

Anne Laine

DEMENTIAA SAIRASTAVAN KIVUN
ARVIOINTI
Kirjallisuuskatsaus


Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Joulukuu 2014




MAMK
University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 9.12.2014	
Tekijä(t) Anne Laine	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoidtaja	
Nimeke Dementiaa sairastavan kivun arviointi		
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää dementiaa sairastavien kivun arviointia edistäviä ja estäviä tekijöitä. Kivun arviointi perustuu potilaan henkilökohtaiseen kokemukseen kivusta ja hänen itsensä tekemään arvioon kivun tuntemisesta. Kivun arviointiin on kehitetty lukuisia erilaisia mittareita, joilla voidaan helpottaa hoitohenkilökunnan tekemää kivun arviointia ja kivun kirjaamista. Dementiaa sairastavien kivun arviointi on haasteellista, koska sairastuneet eivät välttämättä pysty itse ilmaisemaan kipua. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Eri tietokannoista systemaattisesti hakemalla löytyi kymmenen tutkimusta, jotka valittiin aineistoksi opinnäytetyöhön. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällön analyysia etsien vastauksia tutkimuskysymyksiin: 1) Mikä edistää dementiaa sairastavien kivun arviointia? 2) Mikä estää dementiaa sairastavien kivun arviointia? Tulosten mukaan dementiaa sairastavien kivun arviointia edisti hoitohenkilökunnan ammattitaito, jolloin sillä oli tietämystä ja osaamista kivun arvioinnista ja hoidosta sekä dementiaa. Potilaiden tunteminen ja yhteistyö omaisten kanssa olivat myös edistäviä tekijöitä kivun arvioinnissa. Osa potilaista kykeni arvioimaan itse kipua, ja mittarit auttoivat kommunikoimaan kykenemättömien kivun arvioinnissa. Kiireetön työtahti ja riittävät resurssit olivat kivun arviointia edistäviä tekijöitä sekä lisäksi työyksikön yhteistyö ja työn kehittäminen. Kivun arviointia esti ammattitaidon puute, jolloin ei ollut tietoa, taitoa tai osaamista kivun arvioinnin toteuttamisesta dementiaa sairastavilla. Potilaiden käsitys kivusta, fysiologiset muutokset, psyykkiset syyt tai esteet kivun ilmaisulle olivat potilaista johtuvia kivun arviointia estäviä tekijöitä. Kaikki mittarit eivät soveltuneet dementiaa sairastavien kivun arviointiin tai mittareita ei käytetty ollenkaan, jolloin arvioinnin tulos saattoi olla virheellinen. Resurssien puute sekä hoitohenkilökunnan asenne kivun hoitoon olivat myös estäviä tekijöitä kivun arvioinnissa. Tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta dementiaa sairastavien kivun arviointia tulisi tutkia lisää, jotta saataisiin yleistettävissä olevia tuloksia. Tuloksia voidaan käyttää lisäämään hoitotyöntekijöiden ja hoitotyön opiskelijoiden tietoa dementiaa sairastavien kivun arvioinnista, jotta he omassa työyksikössään kiinnittäisivät asiaan huomiota ja arvioisivat dementiaa sairastavien kipua systemaattisesti käyttämällä eri kivunarviointimenetelmiä.		
Asiasanat (avainsanat) kipu, arviointi, dementia, kirjallisuuskatsaus		
Sivumäärä 32s. + 8	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Paula Mäkeläinen	Opinnäytetyön toimeksiantaja	

DESCRIPTION

	<p>Date of the bachelor's thesis</p> <p>9.12.2014</p>
<p>Author(s) Anne Laine</p>	<p>Degree programme and option Degree Programme in Nursing Registered nurse</p>
<p>Name of the bachelor's thesis Assessment of pain in patient with dementia</p>	
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to find out the factors which promote or inhibit the pain assessment with dementia patients. The assessment of the pain is based on personal experience of the pain, and the evaluation which the patient has done himself. To assess the pain there are many different measurement methods available, which can be used to help the medical staff to register and assess the pain. The measurement of pain with dementia patients is challenging, since the patients are not necessarily capable of assessing the pain themselves.</p> <p>The thesis was done as a literature review. By searching systematically from different databases, ten research papers were found, which were then chosen as the material for this thesis. The material was analyzed by using inductive content analysis, searching for answers to the research questions: 1) What is promoting the pain assessment in dementia patients? 2) What is inhibiting the pain assessment in dementia patients?</p> <p>The results showed that the expertise of the medical staff, with experience of assessing and treating the pain and knowing dementia as an illness, was promoting the assessment of the pain with dementia patients. Furthermore, knowing the patients and co-operating with their families were also promoting factors in pain assessment. Some of the patients were able to assess the pain themselves, and the measurement methods helped to communicate with those patients who were unable to do that. Moderate pace of work and sufficient resources were also promoting factors in pain assessment, as well as collaboration in the work unit and the development of the work. The inhibitory factors in pain assessment were the lack of expertise, when the knowledge and basic skills in evaluating the pain were insufficient. The patients' view of the pain, physiological changes, psychological reasons or obstacles to express the pain were patient-derived reasons which were inhibiting the pain assessment. All the measurement methods were not applicable to the assessment of the pain with dementia patients, or they were not used at all, and therefore the results of the assessment might have been faulty. The lack of resources and the attitude of the medical staff in pain treatment were also inhibitory factors in pain assessment. The results are not to be generalised, thus the treatment of pain in dementia patients should be researched more.</p>	

The purpose of this thesis was to add the knowledge of medical staff and students about the pain assessment with dementia patients, so they would pay attention to it in their own work units, and evaluate the pain of dementia patients systematically by using various measurement methods.

Subject headings, (keywords)

pain, measurement, evaluation, assessment , dementia, literature review

Pages

32p. + 8

Language

finnish

URN

Remarks, notes on appendices

Tutor

Paula Mäkeläinen

Bachelor's thesis assigned by

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KIPU	2
2.1	Kivun monimuotoisuus.....	2
2.2	Kivun luokittelua	5
3	DEMENTIA	8
3.1	Alzheimerin tauti	9
3.2	Vaskulaarinen eli verenkiertoperäinen muistisairaus	10
3.3	Lewyn kappale -tauti	11
3.4	Otsa-ohimolohkorappeumat	12
4	KIVUN ARVIOINTI	13
4.1	Kivun arviointimenetelmiä	13
4.2	Dementiaa sairastavan kivun arviointi.....	16
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	18
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
6.1	Kirjallisuuskatsaus	19
6.2	Aineiston hakuprosessi	19
6.3	Aineiston analyysi sisällönanalyysillä.....	21
7	TUTKIMUSTULOKSET	24
7.1	Kivun arviointia edistävät tekijät.....	24
7.2	Kivun arviointia estävät tekijät.....	26
8	POHDINTA	27
8.1	Johtopäätökset.....	29
8.2	Jatkotutkimusaiheet	30
	LÄHTEET	31

LIITTEET

- 1 Tutkimustaulukko
- 2 Aineiston analyysi
- 3 Kivun arviointia edistävät ja estävät tekijät

1 JOHDANTO

Kipu on asia, johon jokainen sairaanhoitaja törmää urallaan. Kivun arviointi, dokumentointi ja seuraaminen ovat tärkeä osa hoitotyötä ja potilaan hyvää ja jatkuvaa hoitoa. Kipu voi olla hoitajalle arkinen ja jokapäiväinen asia, mutta potilaalle se voi olla koko elämää hallitseva sietämätön tila. Kivun arviointia on tärkeää toteuttaa sellaisella tavalla, josta saadaan hoitajasta riippumaton kirjattavissa oleva tulos, jota voi jatkossa verrata potilaalle tehtävään uuteen kivun arviointiin.

Suuri osa terveyspalveluiden käyttäjistä on kipupotilaita. Kelan mukaan yli kymmenen kertaa vuodessa lääkärissä käyvistä on tuki- ja liikuntaelinten sairauksia sairastavia kolminkertainen määrä muita sairauksia sairastaviin verrattuna. Suurin osa kroonisista kipupotilaista käyttää perusterveydenhuollon työterveys- ja yleislääkärin vastaanottoja. Pekka Mäntyselän tutkimuksen mukaan kipu on syynä 40 %:ssa terveyskeskuskäynneistä. (Kalso ym. 2009, 64.)

Dementiapotilaan kivun arviointia on tutkittu yllättävän vähän Suomessa; siksi koenkin opinnäytetyön aiheen tärkeäksi. Dementoituneet ovat pääsääntöisesti ikääntyneitä, ja heillä on muitakin sairauksia. Dementoituneiden kivun arviointi on haastavaa sairauden luonteesta johtuen. Varsinkin lyhyiden hoitajaksojen ja vaihtuvan henkilökunnan vuoksi voi kivun arviointi jäädä vähälle huomiolle.

Väestötutkimuksissa ikääntyneiden yleisimmistä, pitkäaikaisista sairauksista muistisairaudet ovat sijoilla 3. - 5. Euroopassa muistisairauksiin vuosittain sairastuu 800 000 henkilöä, mikä on enemmän kuin aivoinfarktiin, diabetekseen tai rintasyöpään sairastuvien määrä. Väestötutkimusten mukaan keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsiviä ihmisiä oli Suomessa noin 89 000 vuonna 2010. Lievästä muistisairaudesta ja lievästä kognitiivisesta heikentymisestä arvioitiin kärsivän vähintään 200 000 henkilöä. Vuosittain muistisairauteen sairastuu noin 13 500 yli 64-vuotiasta henkilöä. Suurin osa muistipotilaista on yli 80-vuotiaita. Työikäisiä (30 - 65-vuotiaita) muistipotilaita on arviolta 50 000. Kahdella kolmesta pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista on muistisairaus. (Erkinjuntti ym. 2010, 28.)

Suomen väestö ikääntyy, ja iäkkäiden osuus kasvaa. Yli 85-vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa voimakkaimmin, jolloin muistisairaudet yleistyvät yli 65-vuotiaiden

ryhmässä. Suomessa arvioidaan olevan 239 000 keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivää ihmisiä vuonna 2060. (Erkinjuntti ym. 2010, 28.)

2 KIPU

Kipua voidaan kuvata niin monella tavalla kuin kipupotilaita on. Jokainen tuntee kivun omalla tavallaan ja kuvailee sen omalla tavallaan. Kipua voidaan kuitenkin luokitella ja määritellä tiettyjen ominaisuuksien perusteella. Taulukkoon 1 on koottu kipuun liittyviä määritelmiä.

TAULUKKO 1. Kipuun liittyviä määritelmiä

IASP (International Association for the study of Pain), Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (Vainio 2009a.)	Epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy selvä tai mahdollinen kudonvaurio tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein.
Anneli Vainio (Kalso ym. 2009, 12.)	Kipu on ruumiillista kärsimystä.
Suomen kivuntutkimusyhdistys 2014	Kivun aistiminen on yksilöllistä ja henkilökohtaista. Kipu on paitsi aistimus, myös kokemus.
Psykologi C. Richard Chapman (Vainio 2009a.)	Kipua voidaan kuvata aistihavaintona, mutta se on ennen kaikkea tietoisuutta hallitseva voimakas negatiivinen tunnetila.

2.1 Kivun monimuotoisuus

Fyysinen kipu

Fyysinen kipu johtuu elimistön ulkoisen tai sisäisen tekijän aiheuttamasta kudonvauriosta. Vaurioituneesta kudoksesta vapautuu kipua välittäviä aineita, jotka aiheuttavat ärsytysreaktion kipureseptoreissa. Kudonvaurio aktivoi kipua välittävät aineet, jotka puolestaan aiheuttavat kudoksissa turvotusta ja kipua. Elimistön kipureseptoreiden vastatessa kipuärsykkeeseen ne muuttavat kudonvauriosta johtuvan energian hermoimpulssiksi, joka taas siirtyy selkäytimen ja aivojen kipukeskuksiin. Kun sormi laitetaan kuumalle levyille, tuntuu heti kovaa kipua. Sormi vetäistään nopeasti pois, ja sitä alkaa hetken päästä kuumottaa. Kipu aiheuttaa ensimmäiseksi varoitussignaalin,

joka kulkee nopeita hermosyitä pitkin aiheuttaen refleksin (sormi vetäistään pois kipua aiheuttaneesta kohteesta). Tapahtuneista vaurioista (kuumotus) tieto kulkee hitaampia hermosyitä pitkin aivoihin. (Sailo & Vartti 2000, 31.)

Kipuaistin tehtävä on varoittaa uhkaavasta vaarasta. Kipuaisti myös turvaa vaurion paranemista, koska kipeä kehonosa pyritään pitämään levossa, jolloin vaurio saa rauhassa toipua. Paranemisen myötä aktiviteetit palaavat normaaleiksi ja kipu vähenee. Kipuaisti onkin siis välttämätön elossa säilymisen kannalta. Harvinainen geenimutaatio (kongenitaalinen analgesia) aiheuttaa synnynnäistä kyvyttömyyttä aistia kipua ja johtaakin yleensä kuolemaan nuorena vammojen ja niiden komplikaatioiden takia. (Arokoski ym. 2009, 56.)

Psyykinen kipu

Psyykinen kipu on niin sanotusti sielun kipua, jolloin ihmistä pelottaa, huolestuttaa, ahdistaa, hän kokee henkistä tuskaa tai surua. Oman elämän hallinnan menettämisen pelko voi tuntua psyykkisenä kipuna. Kun henkilö kuulee sairastavansa parantumattomaa sairautta, hänen koko elämänsä on uhattuna ja perusturvallisuus järkkyy. On kivuliasta tuntea, ettei voi enää päättää omasta kehosta vaan tulee riippuvaiseksi muista. Pelko oman elämän menettämisestä on suurin uhka. (Sailo & Vartti 2000, 37.)

Sosiaalinen kipu

Sosiaalinen kipu on yhteisömme luomaa kipua (Sailo & Vartti 2000, 37). Pitkään kipua kärsineet voivat tuntea identiteettinsä uhatuksi, jos he eivät pysty kivun takia toimimaan kuten aiemmin. Tällöin voi tulla epäonnistumisen tunteita. Hyvä sosiaalinen verkosto lievittää kipuun liittyviä ahdistuksen, pelon ja epävarmuuden tunteita. (Salanterä ym. 2006, 23.)

Emotionaalinen tuki on tärkeää kivusta kärsivälle. Toisaalta emotionaalinen läheisyys voi estää vaikeista asioista puhumisen. Kivusta kärsivä ei halua vaivata läheisiään valittamalla kivusta. Läheiset voivat myös väsyä kipupotilaaseen, ja näin hän kokee olevansa taakka. Kivusta kärsivä tarvitsee myös kannustamista ja luottamista sekä konkreettista apua. Toisaalta liiallinen puolesta tekeminen ja auttaminen voivat ylläpitää kivun tuntemuksia. Läheisten käsitys kivusta ja sen merkityksestä voi ylläpitää ja

vahvistaa kipua. Kivusta kärsivän oikeanlainen ohjaus ja tiedon saanti edesauttavat selviytymistä kivuista ja turhista peloista/epätietoisuudesta. Terveyspalvelujärjestelmä voi myös ylläpitää kipupotilaan kipuongelmaa jatkuvilla tutkimuksilla, hoidoilla ja selvityksillä. Kipupotilas odottaa saavansa ratkaisun ongelmiinsa ja pettyy aina uudelleen, kun kipu ei lakkaakaan. Hoidon keskittäminen vapauttaa kipupotilaan voimavaroja, kun hänen ei koko ajan tarvitse etsiä ratkaisua ongelmaansa. (Salanterä ym. 2006, 23 - 25.)

Kulttuurinen kipu

Jokaisella ihmisellä on kulttuuritausta, ja samalla kun ihminen on osa kulttuuria sekä yhteiskuntaa, on myös kulttuuri osa ihmistä. Kulttuuri määrittelee suhtautumisen sairaisiin ja kuoleviin, hajuja ja eritteiden sietämisen määrän ja asteen sekä sen, miten kohdellaan vanhoja ja sairaita. Kulttuurin normit ja sosiaaliset säännöt määrittelevät myös sen, miten sairaat suhtautuvat itseensä ja voiko sairas olla muiden joukossa vai tuleeko hänet eristää. Kulttuurissa on myös mahdollisesti määritelty, mitkä ovat hyväksyttäviä sairauksia ja mitkä hävettäviä. (Vainio 2004, 18.)

Kulttuuri vaikuttaa kipukokemuksen muodostumiseen sekä sen ilmaisemiseen. Kivun kuvaamisessa on myös huomioitava eri kulttuurien käyttämät erilaiset kipusanat. (Sailo & Varti 2000, 37.) Kivun merkitys opitaan jo varhaislapsuudessa ja suhteessa vanhempiin. Lapsi oppii varomaan esimerkiksi kaatumista ja teräviä esineitä sekä hakeutumaan vanhemman syliin lohdutusta saamaan vahingon sattuessa. Kivun tyyni sietäminen on sidoksissa kunnian ja häpeän kulttuurisiin arvoihin. Joissain kulttuureissa kipua voidaan käyttää lapsen rankaisemiseen pahanteosta, mutta myös ihmisen psyykkiseen murtamiseen vallankäyttö ja kidutustilanteissa. Kipu voi olla myös osa seksuaalista nautintoa. (Vainio 2004, 18 - 19.)

Hengellinen kipu

Hengellinen kipu tai olemassaolon kipu on jumalasuhteeseen liittyvää huolta ja ahdistusta. Usein koemme jumalan tai jonkun korkeamman olennon olemassaolon merkityksen ja suhteen tärkeänä. Elämän loppuvaihe herättää ihmisessä monia kysymyksiä tai ahdistavia ajatuksia. Tunne siitä, että joku korkeampi olento on olemassa, saattaa

rauhottaa. Olemassaolon kipua on kuolemanpelko ja ahdistus toivottoman tulevaisuuden edessä. (Sailo & Varti 2000, 37.)

Kaikissa uskonnoissa on kivulle ja kärsimykselle annettu erilaisia merkityksiä. Monissa uskonnoissa kärsimys on katsottu pahojen henkien aiheuttamaksi ja niihin yritetään vaikuttaa uhreilla tai magialla. Hinduismissa kärsimys on paha asia, mutta toisaalta välttämätön, jotta hyvän ja pahan tasapaino säilyy näkyvässä maailmassa. Buddhalaisuuden mukaan kärsimys on luonnollinen seuraus tähän maailmaan syntymisestä. Kristinuskossa kivun on katsottu olevan rangaistus Jumalalta, jos on tottelematon Jumalaa kohtaan. Jossain vaiheessa kipua on myös pidetty Jumalan lahjana, kärsimys vei lähemmäs Jumalaa ja oli keino saavuttaa armo ja vapahdus. Uskon ja rukouksen on myös ajateltu auttavan ruumiilliseen kärsimyksen. (Vainio 2004, 19 - 20.)

Yhteisöllinen kipu

Yhteisöllinen kipu on koko kansakunnan kokemaa yhteistä suurta kipua. Yhteisöllistä kipua voi olla esimerkiksi sota ja siihen liittyvä pelko oman kulttuurin menettämisestä. Tällöin yksilön henkilökohtaiset kipukokemukset jäävät sivuun. Yhteisöllistä surua ei voi ulkopuolinen ymmärtää ja kokea samoin kuin yhteiset tavat, perinteet ja historian omaava kansakunta. Yhteisöllisen kivun hoidossa on suuri merkitys yksilön ja yhteisön jaksamiselle, kansakunnan johdon myötätunnon osoitus. (Sailo & Varti 2000, 37 - 38.)

2.2 Kivun luokittelua

IASP on luonut kroonisen kivun luokittelujärjestelmän, joka valmistui 1986 ja jota uudistettiin 1994 ja 1995. Se sisältää yli 200 kipuoireyhtymän kuvaukset. Järjestelmä laadittiin täydentämään kansainvälistä tautiluokitusta (ICD-10, International Classification of Diseases). IASP:n luokittelua uudistetaan sitä mukaa kun tieto lisääntyy. (Kalso ym. 2009, 150 - 151.)

ICD-10 -tautiluokitus on Maailman Terveysjärjestön kokoama. Siinä on kiputilat siroteltu hajalleen eri ryhmiin, jolloin niiden etsiminen on vaikeaa. HUS:n kipupoliklinikka on koonnut yhteistyössä Suomen kivuntutkimusyhdistyksen kanssa kipupoliklinikoilla useimmin esiin tulevat ja muuten kivun hoidossa olennaiset diagnoosit (Suomen

kivuntutkimusyhdistyksen kokoama Tautiluokitus ICD-10, 1999), jolloin ne ovat helposti saatavilla. (Kalso ym. 2009, 151.)

Perinteisemmin kipua luokitellaan anatomian perusteella, esimerkiksi paikan mukaan (pääkipu), elinsysteemin mukaan (ruoansulatuselinten kiputila) tai aiheuttajan mukaan (synnytyskipu). Kipua voidaan myös luokitella syntymekanismin tai keston perusteella. Aina ei kivun aiheuttajaa kuitenkaan saada selville. (Kalso ym. 2009, 150.)

Syntymekanismin mukaan

Kipua voidaan luokitella mekanismin perusteella kudonvauriokivuksi (nosiseptiivinen kipu), hermovauriokivuksi (neuropaattinen kipu) tai mekanismeiltaan puutteellisesti tunnetuksi kivuksi (idiopaattinen kipu). (Kalso ym. 2009, 154 - 157.)

Nosiseptiivinen kipu syntyy, kun nosiseptorit reagoivat voimalliseen, potentiaalisesti kudonvaurioita aiheuttavaan ärsykkeeseen. Itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on tällöin terve. (Kalso ym. 2009, 155.) Kudonvauriosta johtuva kipu jaetaan somaattiseen (lihaskipu, luustokipu, ihokipu, sidekudon jne.) kipuun ja viskeraaliseen (sisäelinten) kipuun. Tyypillisiä kiputiloja, joiden aiheuttaja on kudoksessa tapahtuva prosessi, ovat tulehdukset, iskemia ja kasvain. Syöpäkasvain saattaa aiheuttaa kipua painamalla ympärillä olevia kipuherkkiä rakenteita ja venyttämällä onttojen elinten sileää lihasta. Syöpäsolujen metabolinen toiminta voi muuttaa kemiallisia olosuhteita kasvaimen ympäristössä. Tulehduksen aiheuttamat muutokset sattavat kemiallisesti herkistää nosiseptoreita, jolloin ne reagoivat alemmalla ärsytystasolla. (Sailo & Varti 2000, 32.)

Viskeraalinen eli sisäelinkipu on nosiseptiivista kipua. Se syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hemostoon kuuluvien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Viskeraalinen kipu on vaikea paikantaa, koska kipu tuntuu muuallakin kuin kipua aiheuttavassa elimessä. Sisäelinkivun ilmenemiseen kuuluu autonomisen hermoston säätelemiä oireita, kuten pahoinvointia, kalpeutta, hikoilua ja sydämentykytystä. (Sailo & Varti 2000, 33.)

Neuropaattisessa kivussa vaurio on kipua välittävässä hermossa. Kipu voi johtua sisäisestä vammasta tai se on ulkoisen tekijän aiheuttama hermovaurio. Neuropaattista

kipua kuvataan viiltävänä, pistelynä ja polttavana, siihen liittyy myös yhtäkkisiä kipukohtauksia. (Sailo & Vartti 2000, 33.)

Mikäli kiputilan taustalla ei ole nähtävissä kudonvauriota eikä kivunaistinjärjestelmän vaurioita, kyse on idiopaattisesta kivusta. Potilaalla voi olla samaan aikaan useita eri kiputyyppejä. (Arokoski ym. 2009, 55.)

Keston mukaan

Kipua voidaan luokitella myös keston perusteella. Kipu voi olla akuutti eli lyhytaikainen tai krooninen eli pitkäaikainen. Akuutin ja kroonisen kivun mekanismit, merkitys ja hoitomuodot ovat erilaisia. Näiden välinen raja on jokseenkin epäselvä. Jotkut kiputilat sisältävät piirteitä sekä kroonisesta että akuutista kivusta. (Estlander 2003, 16.)

Akuutti kipu johtuu jostakin elimellisestä tekijästä. Sillä on siis syy, sitä voidaan hoitaa ja pitääkin hoitaa tehokkaasti. Akuutti kipu voi liittyä esimerkiksi äkilliseen kudonvaurioon, lääketieteelliseen toimenpiteeseen tai leikkauksen jälkitilaan. Kipu lievenee tavallisesti kudonvaurion paranemisen myötä. Akuutti kipu on tarpeellinen ja tarkoituksenmukainen hälytysmerkki. Se viestittää fyysisestä sairaudesta tai elimistöä uhkaavasta vauriosta. Akuutilla kivulla oletetaan olevan myös paranemista edesauttava tehtävä. Lepo ja varominen, jotka ovat luonnollisia reaktioita akuuttiin kipuun, nopeuttavat kudosten paranemisprosessia. Tiedetään, että voimakas lyhytkestoinen akuutti kipu voi aiheuttaa kroonistumiseen altistavia muutoksia keskushermostossa; kipuhermopäätte voi herkistyä, jos ärsytys on voimakasta ja pitkäkestoista. (Estlander 2003, 16 - 17.)

Kipu voi myös olla jaksoittaista. Ihmisellä voi olla välillä täysin tai lähes oireettomia kausia, välillä taas pahempia kipujaksoja. Tällaisten kiputilojen uusiutumisen mekanismit ovat enimmäkseen tuntemattomia. (Estlander 2003, 17.)

Kipua pidetään kroonisena, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen. Rajana on pidetty 3 - 6 kuukautta. Kroonisen kivun taustalla on näin ollen yleensä ollut kudonärsytys tai -vaurio, mutta se saattaa jatkua toisenlaisten mekanismien pohjalta. Kroonisen kivun määritelmä on kuitenkin jossain määrin ongelmallinen ja aikaraja keinotekoinen. Se, mikä on kudoksen ”normaali paranemisaika”, on osittain kiis-

tanalainen. Lisäksi on olemassa sairauksia, jotka aikamääritelmän osalta täyttävät kroonisen kivun kriteerit, mutta kudosaivuriokriteerin osalta eivät. (Estlander 2003, 17 - 18.)

Krooninen kipu ei useinkaan ole vakavan vaurion tai sairauden oire, vaan siitä on tullut sairaus, oireyhtymä eli syndrooma. Sen taustalla voi olla keskushermoston kivun-säätelymekanismien jostain tuntemattomasta syystä johtuva vika, ikään kuin väärä hälytys, hermoston viestityshäiriö, jota erilaiset biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät voivat ylläpitää. (Kalso & Vainio 1993.) Kivusta ja seuraamuksista voi muodostua vaikea ja ongelmallinen noidankehä, jossa kivun seuraukset ylläpitävät ki-puongelmaa. Krooninen kipu voi pahimmissa tapauksissa olla niin voimakas, että kuo-leva tuntuu paremmalta vaihtoehdolta. (Estlander 2003, 18.)

3 DEMENTIA

Dementialla tarkoitetaan sellaista tilaa, jossa henkilön useat älylliset toiminnot ja aivo-toiminnot ovat heikentyneet rajoittaen sosiaalista selviytymistä. Dementiassa ilmene-välle muistihäiriölle on ominaista vaikeus oppia uutta tai palauttaa mieleen aiemmin opittua. Pelkkä muistihäiriö ei kuitenkaan tarkoita dementiaa. Muistihäiriön lisäksi dementiaan voi liittyä puheen sisällön köyhtyminen (afasia), vaikeus pukeutua ja suo-rittaa motorisia liikesarjoja (apraksia) ja käsittää nähdyn merkitystä (agnosia). Demen-tiaa sairastavan kyky suunnitella päivittäisiä toimintoja, jäsentää kokonaisuuksia ja ymmärtää vertauskuvallisia ilmauksia on heikentynyt. Varsinkin vaikeaan dementiaan liittyy usein erilaisia käytöshäiriöitä. (Huttunen 2011.)

Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä. Yleisimmät syyt etenevään tai py-syvään dementiaan ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron häiriöistä johtuva demen-tia ja aivovammat. Yleisin on Alzheimerin tauti, jonka osuus keskivaikeista ja vaikeis-ta dementioista on 65 - 75 %. Muita syitä voi olla myös erilaiset harvinaiset kes-kushermoston sairaudet, esimerkiksi Lewyn kappale -tauti tai otsa- ja ohimolohkoon paikallistuva frontotemporaalinen dementia. (Huttunen 2011.)

Dementia-oireiden taustalla voi joskus olla diagnosoimaton keskushermoston sairaus (aivo-selkäydin nestekierron häiriöt, Parkinsonin tauti, aivokasvaimet, keskushermoston tulehdukset, aineenvaihdunnan häiriöt), vitamiinien puutostila, myrkytys tai liial-

linen lääkkeiden käyttö. Etenkin iäkkäillä henkilöillä vakava depressio voi myös aiheuttaa dementiaa muistuttavan tilan; pseudodementia. (Huttunen 2011.)

3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava muistisairaus. Se on tyypillisin vaihein, hitaasti ja tasaisesti etenevä aivojen rappeutumissairaus. Yksilöllistä vaihtelua ilmenee siinä, milloin oireita alkaa esiintyä ja kuinka kauan eri vaiheet kestävät. Tyypillinen ensioire on oppimisvaikeus, joka on havaittavissa muistitesteissä jo ennen kuin se olennaisesti häiritsee arkielämässä selviytymistä. Muistihäiriötä seuraavat toiminnan ohjauksen, kielellisen ilmaisun ja hahmottamisen vaikeudet. Myöhemmin selviytyminen arjesta huononee, ilmaantuu käytöshäiriöitä ja lopulta edessä on laitoshoido. Taudin edetessä sairaudentunto heikkenee. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62.)

Alzheimerin taudin kesto on keskimäärin kymmenen vuotta, mutta se voi vaihdella viidestä vuodesta yli 20 vuoteen. Vaikka Alzheimerin tauti on luonteeltaan hyvin yksilöllinen, sen eteneminen voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Alkuvaihe on kestoaltaan noin 3 - 7 vuotta. Alkuvaiheessa lähimuisti heikkenee, aktiivisuus vähenee ja ilmenee masennusta. Myös asiakokonaisuuksien mieleen painaminen ja uuden oppiminen vaikeutuvat. Unohtaminen lisääntyy, mutta muistivihjeistä on vielä apua. Aloitekyky ja keskittyminen huononevat, monimutkaisten asioiden ymmärtäminen on hankalaa, eivätkä kaikki sanat tule aina mieleen. Tilan hahmottamisen vaikeus korostuu epävarmuutena vieraassa ympäristössä, ja eksyminen on mahdollista. Mielialan muutokset ilmenevät ahdistuneisuutena, masennuksena ja ärtyisyytenä. Taudin edetessä henkilö vetäytyy harrastuksista ja sosiaalisesta kanssakäymisestä. Monimutkaiset arkitoimet vaikeutuvat, mutta henkilö selviää vielä yksin kotona. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 64 - 66.)

Alzheimerin taudin keskivaihe on kestoaltaan noin 2 - 4 vuotta, silloin paikantaju huononee entisestään ja eksymistä tapahtuu tutussakin ympäristössä. Henkilö ei tunne olevansa sairas. Päivittäisissä toiminnoissa alkaa olla vaikeuksia, esimerkiksi pukeutumisessa. Muistivaikeudet ovat yhä selvempiä, eikä sairastunut pysty niitä enää kovin hyvin peittämään. Kaikki toiminnot hidastuvat, puhe, käsillä tekeminen ja hahmottaminen vaikeutuvat entisestään. Persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt ovat vielä tallella, vaikka henkilö tarvitseekin apua jokapäiväisissä toiminnoissa. Harhaluuloja ja seka-

vuotta ilmenee, sekä uni-valverytmin häiriöt ovat mahdollisia. Ruumiillisesti henkilö on vielä hyvässä kunnossa ja liikuntakykyinen. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 67.)

Loppuvaihe kestää noin 1 - 5 vuotta, jolloin henkilö tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Puhuminen ja puheen ymmärtäminen on vaikeaa, kehon jäykkyys on lisääntynyt, kävelykyky on heikentynyt ja häviää lopulta kokonaan. Virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyn säätely ei enää onnistu. Verenpaine on usein matala. Nielemiskyky säilyy pitkään, mutta henkilö on syötettävä. Loppuvaiheessa suun seudulla havaitaan pakkoliikkeitä, joillain on myös epileptisiä kohtauksia ja lihasnykinöitä. Pääosa tuoreista ja aiemmista tapahtumista unohtuu. Usein paikan- ja ajantaju häviävät, eikä sairastunut tunnista läheisiään. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 67 - 68.)

Alzheimerin taudin riskitekijöitä on korkea ikä, dementiaa lähisuvussa, Downin syndrooma, apolipoproteiini-E-alleellin 4-muoto ja tietyt geenivirheet. Todennäköisesti taudille altistavat myös aivovammat, matala koulutustaso ja aiemmin sairastettu masennus. Mahdollisina riskitekijöinä pidetään korkeaa verenpainetta tai kokonaiskolesterolipitoisuutta. Taudille mahdollisesti altistavat myös aivoverenkierron häiriöt, kilpirauhasen vajaatoiminta, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, äidin korkea synnytysikä, toksiinit ja korkea homokysteiinipitoisuus veriplasmassa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 70.)

Alzheimerin taudilta mahdollisesti suojaavia tekijöitä on estrogeeni, antioksidantit, normaali verenpaine, normaali kolesteroliarvo, statiinit, tulehduskipulääkkeet, koulu- tus, harrastukset, liikunta sekä toimiva sosiaalinen verkosto. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 70.)

3.2 Vaskulaarinen eli verenkiertoperäinen muistisairaus

Muistisairaus voi olla seurausta erilaisista verenkiertohäiriöiden aiheuttamista aivokudoksen vaurioista; niiden esiintyvyys lisääntyy iän myötä, ja miehet sairastuvat naisia useammin. Vaskulaarista dementiaa sairastavan oireiden luonne määräytyy aivoihin syntyneen vaurion sijainnin ja laajuuden perusteella. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 74.)

Aivoverenkiertohäiriöistä johtuvat muistisairaudet jaetaan useaan alatyyppeihin vaurioiden sijainnin ja niiden syntymekanismien mukaan. Vauriot liittyvät usein pienten valtimoiden tukoksiin ja painottuvat aivojen syvien osien valkeaan aineeseen. Tukoksia voi syntyä myös aivojen päävaltimoiden haaroihin, jolloin seurauksena on aivoinfarkteja pääosin aivokuorelle. Toisinaan myös yksittäinen aivoinfarkti tärkeällä alueella aivoissa voi aiheuttaa muistisairauden. Harvinaisempaa mutta mahdollista on, että muistisairauden aiheuttaa aivoverenvuoto tai verisuonitulehdus. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 75.)

Vaskulaarinen dementia alkaa usein nopeasti ja etenee portaittain, välillä pysähtyen ja välillä äkillisesti pahentuen. Osa älyllisistä toiminnoista voi säilyä pitkään, ja osa voi olla vaikeasti heikentyneitä jo sairauden alkuvaiheessa. Muistiongelmia tulee, mutta ne eivät yleensä ole yhtä vaikeita kuin Alzheimerin taudissa ja muistivinkit auttavat pitkään. Oman toiminnan ohjaamisessa esiintyy häiriöitä, asiat eivät vain hoidu. Kävelyvaikeuksia ilmenee ja liikkeelle lähteminen voi olla hankalaa. Monilla esiintyy lieviä halvausoireita ja virtsaamisessa voi olla hankaluuksia. Tunne-elämä muuttuu ai-lahtelevaiseksi, lähimmäiset voivat havaita myös persoonallisuuden ja mielialan muutoksia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 76 - 77.)

Samat perustekijät ahtaattavat niin aivo- kuin sydänverisuoniakin, siksi vaaratekijät taudille ovat samoja kuin sydäninfarktille; korkea verenpaine, diabetes ja tupakointi. Sepelvaltimotauti liittyykin usein näihin muistisairauksiin. Aivoverenkiertohäiriöistä johtuvien muistisairauksien kestoksi arvioidaan 7 - 9 vuotta, mikä kylläkin vaihtelee suuresti. Aivosairauden lisäksi elinikää lyhentävät muut sydän- ja verisuonisairaudet, jotka ovat verisuoniperäistä muistisairausta sairastavilla melko yleistä. Näissä muistisairauksissa kuolinsyynä on usein sydäninfarkti. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 78.)

3.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on saanut nimensä mikroskooppisen pienistä Lewyn kappaleista (hermosolun sisäisistä jyväsistä), joita tavataan aivokuorella ja aivorungon alueella. Rajoitetummin Lewyn kappaleita esiintyy Parkinsonin taudissa. Jos henkilölle tulee Parkinson-oireita ja jos vuoden sisällä niiden alkamisesta ilmenee myös älylliseen toimintaan tai käytökseen liittyviä häiriöitä, kyseessä on Lewyn kappale -tauti. Kes-

kimäärin potilaat ovat nuorempia kuin Alzheimer-potilaat, ja taudin kesto voi vaihdella 2 - 20 vuotta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90.)

Taudin oireena on älyllisen toimintakyvyn heikentyminen, joka voi alkuvaiheessa olla lievä. Vähitellen oireet lisääntyvät; lauseet käyvät lyhyiksi ja sanojen löytyminen hankaloituu. Parkinsonin taudin kaltaisia oireita ovat jäykkyys ja hitaus, kasvojen ilmeettömyys, askelten lyheneminen ja mataloituminen, eteenpäin kaatumistaipumus ja lepopapina. Sairastuneilla on usein oireiden ja vireydetason vaihteluita. Harhojakin ilmenee sekä selittämättömiä kaatumisia ja pyörtymisiä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90.)

3.4 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsalohkorappeuma eli frontotemporaalinen degeneraatio on nimensä mukaan otsalohkojen vaurioitumisesta johtuva muistisairaus. Vaurioituminen voi johtua vammoista, verenvuodoista tai aivojen kasvaimista, taustalla voi myös olla etenevä muistisairaus, jolloin oireet alkavat yleensä hitaasti. Persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos on keskeinen piirre, potilailla esiintyy estottomuutta, tahdittomuutta, arvostelukyvyttömyyttä, huolettomuutta ja muuta vastaavaa jo varhaisessakin vaiheessa. Frontotemporaalisen dementian piirteitä ovat myös aloitekyvyttömyys ja apaattisuus, yksinkertaistenkin asioiden hoitaminen tai niihin ryhtyminen voi osoittautua ylivoimaiseksi. Toiminta on kuitenkin hyvin ärsykesidonnaista, esimerkiksi pöydällä oleva lasi tyhjenetään heti riippumatta siitä, onko se oma. Sairastuneen lähimuisti on melko hyvä, päivämäärät ja sanalistat pysyvät mielessä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 92 - 93.) Muistivaikeudet johtuvatkin osittain tarkkaavuuden, suunnitelmallisuuden ja eksekutiivisten toimintojen (toiminnan ohjaus) heikentymisestä. Usein puheen tuotto on niukkaa ja keskittymiskyky heikkenee. Tunne-elämän muutokset ovat tavallisia, ja sairaudentunto heikkenee varhain. (Erkinjuntti ym. 2010, 165 - 167.)

Etenevä sujumaton afasia diagnosoidaan silloin, kun keskeisenä piirteenä on puheen tuoton häiriö. Spontaani puhe ei suju, puheen tuotto on työlästä, ja siinä on kieliopillisia virheitä. Vaikeuksia on nimeämisessä ja sanojen löytämisessä. Lisäksi on ongelmia puheen ymmärtämisessä, kirjoittamisessa ja lukemisessa. Muisti ja muut kognitiiviset toiminnot säilyvät suhteellisen hyvin, varsinkin taudin alussa. (Erkinjuntti ym. 2010, 168 - 169.)

Semanttinen dementia on merkityksien häviämistä. Sanojen merkitys häviää, tulee nimeämis- ja ymmärtämishäiriöitä. Puhe on yleensä sujuvaa, mutta sisällöltään tyhjää. Merkitysten häviäminen ulottuu myös kielellisten toimintojen ulkopuolelle; visuaalisen havainnoinnin häiriöt, kasvojen ja esineiden tunnistamisvaikeus. Kyky toistaa sanoja, lukea ja kirjoittaa sanelusta yleensä säilyy. Muisti on myös melko hyvä. (Erkinjuntti ym. 2010, 169.)

4 KIVUN ARVIOINTI

Kipu on toisaalta kokemuksellinen, toisaalta neurofysiologinen ilmiö. Moderni kipututkimus on helpottanut ymmärtämään, miten kipusignaalit välittyvät hermostossa. Kiputuntemus kuitenkin riippuu aina tilanteesta, jossa se koetaan. Fysiologiset mittaukset kertovat hyvin vähän kivun kokemisesta. Kivun mittaaminen eroaa esimerkiksi verensokerin mittaamisesta, josta laboratoriotutkimus antaa paremman informaation kuin ihmisen oma käsitys. (Vainio 2009b.)

Kipu on hyvin henkilökohtainen, yksilöllinen kokemus ja sitä on vaikea välittää toiselle ihmiselle. Toinen ihminen ei kykene tietämään miltä kipua kokevasta henkilöstä tuntuu, ellei hän itse ole kokenut juuri samanlaista kipua. Kivun mittaamiseen ei ole suoraa menetelmää, vaan kivun mittaaminen perustuu aina ihmisen omaan kertomukseen kivustaan. Silti kipua pystytään mittaamaan, eli henkilön ilmoittama kokemus voidaan kuvata sanoin tai numeroin. (Vainio 2009b.)

4.1 Kivun arviointimenetelmiä

PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) on kansainvälinen käyttäytymisen muutokseen perustuva mittari, joka on kehitetty dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin. Mittarilla arvioidaan viiden minuutin aikana kehonkielen, negatiivisen ääntelyn, kasvojen ilmeiden, hengityksen ja lohduttamisen tarpeen tai vaikutuksen poikkeavuutta asteikolla 0 = normaali, 1 = lievästi poikkeava, 2 = selvästi poikkeava. Näiden viiden havaintokategorian pisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan numeroarvo 0 - 10. (Kalso ym. 2009, 474 - 475.)

RAI (Resident Assessment Instrument) on kansainvälinen vanhusten hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. Potilaan toimintakyky arvioidaan lomakkeen avulla, joka käsittää satoja kysymyksiä. Arvioinneista rakentuu joukko mittareita. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014.) RAI-järjestelmän mukaiseen kivun arviointiin on kaksi mittaria: RAI-AC ja RAI-LTC. RAI-AC mittaa kipua akuutihoidossa, siihen tarvitaan tietoja edeltävältä vuorokaudelta, ja arvioinnin kohteena ovat kivun tiheys ja voimakkuus sekä vaste kipulääkitykselle, lisäksi krooninen kipu arvioidaan erikseen. RAI-LTC on käytössä pitkäaikaishoidossa, ja sen avulla arvioidaan kivun tiheyttä, voimakkuutta ja sijaintia viikon ajalta. Järjestelmä arvioi kivun intensiteettiä ja ilmaantumistiheyttä perustuen potilaan omaan ilmoitukseen tai ymmärys- ja kommunikaatiovaikeuksien yhteydessä arvioitsijan ilmoitukseen. (Björkman ym. 2007, 4.)

PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) sisältää kasvojen ilmeet, aktiivisuuden, kehon liikkeet, sosiaalisuuteen, mielialaan ja persoonallisuuteen liittyvät asiat, sekä fysiologiset indikaatiot kuten syömissen, nukkumisen ja sanalliseen käyttäytymiseen liittyvät muutokset. Hoitajat kirjaavat havaitsemansa asiat listan mukaisesti. (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004.)

CNPI (Checklist of Non-verbal Pain indicators) on non-verbaalinen kivun arviointilista, joka sisältää viisi erilaista käytösmuutossarjaa (ei sanallista ääntelyä, irvistely, virkeä, levoton, hankaa/hieroo). Hoitajat kirjaavat havaitsemansa asiat listan mukaisesti. (Taponen 2006.)

PADE (Pain Assessment in the Dementing Elderly) on kansainvälinen mittari, joka sisältää 24 kohtaa koostuen kolmesta eri osa-alueesta: fyysinen, yleinen arviointi sekä toiminnallinen taso. Mittarin kysymykset edellyttävät tietoa potilaan toiminnallisesta tasosta edeltävän 24 tunnin ajalta. (Määttä & Kankkunen 2009, 285.)

DS-DAT (Discomfort Scale in Dementia of the Alzheimer's Type) on kansainvälinen mittari, joka sisältää yhdeksän havainnoitavaa osa-alueita (äänekäs hengittäminen, negatiivinen ääntely, tyytyväinen/pelästynyt/surullinen ilme, otsan rypistäminen, rento/jännittynyt kehonkieli ja levoton liikehdintä). Kohdat pisteytetään tiheyden, voimakkuuden ja keston mukaan, jolloin saadaan kokonaispistemäärä. (Määttä & Kankkunen 2009, 285.)

Abbey koostuu kuudesta arviointikohdasta: ääntely, ilmeet, kehon kieli, käyttäytymismuutokset, fysiologiset muutokset ja fyysiset muutokset. Kohdat pisteytetään, jolloin saadaan näkemys kivusta. (Määttä & Kankkunen 2009, 285 - 286.)

Kipukasvomittarilla mitataan useimmiten lapsen kokemaa kipua. Mittarissa on 5 - 9 erilaista ilmettä iloisesta surulliseen. Iloinen ilme = 0 pistettä ja itkevä ilme = 10 pistettä. Potilaalle kerrotaan, että kuvat esittävät ihmistä, joka on ensimmäisessä kuvassa iloinen, koska hänellä ei ole kipuja. Seuraavassa kuvassa on vähän kipua ja sitä seuraavassa on jo enemmän kipua. Lopuksi on kuva, jossa ihmiseen koskee todella paljon ja sen takia hän itkee. Potilas valitsee kuvan, joka parhaiten sopii hänen kipuunsa. (Sailo & Varti 2000, 105.)

Kipuväriasteikkoa voidaan käyttää kivun mittaamisessa, jos potilas tuntee päävärit ja jos hän ei ole värisokea. Potilas valitsee kahdeksasta erivärisestä värikynästä sen, joka kuvaa pahinta hänen kokemaansa kipua. Sitten hän valitsee toisen värin, joka kuvaa seuraavaksi pahinta kipua jne. Lopuksi potilas valitsee värin, joka kuvaa kivuttomuutta. Sitten potilas piirtää kipupiirroksen/-karttaan kivun siihen kohtaan, missä se hänellä tuntuu ja sillä värillä, joka kuvaa parhaiten kivun voimakkuutta. (Sailo & Varti 2000, 106.)

Kipukartta on kuva, jossa on ihmisen keho edestä ja takaa. Potilasta pyydetään merkitsemään alueet, joissa kipu esiintyy. Kehon kuvaan voidaan kivun sijainnin lisäksi merkitä myös mahdollinen kivun säteileminen muualle kehoon sekä kivun voimakkuus. Voimakkuutta voidaan kuvata väreillä tai esimerkiksi merkintöjen määrällä. Kehon kuvien ongelmana on ollut, että joskus vasen ja oikea sekoittuvat. (Salanterä ym. 2006, 87 - 88.)

Visual Analogue Scale (VAS) eli visuaalinen analogiasteikko eli VAS-kipujana on yleisin menetelmä aikuisten kivun mittaamisessa. Alkuperäinen muoto siitä on noin 10 cm pitkä vaakasuora jana. Potilas merkitsee pystyviivan janalle kohtaan, jonka arvioi kuvaavan kivun voimakkuutta. Janan vasen ääripää kuvaa tilannetta, jolloin potilaalla ei ole lainkaan kipuja ja oikea ääripää puolestaan kuvaa pahinta mahdollista kipua. Kliinisen työn helpottamiseksi janasta on kehitetty erilaisia versioita. (Kalso ym. 2009, 55.)

Numeral Rating Scale (NRS) eli numeerinen kipumittari on yleensä asteikko 0 - 10 tai 0 - 100. 0 tarkoittaa ei lainkaan kipua ja 10 tai 100 tarkoittaa pahinta mahdollista/sietämätöntä kipua. Osalle potilaista on hankalaa hahmottaa, että 10 on pahin mahdollinen kipu, koska kouluarvosanoin 10 on hyvä. Ennen käyttöä on varmistettava, että potilas ymmärtää, miten mittaria käytetään. Vaikeaa on myös arvioida, mikä ero on esim. kivulla 4 ja 5. (Salanterä ym. 2006, 85 - 86.)

Verbal Rating Scale (NRS) on sanallinen kipuasteikko. Tätä voidaan käyttää myös visuaalisen asteikon ohella. Kipu voi olla voimakkuudeltaan esimerkiksi 0 = kipua ei ole lainkaan, 1 = kipu on lievää, 2 = kipu on kohtalaisen voimakasta, 3 = kipu on voimakasta, 4 = kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso ym. 2009, 55.)

Kipupäiväkirja voi olla esimerkiksi vihko tai elektroninen laite. Hoidon tehoa ja haittavaikutuksia arvioidaan seuraavien vastaanottojen yhteydessä. Koska muistinvarainen tieto on epätarkkaa, päiväkirja antaa luotettavamman kuvan pitkältä aikaväliltä. Kipupäiväkirjaa tulee käyttää harkitusti, koska joillain potilailla jatkuva kivun arviointi saattaa lisätä elämän keskittymistä kivun ympärille. (Kalso ym. 2009, 176.)

McGillin kipusanasto on kivun laatua kuvaava sanasto, jossa eri englanninkieliset sanat kuvaavat kivun laatua ja voimakkuutta. 1980-luvulla sanastosta on tehty (Keto-vuori 1980) myös suomenkielinen versio, jota käytetään lähinnä kroonista kipua arvioidessa. Sanasto on koettu puutteelliseksi eikä kaikilta osin toimivaksi, joten mittari on lähinnä ollut tutkimuskäytössä. (Salanterä ym. 2006, 88 - 89.)

4.2 Dementiaa sairastavan kivun arviointi

Vuosittain noin 13 500 yli 64-vuotiasta henkilöä sairastuu muistisairauteen. Muistipotilaista suurin osa on yli 80-vuotiaita. Pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista kahdella kolmesta on muistisairaus. (Erkinjuntti ym. 2010, 28.)

Vanukset ovat kivunhoidossa haastava ryhmä. Vanuksilla on kroonisia sairauksia ja niiden komplikaatioita, myös kipua, enemmän kuin nuoremmilla. Vanhusten huonompi lääkkeiden sietokyky ja monien lääkkeiden samanaikainen käyttö voivat aiheuttaa ongelmia. Kivun ilmaisuun vaikuttavat myös muut sairaudet, esimerkiksi dep-

ressio tai afasia. Vanhuksilla krooninen kipu voikin ilmetä kiinnostuksen ja keskittymiskyvyn puutteena, unihäiriöinä, psykomotorisena taantumana, kiihtyneisyytenä, ruokahaluttomuutena tai masentuneisuutena. (Kalso ym. 2009, 470.)

Iän lisääntyessä näkö, kuulo ja tuntoaisti heikkenevät. Myös kipua välittävissä järjestelmissä tapahtuu muutoksia: perifeeristen hermosyiden määrä vähenee ja johtonopeus hidastuu. Tästä onkin päätelty, että vanhuksilla olisi heikompi kivuntunto kuin nuorilla. Monet kivuliaat taudit (esim. umpilisäkkeen tulehdus, sydäninfarkti) ovat vanhuksilla yllättävän kivuttomia. Voidaankin ajatella, että vanhuksilla on jonkinasteista autonomisen hermoston neuropatiaa. Keskushermoston neurotransmissio hidastuu ja vaikuttaa kivun kognitiiviseen käsittelyyn. Alzheimerin tyyppiseen dementiaan voi liittyä piittaamattomuutta kivusta, jolloin on tavallista enemmän esimerkiksi palovammoja. Toisaalta vanhusten keskushermosto on alttiimpi vaikeiden neuropaattisten kiputilojen kehittymiselle. Keskushermoston muovautuvuuden väheneminen voisi selittää mm. vanhuksilla todetun pitkittyneen mekaanisen hyperalgesian (herkistymisen mekaanisille ärsykeille jää päälle). (Kalso ym. 2009, 470 – 471.)

Iän vaikutuksia kivun tuntemiseen on selvitetty useissa tutkimuksissa. Lämpötuntokynnyksen on vanhuksilla todettu nousevan 12 - 15 % nuorempiin verrattuna. Toisaalta vanhukset olivat nuoria herkempiä, kun käytettiin sähköärsytystä nosiseptiivisena stimulusena. Vanhusten on todettu sietävän painekipua huonommin kuin nuoret. Myös kivun toleranssi voimakkaalle kivulle on laskenut iän myötä. Kivun kokemiseen liittyy myös affektiivinen osuus, jota on selvitetty vain vähän vanhuksilta. Kognitiivisten toimintojen heikkenemisellä on varmasti tärkeä asema. Leikkausten jälkeisten kiputilojen tutkimuksissa on käynyt ilmi, että vanhukset hyväksyvät kipua enemmän kuin nuoret, koska katsovat sen liittyvän normaalina ilmiönä leikkauksen jälkitilanteeseen. Kivun ja kärsimyksen hyväksyminen voi myös liittyä eri aikakausien kulttuuriin näkemuseroihin. (Kalso ym. 2009, 471.)

Vanhenemiseen liittyvä tuki- ja liikuntaelimestön sekä verenkiertoelimestön rappeutuminen on syynä monille kroonisille kiputiloille, joita masennus, puolison ja/tai sosiaalisen aseman menetykset ja muut sairaudet ylläpitävät. Yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyminen saattavat ilmetä kipuna, jonka avulla haetaan kontaktia muihin ihmisiin. (Kalso ym. 2009, 472.)

Kivun tunnistamisen ja arvioinnin lähtökohtana tulisi aina olla potilaan oma kuvaus kivusta. Jokaisen oikeus yksilölliseen kivun arviointiin ja tehokkaaseen hoitoon on yksi keskeisiä periaatteita terveydenhuollossa. Tutkimusten mukaan kuitenkin muistisairaat iäkkäät kärsivät jopa kovaa kipua muita useammin. Muistisairaiden kipua on vaikea tunnistaa, koska heidän on usein vaikea suullisesti ilmaista kiputuntemuksiaan. Muistisairaiden kivun arviointiin on kehitetty useita kansainvälisiä mittareita, joista Suomessakin testattu PAINAD-mittari on koettu melko vaivattomaksi. (Kan & Pohjola 2012, 189 – 191.)

Mäntyselän ym. (2004) tutkimuksessa on esitetty, että dementiapotilaiden kivun arviointi on yhteydessä siihen, minkätasoisesta dementiasta on kyse. Lievästi dementoituneilla ei ole todettu eroa kivun ilmaisussa verrattuna muuhun vanhusväestöön. Keski- vaikeasta tai vaikeasta dementiasta kärsivät eivät välttämättä kykene ilmaisemaan kipua verbaalisesti; on myös mahdollista, että dementoituneiden kipukokemukset muuttuvat taudin edetessä. Vaikeasti dementoituneiden kipua ei todennäköisesti tiedosteta yhtä herkästi kuin ei-dementoituneiden. (Kankkunen ym. 2007, 312.)

Vaikeasti dementoituneiden kivun arviointi toteutetaan usein havainnoimalla ja käytöksen muutoksia tulkitsemalla; tämä vaatii kuitenkin potilaan kipukäyttäytymisen tuntemista. Dementoituneen potilaan käyttäytymisen muutos voi johtua kivun sijaan tai ohella esimerkiksi janosta, WC-tarpeesta, masennuksesta, psykoosista tai epämu-kavasta vaatuksesta. Muutokset dementoituneen potilaan käytöksessä voivat olla hyvin monimuotoisia. (Tilvis ym. 2007, 6.) Tarkkilan (2005) mukaan hoitohenkilökunnan tekemä arvio potilaan kivusta onkin usein virheellinen.

Dementoituneiden kivun mittaukseen ei ole yhtä oikeaa mittaria, vaan eri vaihtoehtoista on osattava valita jokaiselle yksilölle sopiva. Mittaustulosten dokumentointi on myös tärkeää (Bird 2005). (Kankkunen ym. 2007, 312.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksena dementiaa sairastavien vanhusten kivun arviointia. Tavoitteena on lisätä hoitotyöntekijöiden ja hoitotyön opiskelijoiden tietoa dementiaa sairastavien kivun arvioinnista, jotta he pystyisivät omassa työssään helpommin arvioimaan dementiaa sairastavien kipua.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Mikä edistää dementiaa sairastavien kivun arviointia?
2. Mikä estää dementiaa sairastavien kivun arviointia?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena eli kootaan yhteen olemassa olevaa tietoa tutkimusaiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 74). Näytetään siis, miten aihetta on aiemmin tutkittu ja millaisista näkökulmista. Lähdeviitteiden perusteella voi tarkistaa tietoja alkuperäisistä kirjoituksista ja arvioida niiden käyttöä tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 121.)

Kirjallisuuskatsauksessa on syytä olla kriittinen jo olemassa olevaa tietoa kohtaan. Tutkimusten ikää tulee arvioida kriittisesti, terveydenhuolto ja siinä käytetty tekniikka kehittyvät nopeasti. Voi kuitenkin olla, että aiheesta on julkaistu klassikkoteoksia. Tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi onkin hyvä käyttää vain alkuperäislähteitä. Lähteitäkin tosin tulee arvioida kriittisesti. Lähteiden olisi oltava mahdollisimman tasokkaita tieteellisiä julkaisuja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70 - 71.)

6.2 Aineiston hakuprosessi

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin tietokannoista käyttämällä eri hakusanoja ja niiden yhdistelmiä. Tarkoituksena oli löytää tutkimuksia ja tutkimusartikkeleita, jotka kertovat dementiaa sairastavien kivun arvioinnista ja ovat korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja.

Tutkimuksista ei poissuljettu eri ympäristöissä tapahtuvaa kivun arviointia (laitoshoido/kotisairaanhoido), koska kivun arviointi on kivun arviointia ympäristöstä riippumatta ja hoitohenkilökunnalla on aina hoitotyön koulutus.

Tutkimusten hyväksymiskriteerit:

- tutkimukset sekä tutkimusartikkelit vuodelta 2004 tai uudempia

- julkaisut koskevat dementiaa sairastavien ikääntyneiden potilasryhmää
- julkaisut käsittelevät kivun arviointia

Tutkimusten hylkäämiskriteerit:

- tutkimuksessa on tutkittu eri potilasryhmää; joku muu pääasiallinen sairaus kuin dementia
- julkaisut, joissa arvioidaan lasten, nuorten, työikäisten tai kehitysvammaisten kipua
- julkaisut, joissa arvioidaan ikääntyneiden kipua, mutta ikääntyneet eivät sairasta dementiaa

Hakusanoina olivat ”kipu”, ”dementia” sekä ”arviointi”. MOT-sanakirjan avulla englanninkielisiksi hakusanoiksi muodostuivat ”measurement”, ”evaluation” ja ”assessment” sekä ”pain” ja ”dementia”.

Hain artikkeleita Medicistä, Nellistä, Melindasta ja Cinahlista. Eri tietokannoissa oli samoja artikkelita, joten esimerkiksi Nellistä ei löytynyt hakusanoilla kipu + dementia yhtään uutta artikkelia. Melindasta ei myöskään löytynyt ollenkaan uusia tutkimuksia. Medicistä löytyi runsaasti artikkeleita ja tutkimuksia, joten valitsinkin vain kokotekstit hakuun ja niitä löytyi 89. Cinahlista löytyi pelkällä pain measurement -hakusanalla 21 802 artikkelia. Supistin englanninkielistä aineistoa lisäämällä hakusanoja: pain + measurement/evaluation/assessment + dementia ja valitsemalla vain full text -aineiston. Englanninkielistä aineistoa olisi siis ollut runsaasti, mutta valitsin 5 artikkelia työtäni varten. Taulukossa 2 näkyy tutkimusten valikoituminen opinnäytetyöhön.

TAULUKKO 2. Aineiston valinta tietokannoista haun jälkeen

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikoon perustuen	Abstraktiin perustuen	Koko tekstiin perustuen	Aineistoksi valitut
Medic	Kipu AND arviointi AND dementia	89	7	5	4	4
Nelli	Kipu + ar-	25	5	0	0	0

	viointi / dementia					
Cinahl	Pain AND measurement AND dementia	56	16	5	3	3
Cinahl	Pain AND evaluation AND dementia	33	2 uutta edelliseen verrattuna	1	1	1
Cinahl	Pain AND assessment AND dementia	70	2 uutta edelliseen verrattuna	1	1	1
Manuaalinen haku		5 uutta	1	1	1	1
Yhteensä			33	13	10	10

6.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, sitä käytetään useissa kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sen avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja sekä kuvata niitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133.)

Sisällönanalyysin avulla tuotetaan yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia, sekä tavoitetaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Tavoitteena on ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, käsitemalleja tai käsitekarttoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.)

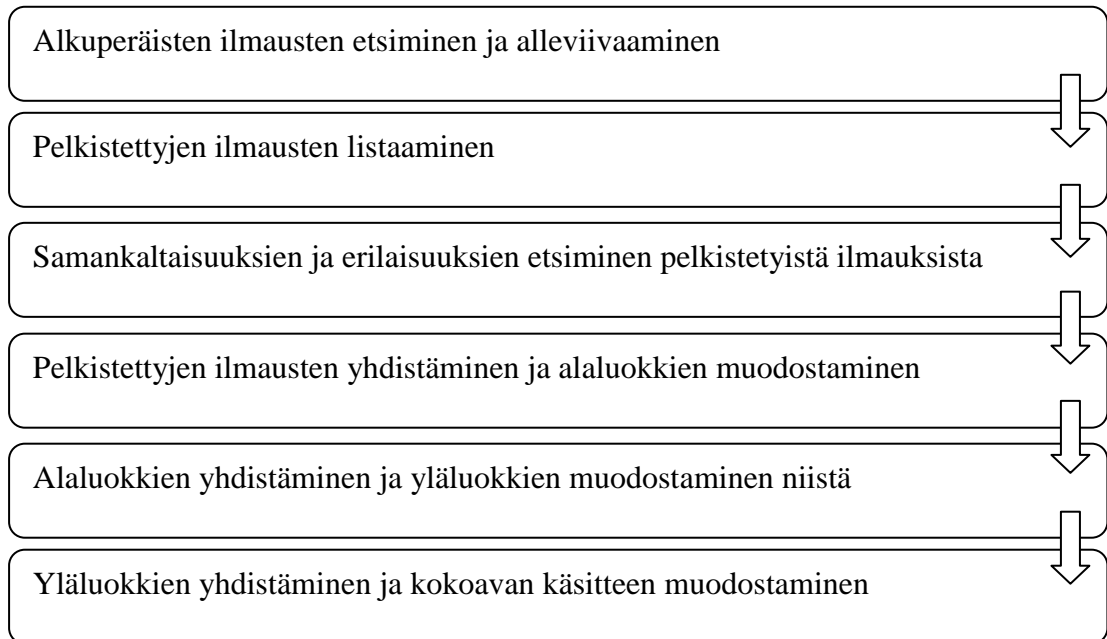
Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä (kuva 1) sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Luokittelu perustuu lähinnä induktiiviseen päätelyyn, jota ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Induktiivista lähtökohtaa on aiheel-

lista käyttää, jos asiasta ei juurikaan tiedetä tai aikaisempi tieto on hajanaista. Kategoriat johdetaan aineistosta tutkimusongelmien ohjaamana. Induktiivisen analyysin tarkoituksena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana tai lause. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävä sekä aineiston laatu. Raportointi tapahtuu aineistolähtöisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Milesin ja Hubermanin (1994) kuvaavat aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysia kolmivaiheiseksi prosessiksi: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämässä eli redusoinnissa analysoitava informaatio voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto, muu asiakirja tai dokumentti. Aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset, joiden mukaan aineisto pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla olennaiset ilmaukset. Alkuperäisestä informaatiosta nostetut ilmaukset kirjataan aineistosta nostetuilla ilmauksilla, joista voidaan käyttää käsitettä ”aineiston pelkistäminen”. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 109.)

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta koodatut alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään yhdeksi luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavaksi. Luokitteluyksikkönä voi olla tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Klusteroinnissa luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Aineiston käsitteellistämässä eli abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Klusteroinnin katsotaan olevan osa abstrahointia. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan, kuin se aineiston sisällön puolesta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)



KUVA 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä (kuva 1) yhdistellään käsitteitä ja saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä. Käsitteellistämässä empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan myös luokittelujen perusteella muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. Johtopäätösten tekemisessä pyritään ymmärtämään, mitä asiat merkitsevät. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112 - 113.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineistoon perehdyttiin mukaillen induktiivista sisällönanalyysia. Aineisto luettiin läpi etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistosta kerätyt alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin, pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, lopulta niistä muodostettiin alaluokkia. Alaluokkia yhdistelemällä ja pohtimalla koottiin yläluokat, joista puolestaan muodostui käsitteet. Taulukossa 3 on esimerkki opinnäytetyön aineiston analyysistä.

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Käsite
Kivun arviointi on tärkeää ja kipu tulisikin aina arvioida, jollain keinolla	Säännöllinen ja järjestelmällinen kivun arviointi	Arvioinnin toteutus	Ammattitaito	Kivun arviointia edistävät tekijä
Viisi kuudesta dementoituneesta osasi käyttää vähintään yhtä viidestä kipuasteikosta	Osa dementoituneista osaa arvioida omaa kipuaan	Potilaan oma arviointi	Potilaasta johtuvat syyt	Kivun arviointia edistävät tekijä

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän opinnäytetyön tulokset saatiin tekemällä tutkimusaineistolle induktiivinen sisällönanalyysi. Analyysia ohjasivat tutkimuskysymykset.

7.1 Kivun arviointia edistävät tekijät

Kivun arviointia edistäviksi tekijöiksi muodostui neljä alaluokkaa: ammattitaito, potilaisiin, mittareihin ja työolosuhteisiin liittyvät tekijät.

Ammattitaito. Kivun diagnosoinnin osaaminen riittävän ajoissa ja siihen reagoiminen oli tärkeä osa ammattitaitoa. Riittävä koulutus, tiedot ja taidot nousivat oleellisina esille dementiaa sairastavien kivun arvioinnin onnistumisessa. Koulutukseen liittyi sairauksien tunteminen ja sairauksien sekä ikääntymisen tuomien muutosten tunnistaminen potilaissa sekä tutkimusten tuoman tiedon hyödyntäminen. Koulutuksen koettiin lisäävään raportoinnin ja tiedonkulun onnistumista. Hyvään ammattitaitoon liitettiin havainnointikyky, kyky tunnistaa kipua ja keskustelutaidot. Kokemus oli yksi kivun arviointia edistävästä tekijöistä. Kokemusta hoitajat saivat pitkistä hoitosuhteista potilaan ja hoitajan välillä, työkokemuksista, oman elämän kokemuksista ja mahdollisista omista kokemuksista kivuista. Kipua oli tärkeää arvioida jollain keinolla, joko

mittareita käyttämällä tai muuten havainnoimalla. Joissain tapauksissa mittareista koettiin olevan hyötyä kipua arvioitaessa ja siitä kirjattaessa, toisissa tapauksissa hoitajat kokivat pystyvänsä arvioimaan potilaita tarpeeksi hyvin havainnoimalla. Kivun arvioinnissa oleellista oli toimia järjestelmällisesti ja säännöllisesti. (Taponen 2006; Finne-Soveri & Noro 2005; Zwakhalen Sandra MG ym. 2012; Yi-Heng Chen ym. 2010.)

Potilaisiin liittyvät tekijät. Osa vaikeasti dementoituneista potilaista kykeni arvioimaan omaa kipuaan. Potilaan kulttuurisesta taustasta riippumatta erityisesti kehon kieli, ilmeet ja ääntely olivat dementiaa sairastavilla tyypillisiä kivun ilmaisuja. Dementiaa sairastavien kipua pystyttiin arvioimaan siis myös havainnoimalla potilaan kivun ilmaisua. (Björkman ym. 2007; Määttä & Kankkunen 2009; Taponen 2006; Finne-Soveri & Noro 2005.)

Mittareihin liittyvät tekijät. Mittareiden käyttö tarvittaessa ja niiden kehittäminen oli edistävää tekijä dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. Eri tutkimuksissa on saatu tietoa PAINADin soveltuvuudesta dementiaa sairastavien kivun mittaukseen, mittari koettiin helppokäyttöiseksi ja sen käyttö helpotti kivun kirjaamista. Mittauksia säännöllisesti toistamalla pystyttiin myös arvioimaan potilaiden kroonista kipua. (Määttä & Kankkunen 2009; Björkman ym. 2007.) Tutkimuksissa Abbey-mittari oli myös henkilökunnan mielestä helppokäyttöinen (Määttä & Kankkunen 2009). Tutkimuksessa suositeltiin myös käyttämään havainnointiin perustuvien mittareiden rinnalla itse arviointiin tarkoitettuja mittareita tulosten luotettavuuden parantamiseksi. (Finne-Soveri & Noro 2005.)

Työolosuhteisiin liittyvät tekijät. Potilaan tuntemiseen liittyi potilaan historian tunteminen, potilaan kommunikoinnin ymmärtäminen ja käyttäytymisen muutosten tunnistaminen. Omaisten tuoma tieto koettiin tärkeäksi, jotta tiedettiin potilaan kipukäyttäytymisestä ennen sairastumista. Tärkeää oli myös työyhteisön sisäinen yhteistyö. Taponen (2006) tutkielmassa hoitajat kokivat kivun arvioinnin jopa helpommaksi ilman mittareita, koska he tunsivat potilaat hyvin ja heillä oli kokemusta potilaiden hoidosta. Kiireetön työtahti ja henkilökunnan määrä koettiin vaikuttavan kivun arviointiin edistävästi. Kivun arviointia edisti myös tiimityöskentelyn kehittäminen ja tiedonkulun parantaminen.

7.2 Kivun arviointia estävät tekijät

Kivun arviointia estäviksi tekijöiksi muodostui neljä alaluokkaa: ammattitaidon puute, potilaisiin, mittareihin ja työolosuhteisiin liittyvät tekijät.

Ammattitaidon puute. Puutteelliset tiedot kivusta tai potilaasta olivat hoitohenkilökunnan mielestä kivun arviointia estäviä tekijöitä. Puutteita saattoi myös olla tiedon kulussa työyhteisössä. Uudet työntekijät eivät välttämättä tunteneet potilaita tai tienneet heidän kipukäyttäytymistään, mikä vaikutti kivun arvioinnin luotettavuuteen. Taitamaton käytösoireiden tunnistaminen ja henkilökunnan kyvyttömyys/herkkyys havainnoida kipua oli myös estävä tekijä kivun arvioinnissa. Johdattelevat kysymykset estävät kivun arviointia, koska silloin ei välttämättä saada potilaalta oikeaa tietoa. Henkilökunnan välinpitämättömyys, jolloin kipuun ei aina reagoitu, tai työyhteisön periaatteet kipulääkkeiden käytöstä saattoivat myös olla estäviä tekijöitä kivun arvioinnissa. Hoitohenkilökunnan koulutuksessa onkin otettava huomioon dementoituneiden kivun arvioinnin oikeanlainen havaitseminen. (Taponen 2006; Mäntyselkä ym. 2004; Scherder & Van Manen 2005; Ni Thuathail & Welford 2011; McAuliffe ym. 2008.)

Potilaisiin liittyvät tekijät. Potilailla voi olla poikkeava käsitys kivusta, jolloin kivun arviointi on haastavaa. Potilaalla saattaa olla korkea kipukynnys. Potilas voi myös vähätellä tai liioitella kipua, kipu kielletään tai hyväksytään, oireita voidaan vähätellä, potilas voi kieltäytyä lääkkeistä tai potilas hakee huomiota, jolloin kipu voi jäädä hoitohenkilökunnalta huomaamatta. Potilas voi myös olla estynyt ilmaisemaan kipua, tai psyykkiset syyt, kuten ahdistuneisuus, tuskaisuus, paha mieli, pelko tai muistamattomuus, vaikuttavat kivun ilmaisuun. Potilaan aktiivisuus, kuten rauhallisuus tai passiivisuus, ja kommunikaatio-ongelmat, kuten puhumattomuus, afasia, ilmaisukyvyn puute, ymmärtämisvaikeudet, potilaan epä johdonmukainen puhe tai puuttuvat kommunikaatiokeinot, nimettiin myös estäviksi tekijöiksi. (Taponen 2006; McAuliffe ym. 2008.) Mäntyselän ym. (2004) tutkimuksessa selvisikin, että päivittäin koetun ja ilmaistun kivun esiintyvyys ja kipulääkkeiden käyttö oli vähäisempää dementiaa sairastavilla kuin ei-dementiaa sairastavilla. (Finne-Soveri & Noro 2005.)

Mittareihin liittyvät tekijät. Se, ettei mittareita käytetty ollenkaan kivun arvioinnissa, oli kivun arviointia estävä tekijä, varsinkin jos hoitohenkilökunnalla ei ollut pitkää

hoitosuhdetta potilaaseen. Toisaalta tutkimuksissa kävi ilmi, ettei mikään mittari ole täysin luotettava dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. PADEn käyttämiseen tarvittiin potilaan tietoja edellisen vuorokauden aikaisesta kipukäyttäytymisestä, jolloin mittari ei välttämättä ollut nopea- ja helppokäyttöinen (Määttä & Kankkunen 2009). RAI-järjestelmän kipumittarien on todettu tunnistavan heikosti vaikeaa dementiaa sairastavien kipua (Määttä & Kankkunen 2009; Björkman ym. 2007). Kirjallisuudesta ei löydy yksimielisyyttä siihen, mikä olisi paras työkalu dementiaa sairastavien kivun arviointiin (Ni Thuathail & Welford 2011; Finne-Soveri & Noro 2005).

Työolosuhteisiin liittyvät tekijät. Resurssien puute, kiire ja liian vähäinen määrä henkilökuntaa, vaikuttivat dementiaa sairastavien kivun arviointiin siten, että kipu saatettiin jättää arvioimatta tai siihen ei reagoitu. Puutteellinen yhteistyö omaisten kanssa ja omaisten mielipiteet koettiin kivun arviointia estäviksi tekijöiksi. Omaiset saattoivat olla sitä mieltä, ettei potilaan elehdintä tarkoittanut kivun tuntemista tai kipulääkkeiden käyttöön suhtauduttiin negatiivisesti. (Taponen 2006.)

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää dementiaa sairastavien vanhusten kivun arviointia. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitotyöntekijöiden ja hoitotyön opiskelijoiden tietoa dementiaa sairastavien kivun arvioinnista, jotta he pystyisivät omassa työssään helpommin arvioimaan dementiaa sairastavien kipua. Opinnäytetyössä onnistuttiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin: Mikä edistää dementiaa sairastavien kivun arviointia? Mikä estää dementiaa sairastavien kivun arviointia?

Aineistosta kävi ilmi, että dementiaa sairastavat ilmaisevat kipua vähemmän kuin ei-dementiaa sairastavat. Kuitenkin useissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että muistisairaatt iäkkäät kärsivät jopa kovaa kipua muita useammin (Kan & Pohjola 2012). Ovatko siis dementiaa sairastavat kivuttomampia kuin ei-dementiaa sairastavat vai emmekö vain osaa tulkita dementiaa sairastavia oikein? Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään ja oikeanlaiseen kivun hoitoon.

Kivun arviointiin suuresti vaikuttavana tekijänä pidettiinkin ammattitaitoa tai sen puutetta (Taponen 2006; Mäntyselkä ym. 2004; Scherder & Van Manen 2005; Ni Thuathail & Welford 2011; McAuliffe ym. 2008). Dementiaa sairastavien kivun arviointi

vaatii tietämystä muistisairauksista ja niiden tuomista fysiologisista ja kognitiivisista muutoksista. Dementiaa sairastavat ovat usein iäkkäitä, ja näin ollen myös vanhene-
misen tuomat muutokset on syytä ottaa huomioon kivun arviointia tehtäessä. Erilaiset
käyttäytymisen muutokset voivat johtua monista eri tekijöistä. Dementiaa sairastavat
saattavat myös ilmaista itseään hyvinkin epämääräisesti. (Kalso ym. 2009; Huttunen
2011.) Ihanteellista olisi tuntea potilas pidemmältä ajalta ja siltä pohjalta tehdä havain-
toja potilaasta. Akuuttia kipua on hieman helpompi arvioida, koska se usein alkaa no-
peasti ja tuo siksi selkeitä muutoksia, esimerkiksi kaatumisen seurauksena. Krooninen
kipu on haastavampaa arvioida varsinkin, jos ei ole mitään tiedossa olevaa syytä kivun
aiheuttajaksi.

Ammattitaitoon liittyy olennaisesti myös työyhteisön sisällä tapahtuva toiminta. Ra-
portoinnin tulisi olla tehokasta ja oleelliset asiat tulisi osata kertoa eteenpäin, kuten
mm. Taposen (2006) tutkielmasta kävi ilmi. Kiire ja vähäiset henkilökuntaresurssit
vaikuttavat potilaiden hoitoon, vaikei näin saisi olla. Ammattitaitoon kuuluu havain-
noida ja reagoida kiireenkin keskellä potilaiden tarpeisiin, tärkeää on myös pyrkiä
tekemään parhaansa, jotta laadukas potilaiden hoitotyö toteutuisi. Tämä tuo jokapäi-
väisiä haasteita hoitohenkilökunnalle.

Kivun arvioinnista mittareiden avulla oli hieman ristiriitaisia tuloksia. Taposen (2006)
tutkielmassa hoitohenkilökunta koki pärjäävänsä hyvin ilman kipumittareita, toisaalta
useassa tutkimuksessa tuli ilmi, että kipumittareiden säännöllinen ja systemaattinen
käyttö helpottivat dementiaa sairastavien kivun arviointia. Taposen (2006) tutkielman
tuloksia voisi selittää sillä, että otos on aika pieni ja vain yhdessä dementiayksikössä
toteutettu. Mittareiden kohdalla pohdin myös tulosta, jonka mukaan vaikeaa dementi-
aa sairastavat pystyivät osittain arvioimaan omaa kipuaan. Mistä tiedetään, että tulok-
set on tulkittu oikein, jos vaikeaa dementiaa sairastavilla on usein kommunikoinnin ja
sosiaalisen kanssakäymisen kanssa ongelmia? Mistä tiedetään, että potilas on ymmär-
tänyt ohjeistuksen/kysymykset oikein?

Tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta suuntaa antavina niitä voidaan
mielestäni pitää. Suuntaa antavina pitäisin tuloksia siksi, koska tulokset olivat pää-
sääntöisesti yhteneväisiä dementiaa sairastavien kivun arvioinnista. Edistävät ja estä-
vät tekijät toistuivat eri tutkimuksissa niitä lukiessani.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että olen ollut tekemässä yksin opinnäytetyötä. Useampi osallistuja olisi voinut vaikuttaa siten, että tuloksia olisi voitu pitää luotettavampina. Englanninkieliset tutkimukset toivat lisähaastetta aineiston analysointiin. Aineiston läpikäyminen vei huomattavasti enemmän aikaa ja vaati syvällisempää perehtymistä kuin suomenkieliset tutkimukset, jotta oleellinen saatiin sieltä poimittua.

Opinnäytetyöni tulosten luotettavuutta heikentää se, että missään käytetyssä tutkimuksessa ei olla varmoja dementiaa sairastavien kivun arvioinnista ja siitä, kuinka se tulisi tehdä. Kaikissa tutkimuksissa pohditaan ja ehdotetaan, mikä näyttäisi toimivalta ratkaisulta, mutta dementoituneen kivun arviointia on vaikea toteuttaa. En usko kenenkään tietävän, miltä dementoituneesta potilaasta kipu tuntuu, tuskin aina potilas itsekin tietää. Dementian tuomat fysiologiset muutokset ovat osittain hyvinkin samankaltaisia kivun ilmaisen kanssa, esimerkiksi levottomuus. Dementiaa sairastavien kivun arviointi luotettavasti näyttäisikin siis olevan haasteellista.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimukset vastasivat tutkimuskysymyksiin ja useista tutkimuksista oli saatu samansuuntaisia tuloksia. Dementiaa sairastavien kivun arviointia on mahdollista kehittää. Asiat, joihin pystytään eniten vaikuttamaan, ovat henkilökunnan koulutus, työolosuhteet sekä mittareiden kehittäminen.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen tuntenut välillä toivottomuutta sen tosiasian kanssa, että dementoituneen kipua on vaikea arvioida. Dementoituneilla on oikeus kivun hoitoon, mutta miten voimme hoitaa kipua, jos emme tiedä, onko kipua? Kipulääkkeiden turha käyttö voi myös johtaa sekavuuteen, onnettomuuksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Mikä on kultainen keskitie?

8.1 Johtopäätökset

Dementiaa sairastavien kivun arviointia pystytään parantamaan yhteistyötä (omaiset, moniammatillinen yhteistyö), koulutusta ja hoitokäytäntöjä kehittämällä. Mitä paremmin potilas tunnetaan ja mitä paremmin ammatillinen osaaminen on henkilökunnan hallussa, sen vaivattomampaa on arvioida dementiaa sairastavien kipua.

Kipumittareita olisi hyvä vielä kehittää soveltumaan paremmin dementiaa sairastavien kivun arviointiin. Mittareiden tulisi olla luotettavia, helppokäyttöisiä ja soveltua erilaisten potilaiden kivun mittaukseen. Mittarit helpottavat kivun arviointia ja siitä kirjaamista.

Ei ole yhtä oikeaa mittaria tai tapaa arvioida kipua, siksi hoitohenkilökunnalla tulisi olla erilaisia kivunarviointimenetelmiä käytössään, joista voisi valita potilaalle tai yksikölle sopivimman työkalun kivun arviointiin.

8.2 Jatkotutkimusaiheet

Dementoituneiden kivun hoitoa ja arviointia olisi hyvä tutkia lisää. Kuinka dementoituneiden kipua pyritään lievittämään, käytetäänkö lääkkeellisiä vai lääkkeettömiä hoitomuotoja? Kuinka voidaan parantaa dementiaa sairastavien kivun arviointia ja hoitoa? Mielenkiintoista olisi tietää eri yksiköiden välisistä eroista tai samankaltaisuuksista kivun arvioinnissa sekä hoidossa. Suurempi, useita yksiköitä sisältävä kivun arviointi -kysely olisi hyvä aihe, jotta selviäisi kuinka, dementiaa sairastavien kivun arviointi on ratkaisu eri yksiköissä.

LÄHTEET

- Arokoski, Jari, Alaranta, Hannu, Pohjolainen, Timo, Salminen, Jouko & Viikari-Juntura, Eira 2009. Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Björkman, Mikko, Palviainen, Jaana, Laurila, Jouko & Tilvis, Reijo 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi - kahden kipumittarin vertailu. Verkkojulkaisu. Lääkärilehti 26/2007, 2547 - 2553.
- Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää -muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: Werner Söderström Oy.
- Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Helsinki: Werner Söderström Oy.
- Finne-Soveri, Harriet & Noro, Anja 2005. Miksi kivun havaitseminen ja hoitaminen on vaikeaa laitoksessa asuvalla vanhuksella? Verkkojulkaisu. Kipuviesti 10/2005, 27 - 29.
- Fuchs-Lacelle, S. & Hadjistavropoulos, T, 2004. Development and preliminary validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC). Pain Management Nursing 5(1), 37 - 49.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, Matti 2011. Dementia. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358 Päivitetty 22.10.2011. Luettu 27.1.2014.
- Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kan, Suvi & Pohjola, Leena 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, Päivi, Taponen, Rauni & Suominen, Tarja 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia 4, 311 - 319.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- McAuliffe, Linda, Nay, Rhonda, O'Donnell, Megan & Fetherstonhaugh, Deidre 2008. Pain assessment in older people with dementia. Journal of Advanced Nursing 65(1), 2 - 10.
- MG Zwakhalen, Sandra, E van't Hof, Charlotte & PH, Hamers, Jan 2012. Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. Journal of Clinical Nursing 21, 3009 - 3017.

- Mäntyselkä, Pekka, Hartikainen, Sirpa, Louhivuori-Laakko, Kirsti & Sulkava, Raimo 2004. Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study. *Age and Ageing* 33, 496 - 499.
- Määttä, Maija & Kankkunen, Päivi 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementia sairastavien kivun arvioinnissa. *Hoitotiede* 21(4), 282 - 293.
- Ni Thuathail, A. & Welford, C. 2011. Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. Literature review. *Nursing Standard* 6, 39 - 46.
- Sailo, Eerika & Varti, Anne-Marie (toim.) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.
- Salanterä, Sanna, Hagelberg, Nora, Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Scherder, Erik & Van Manen, Femke 2005. Pain in Alzheimer's disease: nursing assistants' and patients' evaluations. *Journal of Advanced Nursing* 2, 151 - 158.
- Suomen kivuntutkimusyhdistys. Mitä kipu on, Perustietoa kivusta kaikille. <http://skty.org/system/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on.%20Perustietoa%20kivusta%20kaikille.pdf#overlay-context=node/329> Luettu 23.4.2014
- Taponen, Rauni 2006. Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.
- Tarkkila, Pekka 2005. Vanhusten kivun mittaaminen. *Kipuviesti* 2, 30-31.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Mikä on RAI? http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/mika_on_rai Päivitetty 23.11.2014. Luettu 4.12.2014.
- Tilvis, Reijo, Björkman, Mikko & Sorva, Antti 2007. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. *Tabu* 3, 4 - 7.
- Tuomi, Jouni, Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Vainio, Anneli 2009a. Akuutti ja krooninen kipu. Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005 Päivitetty 22.1.2009. Luettu 23.4.2014.
- Vainio, Anneli 2009b. Kivunhallinta. Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025&p_haku=kipu Päivitetty 22.1.2009. Luettu 5.12.2013.
- Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Yi-Heng, Chen, Li-Chan, Lin & Watson, Roger 2010. Validating nurses' and nursing assistants' report of assessing pain in older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing* 19, 42 - 52.

LIITE 1(1).

Tutkimustaulukko

Tekijä(t), vuosi, tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Otos ja menetelmä(t)	Keskeiset tulokset
<p>1 Finne-Soveri Harriet & Noro Anja 2005.</p> <p>Miksi kivun havaitseminen ja hoitaminen on vaikeaa laitoksessa asuvalla vanhuksella?</p>	<p>Selvittää miksi laitoksissa asuvien vanhusten kivun arviointi ja hoito on vaikeaa.</p>	<p>Tutkijoiden kirjoittama artikkeli, joka on yhteenveto tutkimuksista.</p>	<p>Korkea ikä (elimelliset muutokset) ja dementoituminen (sairauden kulku ja vaikutukset) vaikeuttavat kivun arviointia ja hoitoa.</p> <p>Kipua pitää osata epäillä, kysyä ja havainnoida. Oleellista on toimia järjestelmällisesti ja säännöllisesti. Tarvittaessa käytetään kipumittareita.</p> <p>Viisi kuudesta dementoituneesta osasi käyttää vähintään yhtä viidestä kipuasteikosta.</p> <p>Kommunikointiin kykenemättömän kipua arvioidaan havainnoimalla kipukäyttäytymistä (kasvojen ilmeet, levottomuus...).</p> <p>Kivun esiintymisessä ja vaikeusasteessa on esiintynyt hyvin vähän muutosta viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana ympärivuorokautisen hoidon asukkailla.</p> <p>18 itse arviointiin ja 12 havainnointiin perustuvaa kipumittaria käytiin läpi todeten, ettei niistä mikään ollut ylivoimainen pätevyytensä tai luotettavuutensa suhteen.</p> <p>Suosittelaaan käyttämään havainnointiin perustuvien mittareiden rinnalla itse arviointiin tarkoitettuja mittareita.</p> <p>Dementoiviin sairauksiin liittyy usein kiihtyneisyyttä, masennusta ja unihäiriöitä, joiden tiedetään kaikkien liittyvän myös kipuun.</p>
<p>2 Björkman ym. 2007. Suomi.</p> <p>Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi - kahden kipumittarin vertailu</p>	<p>Vertailla RAI -järjestelmän ja PAINAD -mittarin käyttöä iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arvioinnissa sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena olivat sairaalan akuuttigeriatrian vuodeosastolle otetut yli 65 - vuotiaat, kliinisesti muistihäiriöstä kärsivät potilaat (n = 95) Vertailuna mukana oli pitkäaikaissairaalosta lähimuistiltaan heikentyneet potilaat (n = 202).</p> <p>Mittarien yksimielisyyttä tarkasteltiin kaupakertoimen avulla. PAINAD - mittarille määriteltiin sensitiivisyys, spesifisyys ja ennustearvot RAI – järjestelmään nähden.</p> <p>PAINAD – mittaus suoritettiin myös hoitotoimenpiteen aikana.</p>	<p>Mittarit eivät olleet yksimielisiä. RAI - järjestelmässä kivuttomiksi tulkituista potilaista 31 - 72 %:lla havaittiin PAINAD - mittauksessa kipuja mittaustilanteessa ja alaryhmästä riippuen. Hoitotoimenpiteiden aikaisen PAINAD - mittauksen negatiivinen ennustearvo oli suuri.</p> <p>Kokemustemme perusteella voidaan todeta RAI -järjestelmän soveltuvan PAINAD -mittaria huommin vaikeasti dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin niin potilaan omaan ilmoitukseen kuin hoitajan tekemään arvioon perustuen.</p> <p>PAINAD -mittarin käyttöönotto koettiin osastolla vaivattomaksi.</p> <p>Kivun kirjaamisen koettiin helpottuvan PAINAD -mittaria käytettäessä varsinkin potilaan erilaisten stressitilojen aikana.</p> <p>PAINAD -mittauksia säännöllisesti toistamalla voitiin myös arvioida potilaiden kroonista kipua.</p> <p>Myös vaikeasti dementoituneet potilaat kykenevät arvioimaan omaa kipuaan. Peräti 61 % sairaalahoidossa olleista potilaista ymmärsi vähintään yhden kolmesta käytetystä omaan ilmoitukseen perustuvas-</p>

LIITE 1(2).

Tutkimustaulukko

		Tutkimus kesti vuoden ajan.	<p>ta arviointiasteikosta.</p> <p>PAINAD -mittari on helppokäyttöinen käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin perustuva kipumittari. Mittarilla todettu kivuttomuus hoitotoimenpiteiden aikana näyttää antavan melko vahvan viitteen vaikeasti dementoituneiden potilaiden todellisesta kivuttomuudesta.</p>
<p>3 McAuliffe Linda ym. 2008. Australia.</p> <p>Pain assessment in older people with dementia</p>	Selvittää mitkä ovat esteitä onnistuneelle kivunarvioinnille sekä tutkia kuinka esteet voitetaan.	Kirjallisuuskatsaus. Eri tietokannoista etsittiin tutkimuksia vuosilta 1993-2007. Hakusanat: kipu, dementia, arviointi, este.	<p>Esteet: kipua ei tunnisteta, koulutuksen puute, väärin diagnosointi, liian myöhään diagnosointi, ei käytetä mittareita/työkaluja</p> <p>Potilaisiin liittyvää: ei saada tarpeeksi todisteita kivusta, osalla dementiaa sairastavista ei ole kipuja, kivun tyyppi ja tyyni asenne.</p> <p>Ratkaisuja: potilaan tunteminen, havainnoinnin parantaminen, lisää koulutusta mm. dementian ja kivun suhteesta, mittareiden/työkalujen käyttöönotto ja niiden kehittäminen.</p>
<p>4 Mäntyselkä Pekka, Hartikainen Sirpa, Louhivuori-Laakko Kirsti & Sulkava Raimo 2004. Suomi.</p> <p>Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people</p>	Analysoida päivittäistä kipua ja kipulääkkeiden käyttöä kotona asuvilla dementiaa sairastavilla ja ei-dementiaa sairastavilla vanhuksilla.	Strukturoitu kliininen tutkimus ja haastattelu yli 75 -vuotiaalle kotona asuville vanhuksille (n=523).	<p>Päivittäinen kipu on yleistä kotona asuvilla vanhuksilla.</p> <p>Dementoituneiden vanhusten kivun oikeanlainen havaitseminen, diagnosointi ja hoito ovat haastavia vastaanotoilla ja otettava huomioon hoitohenkilökunnan koulutuksessa.</p> <p>Päivittäin koetun ja ilmaistun kivun esiintyvyys ja kipulääkkeiden käyttö oli vähäisempää dementiaa sairastavilla kuin ei-dementiaa sairastavilla.</p>
<p>5 Määttä Maija & Kankkunen Päivi 2009. Suomi.</p> <p>Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa</p>	Kuvata vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa käytettäviä kipumittareita ja niiden luotettavuutta.	Kirjallisuuskatsaus. 11 empiiristä alkuperäistutkimusta, joissa oli arvioitu kipumittareiden luotettavuutta.	<p>Dementiaa sairastavien kivun arviointiin on kehitetty useita mittareita.</p> <p>Mittarien luotettavuuden arviointimenetelmät ovat olleet kirjavia ja aineistot osin hyvin pieniä.</p> <p>Tulokset ovat hyvin samansuuntaisia ja osoittavat, että erityisesti ilmeet, kehon kieli ja ääntely ovat dementiaa sairastavien tyypillisiä kivun ilmaisuja heidän kulttuurisesta taustastaan riippumatta.</p> <p>PAINAD on osoittautunut luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi.</p>

LIITE 1(3).**Tutkimustaulukko**

<p>6 Ni Thuathail A & Welford C 2011. Irlanti.</p> <p>Pain assessment tools for older people with cognitive impairment.</p>	<p>Vetää yhteen ja kritisoida kirjallisuudesta löytyviä työkaluja, joita käytetään kognitiivisesti heikentyneiden kivun arvioinnissa.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Kirjallisuudessa ei yksimielisyyttä siihen, mikä on paras työkalu kognitiivisesti heikentyneiden kivun arviointiin.</p> <p>Kivun arviointi on tärkeää ja kipu tulisikin aina arvioida, jollain keinolla.</p> <p>Terveystieteiden ammattilainen voi valita omalle potilasryhmälle sopivimman työkalun. Hoitopaikoissa voidaan myös tutkia, mikä olisi sopivin työkalu.</p>
<p>7 Scherder Erik & Van Manen Femke 2005. Hollanti.</p> <p>Pain in Alzheimer's disease: nursing assistants' and patients' evaluations</p>	<p>Tutkia kivun havainnointia hoitajien, Alzheimerin tautia sairastavien ja vanhusten joilla ei ole Alzheimerin tautia havainnoimana.</p>	<p>20 potilasta, joilla Alzheimerin tauti ja 17 muuta vanhusta sekä kaikkien heidän henkilökohtaiset avustajansa. Kipua arvioitiin mittareiden avulla.</p>	<p>Kipua arvioitiin ennen ja jälkeen kävelyn. Absoluuttinen ero kivun arvioinnissa hoitajien ja ei- Alzheimerin tautia sairastavien välillä oli pienempi kuin hoitajien ja Alzheimerin tautia sairastavien välillä.</p> <p>Hoitajat yliarvioivat Alzheimerin tautia sairastavien kivun. Koulutusta tarvitaan lisää, jotta hoitajat tunnistaisivat demencian alatyypit ja niihin kuuluvat muutokset.</p>
<p>8 Taponen Rauni 2006. Pro Gradu - tutkielma, Kuopion yliopisto. Suomi.</p> <p>Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi</p>	<p>Kuvata, miten dementiayksikössä toimivat hoitajat tunnistavat, arvioivat ja kirjaavat potilaan kipua.</p>	<p>Ryhmähaastattelut 19 hoitajalle. Hoitodokumenttien kivun arvioinnin kirjaamista 2kk ajalta. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Hoitajat arvioivat kipua havainnoimalla erilaisia muutoksia potilaan tilassa; emotionaaliset (aggressiivisuus, levottomuus, sekavuus) ja fyysiset muutokset (nukkuminen, syöminen, näkyvät vammat, mustelmat, haavat) sekä muutokset aktiivisuudessa, ilmeissä, eleissä, sanallisessa ilmaisussa ja kehon liikkeissä. Hoitajat eivät käyttäneet kivun arviointimittareita, mutta eivät kokeneet niitä tarpeellisinakaan.</p> <p>Kivun arviointia edistäviä tekijöitä: tieto, taito, kokemus, resurssit, potilaan tunteminen, koulutus, kiireetön työtahti.</p> <p>Kivun arvioinnin estäviä tekijöitä: tiedon, taidon ja resurssien puute, hoitohenkilökunnan asenteet potilaita ja hoitokäytäntöjä kohtaan. Potilaisiin liittyviä esteitä: psyykkiset syyt, poikkeava käsitys kivusta, esteet kivun ilmaisemiselle.</p> <p>Tutkimuksen perusteella kivun arviointia voidaan kehittää koulutusta, hoitokäytäntöjä ja yhteistyötä kehittämällä. Erityisesti tiedonkulku, tiimityö ja suhde potilaan ja omaisten kanssa koettiin tärkeiksi kehittämiskohteiksi.</p>
<p>9 Zwakhalen Sandra MG ym. 2012.</p>	<p>Tutkia mahdollisuutta säännölliseen</p>	<p>Tiedot kerättiin kuuden viikon aikana, jolloin kipua mitattiin</p>	<p>Yhteensä suoritettiin 264 kivun arviointia, käyttäen havainnointi asteikkoa. 90% arvioinneista toteutui. Kuudessakymmenessä oli tuloksena kivun pisteytys. Lopullisissa lomakkeissa (n=39) oli tieto käynte-</p>

LIITE 1(4).**Tutkimustaulukko**

Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions	kivun arviointiin, käyttämällä havaintoihin perustuvaa asteikkoa, vanhainkodissa asuvilla dementiaa sairastavilla. Lisäksi tutkitaan miten puututaan kipuun kun se on havaittu.	havainnointi asteikolla kahdesti viikossa 22:lta vanhainkodin psykiatriosastolla asuvalta asukkaalta. Kivun määrän perusteella tehdyt toimenpiteet kirjattiin ylös. Kolmen ja kuuden viikon kohdalla käytiin keskustelua henkilökunnan kanssa.	tystä hoidosta ja syystä miksi hoito oli valittu. Suurin osa toimenpiteistä kivun vähentämiseksi toteutettiin ei-farmakologisesti. Tämä tutkimus osoittaa, että vaikka kipua arvioitiin herkästi, lievittäviä interventioita ei silti usein käytetty. Pelkästään tarjoamalla hoitohenkilökunnalle kivun arviointiin uusia työkaluja, ei riitä muuttamaan kivun hoitokäytäntöjä.
10 Yi-Heng Chen ym. 2010. Taiwan. Validating nurses' and nursing assistants' report of assessing pain in older people with dementia	Arvioida sairaanhoitajien ja lähihoitajien kivun raportointia ja selvittää kivun raportointiin vaikuttavia tekijöitä.	Mukana oli 304, vanhainkodeissa asuvaa, dementiaa sairastavaa vanhusta. Tutkittiin kipuraportteja, joissa oli käytetty neljän kohdan arviointimittaria sekä DOLOPLUS-2 asteikkoa.	Sairaanhoitajat raportoivat kivun arvioinnista luotettavammin kuin lähihoitajat. Kivun tutkiminen ja käyttäytymisen havainnointi tulisi suorittaa rutiininomaisesti.

Tutkimustaulukko

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Kipua pitää osata epäillä, kysyä ja havainnoida.	Kivun epäily, siitä kysyminen ja sen havainnointi.	Osaaminen
Oleellista on toimia järjestelmällisesti ja säännöllisesti.	Säännöllinen ja järjestelmällinen kivun arviointi.	Arvioinnin toteutus
Kivun arviointi on tärkeää ja kipu tulisikin aina arvioida, jollain keinolla.	Kipu tulee aina arvioida.	Arvioinnin toteutus
Tarvittaessa käytetään kipumittareita.	Kipumittareiden käyttö.	Mittareiden käyttö
Suosittelaaan käyttämään havainnointiin perustuvien mittareiden rinnalla itse arviointiin tarkoitettuja mittareita.	Itse arviointi- ja havainnointimittareiden käyttö yhdessä.	Mittareiden käyttö
Viisi kuudesta dementoituneesta osasi käyttää vähintään yhtä viidestä kipuas- teikosta.	Osa dementoituneista osaa arvioida omaa kipuaan.	Potilaan oma arviointi
Myös vaikeasti dementoituneet potilaat kykenevät arvioimaan omaa kipuaan. Peräti 61 % sairaalahoidossa olleista potilaista ymmärsi vähintään yhden kolmesta käytetystä omaan ilmoitukseen perustuvasta arviointiasteikosta.	Osa vaikeasti dementoituneista kykenee arvioimaan omaa kipuaan.	Potilaan oma arviointi
Kommunikointiin kykenemättömän kipua arvioidaan havainnoimalla kipukäyttäytymistä (kasvojen ilmeet, levottomuus...).	Kommunikoimaan kykenemättömän kivun havainnointi.	Havainnointi
Hoitajat arvioivat kipua havainnoimalla erilaisia muutoksia potilaan tilassa; emotionaaliset (aggressiivisuus, levottomuus, sekavuus) ja fyysiset muutokset (nukkuminen, syöminen, näkyvät vammat, mustelmat, haavat) sekä muutokset aktiivisuudessa, ilmeissä, eleissä, sanallisessa ilmassa ja kehon liikkeissä.	Hoitajat arvioivat kipua havainnoimalla erilaisia muutoksia potilaan tilassa.	Havainnointi
Kivun esiintymisessä ja vaikeusasteessa on esiintynyt hyvin vähän muutosta viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana ympärivuorokautisen hoidon asukkailla.	Vähän muutoksia kivun esiintyvyydessä ja vaikeusasteessa.	Kivun ilmaisu
Dementoiviin sairauksiin liittyy usein kiihtyneisyyttä, masennusta ja unihäiriöitä, joiden tiedetään kaikkien liittyvän myös kipuun.	Dementiaan ja kivun tuntemiseen liittyy samanlaisia käyttäytymisen muutoksia.	Fysiologia
PAINAD -mittauksia säännöllisesti toistamalla voitiin myös arvioida potilaiden kroonista kipua.	PAINAD soveltui kroonisen kivun mittaukseen.	PAINAD
PAINAD -mittari on helppokäyttöinen käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin perustuva kipumittari.	PAINAD helppokäyttöinen.	PAINAD
Potilaisiin liittyvää: ei saada tarpeeksi todisteita kivusta, osalla dementiaa sairas-	Potilas ei kykene ilmaisemaan kipua. Ei ole kipuja.	Kivun tunnistaminen

Tutkimustaulukko

<p>tavista ei ole kipuja, kivun tyyppi ja tyyni asenne.</p> <p>Ratkaisuja: potilaan tunteminen, havainnoinnin parantaminen, lisää koulutusta mm. dementian ja kivun suhteesta, mittareiden/työkalujen käyttöönotto ja niiden kehittäminen</p> <p>Dementoituneiden vanhusten kivun oikeanlainen havaitseminen, diagnosointi ja hoito ovat haastavia vastaanotoilla ja otettava huomioon hoitohenkilökunnan koulutuksessa.</p> <p>Kivun arviointia edistäviä tekijöitä: tieto, taito, kokemus, resurssit, potilaan tunteminen, koulutus, kiireetön työtahti.</p> <p>Tutkimuksen perusteella kivun arviointia voidaan kehittää koulutusta, hoitokäytäntöjä ja yhteistyötä kehittämällä. Erityisesti tiedonkulku, tiimityö ja suhde potilaan ja omaisten kanssa koettiin tärkeiksi kehittämiskohteiksi.</p> <p>Sairaanhoitajat raportoivat kivun arvioinnista luotettavammin kuin lähihoitajat.</p> <p>Kivun tutkiminen ja käyttäytymisen havainnointi tulisi suorittaa rutiininomaisesti.</p>	<p>Kivun luonne. Tyyni asenne kipuihin.</p> <p>Potilaan tunteminen. Havainnoinnin parantaminen. Koulutuksen lisääminen. Mittareiden/työkalujen käyttöönotto ja niiden kehittäminen.</p> <p>Dementoituneiden vanhusten kivun oikeanlainen havaitseminen, diagnosointi ja hoito haastavaa; otettava huomioon hoitohenkilökunnan koulutuksessa.</p> <p>Kivun arviointia edistäviä tekijöitä: tieto, taito, kokemus, resurssit, potilaan tunteminen, koulutus, kiireetön työtahti.</p> <p>Kivun arviointia voidaan kehittää koulutusta, hoitokäytäntöjä ja yhteistyötä kehittämällä. Erityisesti tiedonkulku, tiimityö ja suhde potilaan ja omaisten kanssa tärkeitä.</p> <p>Koulutus auttaa kivun arvioinnissa.</p> <p>Rutinoidusti kivun arviointi.</p>	<p>Potilaan tunteminen Havainnointi Koulutus Mittareiden käyttö</p> <p>Osaaminen Koulutus</p> <p>Tieto Taito Kokemus Resurssit Potilaan tunteminen Koulutus Kiireetön työtahti</p> <p>Koulutus Työn kehittäminen Yhteistyö</p> <p>Koulutus</p> <p>Arvioinnin toteutus</p>
<p>Korkea ikä (elimelliset muutokset) ja dementoituminen (sairauden kulku ja vaikutukset) vaikeuttavat kivun arviointia ja hoitoa.</p> <p>Voidaankin todeta RAI -järjestelmän soveltuvan PAINAD -mittaria huonommin vaikeasti dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin.</p> <p>Esteet: kipua ei tunnisteta, koulutuksen puute, väärin diagnosointi, liian myöhään diagnosointi, ei käytetä mittareita/työkaluja</p> <p>Hoitajat yliarvioivat Alzheimerin tautia sairastavien kivun. Koulutusta tarvitaan lisää, jotta hoitajat tunnistaisivat dementian alatyypit ja niihin kuuluvat muutokset.</p> <p>Kivun arvioinnin estäviä tekijöitä: tiedon, taidon ja resurssien puute, hoitohenkilökunnan asenteet potilaita ja hoitokäytäntöjä kohtaan. Potilaisiin liittyviä esteitä: psyykkiset syyt, poikkeava käsitys kivusta,</p>	<p>Korkea ikä (elimelliset muutokset) ja dementoituminen (sairauden kulku ja vaikutukset) vaikeuttavat kivun arviointia ja hoitoa.</p> <p>RAI - järjestelmä ei sovellu kovin hyvin dementiaa sairastavien kivun arviointiin.</p> <p>Kipua ei tunnisteta. Väärä diagnoosi. Liian myöhään diagnosoitu kipu. Koulutuksen puute. Ei käytetä mittareita.</p> <p>Kivun arviointi haastavaa dementiaa sairastavilla.</p> <p>Kivun arvioinnin estäviä tekijöitä: tiedon, taidon ja resurssien puute, hoitohenkilökunnan asenteet potilaita ja hoitokäytäntöjä kohtaan. Potilaisiin liittyviä esteitä: psyykkiset syyt, poikkeava käsi-</p>	<p>Sairauden tuomat muutokset</p> <p>RAI -järjestelmä</p> <p>Osaamisen puute Koulutuksen puute Ei käytetä mittareita</p> <p>Osaamisen puute</p> <p>Tiedon puute Taidon puute Resurssien puute Hoitohenkilökunnan asenteet</p>

LIITE 2(3).**Tutkimustaulukko**

esteet kivun ilmaisemiselle.	tys kivusta, esteet kivun ilmaisemiselle.	Potilaan psyykkiset syyt Poikkeava käsitys kivusta Esteet kivun ilmaisemiselle
------------------------------	---	--

Kivun arviointia edistävät ja estävät tekijät

Alaluokka	Yläluokka	Käsite	
Osaaminen Arvioinnin toteutus Havainnointi Fysiologia Kivun tunnistaminen Koulutus Tieto Taito Kokemus Mittareiden käyttö	Ammattitaito	KIVUN ARVIOINTIA EDISTÄVÄT TEKIJÄT	
Potilaan oma arviointi Kivun ilmaisu	Potilaasta johtuvat syyt		
Mittareiden käyttö PAINAD	Mittarit		
Potilaan tunteminen Resurssit Kiireetön työtahti Työn kehittäminen Yhteistyö	Työolosuhteet		
Fysiologia Koulutuksen puute Ei käytetä mittareita Osaamisen puute Tiedon puute Taidon puute	Ammattitaidon puute		KIVUN ARVIOINTIA ESTÄVÄT TEKIJÄT
Potilaan psyykkiset syyt Poikkeava käsitys kivusta Esteet kivun ilmaisemiselle Fysiologia Sairauden tuomat muutokset	Potilaasta johtuvat syyt		
RAI –järjestelmä Ei käytetä mittareita	Mittarit		
Resurssien puute Hoitohenkilökunnan asenteet	Työolosuhteet		