäärä. Ikääntyneiden kivun hoidon periaatteet ovat samat kuin nuoremmillakin potilailla mutta runsas lääkitys, heikentynyt lääkkeensieto sekä kipupotilaan mahdollinen kognitiivinen heikentyminen luovat kivun hoitoon haasteita. (Tilvis 2016, 342-343.)

4.1 Muistisairaan kivun arvioinnin erityispiirteet

Muistisairaudella on vaikutusta siihen, miten yksilö kokee ja ilmaisee kivun tuntemuksia. Tästä johtuen muistisairauden edetessä kivun olemassaoloa voi olla vaikea huomata. Läheisillä ja hoitavilla henkilöillä on suuri merkitys muistisairaan olemukseen ja käyttäytymiseen liittyvien havaintojen tekemisessä. (Öun 2014, 238-239.) Muistisairailla ei joko ole kykyä ilmaista kivun tuntemusta tai he unohtavat kivun olemassaolon. Alzheimerin tautia sairastavilla kivun laukaisemat vasteet vaimenevat ja tämän vuoksi jo pienimuotoisetkin viitteet kipukäyttäytymisestä voivat paljastaa merkittävän kivun. (Öun 2014, 236.)

Kivun arviointi muistisairaan kohdalla perustuu sen itsearviointiin ja toisen havaintoihin. Siihen, miten luotettavaa kivun itsearviointi yksilön kohdalla on, vaikuttaa muistisairauden vaihe. Muistisairauden varhaisessa vaiheessa sairastunut kykenee vielä arvioimaan kokemaansa kipua ja kertomaan siitä. Myöhemmissä vaiheissa vastuu kivun havainnoinnista on läheisellä tai hoitohenkilökunnalla. (Öun 2014, 238.)

Erityisesti muistisairaiden kivun arviointiin kehitetty PAINAID (Pain Assessment in Advanced Dementia) helpottaa kivun arviointia ja seuranta tilanteissa, joissa muistisairas ei enää itse pysty kivusta kertomaan. (KUVA 2) Kyseinen mittari on helppokäyttöinen ja perustuu käyttäytymisen muutosten havainnointiin. Muistisairaan kivun syy tulee aina selvittää sen tunnistamisen jälkeen. Kivun syy selvitetään kliinisen tutkimuksen, tarvittavien kuvausten ja laboratoriokokeiden avulla. Muistisairaan kivunhoidon tavoitteiksi mainittakoon kivuton yöuni, kivuttomuus päivällä levossa ja kivuttomuus liikkeessä. (Öun 2014, 239.)

4.2 Muistisairaahan kivun hoito

Dementiaa sairastavan kivun hoidon suurimmiksi haasteiksi voidaan mainita muutokset kivun kokemisessa ja ilmaisemisessa sekä sairastuneen kykenemättömyys osallistua omaan kivunhoitoon. (Kalso 2018, 537). Muistisairaahan kivun taustalta saattaa joskus löytyä helposti hoidettava syy, kuten esimerkiksi epämukavat jalkineet tai ummetus. Kivun aiheuttaja on otettava aina huomioon kivun hoitoa suunniteltaessa. (Öun 2014, 239.)

Muistisairaahan kipua voidaan hoitaa sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömästi. Muistisairaahan kiputilojen hoidon periaatteet ovat samat kuin kognitiivisesti terveilläkin. Usein lääkkeetön hoito yksin on riittämätön hoitomuoto, mutta se voi tukea toimivasti lääkehoitoa. Fysioterapia ja hieronta lievittävät kipua useissa tapauksissa. Akupunktiota voidaan harkita sellaisissa tapauksissa, joissa muistihäiriö on lievä. Muistisairaus vaikuttaa useiden kipulääkkeiden annosteluun ja tämä tulee huomioida lääkkeitä määrättäessä. Joskus varsinkin väsyttävien kipulääkkeiden käyttö saattaa piilottaa kivusta johtumattomia käyttäytymisen muutoksia. Muistisairaahan kivun hoidossa onkin tärkeää arvioida kivun syy ja luonne. (Öun 2014, 240.)

Ikääntyneiden lääkehoitoa suunniteltaessa tulee huomioida fysiologiset muutokset ja niistä johtuvat herkkyydet monille kipulääkkeille. Ikääntyneen kipulääkeannoksen tulee usein olla pienempi kuin muilla aikuisilla. Ikääntyneellä on tavallisesti myös monia pitkäaikaisia sairauksia, jotka nekin vaativat lääkehoitoa. Munuaisten toiminnan heikkeneminen on ikääntyneillä tavanomaista. Ikääntyneen kivunhoidossa tulee muistaa kivun lääkkeettömät hoitomuodot ja hyödyntää niitä mahdollisuuksien mukaan yhdessä lääkehoidon kanssa. Ikääntyneen kivunhoito vaatii potilaan odotuksiin, tavoitteeseen, muihin sairauksiin sekä kognitiivisen ja toiminnallisen tilanteeseen perehtymistä. (Kipu: Käypä hoito - suositus 2017.)

5 OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Kompetenssi eli pätevyys käsitteenä tarkoittaa kykyä suoriutua työtehtävistä sekä työntekijän itsensä että muiden arvioimana. Yksilön pätevyys muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, ihmissuhdeverkoista sekä arvoista ja asenteista. Kompetenssi voidaan jakaa tietoiseen ja tiedostamattomaan. Tietoinen kompetenssi on sitä, että henkilö tuntee osaamisensa ja suoriutuu hyvin tehtävistään. Tiedostamaton taas on sitä, että henkilö harjoittaa osaamistaan vaistomaisesti. Kompetenssin käsitteeseen liittyy vahvasti myös inkompetenssi eli epäpätevyys. Tämä on kompetenssin vastakohta, joka tarkoittaa sitä, että henkilön osaamisessa on puutteita eikä hän täytä työn vaatimuksia. (Hildén 2002, 33-36)

Vastuullinen ammatillinen toiminta ja sitä tukeva korkeatasoinen koulutus ovat merkittäviä asioita terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta (Aaltonen & Rosenberg 2013, 9). Koulutusohjelmat tarjoavat yksilölle valmiuksia. Koulutuksen tavoitteena on muun muassa luoda vahva hoitotyön tietopohja ja kyky itsenäiseen tiedonhankintaan. Hoitaja, jolla on halua kehittää hoitotyötä, kehittää myös itseään ammatillisesti. Ammatilliseen osaamiseen liittyy keskeisenä käsitteenä itsearviointi. Itsearvioinnin kautta hoitotyöntekijä löytää itsestään sekä vahvat että heikot puolet. Vahvoja osaamisalueita tunnistanut hoitaja jakaa osaamistaan tarvittaessa muillekin ja heikkojen osaamisalueiden tunnistaminen mahdollistaa näiden osaamisalueiden parantamisen. (Hildén 2002, 45). Työssä olevan hoitohenkilöstön tulee aika ajoin arvioida oman osaamisensa vahvuuksia ja heikkouksia sekä sitä, vastaako oma osaaminen työssä tarvittavaa osaamista. Arvioinnissa tulee olla rehellinen ja oman osaamisen puutteisiin tulee reagoida nopeasti. (Hildén 2002, 31-32). Työntekijällä itsellään on henkilökohtainen velvollisuus huolehtia omasta ammatillisesta osaamisestaan (Hildén 2002, 81).

Mikäli omassa osaamisessa ilmenee puutteita, niihin täytyy reagoida esimerkiksi hakemalla ajantasaista tietoa tai hakeutumalla koulutukseen (Hildén 2002, 31). Henkilöstön kehittämisessä esimiehellä on merkittävä rooli. Organisaation täytyy tietää, millaista osaamista tulevaisuudessa tarvitaan ja millä tasolla kunkin työntekijän osaaminen on. Osaamisen hallinnan seuranta on avainasemassa tässä. (Hildén 2002, 68) Kehittämisestä puhuttaessa tarkoitetaan jonkin ominaisuuden lisäämistä, lisääntymistä, kasvua tai kasvattamista ja myös kykyjen tai mahdollisuuksien saattamisesta esiin (Luoma 2011, 27.) Sosiaali- ja terveysalan työtehtävät vaativat laajaa ja monipuolista tietoperustaa sekä käytännön osaamista (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2004, 13).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sitä, millaisin menetelmin hoitajat arvioivat ja hoitavat muistisairaana kipua Pietarsaaren sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä ylläpitämässä muistisairaita hoitavassa palveluasumisen yksikössä ja millaiseksi hoitohenkilöstö kokee osaamisensa muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa.

Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa kohdeorganisaatiolle tietoa siitä, millaisin menetelmin muistisairaana kipua arvioidaan ja hoidetaan sekä millaiseksi hoitohenkilöstö kokee osaamisensa muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa tutkittavassa yksikössä. Tätä tietoa voidaan hyödyntää muistisairaiden kokonaisvaltaisen hoidon kehittämisessä. Tavoitteeksi mainittakoon myös itse tutkijan ammatillisen osaamisen kehittyminen kohti asiantuntijuutta.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisin menetelmin hoitajat arvioivat muistisairaana kipua?
2. Millaisin menetelmin hoitajat hoitavat muistisairaana kipua?
3. Millaiseksi hoitajat arvioivat osaamisensa muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa on kuvattuna opinnäytetyön toimintaympäristö, tutkimusmenetelmä sekä aineistonkeruu ja analyysi.

7.1 Toimintaympäristön kuvaus

Opinnäytetyö toteutettiin Pietarsaaren sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä, joka koostuu useista osastoista. Muistisairaille on tässä yksikössä omia, suljettuja osastoja. Tämän palveluasumisen yksikön tehtäviin kuuluu merkittävässä määrin muistisairaiden hoito.

Muistisairaudet heikentävät kognitiivisia eli tiedonkäsittelyyn liittyviä toimintoja (Paajanen & Hänninen 2014, 98). Muistisairaaksi määritellään tässä opinnäytetyössä henkilö, jonka muistisairaudesta johtuva kognitiivisten toimintojen eli tiedonkäsittelytoimintojen heikkeneminen on vienyt mahdollisuuden ilmaista ja arvioida kokemaansa kipua.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimuksen pohjana ei ole hypoteesien tai teorian testaaminen vaan sen sijaan aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Tutkija ei tässä määrittele sitä, mikä on tärkeää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 160.) Tutkimus on lähestymistavaltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimus toteutettiin laadullisena siitä syystä, että haluttiin tutkia ihmisten yksilöllisiä ja ainutlaatuisia käsityksiä kivun arvioinnista ja hoidosta sekä omasta osaamisesta muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa.

Kvalitatiivinen tutkimus tunnetaan hoitotieteessä merkityksellisenä. Tämä tutkimusmenetelmä koostaa tietoa muun muassa terveyden ja sairauden kokemuksista sekä hoitokokemuksista. Kvalitatiivisen tutkimuksen yhtenä keskeisimpänä merkityksenä mainittakoon sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkittavaa asiaa kohtaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74)

7.3 Aineistonkeruu ja analyysi

Tiedonkeruumenetelmänä haastattelu on ainutlaatuinen, sillä siinä ollaan kielellisesti suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tämän tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui haastattelutyypeistä juuri teemahaastattelu siksi, että se tarjoaa paremmat mahdollisuudet tulkita vastauksia esimerkiksi lomakekyselyyn verrattuna. Teemahaastattelulle tyypillistä on se, että haastattelutilanteelle on määritelty aihepiiri, mutta kysymysten tarkka muoto järjestyksineen puuttuu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 203). Aineistonkeruu tapahtui haastattelutilanteessa, joka järjestettiin jokaisen hoitajan kohdalla erikseen tammikuussa 2021. Arvokkaaksi on koettu tässä tutkimuksessa ihmisten itse kertomat käsitykset.

Tutkittavat valittiin yksikön koulutetusta hoitohenkilökunnasta. Valinnan suoritti yksikön esimies. Yksikön kokouksissa järjestettyihin haastatteluihin osallistui kolme lähihoitajaa ja kolme sairaanhoitajaa kukin vuorollaan. Alan opiskelijat eivät osallistuneet tutkimukseen. Haastattelutilanteet olivat rauhoitettuja. Tutkittaville oli haastatteluhetkellä kertynyt kokemusta kyseisessä palveluasumisen yksikössä työskentelystä vähintään puolen vuoden verran ja enimmillään useampi vuosikymmen.

Tutkimuksessa hyödynnettiin tarkoituksenmukaista otantaa eli tutkittaviksi valittiin osallistujat, jotka tietävät käsiteltävästä asiasta paljon ja omaavat siitä kokemusta. Aineiston saturaatiolla tarkoitetaan tiedon kokoamista siihen asti, kunnes uutta tietoa ei enää saada tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110-112.) Tämä tutkimus keräsi tietoa tutkittavilta saturaatiota tarkkaillen.

Tutkija esitti teemahaastattelurungon pohjalta kysymyksiä ja laati tutkittavien vastauksista muistiinpanot. Tutkimuksen tarkempi teemahaastattelurunko on kuvattu liitteissä. (LIITE 1) Haastatteluista kaksi toteutettiin ruotsiksi, muut suomeksi. Ruotsinkielisissä haastatteluissa oli tukena tulkki Mico Botnia tulkki- ja käännöspalveluista. Teemahaastattelurunko perustui aiempaan tutkimustietoon ja olemassa olevaan teoriaan. Myös kysymyksiin vastaamattomat kommentit otettiin huomioon.

Tallennettu laadullinen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi suorasanaisesti ennen sen analysointia. Tätä nimitetään litteroinniksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 217). Aineisto analysoitiin hyödyntäen induktiivista sisällönanalyysiä. Tämä laadulliselle tutkimukselle tyypillinen analyysitapa keskittyy kielen kommunikaation tarkastelussa sisältöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67).

Aineiston puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen tekstistä alettiin etsiä vastauksia tutkimuskysymyksiin korostamalla tekstistä perustellen valittuja osia. Tämän jälkeen haastateltujen alkuperäisiä ilmaisuja pelkistettiin. Tätä pelkistämistä kutsutaan redusoinniksi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109). Pelkistetystä tekstistä etsittiin samankaltaisuuksia, jotka luokiteltiin. Tästä muodostui ala- ja yläluokkia. Tarkemmat kuvaukset luokkien muodostumisesta on kuvattu taulukoissa 1, 2 ja 3, jotka ovat esitettyinä tulokset -osiossa.

8 TULOKSET

Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyöni tuloksia. Luvussa tarkastellaan muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa hyödynnettäviä menetelmiä sekä sitä, millaiseksi tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokevat oman osaamisensa muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa.

8.1 Muistisairaahan kivun arviointi

Muistisairaahan kivun arviointi tapahtuu pääsääntöisesti tulkitsemalla kehonkieltä ja käyttäytymistä. Muistisairaahan kivun voi tunnistaa muun muassa kasvojen ilmeistä ja hengitystyössä tapahtuvista muutoksista. Kivun kokemisen mahdollisuutta pohditaan myös silloin, kun päivittäisissä toiminnoissa tapahtuu muutoksia. Kivun mahdollisuutta kartoitetaan esimerkiksi silloin, kun ennen ongelmitta suoritettu toiminto alkaa tuottamaan vaikeuksia.

”Kasvojen ilmeet, eleet ja hengityksestä voi huomata.”

”Joskus jos asukas on todella kipeä niin hän voi huutaa.”

”Kyllä huomaa jos ne on tosi rauhattomia ja sellaista.”

”Jos asukas ei esimerkiksi pysty syömään normaalisti.”

”Vihaisuus ja aggressiivisuus voivat olla merkkejä kivusta”

Muistisairaahan kehon tutkiminen voi sekin tuoda hoitajalle tietoutta kivun mahdollisuudesta. Mikäli ruumiinosassa esiintyy punoitusta tai turvotusta tai alue on selkeästi infektoitunut, on kivun olemassaolo todennäköistä.

”Voi olla punoitusta, turvotusta tai selvästi infektoitunut alue.”

Hoitajat korostivat muistisairaahan tuntemisen merkitystä kivun arvioinnissa. Kun muistisairaahan tuntee, on helpompi huomata kehonkielessä, käyttäytymisessä ja päivittäisissä toiminnoissa tapahtuvat muutokset.

”On se aina vaikeampaa jos ei tunne ihmistä. Ei tiedä, miten hän toimii normaalisti.”

”Sitä on vaikea tulkita jos asukasta ei tunne.”

Muistisairaahan kivun arvioinnin hoitajat kokivat haasteelliseksi.

”Jos on pitkälle edennyt muistisairaus niin onhan se haasteellista. Jos on puhekyky mennyt jo enemmän ja se on semmoista huutamista ja levottomuutta niin onhan siinä haasteensa, et onko hänellä kipuja vai mistä se johtuu.”

Hoitajilla oli tietoutta erilaisista kipumittareista mutta jokainen tutkimukseen osallistunut hoitaja kertoi, että kipumittareita ei hyödynnetä lainkaan.

”Ei meillä oo sellaisia.”

”Oon kyllä nähnyt mittareita mutta en ole koskaan nähnyt, että ne olisivat aktiivisessa käytössä.”

TAULUKKO 1 Muistisairaahan kivun arvioinnissa hyödynnetyt menetelmät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Jostain ilmeistä tai kehonkielestä tai käyttäytymisestä.	Ilmeet, kehonkieli ja käyttäytyminen voivat kertoa kivusta.	Ilmeet, kehonkieli ja käyttäytymisen muutokset	Kehonkieli ja käyttäytyminen
Kivun arviointi toteutuu kehonkielen ja käyttäytymisen kautta.	Kehonkieli ja käyttäytyminen voivat kertoa kivusta.	Kehonkieli ja käyttäytymisen muutokset	
Kasvojen ilmeet, eleet ja hengityksestä voi kans huomata.	Ilmeet, eleet ja hengitys voivat kertoa kivusta.	Kehonkieli, käyttäytymisen ja hengitystyön muutokset	
Kyllä huomaa jos ne on tosi rauhattomia ja semmosta niin tietää, että on kipua. Otsa on rypyssä tai muuta. Ne voi huutaa.	Rauhattomuus, ilmeet ja käyttäytyminen voivat kertoa kivusta.	Kehonkieli ja käyttäytymisen muutokset	
Pystyy näkemään kasvoista. Jos potilas ei pysty esimerkiksi syömään normaalisti niin siitä voi päätellä.	Kasvot ja muutokset toiminnoissa voivat paljastaa kivun.	Kehonkieli ja käyttäytymisen muutokset	
Kehonkieli. Joskus potilas voi huutaa.	Kehonkieli ja potilaan käyttäytymisen muutokset kertovat kivusta	Kehonkieli ja käyttäytymisen muutokset	
Jokin alue voi olla punoittava, turvoksissa, infektoitunut.	Asukkaan kehon tutkiminen voi paljastaa kivun lähteen	Kehon ulkoiset ja näkyvät muutokset	

8.2 Muistisairaahan kivun hoito

Muistisairaahan kivun hoito tapahtuu sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömästi. Tavallisimmin kivun hoito on erilaisten lääkkeiden avulla tapahtuvaa kivunlievitystä.

”Kyllä se on enemmän sellaista lääkkeellistä kivun hoitoa.”

”Pääosin se kivun hoito on lääkkeellistä.”

Suurella osalla muistisairaista on käytössä säännöllinen kipulääkitys. Mikäli säännöllistä kipulääkitystä ei ole, on lääkelistalle merkittynä tarvittaessa annettava kipulääke.

”Usein asukkaille on määrätty tarvittaessa annettava kipulääke.”

Enimmäkseen muistisairaahan lääkkeellisessä kivun hoidossa hyödynnetään parasetamolia joko yhden gramman tai viidensadan milligramman kerta-annoksina. Myös opioideja hyödynnetään joko tabletti- tai laastarimuotoisina vaikkakin melko vähäisissä määrin. Kuolevan potilaan hoidossa yleisin käytössä oleva kipulääke on morfiini subkutaanisesti eli ihon alle annosteltuna. Varsinaisten kipulääkkeiden lisäksi on käytössä ummetuksen hoitoon tarkoitettuja lääkeaineita, jotka liittyvät ummetukseen liittyvän kivun hoitoon ja ehkäisyyn.

”Esimerkiksi Panadolia käytetään. Myös vahvempia kipulääkkeitä on.”

”Ihan perus Panadol, Oxynorm, Targiniq. Sit tietenkin Microlaxin käyttö on myös kivun hoitoa. Jos vatsa ei toimi niin se on aika oleellinen juttu.”

Erilaisia lääkevoiteita kuten esimerkiksi Voltarenia ja Mobilatia, hyödynnetään satunnaisesti.

Puudutteita hyödynnetään ennen toimenpiteitä, esimerkiksi ennen haavanhoitoa.

Lääkkeetön kivun hoito on huomattavasti lääkkeellistä vähäisempää. Lääkkeettöminä kivun hoidon muotoina hoitajat mainitsivat asentohoidon, liikunnan, musiikki-interventiot sekä lohduttamisen ja empatian.

”Jos puhutaan vaikka kaatumisesta niin vois vaikka rauhoitella.”

”Asentohoitoa nyt toki lääkkeettömänä.”

”Se on ihme, miten tuo laulu toimii muistisairailta. Luodaan sellaista turvaa.”

Yksi hoitaja mainitsi hyödyntävänsä muistisairaahan kivun hoidossa myös fysikaalisia hoitomuotoja kylmä- ja lämpöhoidon muodossa.

Hoitajat korostivat kuntoutuksen merkitystä muistisairaana kivun hoidossa. Muistisairaana kuntoutus tapahtuu fyysisen aktiivisuuden kautta. Hoitajat hyödyntävät kuntoutuksessa muun muassa jumppaa ja kuntopyöräilyä ja suosivat työssään kuntouttavaa työotetta. Muistisairaana fyysistä suoriutumista eri askareista tuetaan. Selvää kuitenkin oli, että kuntoutus ja muistisairaana liikkumisen mahdollistaminen saavat aikaan hyviä tuloksia.

”On aina hyvä kuntouttaa asukkaita ja ylläpitää heidän toimintakykyään. Ihminen jäykistyy vanhetessaan. Vanhusten kipujen syinä ovat usein liikkumattomuus ja paikkojen jäykistyminen.”

”Kaikenlainen kuntoutus ja terapia on aina hyväksi.”

”Yhdellä asukkaalla oli aika reilu kipulääkitys mutta olemme nyt vähentäneet sitä, koska olemme liikkuneet tämän asukkaan kanssa enemmän.”

Hoitajat kokivat kuntoutuksen kivun hoidon välineenä kuitenkin hyvin aikaa vieväksi ja raskaaksi. Useampi kertoi kokevansa eettistä stressiä siitä, että aikaa kuntouttavan työotteen huomioimiselle ei aina ole.

”Sitä yrittää parhaansa.”

”Ei keretä niin paljon kuin pitäisi ja haluaisi.”

TAULUKKO 2 Muistisairaahan kivun hoidossa hyödynnetyt menetelmät

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Kyl se on enemmän lääkkeellistä kivunhoitoa.	Kipulääkkeiden käyttö kivunhoidossa	Kipulääkitys	Lääkkeellinen kivunhoito
Pääosin kivun hoito on lääkkeellistä. Ei oikein muuta.	Kipulääkkeiden käyttö kivunhoidossa	Kipulääkitys	
On monta, joilla käytössä säännöllisesti särkylääkettä. On myös kipulaastareja.	Kipulääkkeiden käyttö kivunhoidossa	Kipulääkitys	
Icepoweria, Mobilatia, Voltarenia ja semmosta. Puudutusgeeliä.	Kipulääkkeiden käyttö kivunhoidossa	Kipulääkitys	
Pääasiassa suun kautta tabletteja sit on kipulaastareita ja sit on ollut morfiinia.	Kipulääkkeiden käyttö kivunhoidossa	Kipulääkitys	
Suurella osalla on kipulääkitys päällä.	Kipulääkkeiden käyttö kivunhoidossa	Kipulääkitys	
Jos makaa paljon sängyssä, on tärkeää et käännetään.	Asentohoidon hyödyntäminen	Asentohoito	Lääkkeetön kivunhoito
Asentohoitoa nyt toki.	Asentohoidon hyödyntäminen		
Kaikenlainen kuntoutus ja terapia.	Kuntoutus ja terapia	Liikunta	
Jumpataan ja kuntopyörällä pyöräilee.	Liikkuminen		
Liikkuminen auttaa.			
Laulu ja musiikki lievittää kipua.	Laulu ja musiikki	Musiikki-interventiot	
Jos puhutaan vaikka kaatumisesta niin vois vaikka rauhoitella ja hieroa sitä kohtaa.	Rauhoittelu ja kosketus	Lohduttaminen ja empatia	

8.3 Hoitajien osaaminen muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa

Hoitajat kokivat oman osaamisensa muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa pääosin hyväksi. Viisi kuudesta tutkitusta koki osaamisensa hyväksi ja yksi kuudesta ei osannut arvioida osaamistaan. Hoitajat perustelivat kokemuksiaan omasta osaamisestaan sillä, että he tuntevat oman yksikkönsä potilaat hyvin. Moni toi esille, että osaaminen itselle vieraassa yksikössä on huonompaa.

”On aina vaikeampaa jos ei tunne ihmistä.”

”Mutta kyllä se osaaminen on erilaista vieraalla osastolla jos ei tunne niitä asukkaita siellä.”

Hoitajat kokivat saaneensa peruskoulutuksestaan melko huonot valmiudet muistisairaana kivun arvioinnin ja hoidon suhteen. Osaaminen on rakentunut pääosin hoitotyössä, ei opintojen parissa.

”Kokemus tuonut taitoja.”

”No ei kauhean laajasti ole puhuttu tästä koulussa, ei.”

”Tavallaan se käytäntö on näyttänyt sen, että miten niitä ongelmia ratkaistaan.”

”En muista, että olisimme mitään puhuneet muistisairaana kivusta.”

Hoitajat kertoivat suorittaneensa erilaisia täydennyskoulutuksia liittyen yleisesti muistisairaiden hoitoon mutta koulutusta nimenomaan muistisairaana kivun arvioinnista ja hoidosta ei tutkittavien mukaan ole tarjottu. Lähes jokaisella tutkittavalla oli kiinnostusta tähän aihealueeseen liittyvään täydennyskoulutukseen. Ainoastaan yksi tutkittava koki tämän aihealueen täydennyskoulutuksen tarpeettomaksi.

”Aina on hyvä päivittää tietoa.”

”Olisin kiinnostunut. Pitäisi olla ja suomeksi.”

”Ei tässä vaiheessa. Ei niitä minun tietääkseni edes ole.”

TAULUKKO 3 Hoitajien kokemukset omasta osaamisestaan muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
En tiedä miten mä arvioisin sitä omaa osaamista.	Ei osaa arvioida omaa osaamistaan	Ei arviota	Ei osaa sanoa
Koen, että oon hyvä tässä.	Kokee oman osaamisensa olevan hyvää	Kokee osaamisensa hyväksi	Osaaminen hyvää
Kyllä se on aika hyvää.			
Koen pärjääväni tässä.			
Koen hallitsevani nämä asiat.			
No kyllä se on aika hyvää.			

9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyöni eettisyyttä ja luotettavuutta.

9.1 Eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on jo itsessään etiikkaan liittyvä ratkaisu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Olen aidosti kiinnostunut opinnäytetyöni aiheesta ja koen siihen liittyvän informaation tuottamisen tärkeäksi. Olen perehtynyt aiheeseeni laajasti ja aiheeseen liittyvän tiedon sisäistäminen on jatkunut läpi opinnäytetyöprosessin. Koen halua oppia aiheestani lisää ja pidän valittua aihealuetta hyvin tärkeänä siitä syystä, että muistisairaiden määrä kasvaa jatkuvasti. Eettiseltä kannalta tarkasteltuna etuna on myös työelämän hyötyminen. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää muistisairaiden laadukkaan hoidon kehittämisessä.

Tutkimukselle on haettava lupa ja sen yhteydessä myös varmistettava, saako kohdeorganisaation nimen ilmaista tutkimusraportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Ennen tutkimuksen toteuttamista sille haettiin tutkimuslupa kohdeorganisaatiolta – Pietarsaaren sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta ja tämän yhteydessä varmistettiin, saako kohdeorganisaation nimen mainita opinnäytetyössä. Varmistettiin myös, saako yksikön nimeä ilmaista. Tutkimuslupa on esitetty liitteissä. (LIITE 2)

On etiikan kannalta tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja se perustuu tietoiseen suostumukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Tutkimukseen osallistuvat saivat luettavakseen opinnäytetyöhön liittyvän tiedotteen, jossa tuotiin ilmi vapaaehtoisuus. Tämä tiedote on esitetty liitteissä. (LIITE 3) Hoitajien ei ollut pakko osallistua tutkimukseen vaan he saivat halutessaan kieltäytyä osallistumisesta. Tutkittavilla oli myös oikeus jättää osallistuminen kesken. Teemahaastattelutilanteesta oli mahdollisuus poistua ja tutkittavalla oli oikeus kieltää antamansa informaation käyttö opinnäytetyössä. Tutkittavat olivat tietoisia tutkimuksen luonteesta ja omista oikeuksistaan ennen osallistumispäätöstään. Osallistuminen perustui tietoiseen suostumukseen. Tutkittavilla oli mahdollisuus esittää opinnäytetyöprosessiin liittyviä kysymyksiä ja oikeus saada niihin vastaus.

Anonymiteetillä tarkoitetaan sitä, että tutkimustietoja ei luovuteta prosessin ulkopuolisille, aineisto säilytetään suojattuna ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa mahdolliset alkuperäisilmaukset esitetään siten, että niistä ei voi tunnistaa ketään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

Tämän opinnäytetyön tietoja ei luovutettu tutkimusprosessin ulkopuolisille missään vaiheessa. Säilytin aineiston asianmukaisesti salasanasuojattuna tietokoneella, jotta ulkopuolisilla ei ollut mahdollisuutta päästä siihen käsiksi. Aineisto tuhottiin asianmukaisesti työn valmistuttua, eli se poistettiin tietokoneelta ja varmistettiin, että se poistuu myös roskakori -kansioista. Aineistoa työstettiin siten, että kenelläkään tutkimusprosessin ulkopuolisella ei ole ollut mahdollisuutta nähdä käsiteltävää aineistoa missään vaiheessa. Tutkimusraportin sisältämät alkuperäislainaukset haastatteluteksteistä kuvattiin yleiskielelle muokattuina, jotta tutkimukseen osallistuneita ei tunnisteta esimerkiksi murteen perusteella.

Plagioinniksi määritellään kaikki sellainen toiminta, jossa jonkun toisen tuottamaa tekstiä esitetään omana. (Hirsjärvi ym. 2008, 26). En ole harjoittanut opinnäytetyössäni minkäänlaista plagiointia eli en ole esittänyt kenenkään muun tuottamaa tekstiä omanani. Olen viitannut lähteisiin selvästi ja ohjeiden mukaisesti. Kappaleistani voi selvästi erottaa oman ja lähteestä peräisin olevan tuotoksen. Tulosten sepittämällä tarkoitetaan sitä, että saadut tulokset ovat tekaistuja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225). Esitän opinnäytetyön tulokset realistisina enkä kaunistele niitä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tulokset ovat perusteltavissa aineistolla. Olen ollut rehellinen opinnäytetyöprosessin jokaisessa vaiheessa enkä ole tekaissut tuloksia.

9.2 Luotettavuus

Kvalitatiivinen tutkimus tarjoaa erilaisia tarkastelumahdollisuuksia luotettavuuteen liittyviin kysymyksiin. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa uskottavuuden, siirrettävyyden ja tutkimusraportin esittämien kuvausten tarkkuuden kautta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198).

Uskottavuuteen liittyen tutkimus turvaa luotettavuutensa kuvaamalla tuloksensa selkeästi. Selkeys tässä tarkoittaa sitä, että lukija ymmärtää, miten analyysi on muodostettu ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Kuvaan opinnäytetyöni tulokset selkeästi. Käytän ymmärrettävää kieltä ja osoitan, miten olen päätenyt saamiini tuloksiin. Uskottavuutta lisää myös se, että tiedonantajina ovat tässä toimineet hoitajat, joilla on kokemusta muistisairaasta kivun arvioinnista ja hoidosta.

Aineiston tuottamisen olosuhteet kuvataan totuudenmukaisesti. Myös haastatteluun käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät ja virhetulkinnat tuodaan opinnäytetyössä ilmi. Nämä asiat puoltavat tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2008, 227.) Aineiston tuottamisen olosuhteet olivat jokaisessa tähän opinnäytetyöhön liittyvässä haastattelutilanteessa varsin otolliset. Aikaa haastatteluihin oli varattu riittävästi. Haastatteluiden kesto vaihteli puolesta tunnista reiluun tuntiin. Häiriötekijöitä ei ilmennyt. Virhetulkinnat yritettiin välttää muodostamalla jokaisesta haastattelusta pääasiat kattava tiivistelmä yhdessä jokaisen haastateltavan kanssa ennen tilaisuuden päättämistä. Ruotsiksi toteutetuissa haastatteluissa oli läsnä tulkki, joka lisäsi luotettavuutta ja vähensi mahdollisuuksia virhetulkintoihin. Ruotsinkielisiä haastateltavia varten oli varattu ruotsinkielinen haastattelurunko, jonka käännoistyöstä on vastannut käännoistoimisto Pauhu. Opinnäytetyön tekijän kaksikielisyydestä huolimatta haluttiin luotettavuutta tukemaan myös kielen asiantuntijat.

Aineiston keruu ja analyysi tulee kuvata seikkaperäisesti, jotta luotettavuus siirrettävyyden suhteen voidaan turvata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,198). Tässä tutkimuksessa kuvataan huolellisesti sen kontekstia sekä osallistujien valintaa taustoineen ja tuodaan aineiston keruu ja analyysi ilmi seikkaperäisesti, jotta se on mahdollisimman luotettava siirrettävyyden suhteen.

Tämä tutkimus esittää autenttisia, suoria lainauksia haastatteluteksteistä. Tämä pyrkii antamaan lukijalle mahdollisuuden pohtia aineiston keruuta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Näiden esittäminen on välttämätöntä siksi, että lukija kykenisi muodostamaan tutkimuksen tuloksista järkevän kokonaiskuvan. Lainaukset tukevat tulosten esittämistä.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tärkein tekijä on tarkka kuvaus siitä, miten saatuihin tuloksiin on tutkimusprosessissa päädytty. (Hirsjärvi ym. 2008, 227). Tämä tutkimus kuvaa päätelmien teon tarkasti. Opinnäytetyössäni olen luokitellut aineiston ala- ja yläluokkiin ja nämä luokittelut ovat lukijan saatavilla taulukoina tulokset -osiossa. Luokitteluun liittyväksi haasteeksi mainittakoon laajat ja usean eri aihealueen kattavat vastaukset.

Tiedon kokoamista siihen saakka, kunnes uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ei enää saada, nimitetään saturaatioksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,110.) Opinnäytetyön aineiston keruun aikana saturaation täytyminen oli selkeästi huomattavissa. Saturaation täyttymisen ansiosta analyysin toteuttaminen oli vaivatonta. Haastattelut täydensivät toisiaan ja muodostivat yhdessä kokonaiskuvan tutkittavasta aiheesta.

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esittelen opinnäytetyöni pohjalta muodostetut johtopäätökset ja tulosten tarkastelun. Pohdin myös työni jatkotutkimusaiheita ja hyödynnettävyyttä unohtamatta myöskään oman ammatillisen kasvuni erittelemistä.

10.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Sain haastattelurungon pohjalta esittämiini kysymyksiin runsaasti vastauksia ja näistä vastauksista muodostui jokaisen haastateltavan kohdalla antoisa keskustelutilanne. Haastateltavat olivat motivoituneita osallistumaan tutkimukseen ja tarjosivat runsaasti erilaisia näkemyksiä tutkittavaan aiheeseen liittyen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kohdeorganisaatiolle tietoa siitä, millaisin menetelmin muistisairaahan kipua arvioidaan ja hoidetaan sekä millaiseksi hoitohenkilöstö kokee osaamisensa muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa tutkittavassa yksikössä. Opinnäytetyön tavoite täyttyi halutun tiedon tuottamisen myötä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella todettakoon, että:

1. Muistisairaahan kivun arviointi tapahtuu pääsääntöisesti tulkitsemalla kehonkieltä ja käyttäytymistä.
2. Muistisairaahan kivun hoito tapahtuu sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömästi.
3. Hoitajat kokivat oman osaamisensa muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa pääosin hyväksi.

Hoitajat arvioivat muistisairaahan kipua tulkitsemalla kehonkieltä ja käyttäytymistä. He korostivat, että muistisairaahan tuntemisella on tässä suuri merkitys. Täytyy tietää, miten ihminen tavallisesti toimii, jotta mahdolliset kivusta kertovat muutokset voi havaita. Tulokset tässä ovat samanlaisia kuin Karjen (2018, 17) tutkimuksessa, jossa hoitajat kertoivat hyödyntävänsä kehonkieltä ja käyttäytymistä muistisairaahan kivun arvioinnissa. Myös Karjen tutkimuksessa korostettiin muistisairaahan tuntemista. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kommunikaatiovaikeudet ovat merkittävä haitta muistisairaahan kivun arvioinnissa. Vaikeasti muistisairas ei kykene itse ilmaisemaan tai kuvailemaan kipuaan. Samanlaisiin tuloksiin ovat päätyneet myös Alasirniö-Stoddart ja Suonperä (2018, 23), jotka myöskin tutkimuksessaan esittelevät kommunikaatiovaikeudet syynä muistisairaahan kivun arvioinnin haasteisiin. Kipumittareita ei juurikaan käytetä tutkitussa yksikössä. Useampi hoitaja kertoi, että ei usko niiden olevan hyödyllisiä. Kipumittareista voisi kuitenkin olla apua juuri niissä tilanteissa, joissa

muistisairasta asukasta ei tunne. Jäin pohtimaan, miksi hoitajat eivät kokeneet kipumittareita hyödyllisiksi. Onko taustalla osaamattomuus niiden käyttöä kohtaan?

Muistisairaahan kipua hoidetaan sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömästi. Kipulääkkeiden käyttö oli Fimean iäkkäiden lääkesuosituksen (Lääke 75+) mukaista siltä osin, että yleisimmin käytettynä kipulääkkeenä mainittiin parasetamoli. Vahvojen kipulääkkeiden käyttö oli vähäistä, mikä on asiantuntijoiden suositusten mukaista. (Fimea) Hoitajat hyödynsivät myös lääkkeettömiä kivun hoitomuotoja vaikka lääkehoito mainittiinkin kivunhoidon perustana. Muun muassa Ylisen (2010) tutkimuksessa on kuvattu hoitajien hyödyntämiä lääkkeettömien kivunhoidon muotoja. Ylisen (2010) mukaan hoitajien tulee tiedostaa lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien myönteisyys ja saman voi todeta tämän opinnäytetyön perusteella. Vaajoki (2012) taas on todennut musiikki-interventiot myönteisiksi kivun hoidossa. Vaajoen (2012) tutkimuksen mukaan musiikin kuuntelulla on kipua alentavia vaikutuksia.

Hoitajat kokevat osaamisensa muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa hyväksi, mikä on myönteistä. Hoitajat perustelivat hyvää osaamistaan sillä, että tuntevat yksikkönsä asukkaat ja osaavat sen ansiosta arvioida ja hoitaa muistisairaahan kipua. Hoitajat kuitenkin ilmaisivat toiveensa osallistua tähän aihealueeseen liittyvään täydennyskoulutukseen tulevaisuudessa, mikäli sellainen järjestettäisiin. Olivatko hoitajat rehellisiä arvioidessaan osaamistaan? Mikä selittää tarpeen täydennyskoulutukselle mikäli osaaminen on hyvää?

10.2 Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys

Jatkotutkimusaiheita tälle tutkimukselle on monia, sillä aihealue on laaja. Mielenkiintoista olisi saada tämän tutkimuksen kaltainen selvitys laajempaan, useita yksiköjä koskettavana tutkimuksena. Tutkimisen arvoista olisi erityisesti se, ilmeneekö yksiköiden välisiä eroavaisuuksia muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa sekä henkilöstön osaamisessa. Kiinnostavaa olisi myös tarjota henkilöstölle tähän aiheeseen liittyen täydennyskoulutusta ja pohtia sen jälkeen, ovatko menetelmät muistisairaahan arvioinnissa ja hoidossa muuttuneet ja miten täydennyskoulutus on vaikuttanut hoitajien arvioon omasta osaamisestaan tähän aiheeseen liittyen. Merkittävää voisi olla myös esimerkiksi omaishoitajien haastatteleminen muistisairaahan kivun arviointiin ja hoitoon liittyen.

Esittelin aiheeni työelämän yhdyshenkilölleni joulukuussa 2020. Jo tällöin sain positiivista palautetta aihevalinnastani. Yksikön esimies koki opinnäytetyöni merkitykselliseksi heti siihen tutustuttuaan. Aihetta on tutkittu paljon mutta tässä kyseisessä organisaatiossa vastaavanlaista selvitystä ei ole ennen toteutettu.

Työelämä hyötyy opinnäytetyöstäni monin tavoin. Tulokset osoittavat, että täydennyskoulutusten tarjoaminen tähän aiheeseen liittyen on harkitsemisen arvoista. Tulokset tuottivat myös arvokasta tietoa siitä, millaisia menetelmiä hoitajat käyttävät muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa. Opinnäytetyöni lisää muistisairaahan kivun arvioinnin ja hoidon erityispiirteiden näkyvyyttä hoitotyön arjessa.

Koen, että haastatellut hoitajat hyötyivät opinnäytetyöstäni välittömästi. Usea hoitaja toi haastattelutilanteessa ilmi, miten merkittävää oli keskustella kyseisestä aihealueesta. Oma osaamista on kehittämisen vuoksi hyvä välillä arvioida.

Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää täydennyskoulutuksia suunniteltaessa ja muulloinkin, kun on syytä tarkastella muistisairaahan kivun arviointiin ja hoitoon sekä hoitajien tähän aihealueeseen liittyvään osaamiseen kytköksissä olevia asioita.

10.3 Oma ammatillinen kasvu

Pohtiessani omaa ammatillista kasvuani, on tämä opinnäytetyö opettanut minulle ennen kaikkea taitoa etsiä luotettavaa tietoa ja sisäistää sitä. Olen myös päässyt kokemaan, mitä sitoutuminen ja kärsivällisyys käytännössä tarkoittavat. Suunnitelmallisuuden merkitys on työskentelyvaiheessa korostunut suuresti. Opinnäytetyöni aihe oli minulle selvä heti alusta lähtien. Koen muistisairaiden hoidon mielenkiintoiseksi ja tärkeäksi. Tämän opinnäytetyön toteuttamisen myötä olen oppinut käsittelemästäni aiheesta lisää.

Haasteita työskentelyyn toi erityisesti ajankäytön suunnittelu. Välillä turhauduin opinnäytetyön tuntua etenemättömältä projektilta. Motivaatiotani lisäsi huimasti analyysivaiheen aloitus. Tuntui hyvältä päästä konkreettisesti näkemään se, mitä on saanut aikaan. Koronavirustilanne toi ajoittain mutkia opinnäytetyömatkaani. Ohjeistukset muuttuivat ja aluksi sovitut etähaastattelut muuttuivatkin yllättäen paikan päällä tapahtuviksi, mikä oli tietysti positiivinen asia. Tästä kuitenkin seurasi pelko haastattelujen peruuntumisesta.

Koen tämän opinnäytetyön tekemisen merkittävänä asiana ajatellen tulevaa sairaanhoitajuuttani. Muistisairaudet ovat aina kiehtoneet minua ja minulla on palava halu parantaa tämän kasvavan potilasryhmän hoitoa. Aihevalinta osui kohdallani suoraan sanottuna nappiin. Satunnaisista turhautumisistani huolimatta opinnäytetyön parissa työskentelystä jäi minulle positiivisia muistoja, jotka tulevat olemaan minulle suureksi hyödyksi työelämässä.

Kiitos opettajille ja työelämälle sekä jokaiselle kohtaamalleni muistisairaalle

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Primum est non nocere. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Kustannus Oy Duodecim, 8-20.

Alasirniö-Stoddart, A. & Suonperä, E. 2018. Muistisairaahan potilaan kivun arviointi ja kirjaaminen Oulun kaupunginsairaалassa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Saatavilla:

<https://core.ac.uk/download/pdf/161428243.pdf> . Viitattu 22.4.2021

Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Saatavissa: https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s9_2. Viitattu 29.12.2020

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16-20

Fimea. Lääke 75+ -tietokanta

Hadjistavropoulos, T., Keela, H., Prkachin, K., Craig, K., Gibson, S., Lukas, A. & Smith, J. 2014. Pain assessment in elderly adults with dementia. The Lancet 13(12), 1216-1227. Saatavilla: [https://www.thelancet.com/journals/lanear/article/PIIS1474-4422\(14\)70103-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanear/article/PIIS1474-4422(14)70103-6/fulltext) . Viitattu 22.3.2021

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2014. Muistisairaudet kansanterveydellisenä ja inhimillisenä haasteena. Teoksessa. M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 15.

Hallikainen, M. 2014. Muistisairauden yleiset oireet. Teoksessa. M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 45-46.

Hallikainen, M. 2014. Muistisairaudet, niiden yleisyys ja ehkäisyn mahdollisuudet. Teoksessa. M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 13-14.

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. 2018. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen. & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 128-135.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13-14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

International Association for the Study of Pain. 2020.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2004. Kohti asiantuntijuutta. WSOY.

Jehkonen, M., Kettunen, J., Laihosalo, M. & Saunamäki, T. 2007. Oikean aivopuoliskon verenkiertohäiriön jälkeen esiintyvä neglect-oire. Duodecim. 123(14), 1718-24.

Kalso, E. & Jääskeläinen, S. 2018. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen. & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 85-107.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen. & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-84.

Kalso, E. 2018. Iäkkäiden kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen. & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 535-543.

Kalso, E. 2018. Kivun lääkehoito. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen. & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 177-221.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karki, A. 2018. Pain Assessment in Elderly Residents with Severe Dementia – Nurses' Point of View. Helsinki: Metropolia University of Applied Sciences. Opinnäytetyö. Saatavilla: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141385/Karki_Anita.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 22.4.2021

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2017. Saatavissa: https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s9_22. Viitattu 29.12.2020

Kuva 1. Kalso, E. 2017. Lääkärikirja Duodecim 30.10.2017. Saatavilla: https://www.oppiportti.fi/op/kip00723/do?p_haku=vas%20kipumittari#q=vas%20kipumittari. Viitattu 24.3.2021

Kuva 2: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa. 2014. PKSSK. Saatavissa: <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f4850-a42a-7de27eb7546b> . Viitattu 24.3.2021

Luoma, M. 2011. Organisaation toiminnan kehittäminen – monta tietä, yksi päämäärä. Teoksessa P. Juuti (toim.) Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen. Johtamistaidon opisto, 26-45.

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. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#K1>. Viitattu 30.12.2020

Nikkanen-Ilvesmäki, H. & Pitkälä, H. 2010. Vanhuksen kivun hoitoon ei ole hyviä vaihtoehtoja. Lääkärilehti 65(24), 2164.

Paajanen, T. & Hänninen, T. 2014. Muistisairaahan kognitiivisen aktivoimisen lähtökohdat. Teoksessa M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 98.

Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto, 2020. Strategiset päämäärät. Tietoa meistä – Sosiaali- ja terveysvirasto. Saatavissa: <https://www.sochv.jakobstad.fi/tietoa-meista> . Viitattu 25.4.2021

Pitkäniemi, A., Sihvonen, A., Särkämö, T. & Soinila, S. 2020. Musiikki-interventiot kivun hoidon osana. Lääkärilehti 75(37), 1843 – 1848.

Pudas-Tähkä, S-M. Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto. Turku: Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen tohtoriohjelma. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144771/AnnalesC453Sanna-Mari%20Pudas-T%c3%a4hk%c3%a4.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Viitattu 25.3.2021

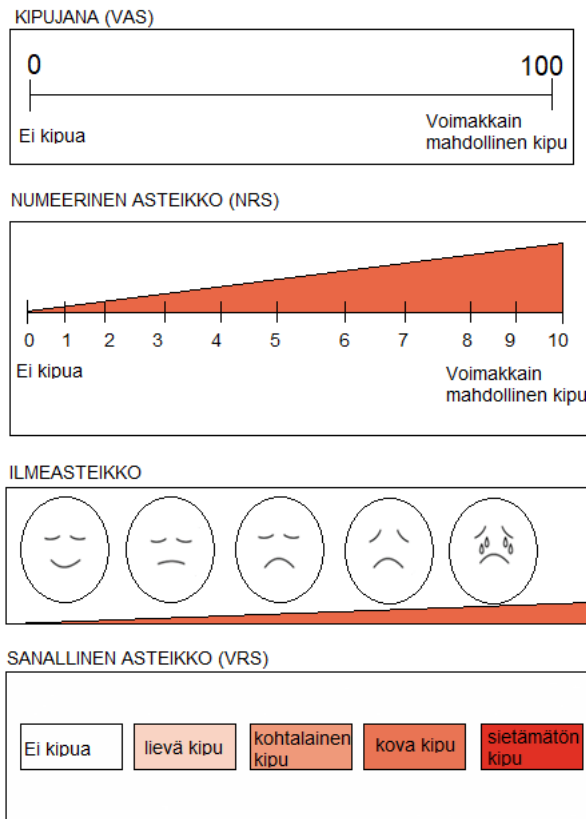
Rinne, J. 2010. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 159-164.

Sulkava, R. 2016. Alzheimerin tauti. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 113-115.

Sulkava, R. 2016. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 116-119.

- Sulkava, R. 2016. Muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentyminen. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 110-111.
- Sulkava, R. 2016. Muita muistisairauksia. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119-121.
- Tilvis, R. 2016. Kivut vanhusten vaivoina. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 340.
- Tilvis, R. 2016. Vanhusten kivun hoito. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 342-344.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.
- Vaajoki, A. 2012. Postoperative Pain in Adult Gastroenterological Patients – Music Intervention in Pain Alleviation. Kuopio. University of Eastern Finland. Faculty of Health Sciences. Väitöskirja. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/11662/urn_isbn_978-952-61-0956-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Viitattu 22.4.2021
- Vainio, A. 2018. Kipu ja kieli. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen. & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 25-30.
- Vakkala, M. 2016. Kivun ja toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Niemi-Murola, L. Metsävainio, K. Saari, T. Vahtera A. & Vakkala, M. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet, 141-142
- Vataja, R. 2014. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten syyt. Teoksessa. M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 47-49.
- Vataja, R. 2014. Muistisairauteen liittyvien käyttäytymisen muutosten ilmeneminen. Teoksessa. M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 46-47.
- Öun, I. 2014. Muistisairaahan kivun arviointi. Teoksessa. M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 238-239.
- Öun, I. 2014. Muistisairaahan kivun hoito. Teoksessa. M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 239-241.
- Öun, I. 2014. Muistisairauden vaikutus kivun kokemiseen ja ilmaisuun. Teoksessa. M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 236-237.

KUVAT



Kuva 1 Kipumittareita (Mukaillen Kalso 2017)

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	tulos
Hengitys	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä	
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai voihtetta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihtetta. Itkua.	
Ilmeet	Hymytön tai ilmeetön.	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää	
Elekieli	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
Lohduttaminen	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.	
			Pisteet yhteensä:	

Kuva 2 PAINAID -kipumittari (PKSSK)

HOITOHENKILÖSTÖN OSAAMINEN MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINNISSA JA HOIDOSSA

Haastattelurunko

Yleiset, kartoittavat kysymykset

- Miten muistisairaahan kivun arviointi ja hoito näkyy hoitajien työkuvassa
- Millaiseksi hoitajat arvioivat osaamisensa muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa?
... sanallinen arvio, kuvailua

Muistisairaahan kivun arviointi

- Millä tavoin hoitajat arvioivat muistisairaahan kipua työssään?
... menetelmät, kipumittareiden hyödyntäminen

Muistisairaahan kivun hoito

- Millaisin menetelmin hoitajat hoitavat muistisairaahan kipua?
... lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoitomuodot

Osaamisen tausta ja sen kehittäminen

- Millaiset valmiudet hoitaja kokee saaneensa koulutuksestaan muistisairaahan kivun arviointiin ja hoitamiseen?
... perusteluja
- Onko hoitajalle tarjottu mahdollisuutta kehittää osaamistaan muistisairaiden kivun arvioinnin ja hoidon suhteen esimerkiksi täydennyskoulutusten tai kurssien avulla?
... kokemuksia täydennyskoulutuksista, onko tämän aiheen täydennyskoulutuksille tarvetta
- Miten hoitajat omasta mielestään voisivat tukea tai lisätä osaamistaan muistisairaahan kivun arvioinnissa ja hoidossa

VÅRDPERSONALENS KOMPETENS ATT BEDÖMA OCH VÅRDA SMÄRTA HOS MINNESSJUKA

Intervjustomme

Allmänna, kartläggande frågor

- Hur bedömningen och vården av minnessjukas smärta syns i vårdarnas arbetsbeskrivning
- Hurdan kompetens bedömer vårdarna sig ha i att bedöma och vårda smärta hos minnessjuka?
... *verbal bedömning, skildring*

Bedömning av smärta hos minnessjuka

- På vilka sätt bedömer vårdarna smärta hos minnessjuka i sitt arbete?
... *metoder, utnyttjande av smärtekriterier*

Vård av smärta hos minnessjuka

- Med vilka metoder behandlar vårdarna smärta hos minnessjuka?
... *medicinering och medicinfräa behandlingsformer*

Bakgrund till kompetens samt kompetensutveckling

- Vilken beredskap upplever vårdaren att hen fått av sin utbildning i att bedöma och vårda smärta hos minnessjuka?
... *motiveringar*
- Har vårdaren erbjudits möjlighet att till exempel genom fortbildning eller kurser utveckla sin kompetens i fråga om att bedöma och vårda smärta hos minnessjuka?
... *erfarenheter av fortbildning, finns det behov för fortbildning i detta tema*
- Hur kunde vårdarna enligt egen utsago stödja eller öka sin kompetens i att bedöma och vårda smärta hos minnessjuka?



Social- och hälsovårdsverket
Sosiiali- ja terveystyövirasto

TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖLUPA-ANOMUS

Yleistiedot tutkimuksesta	<p>Hakijan nimi: Liikanen Hanne Marjut</p> <p>Osoite: XXXXXXXXXXXXXXXX Puh: XXXXXXX</p> <p>Opilaitoksen nimi, koulutusohjelma Centria-Ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma - Sairaanhoidaja AMK</p> <p>Tutkimuksen nimi: Hoitohenkilöstön osaaminen muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa</p> <p>Tutkimuksen tilaaja: Opinnäytetyö</p> <p>Tutkimuksen ohjaaja: Elina Liedes Yhteystiedot: XXXXXXX</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus: Hoitohenkilöstön osaamisen kuvaaminen Tutkimuksen kohderyhmä (henkilökunta, potilaat, muut): Lähi- ja sairaanhoitajat</p> <p>Tutkimuksessa käytettävät menetelmät (tiedonkeruu ja analyysimenetelmät): Tiedonkeruu teemahaastatteluna, analyysinä induktiivinen sisällönanalyysi</p> <p>Tutkimuksen tiedonkeruu ja valmistumisajankohta: Aineistonkeruu tammikuussa 2021, opinnäytetyön valmistuminen keväällä 2021</p>
Liitteet	<p>Tutkimussuunnitelma *</p> <p>Tiedote tutkimukseen osallistujalle (suomi/ruotsi) *</p> <p>Tutkimukseen suostumuslomake (suomi/ruotsi) *</p> <p>Malli kyselylomakkeesta (suomi/ruotsi)</p>
Hakijan allekirjoitus	<p>4.11.2020 Päiväys ja allekirjoitus Hanne Liikanen</p>
Luvan myöntäminen	<p>Lupa myönnetty <input type="checkbox"/> Lupaa ei myönnetty <input type="checkbox"/></p> <p>Lupa myönnetty seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/></p> <p>Perustelut</p>
Yhteyshenkilö	Tutkimuksen yhteyshenkilö sosiiali- ja terveystyövirastossa:
Luvan myöntäjän allekirjoitus	<p>Päiväys ja allekirjoitus johtava lääkäri/hoitotyön päällikkö/ vanhushuollon päällikkö/sosiiaalihuollon päällikkö</p>
Päätöspykälä	<p>§ 38 Päiväys 27/11/20 Käsittelijä U.K.</p>
Jakelu	

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUVALLE

Opinnäytetyön nimi:

Hoitajien hyödyntämät menetelmät sekä osaaminen muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa

Opinnäytetyön tarkoitus

Opiskelen Centria-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkintoa. Opintoihini sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön osaamista muistisairaiden kivun arvioinnissa ja hoidossa muistisairaita hoitavassa yksikössä. Tavoitteena on tuottaa kohdeorganisaatiolle tietoa siitä, millaisena sen muistisairaita hoitavissa yksiköissä työskentelevä hoitohenkilöstö kokee osaamisensa muistisairaiden kivun arvioinnissa ja hoidossa. Tätä tietoa voidaan hyödyntää muistisairaiden kokonaisvaltaisen hoidon kehittämisessä. Tutkimukseen pyydetään mukaan kolme lähihoitajaa sekä kolme sairaanhoitajaa valitusta palveluasumisen yksiköstä. Haastatteluun osallistuvilta lähi- ja sairaanhoitajilta edellytetään suoritettua tutkintoa. Alan opiskelijat eivät osallistu tutkimukseen. Tutkittavilla on oltava kokemusta kyseisessä palveluasumisen yksikössä työskentelystä vähintään puoli vuotta. Tutkittavien valinnan suorittaa yksikön esimies. Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Elina Liedes Centria-ammattikorkeakoulusta.

Tutkimuksen kulku

Tutkimukseen osallistutaan ottamalla osaa teemahaastattelutilanteeseen valitussa palveluasumisen yksikössä. Esimiehen valitsevat hoitajat osallistuvat haastattelutilanteeseen, jossa aineisto kerätään. Osallistuminen edellyttää suoritettua alan tutkintoa ja kokemusta kyseisessä palveluasumisen yksikössä työskentelystä. Teemahaastattelu pyritään järjestämään tammikuussa 2021.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on hoitajille täysin vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistumisesta voi kieltäytyä ja osallistumisen voi keskeyttää tai peruuttaa syytä ilmoittamatta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teemahaastatteluun osallistuminen on luottamuksellista. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ja muut tunnistettavat tiedot ovat ainoastaan tutkimuksen tekijän tiedossa. Yksittäisen henkilön vastauksia ei voida tunnistaa missään vaiheessa. Opinnäytetyöprosessiin osallistuvia koskee salassapitovelvollisuus. Aineiston käsittelyssä ja tulosten esittämisessä noudatetaan hyvää tutkimusetiikkaa. Aineisto säilytetään tietokoneella salasanaalla suojattuna eikä kukaan ulkopuolinen voi sitä nähdä. Aineiston käsittelyssä ja säilytyksessä huomioidaan tietoturvallisuus. Aineistoa ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle ja sen pääsevät näkemään ainoastaan opinnäytetyöprosessiin osallistuvat. Kerätty aineisto tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön tuloksista tiedottaminen

Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2021 ja on luettavissa sähköisesti Theseus-tietokannasta (www.theseus.fi).

Tutkimuksen tulokset esitellään tutkimuksen toteutukseen osallistuneen palveluasumisen yksikön henkilöstölle esimiehen kanssa yhdessä valitulla tavalla.

Ystävällisesti,

Sairaanhoitajaopiskelija

Hanne Liikanen

Centria-ammattikorkeakoulu