



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Elina Koski

Lääkkeettömien hoitokeinojen käyttö muistisairaana kivun- hoidossa pitkäaikaishoidossa olevilla asukkailla

Hoitohenkilöstön näkemyksiä kivusta ja sen hoidosta

Opinnäytetyö
Syksy 2022
Geronomi (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Seamk Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Geronomi (AMK)

Tekijä: Elina Koski

Työn nimi: Lääkkeettömien hoitokeinojen käyttö muistisairaana kivunhoidossa pitkäaikaishoidossa olevilla asukkailla

Ohjaaja: Marita Lahti

Vuosi: 2022

Sivumäärä: 39

Liitteiden lukumäärä: 2

Väestön ikääntyminen sekä Suomessa että maailmanlaajuisesti lisää myös muistisairauksien ilmaantuvuutta. Ikääntyessä myös erilaiset kipua aiheuttavat sairaudet lisääntyvät. Muistisairaana kivun arviointi voi olla haastavaa, koska muistisairauden edetessä sairastuneen kyky kertoa kivustaan voi heikentyä, jolloin kivun arviointi jää kokonaan häntä hoitavien tahojen vastuulle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tehostetun palveluasumisyksiköiden hoitohenkilöstön näkemyksiä ja mielipiteitä muistisairaana kivun arvioinnista ja hoidosta sekä lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä. Lisäksi selvitettiin hoitohenkilöstön tietämystä lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä muistisairaana kivunhoidossa.

Tutkimus toteutettiin Ilmajoen ja Kurikan alueen ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Tutkimus oli laadullinen ja tutkimusaineisto kerättiin lomakehaastatteluna. Lomakehaastattelu sisälsi pääosin avoimia kysymyksiä. Vastaajat olivat pääosin sairaanhoitajia ja lähihoitajia, jotka työskentelivät tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä.

Tutkimuksessa selvisi, että muistisairaana kivun arviointi on haastavaa varsinkin muistisairauden edetessä, kun ikääntyneen kyky itse kertoa kivustaan heikkenee muistisairauden myötä. Tutkimuksessa selvisi myös, että lääkkeettömät kivunhoidon keinot jakavat hoitohenkilöstöä, osa on vahvasti lääkkeettömien hoitokeinojen puolesta, kun taas osa hoitohenkilöstöstä vastustaa niitä.

Vuoden 2023 alusta RAI-arviointivälineistön käyttö on lakisääteistä muun muassa kaikissa vanhuspalveluyksiköissä. RAI-arviointi antaa uusia keinoja ja mahdollisuuksia myös muistisairaana kivun arviointiin ja asianmukaiseen hoitoon. Myös lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien vaikuttavuutta voidaan arvioida RAI-järjestelmän avulla ja mahdollistaa kivun hoidon toteutuminen myös muistisairaana kohdalla.

¹ Asiasanat: Muistisairaus, kipu, lääkkeetön kivunhoito, kivunhoito,

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Elderly Care

Author: Elina Koski

Title of thesis: Use of drug-free therapies in pain management of memory disorder in long-term care residents

Supervisor: Marita Lahti

Year: 2022

Number of pages: 39

Number of appendices: 2

An ageing population both in Finland and globally increases the incidences of memory disorders. Ageing also increases pain related diseases. Assessing the pain of a person with a memory disorder can be challenging. As the memory disorder progresses, the patient's ability to talk about their pain may decrease, leaving the assessment of the pain entirely to the parties treating them.

The purpose of this thesis was to study the views and opinions of the nursing staff of intensified assisted living units on the assessment and treatment of pain in memory disorders and on drug-free pain management methods. In addition, the nursing staff's knowledge of drug-free pain management methods in the pain management of memory disorder patients was investigated.

The study was carried out in the units of enhanced assisted living for the elderly in Ilmajoki and Kurikka. The study was qualitative, and the research data was collected as a form interview. The form interview consisted mainly of open-ended questions. The respondents were mainly registered nurses and practical nurses who worked in the units participating in the study.

The results showed that assessing the pain of a person with memory disorder is challenging, especially as the memory disorder progresses, when the elderly person's ability to talk about their pain themselves decreases with the memory disorder. The result also showed that drug-free methods of the pain management divide medical staff: Some are strongly in favor of drug-free treatments, while others are against them.

From the beginning of 2023, the use of the RAI assessment toolkit will be statutory, for example, in all elderly care units. The RAI assessment also provides new means and opportunities for the assessment and appropriate treatment of pain in memory disorders. The effectiveness of drug-free pain management methods can also be assessed with the help of the RAI system and enables the implementation of pain treatment also in the case of memory disorders.

¹ Keywords: Memory disorder, pain, drug-free pain management, pain management

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo	6
1 JOHDANTO	7
2 MUISTISAIRAUDET YLEISESTI	9
2.1 Alzheimerin tauti.....	9
2.2 Vaskulaarinen eli aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus.....	9
2.3 Otsa-ohimolohkorappeuma eli Frontotemporaalinen dementia	10
2.4 Lewyn kappaletauti.....	10
2.5 Parkinsonin taudin muistisairaus	10
3 MUISTISAIRAAN KIPU	11
3.1 Kivun tunteminen ja kipukäyttäytyminen	12
3.2 Kivun arviointi	13
3.3 PAINAD-mittari	14
3.4 Kivun hoito	15
3.5 Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät	17
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
4.1 Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusote.....	20
4.2 Aineiston keruu.....	20
4.3 Aineiston analyysi.....	21
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
5.1 Taustatiedot.....	23
5.2 Muistisairaahan kivun ilmeneminen.....	23
5.3 Lääkkeettömät kivun hoidon menetelmät	24
5.4 Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttö	26
5.5 Muistisairaahan kivunhoidon kehittäminen omalla työpaikalla	28
6 POHDINTA.....	29
6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	29

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	31
6.3 Jatkotutkimusaiheita	32
LÄHTEET	34
LIITTEET	37

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Taulukko 1. PAINAD-mittari.....	15
Kuvio 1. Muistisairaahan kivun ilmeneminen	24
Kuvio 2. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät.....	25
Kuvio 3. Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttöaiheet.....	26

1 JOHDANTO

Etenevät muistisairaudet ovat sekä Suomessa että maailmalla merkittävä ja hyvin nopeasti kasvava kansanterveydellinen haaste (Hallikainen ym., 2014, s. 15). Väestön ikääntyminen sekä Suomessa että maailmanlaajuisesti aiheuttaa monien sairauksien, myös muistisairauksien lisääntymisen (Erkinjuntti ym., 2010, s. 28).

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn osa-alueita (Hallikainen ym., 2019, s. 14). Etenevät muistisairaudet johtavat ajan kuluessa muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Muistisairaus heikentää muistin lisäksi myös muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten näönvaraista hahmottamista, kielellisiä toimintoja sekä toiminnanohjausta (Hallikainen ym., 2014, s. 13–15).

Kipu on elimistön suojaimekanismi (Mehiläinen, i.a.). Kehon kudoksissa on kipuhermopäätteitä, jotka lähettävät kipuviestiä aivoille. Kipu on luonnollinen reaktio kudonvaurioon, mutta samalla myös hyvin epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus (Tilvis ym., 2016, s. 340). Myös monet kipua aiheuttavat sairaudet lisääntyvät iän myötä. Tällaisia ovat esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja syöpätaudit. Jatkuvan tai päivittäisen kivun ilmaantuvuus lisääntyy iän myötä (Kalso ym., 2018, s. 535). Ikääntyessä hermoston toiminta heikkenee ja ikääntyneet kokevat kipua eri tavoin kuin nuoremmat.

Suomessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevista ikääntyneistä jopa neljännes kärsii päivittäisistä kivuista (Tilvis ym., 2016, s. 340). Ikääntyneiden kipua aiheuttaa samoista syistä kuin nuoremmillakin. Ikääntyessä erilaiset kipua aiheuttavat sairaudet lisääntyvät, mutta ikääntyminen itsessään ei ole koskaan syy kipuun. Ikääntyessä näkö, kuulo ja tuntoaisti heikkenevät, myös kipua välittävissä järjestelmissä tapahtuu muutoksia iän myötä (Kalso ym., 2018, s. 535, 537). Muistisairaudesta ja dementiasta johtuen myös kipukokemus muuttuu. Edetessään muistisairaus vaurioittaa aivoissa myös kipujärjestelmiä ja kiputuntemuksia välittäviä hermoratoja.

Tässä opinnäytetyössä perehdytään muistisairauksiin sekä ikääntyneen kipuun yleisellä tasolla. Tutustumme myös lääkkeettömiin kivunhoidon menetelmiin ikääntyneiden kivunhoidossa. Muistisairaudet aiheuttavat omia haasteitaan ikääntyneiden kivunhoitoon muun muassa siksi, että muistisairauden edetessä ikääntynyt ei enää osaa kertoa kivustaan ja

kivunhoidon tarpeestaan. Aineistonkeruu toteutettiin Webropol-kyselyllä Ilmajoella ja Kurikassa sijaitsevien palveluasumisyksiköiden hoitohenkilöstölle.

2 MUISTISAIRAUDET YLEISESTI

Muistisairaudet ovat sairauksia, jotka heikentävät kognitiivisia toimintoja eli muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, esimerkiksi näönvaraista hahmottamista, kielellisiä toimintoja sekä toiminnanohjausta (Hallikainen ym., 2019, s. 328). Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus eli vaskulaarinen muistisairaus, Lewyn kappaletauti, otsa-ohimolohkorappeuma eli frontotemporaalinen dementia sekä Parkinsonin taudin muistisairaus.

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus (Hallikainen ym., 2019, s. 328). Alzheimerin taudin ensimmäisiä oireita ovat lähiaikoina tapahtuneiden ja puhuttujen asioiden muistamisen vaikeus sekä uuden oppimisen heikentyminen, toiminnanohjauksen hidastuminen ja keskittymiskyvyn heikentyminen. Muisti on koko sairauden ajan eniten heikentynyt tiedonkäsittelyn osa-alue. Lisäksi voi ilmentyä muun muassa uupumusta, stressioireita, ärtyneisyyttä ja ahdistuneisuutta. Alzheimeria sairastavalla voi esiintyä käytösoireita missä taudin vaiheessa tahansa (Kelo ym., 2015, s. 211). Tyypillisiä käytösoireita ovat muun muassa masennus, aggressiivisuus, levottomuus sekä erilaiset harhat. Näistä yleisimpiä ovat varastamisharhat, joissa sairastunut olettaa muiden ihmisten varastavan hänen tavaroitaan.

2.2 Vaskulaarinen eli aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus

Verisuoniperäinen kognitiivinen heikentyminen eli vaskulaarinen muistisairaus on aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn sairaus (Kelo ym., 2015, s. 211.) Se on toiseksi yleisin etenevä muistisairaus, joka johtuu aivoverenkiertosairauden aiheuttamasta muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymisestä. Vaskulaarinen muistisairaus on enemmänkin oireyhtymä eikä niinkään erillinen sairaus (Hallikainen ym., 2019, s. 339). Vaskulaariseen muistisairauteen liittyy kognitiivisia oireita yhden tai useamman toiminnon alueella sekä laajalajaisesti dementian oireistoa.

2.3 Otsa-ohimolohkorappeuma eli Frontotemporaalinen dementia

Otsa-ohimolohkorappeumaksi kutsutaan sellaista muistisairauksien ryhmää, jossa sairaudet nimensä mukaisesti vaurioittavat erityisesti aivojen otsa- ja ohimolohkoja (Hallikainen ym., 2019, s. 341–342). Otsa-ohimolohkorappeumiin liittyvä muistisairaus on etenkin työikäisten eli alle 65-vuotiaiden sairaus. Yleisin otsa-ohimolohkorappeuman muoto on otsalohkodementia. Otsalohkodementialle tyypillistä on muun muassa persoonallisuuden muutokset ja käyttäytymisen muutokset. Sairastuneen käytös muuttuu impulsiiviseksi ja joustamattomaksi. Sairastuneella esiintyy myös esimerkiksi tahdittomuutta, empatian puutetta ja estottomuutta.

Otsalohkodementiaa sairastavalla muisti, havaintokyky ja motoriset taidot ovat usein kohtalaisesti säilyneet, mutta puheen tuottaminen voi olla normaalia työläämpää ja sanoja voi olla vaikea löytää tai niiden merkitys voi olla hämärtynyt (Muistiliitto, i.a.). Myös niin sanottu sairautentunto on usein heikko, eli sairastunut itse ei kykene arvioimaan sairauden aiheuttamia toimintakyvyn muutoksia.

2.4 Lewyn kappaletauti

Lewyn kappaletaudille tyypillistä ovat aivokuorelle kehittyvät Lewyn kappaleet, joista sairaus on saanut nimensäkin (Hallikainen ym., 2019, s. 344). Lewyn kappaletaudille tyypillisiä oireita ovat aaltoilevasti etenevät päiväaikaisen vireystilan, keskittymiskyvyn ja toiminnanohjauksen häiriöt. Päiväaikaisen vireystilan häiriöt tarkoittavat käytännössä poikkeavaa väsymystä päivisin. Myös näköharhat ovat tyypillisiä sairauden oireita. Sairauden alkuvaiheessa esiintyviä oireita ovat muun muassa hitaus, jäykkyys ja vapina ja tästä syystä Lewyn kappaletauti aluksi diagnosoidaan virheellisesti Parkinsonin taudiksi. Muistin ja toimintakyvyn heikentyminen ilmenee vasta myöhemmässä vaiheessa sairautta.

2.5 Parkinsonin taudin muistisairaus

Noin 60–70 prosenttia Parkinsonin tautia sairastavista kärsii myös muistisairautta (Hallikainen ym., 2019, s. 346–347). Keskeisimpiä oireita Parkinsonin taudin muistisairaudessa ovat tarkkaavuuden heikentyminen, toiminnanohjauksen vaikeudet, näönvaraiseen hahmottamiseen liittyvät vaikeudet ja myöhäisemmässä vaiheessa myös muistivaikeudet. Parkinsonin taudin muistisairauteen liittyy myös aloitekyvyttömyyttä ja apatiaa.

3 MUISTISAIRAAN KIPU

Kipu on mitä tahansa, mitä yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän. Ihminen on aina oman kipunsa paras asiantuntija. (Salanterä ym., 2006, s. 7–8). On kuitenkin huomioitava, että tämä ei sovi kaikkiin ihmisiin, sillä on olemassa paljon ihmisiä, joiden kyky kommunikoida sanallisesti on puutteellinen, kuten muistisairailta.

Ikääntyminen aiheuttaa muutoksia elimistössä ja myös kipujärjestelmän toiminnassa tapahtuu muutoksia (Salanterä ym., 2006, s. 198.) Ikääntyneillä yleisimpiä haasteita ovat selkäkiput, lonkka- ja polvikivut sekä muut nivelkiput. Ikääntyneillä esiintyy myös muita kiputiloja, esimerkiksi neuropaattisia kipuja rappeumasairauksissa ja diabeettisessa polyneuropatiassa. Muistisairauksia sairastavilla ikääntyneillä kipua aiheuttavat myös erilaisiin tulehduksiin sekä ihon painehaavaumiin liittyvät kivut sekä ruuansulatuskanava- ja sydänperäiset kivut (Saarto ym., 2015, 80). Ikääntyessä monet muut kipua aiheuttavat sairaudet lisääntyvät (Tilvis ym., 2016, s. 340–341). Tällaisia ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja erilaiset syöpätaudit.

Ikääntyminen muuttaa jonkin verran kipuaistimuksia sekä myös suhtautumista kipuun (Tilvis ym., 2016, s. 340–341). Ikääntyessä kivunsietokyky käyttäytyy kuitenkin päinvastaisesti, sillä kipu vaikuttaa lisääntyvän vanhoilla ihmisillä nuoria nopeammin sietämättömäksi. Toisaalta kuitenkin ikääntymiseen liittyy tietynlainen rauhallisuus lieviin kipuihin suhtautumisessa. Hyvin usein esimerkiksi vanhus suhtautuu lieviin niveloireisiin ennemminkin vanhuuden merkkinä kuin osoituksena sairaudesta. Myös henkisillä tekijöillä on usein vaikutusta kivun kokemiseen (Kelo ym., 2015, s. 53). Esimerkiksi yksinäisyys, turvattomuus, eristyneisyys ja väsymys lisäävät kipua. Lisäksi myös sekä fyysinen että psyykinen stressi, ahdistuneisuus ja masentuneisuus pahentavat kiputiloja.

Ikääntyneellä kipu voi ilmetä esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemisenä, jolloin ikääntynyt ei kivun takia enää selviä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoistaan, esimerkiksi ruuanlaitosta, siivouksesta tai peseytymisestä, itsenäisesti (Kelo ym., 2015, s. 53). Ikääntyessä myös monet sairaudet ja niiden hoito vaikuttavat kipujen luonteeseen ja hoitoon (Tilvis ym., 2016, s. 341). Esimerkiksi diabetes aiheuttaa neuropaattisia kipuja, mutta toisaalta se myös tuhoaa kiputuntoa. Kipu näyttää olevan varsin tiukasti yhteydessä paitsi masennukseen, myös muunlaisiin negatiivisiin tunteisiin, kuten turhautumiseen ja vihaan. Kipu heikentää hyvin monin tavoin ihmisen elämänlaatua. Kipu muun muassa heikentää toimintakykyä, aiheuttaa unettomuutta ja

lisää terveystalveluiden käyttöä. Ikääntyneillä toimintakyvyn heikentyminen ei tarkoita ainoastaan liikkumiskyvyn heikentymistä vaan myös esimerkiksi kognitiivisten toimintojen vaikeutumista ja ajatusmaailman kaventumista.

Ikääntyessä ihmisen aistit, näkö, kuulo ja tuntoaisti, heikkenevät (Kalso ym., 2018, s. 536). Elimistössä tapahtuu muutoksia myös kipua välittävässä järjestelmässä, joiden vuoksi on oletettu, että ikääntyneen kivuntunto olisi heikompi kuin nuoremmilla ihmisillä.

Muistisairautta sairastavien kipukynnys ei poikkea terveiden ikääntyneiden kipukynnyksestä, mutta heidän kivunsietokykynsä on osoittautunut olevan korkeampi kuin terveillä ikääntyneillä (Voutilainen & Tiikkainen, 2009, s. 248). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että he ovat yhtä herkkiä kivulle kuin muutkin, mutta muistisairaajat eivät välttämättä ymmärrä tai kykene tulkitsemaan tuntemuksiaan kivuksi.

3.1 Kivun tunteminen ja kipukäyttäytyminen

Kivun kokemiseen liittyvä kärsimys, epämiellyttävyys, ahdistus ja kivun sietokyky vaihtelee yksilön ja tilanteen välillä paljon. (Hallikainen ym., 2014, s. 236.) Kipu aiheuttaa hyvin usein kiukkua tai vihaa, ja pitkään kestäessään se lisää riskiä ahdistukseen, suruun ja masennukseen. Toisaalta on hyvä huomioida, että suru, masennus, viha, pelko ja ahdistus myös lisäävät kivun kokemusta (Salanterä ym., 2006, s. 56–57). Ihmisen kyky ymmärtää ja käsitellä tietoa auttaa häntä myös kivun kokemuksen käsittelyssä. Kivun kokeminen on kuitenkin aina yksilöllistä, koska ihminen kokee kivun omalla yksilöllisellä tavallaan.

Muistisairaus vaikuttaa kivun kokemiseen ja kykyyn ilmaista kivun tuntemuksia (Hallikainen ym., 2019, s. 298). Muistisairaajat eivät osaa ilmaista tuntemaansa kipua tai he unohtavat kokemansa kivun (Hallikainen ym., 2014, s. 236–237). Kivuista kärsivillä muistisairailla esiintyy enemmän käyttäytymisen muutoksia kuin kivuttomilla. Tyyppillisiä kipuun liittyviä käyttäytymisen muutoksia ovat muun muassa ärtyneisyys ja aggressiivisuus sekä hoitotoimien vastustaminen, erilaiset kasvojen ilmeet, mielialan muutokset, levottomuus, tuskaisuus, sekavuus, ääntelyt esimerkiksi vaikertaminen tai huutaminen, äänekäs hengitys sekä jännittynyt asento. Myös verenpaine saattaa olla koholla kivusta kärsivällä muistisairaalla. (Voutilainen & Tiikkainen, 2009, s. 256.)

3.2 Kivun arviointi

Kivun arvioinnissa auttaa muistisairautta sairastavan käyttäytymisen muutosten havainnointi sekä erilaiset mittarit (Muistiliitto, 2016). Kivun arvioinnin lähtökohtana on aina ihmisen oma arvio (Käypä hoito, 2016). Muistisairaahan kivun arviointi perustuu kivun itsearviointiin sekä toisen ihmisen, esimerkiksi hoitohenkilöstön tai läheisten, havainnointiin (Hallikainen ym., 2014, s. 238). Kivun itsearvioinnin luotettavuuteen kuitenkin vaikuttaa muistisairauden vaihe. Muistisairauden varhaisessa vaiheessa ikääntynyt pystyy arvioimaan kokemaansa kipua ja kertomaan siitä, mutta muistisairauden edetessä läheisten tai hoitohenkilökunnan tulisi pystyä tunnistamaan muistisairaahan kipua ja sen ilmeneminen.

Kipua arvioitaessa kysytään ikääntyneeltä itseltään tai havainnoidaan muun muassa, missä kipua tuntuu, minkälaista kipua on, milloin kipua tuntuu, kivun voimakkuus sekä miten kipua vaikuttaa jokapäiväiseen elämään esimerkiksi uneen, nukkumiseen, mielialaan, toimintakykyyn tai liikkumiseen (Terveyskylä, 2019). On tärkeää myös pyrkiä selvittämään, mikä pahentaa kipua tai helpottaa kipua.

Muistisairaahan kivun arviointi voi olla hyvin haastavaa (Saarto ym., 2015, s. 79, 82). Kivun arvioinnin haasteet voivat johtaa kivun alidiagnosointiin. Kipua ei tästä syystä myöskään pystytä hoitamaan riittävän tehokkaasti. Hoitamattomana pitkäaikainen kipua johtaa muun muassa huonoon ruokahaluun, masennukseen ja liikuntakyvyn menetykseen.

Muistisairaahan kipua voi oireilla myös käyttäytymisnäkökohtina (Salanterä ym., 2006, s. 76–77). Kommunikoimaan kykenemättömillä muistisairailla vanhuksilla käyttäytymisen arviointi on hyvin usein paras tapa arvioida kipua. Muistisairaahan kivun arvioinnissa sanallinen sekä sanaton viestintä on yhtä tärkeää (Saarto ym., 2015, 82–83). Vaikka muistisairas ei enää pystyisi sanallisesti kertomaan kivustaan ja sen laadusta tai voimakkuudesta, häntä hoitavat ammattilaiset pystyvät kuitenkin tunnistamaan mahdollisen kivun havainnoimalla muistisairaahan ilmeitä, eleitä ja käyttäytymistä. Muistisairas voi reagoida kipua esimerkiksi kasvojen ilmeillä, levottomuudella, vaeltelulla, kiukkuisuudella, aggressiivisuudella, hoitotoimenpiteiden vastustamisella, huokailulla, voivottelulla, huutamalla, kiljumalla tai nukkumisvaikeuksilla. (Saarto ym., 2015, 82–83).

Myös hermostuneisuus, kehon suojaaminen ja ahdistuneisuus saattavat viitata kipua (Saarto ym., 2015, s. 79, 82). Jännittynyt vartalo, liikkumattomuus tai toisaalta myös levoton

liikehdintä sekä hitaat tai jäykät liikkeet voivat kaikki olla merkkejä ikääntyneen kokemasta kivusta (Salanterä ym., 2006, s. 78). Kaikenlainen kipukäyttäytyminen, jota edellä kuvattiin, voi joko lisätä tai vähentää kipua. Hermostunut tai levoton käytös lisää kivun tunnetta, kun taas oman käytöksen hallinta ja rauhoittuminen voi lievittää koettua kipua. Tunnistamatta jäänyt kipu voi johtaa rauhoittavien- ja psykoosilääkkeiden epäasianmukaiseen käyttöön (Saarto ym., 2015, s. 79, 82).

Pätärin (2014, s. 23) tekemän tutkimuksen mukaan aikuisten potilaiden kohdalla kivun arviointi oli haastavaa. Haasteellisuus korostui muun muassa muistisairaiden kohdalla. Keskeisimmiksi kivun arvioinnin menetelmiksi tutkimuksessa tuotiin esiin asiakkaan haastattelu ja havainnointi, jota täydennettiin asiakkaan omilla kertomuksilla ja tuntemuksilla. Enemmistö tutkimukseen vastanneista kuvasi asiakkaan haastattelun olevan yksi tärkeimmistä kivun arvioinnin menetelmistä. Kipuviesti-lehden (Rapo-Pylkkö, 2019, s. 26) artikkelin mukaan myös muistisairaana kivun arviointi lähtee ikääntyneen omasta kipuilmaisesta ja määrittelystä.

Gerontologia-lehdessä (Kankkunen ym., 2007, s. 311) julkaistun tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö tunnistaa muistisairaana kipua erilaisista emotionaalisista ja fyysisistä muutoksista sekä ilmeiden ja eleiden muutoksista. Tutkimuksessa emotionaalisia muutoksia hoitohenkilöstö kuvasi muun muassa sanoilla aggressiivisuus, levottomuus, tuskaisuus, hätäisyys ja itkuisuus. Tutkimukseen vastanneiden hoitajien mukaan muistisairaana ilmaisevat kipuaan myös kehon liikkeillä esimerkiksi koskettamalla tai hieromalla kipeää kohtaa tai raajojen liikutelulla. Hoitajat painottivat myös pitkäaikaisen seurannan ja havainnoinnin tärkeyttä sekä muistisairaana tuntemista kivun arvioinnissa.

3.3 PAINAD-mittari

Muistisairaana kivun arviointiin on kehitetty oma mittarinsa, PAINAD-kipumittari (taulukko 1), jonka avulla on mahdollista havainnoida muistisairaana kipua. (Hallikainen ym., 2019, s. 299.) PAINAD (Pain assessment in advanced dementia) -mittari on helppokäyttöinen, muistisairaana käyttäytymisen muutosten havainnointiin perustuva kipumittari. Mittarissa on viisi erilaista olemukseen ja käyttäytymiseen liittyvää arviota. Mittarin käyttö päivittäisissä toimituksissa auttaa hoitohenkilöstöä arvioimaan muistisairaana kipua sekä tunnistamaan kivunhoidon tarpeellisuuden.

Mittarin avulla tarkastellaan muistisairaahan hengitystä, negatiivista ääntelyä, ilmeitä, eleitä sekä lohdutettavuutta (Hallikainen ym., 2019, s. 299). Jokaisesta osa-alueesta annetaan 0–2 pistettä riippuen arvioijan havainnoista. Pistemäärä 0 tarkoittaa kivuttomuutta, kun taas pistemäärä 10 tarkoittaa vaikeaa, voimakasta kipua.

Arviointi	Kivuton	Kivulias	Vaikeasti kivulias	Pisteet
	0 pistettä	1 pistettä	2 pistettä	
Hengitys	Normaalia ääntelystä riippumatta, lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Ajoittain vaivalloista, pitkiä hyperventilaatiojaksoja	Äänekästä ja vaivalloista, katkonaista	
Negatiivinen ääntely	Ei ole	Satunnaista vaikeointia tai voihketta; valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikeointia tai voihketta, itkua	
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistelyä	
Elekieli	Levollinen	Kireää, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, poisvetämistä tai -työntämistä, riuhtomista	
Lohduttaminen	Ei tarvetta	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle ja tyyntyyntää	Lohduttaminen, huomion poiskääntäminen tai tyyntäminen ei onnistu	
Pisteet yhteensä				

Taulukko 1. PAINAD-mittari (Hallikainen ym., 2019, s. 299).

Mittarit ja menetelmät ovat vain apuvälineitä (Muistiliitto, 2016). Kokonaistilannetta tulee arvioida säännöllisesti, eikä sairastuneen omaa kokemusta ja arviota tule väheksyä, vaan se tulee aina kuulla ja huomioida. Käyttäytymisen arviointiin perustuvassa menetelmässä tulee myös huomioida ja poissulkea muut oireilua aiheuttavat tekijät, kuten jano, WC-tarve, epämuokava vaatetus ja mieliala, kuten ahdistus ja huoli.

3.4 Kivun hoito

Kivun hoidon tavoitteena on lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja kohentaa elämänlaatua. (Käypä hoito, 2016). Muistisairaahan kivunhoidon tavoitteena on kivuttomuus sekä levossa että liikkussa (Hallikainen ym., 2019, s. 300). Muistisairaahan kivunhoito perustuu säännölliseen ja järjestelmälliseen arviointiin, joka tapahtuu havainnoimalla ja erilaisia kipumittareita käyttämällä.

Muistisairaahan kivun hoidossa on otettava huomioon mahdollinen kivun aiheuttaja, joka voi olla esimerkiksi ummetus, virtsatieinfektio, nivelkiput ja pitkäaikaisen vuodelevon aiheuttama lihasjäykkyys ja kipu (Hallikainen ym., 2019, s. 300). Muistisairaahan tunteminen ja tiedot aikaisemmista sairauksista helpottavat kivun aiheuttajan määrittämistä ja kivun arviointia.

Muistisairautta sairastavan kivun hoitotyössä yhtenä haasteena on se, että muistin heikentyessä saattaa myös hänen kipumuistinsa heikentyä (Voutilainen & Tiikkainen, 2009, s. 247, 250). Muistisairaahan kivun arviointiin liittyy muun muassa hyvä ammattitaito, havainnointikyky sekä keskustelutaidot. Myös kyky havaita kipua tunnustelemalla liittyy muistisairaahan kivun arviointiin.

Kivun hoidossa on tärkeää selvittää tai arvioida kivun syy ja luonne (Hallikainen ym., 2014, s. 240). Lääkkeetön kivunhoito on yksin useinkin riittämätön kivunhoidon menetelmä, mutta se tukee hyvin kivun lääkehoitoa. Kivun hoitamiseen valitaan sopiva lääke, joka takaa mahdollisimman tehokkaan kivun lievityksen mahdollisimman vähillä haittavaikutuksilla.

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien tietämyksen puute kivun kokemuksesta ja sen hallinnasta ikääntyneillä on puutteellinen (Sloman ym., 2001.) Tutkimuksen suhteellisen pieni otos ei anna pätevää yleistystä havainnosta, mutta on kuitenkin suuntaa antava. Tulosten mukaan sairaanhoitajat eivät välttämättä ole riittävän koulutettuja ikääntyneiden kivun hoitoon. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat kirjallisuutta, joka osoittaa merkittävää tietovajetta kivusta ja sen hoidosta ikääntyneillä.

Hoitohenkilöstön tietämystä ja uskomuksia muistisairautta sairastavien ikääntyneiden hoitokodin asukkaiden kivusta selvitettiin Pubmed central-lehdessä julkaistussa tutkimusartikkelissa (Zwakhaleh ym., 2007). Tutkimus perustui oletukseen, että sairaanhoitajien tieto ja uskomukset muistisairautta sairastavien ikääntyneiden asukkaiden kivusta vaikuttavat sairaanhoitajien käyttäytymiseen. Alkuperäinen oletamus tutkimuksessa oli, että aiempi työkokemus ja koulutustaso ennustaisivat korkeampaa tietämystä kivusta ja sen hallinnasta.

Tutkimus toteutettiin Alankomaissa ja tiedot kerättiin kahden hoitokodin hoitohenkilöstöltä (Zwakhaleh ym., 2007). Tuloksien perusteella havaittiin merkittäviä tietopuutteita ikääntyneiden muistisairautta sairastavien kivunhoidossa. Tulokset osoittivat kuitenkin, että vaikka hoitokodin henkilökunnalla on kipuun liittyvää tietämystä, he ovat kuitenkin tyytyväisiä tapaan, jolla kipua arvioidaan ja hoidetaan heidän osastoillaan. Tutkimuksessa todettiin, että

hoitotyön peruskoulutus ei riitä valmistamaan sairaanhoitajia selviytymään kivun ja kivunhallinnan ongelmista päivittäisissä toiminnoissa.

3.5 Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät

Lääkehoidon lisäksi myös ikääntyneen kivunhoidossa on hyvä käyttää lisänä myös lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä. Käypä hoito-suosituksen (2016) mukaan lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat kivun hoidon perusta. Tavoitteena on löytää ne keinot, joilla ikääntynyt itse tai hoitohenkilökunta voi vaikuttaa ikääntyneen kivun hallintaan. (Kelo ym., 2015, s. 57) Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä on lukuisia. Tärkeää on löytää niistä yksilölliset ja ikääntyneelle itselleen parhaiten sopivat menetelmät kivun hoitoon lääkehoidon rinnalle. Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien teho perustuu osittain myös siihen, että ikääntynyt kokee tullessa huomatuksi ja hoivatuksi, mikä lisää ikääntyneen turvallisuuden tunnetta.

Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä ovat muun muassa erilaiset kylmä- ja lämpöhoidot, TNS eli ihon läpi annettava sähköstimulaatio, kosketus, hieronta, erilaiset fysikaaliset hoidot, erilaiset rentoutusmenetelmät, huumori, mielikuvaharjoitukset, hyvä perushoito ja asento-
hoito, liikunta sekä erilaiset apuvälineet (Kelo ym., 2015, s. 58).

Kylmähoidot alentavat kudosten lämpötilaa, supistavat verisuonia ja lievittävät turvotusta (Suomen Kipu Ry, i.a., s. 10). Kylmä myös rentoutta lihaksia ja voi auttaa parantamaan ja säilyttämään nivelten liikkuvuutta. Lämpöhoidot puolestaan nostavat kudosten lämpötilaa paikallisesti ja vilkastuttavat verenkiertoa. Lämpöhoidot myös avaavat hiussuonia, lisäävät kudosten venyvyyttä sekä rentouttavat lihaksia. Sekä kylmä- että lämpöhoidot vähentävät kipua lyhytaikaisesti.

TNS-hoitoa eli transkutaanista sähköistä hermosimulaatiota käytetään paikallisesti kipuun (Suomen Kipu Ry, i.a., s. 14). TNS-hoidossa laitteen elektrodit asetellaan kipualueen läheisyyteen ja sähkövirralla estetään kipuviestin kulkeutumista hermosäikeitä pitkin aivoihin.

Läheisyys ja kosketus elvyttävät kehoa ja mieltä (Suomen Kipu Ry, i.a., s. 10). Lempeä kosketus vähentää stressihormonin erityystä, rauhoittaa kehoa ja laskee verenpainetta. Kosketus lisää mielihyvähormonin tuotantoa, jolloin esimerkiksi kipukynnys nousee väliaikaisesti. Kosketuksella on mahdollista vähentää myös pelkoa, ahdistusta ja masennusta. Hieronnalla pehmitetään jännittyneitä ja kireitä kudoksia. Kosketuksen miellyttävä kokemus yhdistyy

lihaskäntityksen laukaisemiseen ja rentoutumiseen. Hieronnalla on mahdollista lisätä toimintakykyä sekä vähentää kipua.

Fysiatriisilla hoidoilla pyritään edistämään kipua sairastavan terveyttä, liikkumista sekä toimintakykyä (Suomen Kipu Ry, i.a., s. 12). Fysiatriisia menetelmiä ovat ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä erilaiset apuvälineet. Terapeuttisessa harjoittelussa käytetään toiminnallisia ja aktiivisia menetelmiä, joilla pyritään kehittämään kehon toimintoja sekä ehkäisemään ja lievittämään toimintarajoitteita.

Rentoutuksella on mahdollista rauhoittaa kehoa, mieltä sekä herkistynyttä ja ärtynyttä keskushermostoa (Suomen Kipu Ry, i.a., s. 4). Rentoutumisella voidaan vähentää kipuun liittyvää lihaskäntitystä ja negatiivisia tunnetiloja, helpottaa nukahtamista sekä parantaa kivunhallinnan tunnetta. Erilaisia rentoutusmenetelmiä ovat muun muassa mielikuvaharjoitukset, lihasrentoutustekniikat sekä hengitysharjoitukset.

Liikunnalla on positiivinen vaikutus niin henkiseen kuin fyysiseen hyvinvointiin. (Suomen Kipu Ry, i.a., s. 3). Krooniseen kipuun ei ole este liikkumiselle, liikuntamuoto vain täytyy valita sopivaksi. Liikunta ei saa kuormittaa kehoa liikaa, vaan sitä tulee harrastaa kehon ja kivun asettamien rajoitusten mukaan. Liikunta muun muassa ylläpitää toimintakykyä sekä parantaa kivun sietokykyä.

Lääkkeettömien hoitokeinojen käytöstä muistisairaana ikääntyneen kivun hoidossa on saatavilla hyvin vähän tutkittua tietoa (Saarto ym., 2015, 84). Lievässä ja keskivaikeassa muistisairaudesta voidaan soveltaa yleisiä lääkkeettömien hoitokeinojen periaatteita myös muistisairaiden kivunhoidossa. Muistisairauksien loppuvaiheessa kaikki lääkkeettömät hoitokeinot, jotka eivät nopeuta muistisairaana toimintakyvyn menetystä tai kuolemaa, ovat suositeltavia hoitomenetelmiä. Tällaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja voivat olla esimerkiksi musiikki, hieronta tai akupunktio. Muistisairaudesta johtuen, ihminen ei enää välttämättä ymmärrä hoitotoimia, joten on tärkeää huomioida turvallisuus ja rauhallisuus sekä kiireetön ilmapääri myös lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien toteuttamiseen. Myös esimerkiksi rentoutuminen, kevyt liikunta ja liikuttelu, hengitysharjoitukset, rauhoittuminen sekä vertaistuki voivat toimia lääkkeettöminä kivunhoidon menetelminä.

Nursing older people-lehdessä (Shropshire ym., 2019) julkaistun tutkimuksen mukaan kroonisesta kivusta kärsivien ikääntyneiden kokemuksella olon helpottumisesta ei ollut merkittävää

eroa niiden välillä, jotka käyttivät tai eivät käyttäneet lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä, mikäli he eivät käyttäneet myös kipulääkkeitä. Tutkimuksessa selvisi kuitenkin, että ero oli merkittävä heillä, jotka käyttivät sekä kipulääkitystä että lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä. Tutkimuksessa todettiin, että niillä ikääntyneillä, jotka käyttivät sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä kivunhoitoa oli korkeammat olon helpottumisen pisteet ja alhaisemmat kipupisteet kuin heillä, jotka käyttivät vain kipulääkitystä.

Egyptissä tehdyssä tutkimuksessa (Khalil, 2018) selvitettiin tehohoidon sairaanhoitajien käytäntöjä lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien käytöstä. Tutkimuksen mukaan vain harvat sairaanhoitajat käyttivät lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä potilaiden hoidossa. Käytössä olevat menetelmät olivat asentohoitoa, kommunikointia potilaiden ja heidän läheistensä kanssa sekä erilaisten mukavuuslaitteiden käyttöä. Tutkimuksen tuloksissa ei kerrottu, mitä menetelmiä hoitajilla oli käytössään. Tutkimuksessa todettiin, että suurin syy lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttämiseen olivat hoitajien tiedon puute, ajanpuute, työmäärä sekä potilaiden epävakaata terveydentilaa. Tutkimuksessa suositeltiin täydennyskoulutusta hoitajille lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusote

Opinnäytetyön aiheena on lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät muistisairaana kivun hoidossa hoitohenkilöstön näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus tarkoittaa mitä tahansa tutkimusta, jonka avulla pyritään löytämään vastauksia ja ratkaisuja ilman tilastollisia menetelmiä. (Kananen, 2017, s. 35). Laadullinen tutkimus käyttää sanoja ja lauseita, kun taas määrällinen tutkimus perustuu enemmän lukuihin. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tutkittavan asian tai ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkinnan muodostaminen. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen aineistolle on tyypillistä ilmaisullinen rikkaus, monitasoisuus ja monimuotoisuus (Alasuutari, 2011, s. 84).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien toteutumista ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa JIK:n alueella. JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän alue käsittää Kurikan ja Ilmajoen kunnat, sisältäen myös entiset Jalasjärven ja Jurvan alueet. Tutkimus osoitettiin hoitotyötä tekeväälle henkilökunnalle heidän näkemystensä ja mielipiteidensä julki tuomiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttöä, toimivuutta sekä hoitohenkilöstön mielipiteitä ja näkemyksiä nimenomaan lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä muistisairaana kivun lievityksessä.

4.2 Aineiston keruu

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja eri tietolähteistä koottu tieto (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 83). Opinnäytetyöni aineisto kerättiin lomakehaastatteluna internet-kyselylomakkeella (liite 2). Kyselylomakkeessani oli yksitoista kysymystä, joista neljä oli esitietokysymyksiä. Loput seitsemän kysymystä käsittelivät itse tutkittavaa aihetta. Lomakehaastattelulla pystytään tutkimaan erilaisia ilmiöitä sekä hakemaan vastauksia erilaisiin ongelmiin (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 87). Haastattelupyynnö saatekirjeineen (liite 1) lähetettiin kaikkiin JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän alueen ikääntyneiden tehostettuihin asumispalveluyksiköihin eli yhteensä

seitsemään yksikköön. Mukana lomakehaastatteluissa olivat sekä julkiset että yksityiset palveluntarjoajat.

Tutkimus osoitettiin JIK:n alueen tehostettujen asumispalveluyksiköiden hoitohenkilöstölle ammattikunnasta riippumatta. Haastattelupyynnö lähetettiin yhteensä kahdeksaan yksikköön, joista seitsemään myönnettiin tutkimuslupa. Hoitohenkilöstölle annettiin kuukausi aikaa vastata internetissä olevaan Webropol-kyselyyn.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä on käytössä JIK:n alueella pitkäaikais-
hoidon yksiköissä?
2. Onko hoitohenkilöstöllä tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä?
3. Miksi lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä ei käytetä muistisaira-
an kivun lievityk-
sessä?

4.3 Aineiston analyysi

Webropol-kyselyyn vastasi annetussa määräajassa yhteensä 21 vastaajaa. Kyselyni taustatiedot analysoin määrällisesti, yksinkertaisesti laskemalla vastaajien lukumääriä ja vastaajien iän mediaanin. Tiedonkeruussa saadun laadullisen aineiston analysointiin käytin sisällönanalyysiä, joka suoritettiin tutkimuskysymysten ohjaamana.

Laadullisen analyysin peruseriaate on havaintojen absoluuttisuus. (Alasuutari, 2011, s. 191). Tämä tarkoittaa sitä, että yksittäisten havaintojen pohjalta tulee muotoilla sääntöjä, jotka pätevät koko aineistoon. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään saamaan aikaan teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 108).

Sisällönanalyysin menetelmällä voidaan analysoida tutkimusaineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 117, 119, 122). Tutkimusaineistosta pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan tutkimusaineiston sisältöä sanallisesti. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi kuvataan kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluvat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen.

Luin ja perehdyin tutkimuksen aineistoon useaan kertaan saadakseni mahdollisimman laaja-alaisen kuvan koko aineistosta. Tein vertailuja eri vastaajien vastausten kesken muodostaakseni kokonaisvaltaisen kuvan kyselyyn vastanneiden hoitajien näkemyksistä tutkittavaan aiheeseen. Pelkistin aineistoa jättämällä tutkimukselle epäolennaiset vastaukset pois.

Aineisto käsitteli pääasiassa muistisairaana kivun ilmenemistä sekä hoitohenkilöstön näkemyksiä ja mielipiteitä muistisairaana kivun arvioinnista ja hoidosta. Seuraavaksi ryhmittelin aineiston ja muodostin alaluokkia. Alaluokkien kautta loin tutkimustulosten yläluokkia sekä koavia käsitteitä. Alla esimerkki aineiston pelkistämisestä sekä ala- ja yläluokkien muodostamisesta.

“Kyllä sen kokenut hoitaja huomaa asiakkaan rauhattomasta/poikkeavasta olemuksesta”

“Saattaa ilmetä levottomana käytöksenä, ärtyisyytenä, aggressiivisuutena, itkuisuutena”

“Levottomuus, kiukkuisuus, aggressiivisuus”

“Ahdistuneena ilmeenä, ääntelynä, käsien ojentamisena hoitajaa kohti, itkuna, aggressiivisena käytöksenä, huutamisenä, jne.”

Rauhattomuus, levoton käytös, levottomuus, ääntely -> levottomuus

Itkuisuus, ahdistunut ilme, käsien ojentaminen hoitajaa kohti, itku -> ahdistuneisuus

Ärtyisyys, kiukkuisuus, aggressiivisuus, huutaminen -> aggressiivisuus

Levottomuus, ahdistuneisuus, aggressiivisuus -> Muistisairaana kivun ilmeneminen

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi annetussa määrääjässä 21 vastaajaa. Jokainen vastaaja ei antanut vastausta kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Vastaajien mediaani-ikä on 42 vuotta. Ammattikuntia vastaajissa oli edustettuna kolme: sairaanhoitaja (6), lähihoitaja (14) sekä kodinhoitaja (1).

Vastaajilta kysyttiin lomakkeessa myös työhistoriasta vanhustalvalualalta. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli työskennellyt vanhustalvaluiden parissa jo yli 5 vuotta, vain kolmella vastaajalla työhistoriaa oli alle 5 vuotta.

Kyselylomakkeessa selvitettiin myös, työskentelevätkö vastaajat yksityisellä vai julkisella sektorilla. Suurin osa vastaajista työskenteli julkisella sektorilla vanhustalvaluiden parissa, vain kolme vastaajaa työskenteli yksityisellä sektorilla.

Tutkimuksessa selvitettiin myös hoitohenkilöstön tietämystä PAINAD-kipumittarin käytöstä muistisairaahan kivun arvioinnissa. Suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista ei ollut Painad-kipumittari käytössä omalla työpaikallaan, osa vastaajista ei edes tiennyt, mikä Painad-mittari on. Vastausten perusteella voisinkin tulkita, että heidän yksiköissään muistisairaahan kivun hoito perustuu muistisairaahan itsearviointiin sekä hoitohenkilöstön havainnointiin. Osa vastaajista kertoi, että heidän työpaikallaan käytetään muun muassa VAS-mittaria kivun arviointiin. VAS-mittari (visual analogue scale) on kipujana, jonka vasen pääty kuvaa kivuttomuutta ja oikea pahinta mahdollista kipua (Terveyskylä, 2019).

“Meillä hoivakodissa ei ole mitään muuta kipumittaria kuin hoitajien havainnointi.”

“Ei ole käytössä mitään mittaria.”

5.2 Muistisairaahan kivun ilmeneminen

Ensimmäisessä varsinaisessa tutkimuskysymyksessä kysyttiin hoitohenkilöstön näkemyksiä muistisairaahan kivun ilmenemisestä. Vastauksista kävi selkeästi ilmi, että muistisairaahan heikentää ikääntyneen kykyä kertoa kivustaan, jolloin se hyvin usein näkyy erilaisina käyttäytymisen muutoksina (kuviot 1).



Kuvio 1. Muistisairaahan kivun ilmeneminen

Kuten jo aikaisemmin todettiin, muistisairaahan kipu ilmenee hyvin monella tavalla. Muistisairauden edetessä muistisairaahan kyky ilmaista kipuaan sanallisesti heikkenee ja tilalle tulevat luonnollisesti erilaiset käyttäytymisen muutokset kertomaan kivusta. Vastauksista poimittuina yleisimmät käyttäytymisen muutokset, jotka hoitohenkilöstön mukaan kertovat muistisairaahan kivusta ovat muun muassa ahdistuneisuus, aggressiivisuus, kiukkuisuus, hoitotoimenpiteiden vastustaminen, levottomuus, kasvojen ilmeet, apaattisuus, vetäytyminen ja hiljaisuus.

“Muistisairas ei välttämättä pysty sanallisesti ilmaisemaan kipuaan. Se voi ilmetä monin tavoin; tuskaisena ilmeenä, vastustelevuutena, levottomuutena, outona käytöksenä, kiukkuisuutena, aggressiivisuutena.”

“Kivun voimakkuudesta riippuen sanallisesta viestistä sanattomaan: levottomuutena, aggressiivisuutena. Hikisyys ja lihastonuksen muuttumiset ovat jo hälyttäviä merkkejä.”

5.3 Lääkkeettömät kivun hoidon menetelmät

Tutkimukseen osallistujilta kysyttiin mitä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä he tietävät olevan käytössä muistisairaahan kivun hoidossa. Jaottelin kyselyyn saamani vastaukset kolmeen alaluokkaan sen mukaan, mihin kivunlievitys kohdistuu (kuvio 2).



Kuvio 2. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät

Alaluokkaan kosketus voi nimetä muun muassa rasvauksen, hieronnan ja silittelyn. Alaluokkaan psyykkiset menetelmät nimesin muun muassa keskustelun, läsnäolon sekä ajatusten siirtämisen toisaalle esimerkiksi musiikin avulla. Fyysisiä menetelmiä ovat muun muassa erilaiset lämpö- ja kylmähoidot, asentohoito, liikkuminen ja liikehoito sekä erilaiset terapeuttiset hoidot kuten akupunktio tai kinesioteippaus.

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät jakavat myös hoitohenkilökuntaa. Osa hoitohenkilöstöstä ei usko lääkkeettömien kivunhoidon toimivuuteen, kun taas osa kannattaa lääkkeettämiä kivunhoidon menetelmiä lääkehoidon tukena.

“Rasvaus, silittely, hieronta, kylmä-kuuma-hoito, musiikki, läsnäolo, liikunta.”

“Keskustelu, lähelläolo, ajatusten siirtäminen, sijaistoiminnot.”

“Liikunta/liikuttaminen, asentohoito, kylmäpussi, lämpöpussi.”

“Ei sellaisia ole olemassa.”

“Kivunhoito on lääkkeellistä. Lääkkeetön sopii ainoastaan tukihoidoksi. Ikäihmisellä EI ensisijaiseksi saati ainoaksi hoidoksi. Asentohoito, lämpö/kylmähaude, hieronta.”

Edellä kuvatuista vastauksista huolimatta noin puolet kyselyyn vastanneista kertoi, että heidän omalla työpaikallaan ei juurikaan ole käytössä lääkkeettämiä kivunhoidon menetelmiä.

Hoitohenkilöstöllä on tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä, mutta jostain syystä niitä ei kuitenkaan ole otettu käyttöön.

Yleisimpiä käytössä olevia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä ovat hieronta, asentohoi-dot, musiikki ja kauratyyny. Osa kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että lääkkeettömien ki-vunhoidon menetelmien käyttöä olisi hyvä lisätä muistisairaana kivunhoidossa. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät eivät korvaa lääkkeellistä hoitoa, mutta antaisivat hyvän tuen kivun hoitoon.

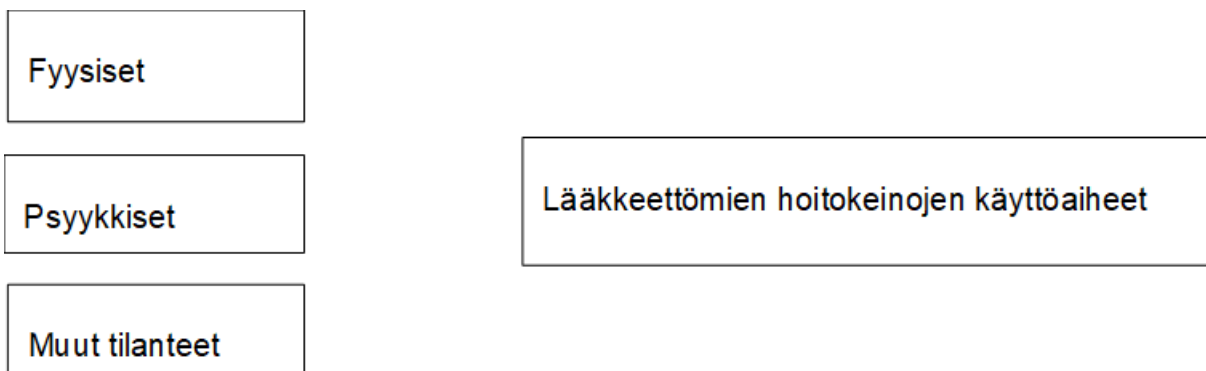
“Tärkeää kohdata muistisairas, kuunnella ja tarkkailla hänen käytöstään. Näitä menetelmiä käytetään liian vähän. On helpompi antaa pilleri, kuin kohdata muis-tisairas aidosti.”

“Musiikki, juttelu, kylmä- ja kuumahoidot. Mutta en usko näistä olevan mitään apua, jos ihmiseen sattuu.”

“Ei oikein ole minkäänlaisia lääkkeettömiä kivunhoitoja.”

5.4 Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttö

Tutkimuksessa kysyttiin myös, minkälaisissa tilanteissa lääkkeettömiä kivunhoidon menetel-miä vastaajien työpaikalla käytetään, mikäli käytetään. Muodostin vastauksista alakuokkia sen mukaan, mihin osa-alueeseen lääkkeettömien hoitokeinojen käyttöaihe sisältyy (kuvio 3).



Kuvio 3. Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttöaiheet

Fyysisiin käyttöaiheisiin sisältyvät muun muassa erilaiset lihaskivut, päänsärky, selkäkivut sekä spastisuus. Psyykkisiä käyttöaiheita olivat muun muassa levottomuus ja rauhattomuus.

Lääkkeettömiä menetelmiä käytetään myös yleisesti muistisairaana kohtaamisessa. Muita tilanteita voivat olla esimerkiksi kaatumiset sekä hoitotoimenpiteiden helpottaminen. Monessa vastauksessa tuli esiin myös se, että lääkkeettömiä hoitokeinoja käytetään päivittäin perushoidon yhteydessä tukihoitoina. Vaikka edellisissä kysymyksissä vastaajat olivat sitä mieltä, että lääkkeettömistä kivunhoidon keinoista ei ole apua, tässä kysymyksessä kuitenkin monen vastaajan mukaan lääkkeettömät hoitokeinot ovat osa päivittäisiä hoitotoimia. Lääkkeettömiä hoitokeinoja kuitenkin käytetään, jos ei päivittäin niin ainakin silloin, kun tarve huomataan.

“Perushoidon yhteydessä tukihoitona.”

“Kaikissa tilanteissa, lääkkeetön hoito kulkee lääkehoidon rinnalla.”

“Päivittäisissä toimissa pitkin päivää.”

“Silloin, kun tarve huomataan.”

Kyselyssä kysyttiin myös syytä lääkkeettömien hoitokeinojen käyttämättömyydelle. Tähän kysymykseen saamissani vastauksissa näkyi hyvin selkeästi lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien vastustaminen. Tähän kysymykseen eivät kaikki kyselyyn osallistuneet antaneet vastausta. Mielestäni on mahdollista, että he, jotka eivät tähän kysymykseen vastanneet, käyttävät jo omassa työssään lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä lääkkeellisen hoidon rinnalla tukihoitoina. Eräs vaihtoehto vastaamatta jättämiseen on myös se, että tutkimukseen vastanneet hoitajat eivät tunne lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä, koska vastauksista näkyi myös hoitohenkilöstön riittämätön tietämys lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä.

“Ei niistä ole apua.”

“Työntekijöistä riippuu, toiset käyttää toiset ei.”

“Lääkkeellä nopeampi helpotus asiakkaalle.”

“Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä ei ole riittävästi tietoa, keskustelu niistä vähäistä.”

5.5 Muistisairaahan kivunhoidon kehittäminen omalla työpaikalla

Kyselylomakkeeni viimeinen kysymys koski muistisairaahan kivunhoitoa kyselyyn vastanneiden työpaikoilla lähinnä siitä näkökulmasta, miten muistisairaahan kivunhoitoa olisi hyvä kehittää. Tämä kysymys jakoi vastaajat kahteen eri leiriin riippuen siitä, mitä mieltä he ovat lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä. Osa vastaajista toivoi lisää tietoa ja koulutusta myös lääkkeettömien kivunhoitokeinojen käytöstä, kun taas osa vastaajista oli sitä mieltä, että muistisairaahan kivunhoidossa olisi tärkeää saada tehokkaampia kipulääkkeitä nopeammin käyttöön. Vastauksista välittyi osalla vastaajista jopa kiukkua lääkkeettämiä hoitokeinoja kohtaan.

“Sen, että kaikki ymmärtäisivät lääkkeettömän hoidon olevan myös potentiaalinen kivun + psyykkisten vaivojen hoidossa.”

“Tietoa/koulutusta aiheeseen voisi olla hyvä saada. Uusia näkökulmia ja ajatuksia.”

“Herkemmin pitäisi antaa kipulääkkeitä.”

“Aikaa jos olisi enemmän, olisi aikaa rentoutusharjoituksiin, yms.”

“Juurikin tätä muuttaisin, kun tuntuu, että nykypäivänä on aivan muoti-ilmiö tämä lääkkeetön hoito. Se ei ole hyvä asia. Asiakkaat ovat levottomia ja kärsivät välillä kivuista kun tuntuu että osa hoitohenkilökunnasta suorastaan vastustaa lääkkeitä ja lääkkeiden vähentäminen on oikein päähänpinttymä. Mielestäni ei haittaa, jos asiakkaalle löytyy vaivaan sopiva lääke ja hän sen saa. Ei kukaan häviä mitään. Aika ankeaa välillä katsoa, kun asioille ei tehdä mitään, vaikka oikeasti tarvittaisiin asiakkaalle lääke.”

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyöni käsitteli lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä muistisairaana kivunhoidossa. Tutkimuksen avulla pyrin saamaan hoitohenkilöstön näkemyksiä ja mielipiteitä lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käytöstä muistisairaiden kivunhoidossa. Tutkimukseni oli laadullinen ja toteutin sen Webropol-kyselynä Kurikan ja Ilmajoen alueen tehostettujen palveluasumisyksiköiden hoitohenkilöstölle. Tutkimustulosten analysointiin käytin sisällönanalyysiä, jonka toteutin tutkimuskysymysten ohjaamana.

Aiheeseeni perehtyessäni jouduin toteamaan, että opinnäytetyöni aiheesta on saatavilla niukasti aiempaa tutkimusta. Ikääntyneiden kivun hoitoa ja lääkkeettömien menetelmien käyttöä kivun hoidossa on tutkittu aika vähän. Tutkimukset, joita löysin, käsittelivät enemmänkin kivun hoitoa ja lääkkeettömiä menetelmiä yleisellä tasolla, mutta ikääntyneiden ja muistisairaiden näkökulma jäi vähemmälle. Aikaisempia tutkimuksia ei myöskään löytynyt hoitohenkilöstön näkökulmasta nimenomaan muistisairaiden kivunhoidossa, vaan nekin tutkimukset käsittelivät kivunhoitoa ja hoitohenkilöstön näkemyksiä yleisellä tasolla.

Hoitohenkilöstö arvioi muistisairaana kipua pääosin havainnoimalla, arvioimalla sekä haastatteleamalla muistisairasta itseään. Muistisairauden alkuvaiheessa ikääntynyt pystyy itsekkin kertomaan kivustaan ja sen voimakkuudesta, mutta sairauden edetessä läheisten ja hoitohenkilöstön tulisi osata tunnistaa kivun ilmeneminen (Hallikainen ym., 2014, s. 238). Muistisairaana kivun itsearviointiin vaikuttavat kuitenkin vahvasti muistisairauden vaihe sekä esimerkiksi kognitiivisten taitojen heikentyminen, jolloin muistisairas ei välttämättä pysty enää luotettavasti arvioimaan ja kertomaan omasta kivustaan. Muistisairaana kivun arviointi on haastavaa ja tästä syystä heidän kipunsa voi jäädä tunnistamatta ja hoitamatta (Kankkunen ym., 2007).

Myös aikaisemmissa tutkimuksissa oli päädytty samaan johtopäätökseen kuin minäkin tutkimuksessani. Kivun arvioinnin haasteellisuus korostuu muistisairaiden kohdalla verrattuna esimerkiksi työikäisten kivun arviointiin (Pätäri, 2014, s. 27). Myös aikaisemmissa tutkimuksissa todettiin, että ihmisen haastattelu ja oma näkemys kivusta on tärkeää selvittää esimerkiksi haastatteleamalla. Muistisairautta sairastavan kohdalla korostettiin myös havainnoinnin tärkeyttä kipua arvioitaessa.

Kivun arviointiin on olemassa myös monia hyväksi todettuja mittareita, joita on myös mahdollista käyttää muistisairaana kivun arvioinnissa, mikäli muistisairauden vaihe ja kognitiivisten taitojen heikentyminen ei ole esteenä. PAINAD-kipumittari on kehitetty pelkästään muistisairaana kivun arviointiin, jota voidaan käyttää silloin, kun muistisairas ei enää kykene itse ilmaisemaan kipuaan. Tutkimuksessani ilmeni kuitenkin, että PAINAD-mittari ei ollut käytössä vastaajien yksiköissä. Muistisairaana kivun arviointi perustuu suurimmaksi osaksi pelkästään hoitohenkilöstön ja läheisten arviointiin ja havainnointiin.

Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitohenkilöstö tunnistaa muistisairaana kipua erilaisista fyysisistä muutoksista sekä käyttäytymisessä tapahtuvista muutoksista (Kankkunen ym., 2007, s. 311). Aikaisempien tutkimusten mukaan käyttäytymisen muutoksia ovat esimerkiksi aggressiivisuus, levottomuus ja tuskaisuus. Muistisairaana voivat ilmaista kipuaan myös esimerkiksi kehon liikkeillä.

Päädyin omassa tutkimuksessani samaan johtopäätökseen kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa. Tutkimuksessani hoitohenkilöstö kertoi, että muistisairas ei välttämättä pysty sanallisesti ilmaisemaan kipuaan vaan se ilmenee muun muassa erilaisina käyttäytymisen muutoksina, joita ovat aggressiivisuus, hoitotoimenpiteiden vastustaminen, levottomuus, erilaiset kasvojen ilmeet, ahdistuneisuus, sekä vetäytyminen. Myös äkillinen toimintakyvyn lasku voi kertoa muistisairaana kivusta. Aikaisempien tutkimusten mukaan esimerkiksi muistisairaana tunteminen sekä hoitohenkilöstön pitkä työkokemus auttavat muistisairaana kivun arvioinnissa ja havainnoinnissa (Pätäri, 2014, s. 27).

Käypä hoito-suosituksen (2017) mukaan kipupotilaan hyvä hoito perustuu toimivaan hoitosuhteeseen, jossa hoito suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä potilaan kanssa. Tämä pätee myös muistisairautta sairastavan ikääntyneen kohdalla. Muistisairaana kivun yksilöllisellä ja oireenmukaisella hoidolla tavoitellaan elämänlaadun parantumista, toimintakyvyn säilymistä sekä kivun lievittymistä (Suomen Kipu Ry, i.a., s. 2).

Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitohenkilöstön tietämys ikääntyneen kivun kokemuksesta ja kivun hallinnasta on puutteellista (Sloman ym., 2001). Tämä aikaisempi tutkimus oli toteutettu suhteellisen pienellä otoksella, joten yleistyksiä sen perusteella ei voitane tehdä, mutta se antaa kuitenkin jonkinlaisen käsityksen. Tutkimuksessa havaittiin merkittäviä tietopuutteita ikääntyneiden muistisairautta sairastavien kivunhoidossa.

Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä tulee käyttää aina, kun se on mahdollista. Lääkkeettömän hoito on usein kuitenkin riittämätön muistisairaana kivun hoitoon, mutta se toimii hyvin lääkehoidon tukena (Hallikainen ym., 2014, s. 240). Aikaisemmassa tutkimuksessa vuodelta 2019 oli tutkittu kroonisesta kivusta kärsivien ikääntyneiden kivun hoitoa lääkehoitoa ja lääkkeettömiä menetelmiä yhdistämällä (Shropshire ym., 2019). Tutkimuksen mukaan lääkehoidon rinnalla lääkkeettömiä menetelmiä käyttäneet ikääntyneet kokivat vähemmän kipua kuin pelkästään lääkehoitoa käyttäneet. Egyptissä tehdyssä tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että hoitohenkilöstöllä ei ole riittävästi tietoa ja osaamista lääkkeettömien menetelmien käyttämiseen (Khalil, 2018).

Päädyin tutkimuksessani samankaltaisiin havaintoihin kuin muut tutkijat aikaisemmissa tutkimuksissa. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat tutkimukseni mukaan hoitohenkilöstön arjessa mukana joko tiedostetusti tai tiedostamatta. Noin puolet vastaajista kertoi, että lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät eivät ole käytössä heidän yksiköissään, mutta kuitenkin mainitsivat esimerkiksi asentohoidon tai rentoutuksen olevan käytössä levottomasti käyttäytyvän muistisairaana hoidossa. Myös aidon kohtaamisen tärkeyttä muistisairaana hoidossa ja hoivassa korostettiin.

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät jakavat hoitohenkilöstöä sen mukaan, mitä mieltä he niistä ovat. Osa hoitohenkilöstöstä ei usko lääkkeettömien menetelmien vaikutukseen muistisairaana kivunhoidossa, kun taas osa on sitä mieltä, että niitä tulisi ehdottomasti lisätä lääkehoidon rinnalle tukihoidoksi. Tutkimukseni mukaan lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä käytetään muun muassa erilaisten lihaskipujen, päänsärkyjen sekä spastisuuden hoidossa. Myös levottomuuteen, rauhattomuuteen ja aggressiivisuuteen on käytetty lääkkeettömiä menetelmiä. Saamieni vastausten mukaan lääkkeettömiä menetelmiä käytetään perushoidon yhteydessä tukihoidona, päivittäisissä toimissa sekä silloin, kun tarve huomataan.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessäni pyrin noudattamaan tutkimusetiikkaa. Yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa, yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja muita oikeuksia (Vuori, i.a.). Opinnäytetyötäni varten tehty tutkimus toteutettiin lomakehaastatteluna Internetissä. Vastaukset tutkimukseen annettiin nimettömästi. Näin olen yhdenkään vastaajan vastauksia ei pysty tutkimusaineistosta erittelemään.

Jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla annettiin mahdollisuus päättää, haluaako vastata tutkimuskysymyksiin, tutkimukseen osallistuminen oli siis vapaaehtoista. Myöskään lomakehaastattelun jokaiseen kysymykseen ei ollut pakko antaa vastausta, mikäli tutkimukseen osallistuja ei halunnut.

Tutkimuksen ja tämän opinnäytetyön prosessin aikana ainoastaan tutkijalla itsellään on ollut mahdollisuus päästä tarkastelemaan tutkimuksen tuloksia. Kukaan ulkopuolinen ei ole päässyt missään vaiheessa tutkimusprosessia esimerkiksi lukemaan tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden vastauksia. Tutkimuksen päätyttyä ja tämän opinnäytetyön valmistuttua tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi perustuu tutkimusongelmiin sekä saatuihin tuloksiin (KvaliMOTV, i.a.). Suhteuttamalla tutkimuksen tulokset tutkimusongelmiin ja niiden ratkaisemiseksi käytettyihin menetelmiin eli tarkastelemalla tutkimusta kokonaisuudessaan vaihe vaiheelta, voidaan pohtia, onko valittu tapa mahdollistanut halutun lopputuloksen.

Kirjallisuudessa tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään hyvin usein käsitteiden validiteetti ja reliabiliteetti kautta (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 160). Validiteetti tarkoittaa tiivistetysti sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu. Reliabiliteetti taas tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta.

Tässä opinnäytetyössä tekemäni tutkimus pohjautuu teorian tietoon, aiheeseen liittyviin tutkimuksiin sekä hoitohenkilökunnan lomakehaastatteluun. Tutkimustulokset ovat muotoutuneet kyselyn vastauksista. Tutkimukseni tulokset syntyivät analyysin kautta sellaisista asioista, jotka toistuvat aineistossa usein, joten ne eivät ole satunnaisia tekijöitä. Teorian tieto sekä aikaisemmat tutkimukset tukivat tekemääni tutkimusta, ja niistä nousi esiin paljon yhteneväisiä asioita.

6.3 Jatkotutkimusaiheita

Vanhuspalvelulain mukaan 1.1.2023 alkaen RAI-arviointivälineistöä on käytettävä ikääntyneen henkilön toimintakyvyn arvioinnissa, jos hän tarvitsee säännöllisesti annettavia sosiaalipalveluja hoitonsa ja huolenpitonsa turvaamiseksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012). Rai-järjestelmää käyttämässä asiakkaiden palvelutarpeet saadaan selvitettyä yhdenmukaisesti ja monipuolisesti

(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), i.a.). Järjestelmän tuottaman tiedon avulla palvelut pystytään suunnittelemaan yksilöllisesti.

RAI-arviointi toteutetaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), i.a.). Asiakas on itse mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, mikäli hänen toimintakykynsä sen mahdollistaa. RAI-arviointi auttaa hoitotyön ammattilaisia huomioimaan oleelliset asiat ja muutokset asiakkaan voinnissa ja toimintakyvyssä.

JJK:n alueella RAI-järjestelmän käyttöönotto on vielä koulutusvaiheessa suurimmassa osassa tehostettuja palveluasumisyksiköitä. Hoitohenkilöstöä koulutetaan RAI-järjestelmän käyttöön. Osassa asumispalveluyksiköitä RAI-järjestelmä on otettu jo käyttöön.

RAI-järjestelmän avulla myös kivun arviointi helpottuu. RAI-arviointivälineistö antaa hoitohenkilöstölle laaja-alaisen kuvan asiakkaan toimintakyvystä, myös kivusta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), i.a.). RAI-arvioinnin osa-alueella erityiset aiheet on oma osionsa kivusta ja sen arvioinnista.

Tutkimuksessani keskityttiin ainoastaan hoitohenkilöstön näkemykseen ikääntyneiden muistisairaiden kipuun ja sen hoitoon. Tutkimusta tehdessäni RAI-arviointivälineistö ei ollut vielä rantautunut asumispalveluyksiköihin siinä määrin, kuin mitä tällä hetkellä. Myöskään ikääntyneiden itsensä mielipidettä ja heidän omaistensa mielipidettä ei tässä tutkimuksessa kuultu. Jatkotutkimusta olisi hyvä tehdä RAI-järjestelmän tuomista mahdollisuuksista kivun arviointiin ja hoitoon. Tutkimusta olisi hyvä tehdä myös ikääntyneiden sekä heidän omaistensa näkökulmasta muistisairaana kivun hoitoon.

LÄHTEET

- Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (2010). *Muistisairaudet*. Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P., Taponen, R., & Suominen, T. (2007). *Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä*. Gerontologia. <https://elektra-helsinki-fi.libts.seamk.fi/se/g/0784-0039/21/4/kivunarv.pdf>
- Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R., & Pihlakari, P. (2019). *Muistisairaahan hoito*. Kustannus Oy Duodecim.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T., & Forder, M. (2014). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Kustannus Oy Duodecim.
- Kananen, J. (2017). *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Juvenes Print.
- Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., & Vainio, A. (2018). *Kipu*. (4. uud. p.). Kustannus Oy Duodecim.
- Khalil, N. (18.9.2018). *Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt*. Appl Nurse Res. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30389057/>
- KvaliMOTV. (i.a.). *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja: Tutkimuksen arviointi – reflektointia*. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., & Tiittanen, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Käypä hoito. (2016). *Kipu*. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/kht00125>
- Mehiläinen. (i.a.). *Kipu*. <https://www.mehilainen.fi/kipu>
- Muistiliitto. (i.a.). *Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus*. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus>
- Muistiliitto. (2016). *Hyvän hoidon kriteeristö*. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf
- Pätäri, J. (2014). *Sairaanhoidtajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla*. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/13301/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf?sequence=-1&isAllowed=y

- Rapo-Pylkkö, S. (2019). *Miten arvioida muistisairaana kipua*. Suomen kivuntutkimusyhdistys Ry. Kipuviesti. <https://1596852.166.di-recto.fi/@Bin/242f4923ef19a26ff598108b887afad4/1667594068/application/pdf/452819/Kipuviesti%202-2019.pdf>
- Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006). *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja: Tutkimuksen arviointi – reflektointia*. KvaliMOTV. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., & Vainio, A. (2015). *Palliativinen hoito*. 3. uud. p.) Kustannus Oy Duodecim.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., & Närhi, M. (2006). *Kivun hoitotyö*. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Shropshire, M., Stapleton, S., Jin Kim, M., Dyck, M., & Mallory, C. (10.7.2019). *Older people's use of non-pharmacological interventions for chronic, non-cancer pain and comfort*. Nurs older people. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31468910/>
- Sloman, R., Ahern, M., Wright, A., & Brown L. (4.4.2001). *Nurses' Knowledge of Pain in the Elderly*. Journal of pain and symptom management. <https://www.ipsmjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2801%2900248-2>
- Suomen Kipu Ry. (i.a.). *Menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon*. <https://bin.yhdistys-avain.fi/1593165/0skwS6JF5VvKfpXQ05Ik0V-KjL/Menetelmia%CC%88-la%CC%88a%CC%88kkeeetto%CC%88ma%CC%88a%CC%88n-kivunhoitoon.pdf>
- Terveyskylä. (11.1.2019). *Opi arvioimaan kipua*. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (i.a.). *RAI-järjestelmän mittareita*. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita#erityiset>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (i.a.). *Tietoa RAI-järjestelmästä*. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., & Viitanen, M. (2016). *Geriatría*. (3. uud. p.) Kustannus Oy Duodecim.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Voutilainen, P., & Tiikkainen, P. (2009). *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vuori, J. (i.a). Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja: *Tutkimusetiikka ihmistieteissä*. Tietotarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>

Zwakhlen, s., Hamers, J., Peijnenburg, R., & Berger, M. (2007). *Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia*. PubMed central. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670708/>

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

Liite 1 Saatekirje

Hei,

Olen toisen vuoden geronomi-opiskelija ja teen opinnäytetyöni muistisairaiden lääkkeettömistä hoitokeinoista pitkäaikaishoidossa olevilla asukkailla. Toteutan opinnäytetyötäni varten tarvitsemi tiedon keruun internet-kyselyllä. Kyselyn tarkoituksena on selvittää hoitohenkilöstön näkemyksiä muistisairaana kivusta ja sen hoidosta lääkkeettömin kivunhoitomenetelmin.

Kyselyyn vastataan anonyymisti, yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei tule selville. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kyselyn tulokset hävitetään asianmukaisesti. Näin taataan teidän jokaisen vastaajan pysyminen nimettömänä.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu noin 30 minuuttia. Vastausaika kyselyyn on 1.3.-31.3.2022.

Kiitos vastauksistanne jo etukäteen.

Ystävällisin terveisin

Elina Koski

Geronomi AMK-opiskelija

Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Liite 2 Kyselylomake

TAUSTATIEDOT

1. Ikä
2. Ammatti
3. Työkokemus sote-alalta
4. Työnantaja

TUTKIMUSKYSYMYKSET

5. Miten muistisairaahan kipu mielestäsi ilmenee?
6. Onko Painad-kipumittari käytössä työpaikallasi? Jos ei ole, niin mitä mittaria käytätte?
7. Millaisia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä tiedät?
8. Minkälaisia ja kuinka paljon lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä työpaikallasi käytetään muistisairaahan kivun hoidossa?
9. Minkälaisissa tilanteissa lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä työpaikallasi käytetään?
10. Mikäli lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät eivät ole käytössä työpaikallasi, voisitko kertoa, miksi niitä ei käytetä?
11. Mitä muuttaisit muistisairaahan kivunhoidossa omalla työpaikallasi?