

Johanna Mäkinen

”KYSY HÄNELTÄ ITSELTÄÄN”
IKÄÄNTYNEEN MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINTI
- KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Hoitotyön koulutusohjelma
2019

”KYSY HÄNELTÄ ITSELTÄÄN” IKÄÄNTYNEEN MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINTI -Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Mäkinen, Johanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2019
Sivumäärä: 29
Liitteitä: 1

Asiasanat: muistisairaus, kipu, kivun arviointi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla muistisairaan kivun arviointia. Tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoa muistisairaan kivun arvioinnista ja kipumittarin käytöstä.

Suomen väestö ikääntyy ja samalla iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa. Vanhemmissa ikäluokissa taas muistisairauksien esiintyvyys lisääntyy. Väestön ikärakenteen muuttuessa tämä johtaa tilanteeseen, jossa muistisairaiden lukumäärä ja heidän osuutensa väestössä kasvaa tulevaisuudessa voimakkaasti. Muistisairaat ovat yksi haavoittuvimmista potilasryhmistä. Tällöin korostuu asiantuntevan hoitohenkilöstön osaaminen kivun tunnistamisessa ja hoitamisessa.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, johon valittiin yhdeksän muistisairauteen ja kipuun liittyvää artikkelia. Aineistosta etsittiin tutkimuskysymyksen kannalta tärkeitä ilmaisuja ja aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Aineiston perusteella selvisi, jotta kipua voidaan hoitaa, se pitää ensin tunnistaa. Kivun tunnistamisen lähtökohtana on kivun kokijan oma kuvaus kivusta. Kipu on siellä missä yksilö sanoo sen olevan ja sitä, mitä yksilö kokee sen olevan. On tärkeää uskoa yksilön omaan arvioon kivusta. Asianmukaisen arvion ja hoidon tarvitsevat myös ne, joiden sanat eivät riitä sanalliseen arvioon omasta kivustaan.

Muistisairauden varhaisessa vaiheessa yksilö pystyy arvioimaan kipua ja kertomaan siitä. Myöhemmässä vaiheessa sanallinen viestintä vaikeutuu ja esimerkiksi hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa kivun ilmeneminen. Muistisairaiden kivun tunnistaminen ja arviointi perustuukin siihen, kuinka hyvin hoitohenkilökunta osaa havainnoida tyypillisiä kipuun liittyviä käyttäytymisen muutoksia. Kivun arvioinnissa on hyvä muistaa, että kaikki eivät ilmaise kipuaan samalla tavalla ja muistisairauksien edessä reaktiot kipuun muuttuvat. Muistisairaalle hoitajan rooli kivun tunnistamisessa on korvaamattoman tärkeä. Kaikille iäkkäille suositellaan itsearviointiin perustuvien kipumittareiden rinnalle hoitajien havainnointiin perustuvien kipumittareiden käyttöä.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää hoitajien asenteita kivunarviointiin. Myös kipumittarin käyttöön liittyviä kokemuksia hoitajien näkökulmasta olisi mielenkiintoista tutkia.

“ASK THEM ABOUT THEMSELVES” PAIN ASSESSMENT IN OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA- LITERATURE REVIEW

Mäkinen, Johanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

April 2019

Number of pages: 29

Appendices: 1

Keywords: dementia, pain, pain assessment

The purpose of this study was to describe, with help from former studies, how pain assessment in people with dementia based on literature review. The aim was to increase nurses knowledge about pain assessment and pain assessment tools.

Population in Finland gets older and at the same time elderly share of population increases. In the elderly generation memory diseases are incidence increases. As the population's age structure changes, this leads to situation, where number of people with dementia and their share on population grows rapidly in the future. People with dementia are one the most vulnerable patient groups. In this case, the expertise of expert medical personnel is emphasized in the identification and treatment of pain.

The thesis was carried out with the help of a descriptive literature review, which included nine articles on memory disorders and pain. The material was searched for important research questions and the material was analyzed by content analysis. Based on the material, it became clear so that pain can be treated, it must first be identified. The starting point for pain recognition, is that people with pain, share they own description of pain. Pain is there, where person says it is, and it is what person says it feels like. It is important to believe persons own evaluation of pain. Everything what is said to be pain, is pain. Appropriate assessment and management are needed for those also whose words ain't enough verbal assessment for their pain.

In the early phase of memory disease, a person can assessment the pain and tell about it. In later phases verbal communication gets harder and for example nurses should identify pain appearance. Identifying and pain assessment for people with dementia is based on the knowledge that how well nurses can observe typical behavioral changes in pain. It's important to remember in the pain assessment, that not all people indicate their pain in the same way and when the memory diseases progress, reactions for the pain changes. The nurse's role in pain assessment is crucial for person with dementia. For all elderly, the use of self-evaluation pain assessment tools based on nursing observations is recommended.

As a follow-up study, the attitudes of nurses to pain assessment could be clarified. It would also be interesting to study the experiences of the use of a pain assessment tool from the nurses' point of view.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	IKÄÄNTYNEEN MUISTISAIRAAN KIPU JA SEN ARVIOINTI	6
2.1	Muistisairaudet ja niiden esiintyvyys.....	6
2.2	Muistisairaahan käytösoireet	9
2.3	Kipu ja sen arviointi.....	10
2.3.1	Kipukäyttäytymisen arviointi	12
2.3.2	Kivun arvioinnin apuvälineet	13
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS ...	17
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	17
4.2	Aineiston keruu	18
4.3	Aineiston analyysi.....	20
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	20
6	POHDINTA.....	23
6.1	Luotettavuus ja eettisyys	23
6.2	Oman oppimisen arviointi.....	24
	LÄHTEET.....	26
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen (Suomen tilastokeskuksen www-sivut 2018) ennusteessa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä arvioidaan nousevan 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Tulevaisuudessa väestö ikääntyy ja myös muistisairaiden määrä tulee lisääntymään. Kipu taas on asia, jonka jokainen hoitaja kohtaa hoitotyössä.

Kivun Käypä hoito -suosituksessa (Käypä hoito: kipu www-sivut 2017) käsitellään kipua ja sen arviointia. Kivun arvioinnin lähtökohtana tulisi olla potilaan oma arvio kivusta. Asianmukaisen arvion ja hoidon kivusta tarvitsevat myös ne, joiden sanat eivät riitä sanalliseen arvioon omasta kivustaan. Suomessa muistisairaiden kivun arviointia on tutkittu vähän ja muistisairaiden kivun arviointia tulisikin tutkia ja kehittää lisää.

Muistisairaana kivun arviointi sanattomista viesteistä ei aina ole yksinkertaista, eikä muistisairas välttämättä koe epämukavaa oloaan kivuksi (Finne-Soveri ym. 2018, 1137). Muistisairaana kipua ei aina oteta todesta ja henkilö voi kokea kivun tunnistamattomuutta sekä hoitamattomuutta. Erilaiset kiputilat ovat yleisiä ikäihmisillä ja laitoshoidossa olevista ikäihmisistä noin 50-80 % kärsii lähes päivittäisestä tai pitkäaikaisesta kivusta. Vanhusten kivun hoidon lähtökohdaksi tulisi asettaa yksilöllinen kivun arviointi. (Palviainen, Kankkunen & Suominen 2005, 32.) Muistisairauden edetessä kommunikaatio vaikeutuu ja tällöin kipua ei pysty kuvailemaan ja ilmaisemaan sanallisesti. Muistisairaana ovat yksi haavoittuvimmista potilasryhmistä, jolloin korostuu asiantuntevan hoitohenkilöstön osaaminen kivun tunnistamisessa ja hoitamisessa. (Kankkunen 2009, 247.) Monesti kivun ajatellaan kuuluvan luonnollisena osana vanhenemista, vaikka kaikille kuuluisi oikeus kivuttomuuteen (Finne-Soveri 2008, 192).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla muistisairaana kivun arviointia. Tavoitteena on lisätä hoitajien tietoa muistisairaana kivun arvioinnista ja kipumittarin käytöstä. Työssä ei käsitellä kivun hoitoa. Opinnäytetyön yhteistyötaho on Porin kaupungin vanhuspalvelut ja yhteyshenkilönä toimii vanhuspalveluiden esimies.

2 IKÄÄNTYNEEN MUISTISAIRAAN KIPU JA SEN ARVIOINTI

2.1 Muistisairaudet ja niiden esiintyvyys

Suomen väestö ikääntyy ja samalla iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa. Vanhemmissa ikäluokissa taas muistisairauksien esiintyvyys lisääntyy. Väestön ikärakenteen muuttuessa tämä johtaa tilanteeseen, että muistisairaiden lukumäärä ja heidän osuutensa väestössä kasvaa tulevaisuudessa voimakkaasti. (Viramo & Sulkava 2010, 28.)

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita. Näillä osa-alueilla tarkoitetaan kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 17.) Ensimmäiset oireet muistisairaudesta voivat olla muutakin kuin koettua muistivaikeutta ja vaikeutta oppia uutta. Ensioireena voi olla persoonallisuuden ja käyttäytymisen muuttuminen, esineiden käytön vaikeutuminen, masennus tai hahmottamisen vaikeus. Jos näitä oireita ei tunnisteta etenevään muistisairauteen liittyväksi, voi diagnoosin saaminen viivästyä, kun eri erikoisalajat selvittävät ensioireita. (Winqvist & Moilanen 2017, 1073.)

Muistisairaudet heikentävät ihmisen kykyä ilmaista itseään, tunteitaan ja tarpeitaan. Muiden ihmisten saattaa olla vaikeaa ymmärtää sairastuneen tarpeita, koska ilmaisukeinot muuttuvat. Tunteiden ja tunnelmien muistaminen voi säilyä kohtalaisen hyvin. Sairastunut voi muistissa olevilla menneisyyden tapahtumilla ja ihmisillä sanoittaa nykyajan kokemuksia ja tarpeitaan. Hoitajan tehtäväksi jää ymmärtää väärin sanoitettu viesti; esimerkiksi huoli koulusta palaavista lapsista ja vastata muistisairaana todelliseen hätään. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 102.)

Etenevät muistisairaudet johtavat ajan kuluessa dementiatasoiseen muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen. Dementiaa viitataan oireyhtymään, jonka taustalla on aina joku sairaus. Oireiden syyt tulisi selvittää jo ensimmäisten muistihäiriöiden ilmestyttyä. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen dementia sekä otsa-ohimolohkorappeumat. Lisäksi on

runsaasti harvinaisia dementioita, joilla osalla on periytyvä taipumus. (Sulkava 2010, 120-128; Hallikainen 2014a, 45; Juva 2018.)

Dementia on tila, jossa henkilön useat älylliset toiminnot ja aivotoiminnot ovat heikentyneet rajoittaen sosiaalista selviytymistä. Kielelliset toiminnot, näönvarainen hahmottaminen ja toiminnanohjaus heikentyvät. Myös omatoimisuus heikkenee. Dementiassa ominaista on vaikeus oppia uutta tai palauttaa mieleen aiemmin opittua. Sairaudesta tyypillisiä oireiden ilmaantumista tai etenemistä on vaikea ennustaa, sillä taudin kulku on aina yksilöllistä. (Hallikainen 2014a, 45; Huttunen 2017, Juva 2018.)

Yleisin etenevä muistisairaus on *Alzheimerin tauti*. Kaikista muistisairauksista kärsivistä noin 80 prosentilla on Alzheimerin tauti. Tauti voi ilmetä monin eri tavoin ja siksi puhutaan taudin eri muodoista. Kaikilla näillä tautimuodoilla on kuitenkin yhteisiä tekijöitä. Perimmäistä syytä taudille ei tiedetä, tunnetaan kuitenkin erilaisia riskitekijöitä, jotka lisäävät todennäköisyyttä sairastua. (Hallikainen 2014b, 264; Juva 2018.)

Alzheimerin tauti jaotellaan kolmeen tautimuotoon: tyypilliseen, epätyypilliseen ja sekatyypilliseen. Tyypillisessä tautimuodossa oireet alkavat uuden oppimisen ja lähimuistin häiriöllä. Epätyypillisessä taas ongelmia ilmenee hahmottamisessa, puheessa tai toiminnanohjauksessa. Sekatyypillisessä Alzheimerin taudissa oireet värittyvät mukana olevan muun rappeuttavan aivo- tai aivoverenkiertosairauden mukaan. (Hallikainen 2014b, 264.)

Ensimmäinen ja merkittävin oire Alzheimerin taudissa on kuitenkin muistin heikkeneminen. Oireet ovat lieviä ja muistuttavat normaalia hajamielisyyttä. Myöhemmin heikentyvät käytännön taidot, kuten ruuanlaitto ja ostosten teko. Lopulta heikkenevät päivittäiset perustoimet, hygieniasta huolehtiminen ja pukeutuminen. Aivan loppuvaiheessa heikkenevät myös puhe- ja kävelykyky. Tauti etenee yleensä hitaasti ja tasaisesti. (Juva 2018.)

Toiseksi yleisin etenevä muistisairaus on *vaskulaarinen dementia* eli aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama muistisairaus. Taudin kuva on moninainen. Verenkiertoperäinen muistisairaus jaetaan kahteen päätyyppiin, jotka ovat pienten suonten tauti ja suurten suonten tauti. Tämä erotus tapahtuu sen mukaan, ovatko

aivojen muutosalueet enemmän kuorikeroksessa vai aivojen syvissä osissa. (Atula 2015.)

Aivoverenkiertohäiriön riskitekijöitä ovat diabetes, korkea verenpaine, korkea kolesterolitaso, ylipaino, alkoholi ja tupakointi. Aivoverenkiertohäiriöt, aivoinfarktit, aivoverenvuodot ja valkean aivoaineen hapenpuutteesta johtuvat vauriot lisäävät taas riskiä sairastua verenkiertoperäiseen muistisairauteen. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014a, 276; Atula 2015.)

Älyllisten toimintojen hidastuminen on tyypillinen oire. Muistihäiriö on vähemmän korostunut ja toiminnanohjaus heikentyy muistia selvemmin. Muisti- ja ajatustoimintoihin liittyvien oireiden lisäksi esiintyy muitakin neurologisia oireita, muun muassa puheentuoton häiriöitä, kävelyn ongelmia ja halvausoireita. Oireet vaihtelevat suuresti eri aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamien vaurioiden sijainnista ja laajuudesta johtuen. Nopeimmillaan oireet alkavat jopa tunneissa ja etenee portaittain. Taudin etenemisessä on useasti tasaisia ja parempia vaiheita. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2015b, 277; Atula 2015.)

Lewyn kappale -tauti on rappeuttava aivosairaus ja on usein vaikeasti tunnistettava. Se voidaan virheellisesti diagnosoida Alzheimerin tai Parkinsonin taudiksi. Lewyn kappale -tautiin liittyy unen häiriöt, psykiatriset sekavuusoireet, parkinsonismioireet, kuten vapina ja jäykkyys. Neuropsykiatriset näköharhat ovat tyypillisiä. Monet sairastuneet päätyvätkin psykiatriseen hoitoon jossain sairauden vaiheessa. Muistin heikkeneminen kehittyy tavallisesti taudin edetessä. Lauseet lyhenee ja lopulta sanat katoavat lähes kokonaan. Ymmärrys Lewyn kappale-tautia sairastavalla voi olla normaali, vaikka sanat ovat hukassa. Osalla sairastuneista muistin ja toimintakyvyn heikkeneminen ilmestyy vasta parkinsonismioireiden jälkeen. Taudin etenemisessä on suurta vaihtelua ja se voi kestää alle viidestä vuodesta yli 30 vuoteen. (Sulkava 2010, 128-130; Hartikainen 2014, 288.)

Persoonallisuuden ja käyttäytymisen muuttuminen sekä kielelliset ongelmat ovat ensioireita *otsa-ohimolohkorappeumissa*. Sairaus jaetaan kolmeen alatyypin: otsalohkodementia, semanttinen dementia ja etenevä sujumaton afasia. Otsalohkodementiassa käytös muuttuu estottomaksi, impulsiiviseksi ja huolettomaksi. Toisaalta oireina ovat aloitekyvyttömyys ja apaattisuus. Sairastuneen

käytös on hyvin ärsykesidonnaista. Jos mitään ulkopuolista ärsykettä ei ole, voi sairastunut istua pitkään tekemättä mitään. Toisaalta pöydällä olevat silmälasit voidaan laittaa päähän, vaikka omat lasit olisivatkin jo päässä tai juomalasi voidaan tyhjentää välittömästi vaikka lasi olisi jonkun toisen. Varsinaiset muistioireet ilmaantuvat yleensä vasta vuosia ensioireiden jälkeen. Semanttisessa dementiaassa esineiden ja ihmisten tunnistaminen sekä nimeäminen heikkenee. Sairastuneen puheentoutto voi olla sujuvaa, mutta sisällöltään puhe on tyhjää. Etenevässä sujumattomassa afasiassa hallitsevana oireena on puheentouton häiriö. Puheessa on kieliopillisia virheitä ja sen tuotosta tulee työlästä. Otsa-ohimorappeumissa oireet ilmaantuvat useimmiten keski-iässä. Oireisto etenee varsin nopeasti ja keskimäärin sairaus kestää kahdeksan vuotta. (Rinne & Remes 2010, 166-169; Remes 2014, 282.)

2.2 Muistisairaahan käytösoireet

Muistisairauksiin liittyy kongitiivisten oireiden lisäksi haitallisia käyttäytymisen muutoksia ja psykologisia oireita, joista käytetään nimitystä käytösoire. Kaikissa etenevissä muistisairauksissa esiintyy käytösoireita ja niitä esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa. Käytösoireet haittaavat merkittävästi muistisairaahan ja heidän läheistensä elämänlaatua. Muistisairaahan käytösoireet heikentävät myös hoitohenkilökunnan työhyvinvointia. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 232; Vataja 2010, 91-92; Sulkava 2010, 133; Vataja 2014a, 46-47.)

Vatajan (2010, 92-95) ja Hallikaisen (2014a, 45) mukaan tavallisimpia käytösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuuspsykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, uni-valverytmin häiriöt ja seksuaaliset käytösoireet. Kaikista muistisairaista 90 % kärsii haitallisista käytösoireista jossakin sairautensa vaiheessa. Käyttäytymisen muutoksiin ei yleensä löydy yhtä ainoaa syytä, vaan syyt ovat monitekijäisiä. Muistisairaahan käytösoireen syntyyn vaikuttaa aivojen toiminnan muutokset ja muut sairaudet. Myös muistisairaahan persoonallisuus ja asuinympäristöllä on merkittävä tekijä käytösoireiden syntyyn. (Sulkava 2010, 133; Vataja 2010, 92; Vataja 2014b, 47-49.)

Käytösoireet ovat vähäisempiä tutussa ympäristössä, mutta tuttukin ympäristö voi muistisairaasta tuntua vieraalta. Ympäristön tunnelmalla, hoitopaikan henkisellä

ilmapiirillä kuten kiireisyydellä ja ihmissuhdeongelmilla altistetaan muistisairas käytösoireille. Hoitajien vaihtuminen, epäarvostava, pakottava ja ymmärtämätön suhtautuminen muistisairaaseen lisäävät herkästi käytösoireita. Käytösoireille altistavat myös kivut, vaikeus ilmaista itseään, huono olo, nälkä ja turhautuminen. Myös vuorokauden ajalla on merkitystä. (Sulkava 2010, 134.)

Muistisairaahan käytöksen muutoksiin ei aina kiinnitetä riittävästi huomiota, vaan niitä pidetään luonnollisena osana muistisairautta. ”Kukapa ei olisi alakuloinen tai itkuinen kun muisti heikkenee tai ärtyinen ja aggressiivinen kun ei kykene ilmaisemaan mitä haluaa sanoa?” Kaikkein tehokkaimmin muistisairaahan elämänlaatua voidaan kohentaa käyttäytymisen muutosten toteamisella ja hoitamisella. (Vataja 2014c, 58.)

2.3 Kipu ja sen arviointi

Kansainvälinen kivun tutkijaorganisaatio määrittelee kivun olevan epämiellyttävä aistien ja emotionaaliseen kokemukseen liittyvä, joka on todellinen tai mahdollinen kudosvaurio tai kuvattu kudosvaurion termein (International Association for Study of Pain www-sivut 2018). Kipua on kaikki se, minkä yksilö määrittelee kivuksi. Kivun koetaan olevan epämiellyttävä tunne tai tila, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemaan kipuun. Kokijalleen kipu on aina todellinen. Kokonaiskipu muodostuu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, kulttuurisesta, hengellisestä ja yhteisöllisestä kivusta. (Sailo 2000, 30.)

Kipu voidaan luokitella akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu on yleensä lyhytaikaista ja paranee. Joskus kuitenkin kipu pitkittyy ja puhutaan kroonisesta kivusta. Fysiologisesti kipu jaetaan kudosvauriosta johtuvaan eli noisepitiseksi kivuksi ja hermovauriosta johtuvaan eli neuropaattiseksi kivuksi. Jos kivulle ei löydy mitään tunnistettavaa syytä, kutsutaan kipua idiopaattiseksi. (Finne-Soveri 2008, 192-193; Kankkunen 2009, 252; Öun 2014a, 236.)

Jotta kipua voidaan hoitaa, se pitää tunnistaa. Kivun tunnistamisen lähtökohtana on kivun kokijan oma kuvaus kivusta. Kipu on siellä missä yksilö sanoo sen olevan ja sitä, mitä yksilö kokee sen olevan. On tärkeää uskoa yksilön omaan arvioon kivusta. Kaikki mitä väitetään kivuksi, on kipua. (Finne-Soveri 2008, 195-198; Kankkunen

2009, 252; Öun 2014b, 238.) Oleellista kivun arvioinnissa on, että sitä tehdään säännöllisesti ja järjestelmällisesti. Sekä se, että kipu otetaan todesta. (Finne-Soveri & Noro 2005, 29.)

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että muistisairaiden kipu on usein aliarvioitua ja hoidettua (Lichtner ym. 2014, 2; Jennings, Linehan & Foley 2018, 2). Tiedetään, että muistisairaiden kivun arviointi on monimutkainen kokonaisuus. Muistisairaahan asianmukaista kivun arviointia haittaa se, että sairauden edetessä he eivät pysty antamaan täsmällisiä itsearviointeja. (Husebo, Achterberg & Flo 2016, 482.) Muistisairas ei välttämättä tunnista epämiellyttävää tunnetta kivuksi. Hän ei ehkä osaa myöskään ilmaista mistä kipu on peräisin tai millainen tunne kipu on eikä muistisairas välttämättä muista aikaisempia kipukokemuksiaan. (Lichtner, Dowding & Closs 2015, 2; Finne-Soveri ym. 2018, 1137.)

Muistisairauden varhaisessa vaiheessa yksilö pystyy arvioimaan kipua ja kertomaan siitä. Myöhemmässä vaiheessa sanallinen viestintä vaikeutuu ja esimerkiksi hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa kivun ilmeneminen. Muistisairaiden kivun tunnistaminen ja arviointi perustuukin siihen, kuinka hyvin hoitohenkilökunta osaa havainnoida tyypillisiä kipuun liittyviä käyttäytymisen muutoksia. Kivun arvioinnissa on hyvä muistaa, että kaikki eivät ilmaise kipuaan samalla tavalla ja muistisairauksien edetessä reaktiot kipuun muuttuvat. Muistisairaalle hoitajan rooli kivun tunnistamisessa on korvaamattoman tärkeä. (Kankkunen 2009, 253-256; Öun 2014b, 238.) Riippumatta siitä mistä kipu johtuu, muistisairas tarvitsee huolellisen kivun arvioinnin (Husebo ym. 2016, 481). Björkmanin, Palviaisen, Laurilan ja Tilviksen (2007, 2552) mukaan kaikki kivun arviointimenetelmät ovat vajavaisia henkilöillä, jotka eivät pysty kommunikoimaan sanallisesti.

Harrison Dening (2014, 378-379) kirjoittaa artikkelissaan, että on tärkeää yrittää selvittää syitä kivulle. On hyvä tietää muistisairaahan aiemmasta sairaushistoriasta, koska se voi tarjota arvokasta tietoa kivun syyille. Kipu voi liittyä liikkumiseen, joka johtuu esimerkiksi nivelrikosta tai se voi myös johtua huomaamattomasta kaatumisesta. Iäkkäät ihmiset ilmoittavat usein kivusta, ja se on usein aliarvioitua. Iäkkään ja muistisairaahan kipu voi olla huonosti hoidettua tai sitä ei hoideta lainkaan. Vaikka ihmisellä on muistisairaus, se ei tarkoita, että kipu olisi vähemmän tuskallista. Tiedetään, että kivun arvioinnissa ”kultainen sääntö” on kivusta kysyminen, tämä ei

vain aina ole mahdollista muistisairaiden kohdalla. Jos muistisairas ei pysty kommunikoimaan sanallisesti, on käytettävä työkalua, jolla voidaan arvioida kipua. Myös Pudas-Tähkä (2018, 13) kirjoittaa väistökirjassaan kivunhoidon kultaisesta standardista; kivun arvioinnin ensisijainen ja tärkein asia on potilaan oma arvio kivusta.

Lichtnerin ym. (2015, 2-8) tutkimuksessa mainitaan, että jossakin maissa, kuten Australiassa, perinteinen lähestymistapa varmistaa kipu tehokkaasti on säännöllinen kivunarviointi olettaen, että tämä johtaa parempaan kivun hallintaan. Samassa tutkimuksessa kirjoitetaan, että visuaalinen havainnointi kertoi hoidon tehokkuudesta vain, jos kivun arviointi ja dokumentoiminen tehtiin johdonmukaisesti ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon. Järjestelmällinen kivunarviointi ja kivunhallinta voi merkittävästi vähentää levottomuutta ja ahdistuneisuutta muistisairailta (Harrison Dening 2014, 379).

2.3.1 Kipukäyttäytymisen arviointi

Muistisairaiden kivun tunnistamisessa Finne-Soveri ym. (2018, 1137-1138) pitää yhtenä kulmakivenä kipukäyttäytymisen havainnointia.

Havainnointiin perustuvassa arvioinnissa havainnoidaan käyttäytymisen muutoksia, jotka voivat viitata kipuun: sekavuus, aggressio, ääntely, vastustelu, kiihtyneisyys, vetäytyminen. Tällöin kiinnitetään huomiota henkilön olemukseen, ilmeisiin ja eleisiin sekä huomioidaan myös toimintakyvyn laskua ja autonomisen hermoston muutoksia, kuten sydämen tiheälyöntisyyttä ja hikoilua. (Öun 2014b, 238-239; Husebo ym. 2016, 491.) Oleellista havainnoinnissa on, että jokaista muistisairasta havainnoidaan säännöllisesti ja kirjataan havainnot sovitulla tavalla. Havainnointi tapahtuu sovitusti päivittäisten toimintojen aikana. Havainnointiin perustuvassa arvioinnissa on riski kivun aliarvioimiseen. (Finne-Soveri 2007, 2543.) Kipu voi jäädä myös huomaamatta ja hoitamatta usein vaihtuvan hoitohenkilökunnan vuoksi. Uudet hoitajat eivät tunne asukkaan käyttäytymistä tai eivät osaa välttämättä käyttää kivun arviointimenetelmiä. (Finne-Soveri ym. 2018, 1137-1138.)

Taposen (2006, 21-22) tutkimuksen mukaan hoitajat tunnistavat muistisairaana kipua erilaisista fyysisistä ja emotionaalista muutoksista. Emotionaalisia muutoksia hoitajat kuvailivat muun muassa aggressiivisuutena, levottomuutena, sekavuutena ja ärtyneisyytenä. Kipu voi hoitajien mukaan ilmetä myös muistisairaana yleisen olemuksen muuttumisena. Fyysisiä muutoksia olivat näkyvät mustelmat ja haavat. Mitattavissa olevista muutoksista tutkimuksessa mainittiin vain verenpaineen muutokset.

Kivun sijaan tai kivun ohella voi käyttäytymismuutosten taustalla olla myös muitakin tekijöitä (Björkman ym. 2007, 2552; Tilvis 2010, 337). Kipukäyttäytymisen arvioinnissa yhtenä ongelmana on vaikeus erottaa tyypillistä kipuun liittyvää käyttäytymistä ja käyttäytymistä, joka johtuu itse dementia-prosessista. Nämä käyttäytymismuutokset voivat esiintyä samalla tavalla kivun arvioitsijalle. (Husebo ym. 2016, 491.) Lichtnerin ym. (2014, 2) tutkimuksessa mainitaan, että käyttäytymismuutosten kuten levottomuuden ja aggression taustalla on usein kipu, joka taas voi johtaa laitoshoitoon tai antipsykoottien lääkkeiden määräämiseen. Finne-Soverin ym. (2018, 1140) tutkimuksessa tuli ilmi, että oireenmukainen kivun hoito vähentää psykiatrisia ilmiöitä, kuten muun muassa masennusta, pelkoja, ahdistuneisuutta ja aggressioita.

2.3.2 Kivun arvioinnin apuvälineet

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia verbaalisia ja visuaalisia asteikkoja. Kommunikaatiokyvyn heiketessä arvioidaan kipua havainnoimalla käyttäytymisen muutoksia. (Björkman ym. 2007, 2547.) Havainnoinnin lisäksi muistisairaille on kehitetty myös lukuisia käyttäytymisen muutoksiin perustuvia kipumittareita. Vuosien varrella kivun arviointimittareita on kehitetty ja testattu muistisairaiden kivun arvioimiseksi ja saatavilla on yhä useampia mittareita. (Lichtner ym. 2014, 1; Husebo ym. 2016, 482.) Kipumittareiden käyttö tulisi olla järjestelmällistä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että yhdellä muistisairaalla käytetään jokaisella arviointikerralla samaa mittaria, ja jokainen hoitaja käyttää mittaria samalla tavalla. (Kankkunen 2009, 257.) Tärkeää on, että useimmat kipumittarit vahvistavat kivun läsnäolon (Husebo ym. 2016, 491). Arviot kivusta ilman kipumittaria ovat usein virheellisiä. Täydellisen kipumittarin tulisi olla muun muassa luotettava, ymmärrettävä ja helppokäyttöinen.

Ikäihmisellä pitäisi käyttää sellaista kipumittaria mikä hänellä toimii. (Tarkkila 2005, 31.) Kipumittarin valinnassa hoitaja voi käyttää omaa osaamistaan valitsemalla tilanteeseen parhaiten sopivan kipumittarin. Hoitaja voi käyttää omaa luovuuttaan yhdistelemällä eri kipumittareita esimerkiksi lisäämällä kasvokuvat punaiseen kipukiilaan.

Kivun arvioinnissa on käytetty potilaan omaan tai hoitajan ilmoitukseen perustuvia menetelmiä, kuten RAI-mittaria (Tilvis 2010, 337). RAI-mittari on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö. Järjestelmää voidaan käyttää palvelutarpeen arvioimisessa sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. RAI-arvioinnissa selvitetään muun muassa kipua. RAI-mittari koostuu ydinkysymyksistä ja täydentävistä kysymyksistä. Kokonaisarvio on ajantasainen kuvaus henkilön voinnista ja elämäntilanteesta. Osittaisarvioita voidaan tehdä tarpeen mukaan esimerkiksi kipua arvioitaessa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2019.)

Kipumittareista yleisimmin käytetty on visuaalinen analogiasteikko, visual analogue scale eli VAS. (kuva 1.) Kipumittarin alkuperäinen muoto on vaakasuora jana. Janan vasen pää vastaa tilannetta jossa henkilöllä ei ole kipua ja janan oikea pää kuvaa pahinta mahdollista kipua. Janasta on kehitetty erilaisia versioita ja janan sijasta voidaan käyttää punaista kipukiilaa (kuva 2.). Asteikon kasvaminen punaisemmaksi havainnollistaa ja yksinkertaistaa kipumittarin käyttöä. (Kalso & Kontinen 2010, 55).

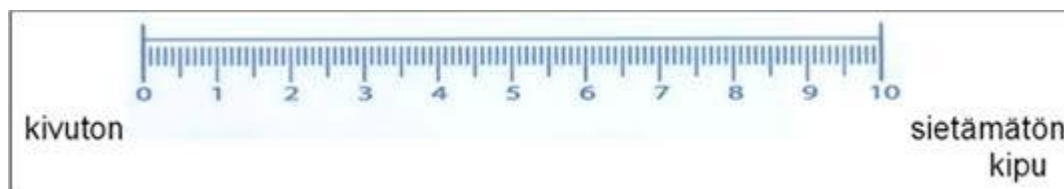


Kuva 1. Esimerkki VAS- kipumittarista



Kuva 2. Esimerkki kipukiilasta

Numereeninen kipumittari NRS, numerical rating scale (kuva 3.) on asteikko, jossa kipua arvioidaan numeroilla 0-10. Numeroista 0 vastaa kivutonta ja numero 10 pahinta mahdollista kipua. Rapo-Pylkkö (2017) artikkelissaan kirjoittaa, että monien tutkimusten mukaan vanhukset ovat kokeneet NRS-mittarin käytön helpommaksi kuin VAS:n.



Kuva 3. Esimerkki NRS-kipumittarista

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää myös sanallista kipumittaria, verbal rating scale, VRS. (kuva 4.)



Kuva 4. Esimerkki sanallisesta kipumittarista

Tarkkila (2005, 31) kirjoittaa artikkelissaan, että vaikeasti dementoituneilla ja kommunikaatiokyvyttömillä sanallinen mittari ei toimi ja heidän kipuaan mitataan muun muassa hoitajien havainnoinnin perusteella. PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) -mittari (kuva 5.) on mittari, joka perustuu käyttäytymisen muutosten havainnointiin. Vaikeasti muistisairailta, joilla kommunikaatiokyky on merkittävästi alentunut, voidaan käyttää myös Doloplus 2 tai Abbeyn kipumittaria. Nämä mittarit perustuvat myös havainnointiin. (Rapo-Pylkkö 2017.) Tässä työssä esitellään vain suomeksi käännetty PAINAD-mittari. PAINAD-kipumittarissa havainnoidaan viittä osa-alueita: hengitystä, ääntelyä, kasvojen ilmeitä, kehon kieltä ja lohduttamista. Jokaisesta osa-alueesta tulee pisteitä nolasta kahteen (0-2). Kokonaispistemäärä voi suurimmillaan olla 10, joka vastaa voimakkainta kipua.

(Björkman ym. 2007, 2548) PAINAD-mittari on todettu käyttökelpoisimmaksi kivunarviointivälineeksi pitkäaikaishoidon muistisairaille.

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)			
Havaintokategoria	Pisteluokka		
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittainen vaivalloista Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne-Stokes -tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä Tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikeointia tai voihtetta Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua Äänekästä vaikeointia tai voihtetta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä Levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu

Kuva 5. PAINAD-mittari

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKY- SYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla muistisaira-
 kivun arviointia. Tavoitteena on lisätä hoitajien tietoa muistisaira-
 kivun arvioinnista ja kipumittarin käytöstä.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta tutkimuskysymykseen:

Miten muistisaira-
 kivun arvioidaan?

Tämä opinnäytetyö on rajattu koskemaan muistisairaita ikäihmisiä ja heidän kipuaan.
 Tutkimuksen ulkopuolelle on jätetty ikäihmiset, jotka eivät sairasta dementiaa sekä
 aineisto, joka koskee muiden ikäryhmien kipua. Lisäksi kivun hoito ei sisälly
 opinnäytetyöhön, vaan tässä työssä keskitytään kivun arviointiin.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus yksinkertaisimmillaan tarkoittaa sitä, että jo julkaistut
 tutkimukset kuvataan käyttämällä tiivistelmiä ja taulukointeja ilman tulosten
 uudelleen tulkintaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 95). Salminen (2011,
 6) on todennut kuvailevan kirjallisuuskatsauksen olevan yksi yleisimmin käytetyistä
 kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä, ja sitä voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman
 tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Kuvailevan kirjallisuuskatsaukseen käytetyt aineistot
 ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jakautuu vielä kahteen hieman erilaiseen katsaukseen -
 narratiiviseen ja integroituun. Narratiivisen katsauksen tarkoituksena on tiivistää
 aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja samalla pyrkiä lopputulokseen, joka on
 helppolukuinen. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimusaineisto ei ole
 läpikäynyt erityistä systemaattista seulaa. (Salminen 2011, 7.) Integroitu katsaus on

taas narratiivisesta katsauksesta poiketen suunniteltu tarkemmin ja kriittisen tarkastelun voidaan oleellisesti kuuluvan siihen. Integroiva kirjallisuuskatsaus tuottaa uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta ja sitä käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. (Salminen 2011, 8.)

Ahosen, Jääskeläisen, Kangasniemen, Liikasen, Pietilän & Utraisen (2013, 294) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jäsentää neljän vaiheen kokonaisuudeksi, jotka ovat:

1. tutkimuskysymyksen muodostaminen
2. aineiston keruu ja sen valinta
3. kuvailun rakentaminen
4. tuotetun tuloksen tarkasteleminen

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymys ja tarkoituksena on löytää mahdollisimman olennainen aineisto kysymykseen vastaamiseksi. Tutkimuskysymyksen laajuus taas määrittää aineiston riittävyden. Aineisto muodostuu aiemmin julkaistuista tutkimustiedosta ja kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää yleensä jonkinlaisen kuvauksen aineiston valinnan prosessista. (Ahonen ym. 2013, 295.)

4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruuta varten määriteltiin hakusanat ja tietokannat, joista aineistoa etsitään. Hakujen tavoitteena oli löytää tutkimuksia ja artikkeleita, jotka koskevat muistisairautta sairastavien kivun arviointia. Laadittiin myös hyväksymis- ja poissulkukriteerit. Näillä kriteereillä määriteltiin millaisia tutkimuksia ja artikkeleita kirjallisuuskatsaukseen haluttiin ottaa mukaan. Uudempien suomalaisten tutkimusten ja artikkelien vähäisyydestä johtuen aineiston hakua laajennettiin 18 vuoteen. Taulukossa 1. esitetään tämän opinnäytetyön hyväksymis- ja poissulkukriteerit.

Taulukko 1. Hyväksymis- ja poissulkukriteerit

Hyväksymiskriteerit:	Poissulkukriteerit:
<ul style="list-style-type: none"> • kieli: suomi, englanti • suomenkielinen aineisto vuosilta 2000-2018 • englanninkielinen aineisto vuosilta 2013-2018 • aineisto käsittelee ikäihmisten kipua • aineisto käsittelee muistisairautta • aineiston koko teksti saatavilla ilmaiseksi 	<ul style="list-style-type: none"> • muut kielet kuin suomi ja englanti • aineisto julkaistu ennen vuotta 2000 • aineisto käsittelee muun potilasryhmän kuin ikäihmisten kipua • aineisto ei käsittele muistisairautta • aineiston koko tekstiä ei ole saatavilla ilmaiseksi

Kirjallisuushaussa käytettiin hakusanoja ja niiden yhdistelmiä. Käytetyt hakusanat olivat “kipu”, “kivun arviointi”, “muistisairaus”, “painad”, “pain” ja “dementia”, Kirjallisuushaut tehtiin Medic, CINAHL ja PubMed tietokantoihin. Haut rajattiin ajallisesti suomenkielisissä aineistoissa vuosiin 2000-2018 ja englanninkielisissä vuosiin 2013-2018. Lisäksi hakua rajattiin niin, että koko teksti oli saatavilla. Taulukossa 2. näkyy kokotekstin perusteella mukaan valikoidut aineistot.

Taulukko 2. Tietokantahaku

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valittu koko tekstin perusteella
Medic	kipu AND dementia	kokoteksti, v. 2000-2018	10	4
Medic	kivun arviointi AND dementia	kokoteksti, v. 2000-2018	32	3
Medic	muistisairaus AND kipu	kokoteksti, v. 2000-2018	8	1
Medic	painad	kokoteksti, v. 2000-2018	2	1
CINAHL	Pain AND dementia	kokoteksti, english, v.2013-2018	270	2
CINAHL	painad	kokoteksti, english, v.2013-2018	5	0
PubMed	pain AND dementia	kokoteksti, english, v.2013-2018	428	1
Manuaalinen haku	lähdeluettelot ja vastaantulleet artikkelit	v.2013-2018		2

Tietokantahaun kautta mukaan valikoitui seitsemän artikkelia. Lisäksi mukaan valikoitui manuaalisen haun kautta kaksi artikkelia. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhteensä yhdeksän tutkimusartikkelia (Liite 1.). Tutkimusten ja artikkeleiden yhteenlaskettu sivumäärä oli lähdeluetteloineen 130 sivua.

4.3 Aineiston analyysi

Aineistolähtöisen eli induktiivisen aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen; aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Analyysin tarkoituksena on luoda sanallisesti laaja kuva aineistosta tiivistettynä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Tuomi & Sarajärvi 2018, 119-123.)

Aineiston analyysi on usein kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa haasteellisin osa. Artikkeleista haetaan tutkimuskysymyksen kannalta tärkeitä asiakokonaisuuksia ja ilmauksia eli toisin sanoen aineistosta karsitaan kaikki epäoleellinen pois. Alkuperäiset ilmaukset pelkistetään ja niistä muodostetaan alaluokkia. Alaluokkia yhdistelemällä kootaan yläluokat, joita tarkastellaan saaden käsitteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163-169.)

Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysin tavoitteena on siis esittää asia laajasti, mutta tiivistettynä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166). Tutkimusartikkelit luettiin läpi useita kertoja etsien vastausta tutkimuskysymykseen. Aineistosta etsittiin tutkimuskysymyksen kannalta tärkeitä ilmaisuja. Alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja näistä muodostettiin alaluokkia. Ilmaisut taulukoitiin eri kategorioiden mukaisesti (Taulukko 3.).

Taulukko 3. Esimerkki aineiston taulukoinnista

Alkuperäinen ilmaisu	Vapaa käänös	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Self-report of pain is considered the gold method of pain assessment and can be a reliable way of assessing pain in people with dementia.	Kivun itsearviointia pidetään kultaisena sääntönä kivun arvioinnissa ja se voi olla luotettava tapa arvioida dementiapotilaiden kipua.	Kivun itsearviointi voi olla luotettava tapa arvioida potilaiden kipua.	Potilaan oma arviointi	Itsearviointi

5 TUTKIMUSTULOKSET

Työn tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla muistisairaam kivun arviointia. Tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoa muistisairaam kivun arvioinnista ja

kipumittarin käytöstä. Opinnäytetyössä haettiin vastausta tutkimuskysymykseen: Miten muistisairaahan kipua arvioidaan? Kirjallisuuskatsauksen valittiin yhteensä yhdeksän muistisairauteen ja kipuun liittyvää artikkelia, joista viisi oli englanninkielistä.

Aineiston perusteella selvisi, että yksi tärkeimpiä kivunarviointimenetelmiä ja se, miten kipua arvioidaan, on muistisairaahan oma arvio kivusta ja tätä pidetäänkin ”kultaisena sääntönä” (Lichtner ym. 2014, 2).

“In general, due to the subjectivity of pain, self-reporton concidered to be the gold standard for pain assessment”

Kipua pitää osata epäillä ja kivusta pitää kysyä. Kivun arviointi alkaa siitä, että osataan epäillä kipua. (Finne-Soveri & Noro 2005, 29). Vaikeasti dementoituneetkin pystyvät arvioimaan omaa kipuaan ja omaan ilmoitukseen perustuvaa kivunarviointia ei saa väheksyä (Björkman ym. 2007, 2551).

Seuraavaksi paras vaihtoehto kivun arvioinnissa on henkilö, joka on läsnä potilaiden jokapäiväisessä elämässä sairaalassa tai muussa hoidossa. Tätä kutsutaan “hopeiseksi standardiksi”. (Harrison Denning, 2014, 380.)

“The next best option, from a user-centred perspective, becomes the assessment of a person who is most familiar with the patient in their everyday life in a hospital or other care setting -what call a “silver standard”.

Kipua voidaan arvioida kysymällä ja havainnoimalla käyttäytymistä. Hoitohenkilökunta voi arvioida muistisairaahan kipua havainnoimalla muun muassa kasvojen ilmeitä, ääntelyä, mielentilan muutoksia (Björkman ym. 2007, 2547; Lichtner ym. 2015, 2). On kuitenkin tärkeää, että arvioija tuntee potilaan hyvin. Mitä läheisempi arvioija on, sitä suurempi todennäköisyys on, että arvioitsijan näkemys on lähellä potilaan omaa kokemusta. Ihanteellisessa tilanteessa henkilökunta tietää hoidossa olevan henkilön henkilökohtaiset tavat ja historian. (Lichtner ym. 2014, 16.) Haastattelemalla perheenjäseniä voidaan kerätä paljon tietoa miten muistisairas on esimerkiksi käyttäytynyt, onko hän ollut rauhallinen, onko hän koskaan valittanut kipua tai millaista kieltä hän on käyttänyt kivusta. (Harrison Denning, 2014, 380.)

Jenningsin ym. (2018, 5) tutkimuksessa monet lääkärit arvostivat hoitajien tärkeää roolia kivun arvioinnissa. Lääkärit kertoivat miten he luottavat hoitohenkilökunnan mielipiteisiin muistisaira-an arvioinnissa.

“An experience nurse is the best person to rely on, they know as do the carers”

Kun kipua seurataan säännöllisesti, seurantaprosessi antaa myös lääkäreille mahdollisuuden havaita kivun kehitystä ja mahdollisia muutoksia tavalliseen tilaan verrattuna (Lichtner ym. 2015, 8). Kivun arvioinnin tulokset ja kivun suuntaukset ovat merkityksellisempiä, kun arviointi on tehty ennen ja jälkeen lääkkeiden antamisen ja tulokset voidaan liittää suoraan lääkkeiden antamiseen. (Lichtner 2015, 9.) Taposen (2016, 15) tutkimuksessa kivun kirjaamisella saattaa olla vaikutusta kivun tunnistamiseen. Kipua voidaan siis arvioida myös hyvän dokumentoinnin perusteella.

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia kipumittareita. Säännölliseen kivun arviointiin on hyvä sisällyttää erilaisia kipumittareita. (Lichtner ym. 2015, 2.) Finne-Soveri ja Noro (2005, 28) kirjoittavat, että kaikille iäkkäille suositellaan itsearviointiin perustuvien kipumittareiden rinnalle hoitajien havainnointiin perustuvien kipumittareiden käyttöä. Hoitaja, joka tuntee muistisaira-an hyvin, pitäisi pystyä kipumittarin avustuksella arvioimaan muistisaira-an käyttäytymisestä kivun läsnäolo ja mieluiten myös kivun voimakkuus (Husebo ym. 2016, 482). Taposen (2006, 13) tutkimuksessa todetaan, ettei muistisairaille ole kuitenkaan olemassa kaikenkattavaa mittaria. Hoitajan on osattava valita tilanteeseen sopiva mittausmenetelmä.

Björkmanin ym. (2007, 2550-2551) tutkimuksessa selvisi, että levossa PAINAD-mittarilla kivuttomiksi luokitellut henkilöt näyttivät kärsivän hoitotoimenpiteiden aikana kivusta ja hoitotoimenpiteiden aikana kivuttomiksi luokitellut henkilöt olivat suurimmaksi osaksi (95 %) kivuttomia myös levossa. Tutkimuksessa saadun palautteen perusteella PAINAD-mittari on helppokäyttöinen ja sen käyttöönotto koettiin vaivattomaksi osastoilla.

Kipumittareiden ongelmana pidetään sitä, että tallennetaan vain yksittäisiä arviointipisteitä eikä suuntauksia tai kuvioita. Yksittäisiä mittauksia ei pidetä riittävänä. (Lichtner ym. 2015, 9.) Havainnointiin perustuvan kipumittarin käyttö voi

tarjota johdonmukaisen, jäsennellyn ja tarkan lähestymistavan, joka on parempi kuin arviointi ilman kipumittaria (Harrison Dening 2014, 380). Björkmanin ym. (2007, 2551) tutkimuksessa koettiin PAINAD-mittaria käytettäessä kivun kirjaamisen helpottuvan ja säännöllisesti mittaamalla voitiin arvioida myös henkilöiden kroonista kipua.

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija on noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150.) Tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön ohjein. Ollakseen eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tutkimuksessa, on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Ensisijainen vastuu noudattaa hyvän tieteellisen käytännön ohjeita kuuluu tutkijalle itselleen (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2019).

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Eettisiin vaatimuksiin kuuluu muun muassa, että tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta, tutkijan on oltava täysin rehellinen tutkimusta tehdessään sekä tunnollisesti vältettävä väärän tiedon välittämistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.)

Tuomen ja Sarajärven (2018, 163) mukaan luotettavuuden arviointiin ei ole annettu yksiselitteisiä ohjeita laadullisessa tutkimuksessa ja tutkimusta arvioidaan kuitenkin kokonaisuutena. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäävänä tekijänä on, että aineisto kerättiin kotimaisista ja kansainvälisistä luotettavista terveydenhuollon tietokannoista. Näin tutkimuksen aineisto haluttiin pitää laadukkaana. Kotimaisten tutkimusten vähäisyys yllätti opinnäytetyön tekijän ja siitä johtuen kotimaisten

tutkimusten kohdalla aikarajausta laajennettiin yli kymmeneen vuoteen, joka voi heikentää luotettavuutta. Opinnäytetyössä käytetyt kotimaiset aineistot eivät juurikaan poikenneet kansainvälisistä uudemmissa tutkimuksista, joten vanhempaakin kotimaista aineistoa voidaan pitää luotettavana. Kansainvälisten tutkimusten osalta aineisto haluttiin pitää mahdollisimman tuoreena ja vanhimmat artikkelit olivat vuodelta 2014. Tutkimuksessa kerrotaan millä perusteilla aineisto on hyväksytty mukaan ja mistä aineisto on haettu. Näiden perusteella hakutulokset voidaan toistaa uudelleen. Tutkimuksen eri vaiheita on myös kuvattu teoriaosuudessa ja tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Opinnäytetyön tekijänä olen halunnut tuottaa luotettavaa tietoa muistisairaana kivun arvioinnista ja noudattanut hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Olen pyrkinyt huolellisuuteen suomentaessani kansainvälisiä artikkeleita. On mahdollista, että virheet tekstin suomentamisessa ja tulkinnassa ovat voineet johtaa vääriin tutkimustuloksiin. Luotettavuuden heikentävänä tekijänä on, että tämä opinnäytetyö on toteutettu vain yhden opiskelijan toimesta ja suomenkielisiä tutkimuksia löytyi vain vähän.

Tulosten perusteella muistisairaana kivun itsearvioinnin rinnalle suositellaan hoitajan havainnointiin perustuvaa kipumittaria ja tätä voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä. Tutkimustulokset ovat käytettävissä missä tahansa yksikössä, jossa muistisairaana kipua arvioidaan.

6.2 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti oma mielenkiinto kipuun ja sen arviointiin. Muistisairaiden kivun arviointi on haasteellista ja on vaikeaa erottaa kivusta johtuvat käytöksen muutokset muistisairaudesta johtuvista käytösoireista. Aihe on ollut mielenkiintoinen ja se on vienyt mukanaan. On ollut hienoa huomata miten paljon lisää uutta tietoa muistisairauksista ja kivun arvioinnista olen saanut tutustuessani opinnäytetyön aikaisempiin tutkimuksiin ja muuhun lähdemateriaaleihin.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen pystynyt kehittämään omaa ammatillista osaamistani ja tulevaisuudessa pystyn hyödyntämään tietojani myös käytännön hoitotyössä. Toivon pääseväni vaikuttamaan ja kannustamaan hoitohenkilökuntaa reagoimaan herkästi muistisairaiden käytöksen muuttumiseen. Lisäksi osaan paremmin epäillä mahdollista kipua, kysymällä siitä ja etsimään mahdollisia syitä käyttäytymisen muutoksiin. Säännöllisellä kivun arvioinnilla ja myös kivun kirjaamisella on suuri merkitys muistisairaana kivun arvioinnissa ja hoidossa. On hyvä muistaa kirjata myös se, miten kivun arviointi on toteutettu ja onko kivun arvioija muistisairas itse, hoitaja vai onko se mahdollisesti perheenjäsenen johtopäätös kivusta.

Muistisairaana käytösoireet vaikuttavat muistisairaana hyvinvointiin ja hoitohenkilökunnan jaksamiseen. Kun tunnistetaan kivusta johtuvia käytösoireita, hoidetaan kipua, parannetaan muistisairaana hyvinvointia ja samalla hoitohenkilön työhyvinvointia. Tulevaisuudessa tavoitteeni hoitajana on tehdä niin hyvä arviointi kivusta kuin se sillä hetkellä on mahdollista ja saada tehokkaasti kipu hallintaan. Tulevaisuudessa jatkotutkimuksen voisi toteuttaa selvittämällä hoitajien asenteita kivunarviointiin. Myös kipumittarin käyttöön liittyviä kokemuksia hoitajien näkökulmasta olisi mielenkiintoista tutkia.

LÄHTEET

Ahonen, S-M., Jääskeläinen, P., Kangasniemi, M., Liikanen, E., Pietilä, A-M. & Utriainen K. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4, 291-301.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 11.3.2019. http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222

Atula, S. 2015. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.12.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiopotilaiden kivun arviointi: kahden kipumittarin vertailu. *Suomen Lääkärilehti* 26, 2547-2553.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käytösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkanen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 232- 246.

Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014a. Vaskulaarinen kongitiivinen heikentymä ja sen riskitekijät. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 276.

Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014b. Vaskulaarisen kongitiivisen heikentymän alatyypit. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 277-278.

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

Finne-Soveri, H., Jakovljevic, D., Mäkelä, M., Heikkilä, R., Andreassen, P., Kylänen, M., Leppäaho, S. & Hammar, T. 2018. Vaikeasti muistisairaahan vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti huonommin kuin laitoksessa. *Lääkärilehti* 18, 1137-1142.

Finne-Soveri, H. 2008. Kipu. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Publishing Oy, 189-208.

Finne-Soveri, H. 2007. Dementoituvan kipu – aikamatkustajan sanatonta kärsimystä. *Lääkärilehti*, 26, 2543-2544.

Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2005. Miksi kivun havaitseminen ja hoitaminen on vaikeaa laitoksessa asuvalla vanhuksella? *Kipuviesti* 2, 27- 29.

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

Hallikainen, M. 2014b. Alzheimerin tauti -yleisin muistisairaus. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 264.

Harrison Dening, K. 2014. Observational pain assessment in advanced dementia. *Nursing & Residential Care* 7, 378-382.

Hartikainen, P. 2014 Lewyn kappale -taudin oireet. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 288-290.

Huttunen, M. 2017. Dementia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.9.2018.
<http://www.terveyskirjasto.fi/>

Husebo, B., Achterberg, W. & Flo, E. 2016. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *GNS Drugs* 6, 481-497. Viitattu 11.1.2019.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-016-0342-7>

International Association for Study of Pain www-sivut. 2018. Viitattu 11.9.2018.
<http://www.iasp-pain.org/>

Jennings, A., Linehan, M. & Foley, T. 2018. The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia. *BMC Family practice* 166, 1-11. Viitattu 20.3.2019. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0853-z>

Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.12.2018.
<http://www.terveyskirjasto.fi/>

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

Kankkunen, P. 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkanen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 247-265.

Kalso, E & Kontinen, V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa: E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 52-63.

Käypä hoito: kipu www-sivut. 2017. Viitattu 11.9.2018. www.kaypahoito.fi

Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, J., Long, A., Corbett, A. & Briggs, M. 2014. Pain assessment for people with dementia: a systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 138, 1-19. Viitattu 20.3.2019.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-138>

Lichtner, V., Dowding, D. & Closs, J. 2015. The relative meaning of absolute numbers: the case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patients with dementia. *BMC Medical informatics and decision making* 111, 1-11. Viitattu 20.3.2019. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0233-8>

Palviainen, J., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kivun hoitotyön kirjaaminen. *Kipuviesti* 2, 32-33.

Pudas-Tähkä, S-M. 2018. Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 11.3.2019. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144771/AnnalesC453Sanna-Mari%20Pudas-T%C3%A4hk%C3%A4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on?. Teoksessa E. Sailo & A-M. Varti (toim.) *Kivunhoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 30-38.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Viitattu 8.10.2018. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) *Geriatría*. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 120-138.

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) *Geriatría arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita Publishing Oy, 82-116.

Suomen tilastokeskuksen www-sivut. 2018. Viitattu 8.11.2018. <https://www.stat.fi>

Rapo-Pylkkö, S. 2017. Kipumittareiden käyttö vanhuksilla. Viitattu 11.3.2019. <https://bestprac.fi/2017/02/28/kipumittareiden-kaytto-vanhuksilla/>

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimorappeumat. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165-171.

Remes, A. 2014. Otsa-ohimorappeumien oirekuvat. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 282-283.

Tarkkila, P. 2005. Vanhusten kivun mittaaminen. *Kipuviesti* 2, 30-31.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2019. Viitattu 11.3.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta#K%C3%A4ytt%C3%B6mahdollisuuksia>

Tilvis, R. 2010. Vanhuksen kipu. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) *Geriatría*. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 235-340.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunnan www-sivut. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 8.10.2018.
<http://www.tenk.fi/>

Vataja, R. 2014a. Muistisairauteen liittyvien käyttäytymisen muutosten ilmeneminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 46-47.

Vataja, R. 2014b. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten syyt. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 47-49.

Vataja, R. 2014c. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten hoidon periaatteet. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 58-59.

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 91-99.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa: T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165-171.

Winqvist, S. & Moilanen, V. 2017. Muistihäiriöpotilaan kognition tutkiminen – muutakin kuin MMSE. Lääkärilehti 17, 1073-1079.

Öun, I. 2014a. Muistisairauden vaikutus kivun kokemiseen ja ilmaisuun. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 236-237.

Öun, I. 2014b. Muistisairaahan kivun arviointi. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 238-239.

Liite 1. Kirjallisuuskatsaus

Tekijä(t), julkaisuvuosi, artikkelin nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Otos ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Maa
Taponen Rauni 2006. Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi	Kuvata miten dementiayksikössä toimivat hoitajat arvioivat potilaan kipua.	Teemahaastattelut 19 hoitajalle. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.	Hoitajat arvioivat dementiapotilaan kipua lähinnä havainnoimalla erilaisia muutoksia potilaan tilassa. Kivun arvioinnin edistäviä tekijöitä oli tieto, taito, kokemukset ja resurssit.	Suomi
Finne-Soveri Harriet & Noro Anja 2005. Miksi kivun havaitseminen ja hoitaminen on vaikeaa laitoksessa asuvalla vanhuksella?	Selvittää kivun havaitsemisen ja hoidon ongelmia vanhuksilla, jotka asuvat laitoksessa	Artikkeli	Asukkaat sairastavat yhtä tai useampaa sairautta, johon pitkäaikaisen kivun tiedetään liittyvän. Kommunikoimattoman kivun olemassaoloa joudutaan arvioimaan havainnoimalla. Havainnointiin perustuvia kipumittareita suositellaan käytettävän itsearviointiin tarkoitettujen mittareiden rinnalla. Kipua pitää osata epäillä, kysyä ja havainnoida.	Suomi
Björkman Mikko, Palviainen Jaana, Laurila Jouko, Tilvis Reijo 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi – kahden kipumittarin vertailu	Vertailla potilaan ja hoitajan arvioon perustuvan RAI-järjestelmän ja käyttäytymisen muutoksia havainnoivan PAINAD-mittarin käyttöä iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arvioinnissa sairaalahoidon aikana.	Potilaat (n = 297) olivat iäkkäitä ja vaikeasti dementoituneita.	Mittarit eivät olleet yksimielisiä. RAI-järjestelmässä kivuttomiksi tulkituista potilaisista 31-72 %:lla havaittiin PAINAD-mittauksessa kipuja mittaustilanteesta ja alaryhmästä riippuen. Hoitotoimenpiteiden aikaisen PAINAD-mittauksen negatiivinen ennustearvo oli suuri. Kivun kirjaaminen koettiin helpottuvan PAINAD-mittaria käytettäessä varsinkin potilaan erilaisten stressitilojen aikana. PAINAD-mittauksia säännöllisesti toistamalla voitiin myös arvioida potilaiden kroonista kipua.	Suomi
Finne-Soveri Harriet ym. 2018. Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa	Vertailla vaikeasti muistisairaiden potilaiden kivunhallintaa laitoshoidon ja palvelutalon välillä.	Analyysiin mukaan poimittiin RAI-tietokannasta ne 65 vuotta täyttäneet muistisairausdiagnoosin saaneet asukkaat, joilla oli vaikea kognition	Vaikeasti muistisairailta palvelutalo asukkailla oli laitosasukkaita useammin epävakaa terveydentila, kipua sekä somaattisia ja psykiatrisia oireita.	Suomi

huonommin kuin laitoksessa		vajaus ja runsas päivittäinen avun tarve. Aineisto koostui 3735:stä 102 kunnassa hoitolaitoksessa tai palvelutalossa asuneesta henkilöstä.	Palvelutaloissa erityisesti vahvojen kipulääkkeiden käyttö oli vähäisempää kuin laitoksissa.	
Harrison Dening, Karen 2014. Observation pain assessment in advanced dementia	Selvittää miten voidaan arvioida dementoituneen kipua ja huolehtia heidän ahdistuksensa ja epämukavuutensa lievityksestä.	Artikkeli	Usein kipu on alihoidettua tai sitä ei hoideta lainkaan. Kaikkien dementoituneiden tulisi saada arvio hoidostaan ja se sisältäisi luonnollisesti myös kivunarvioinnin. Kivun aiheuttama muutos dementoituneessa voi olla hienovarainen ja toisella kertaa todella huomattava. Kannustetaan hoitajia olemaan herkkiä muistisairaiden käytöksen muutoksille. Kipumittarin käyttö voi tarjota mm. johdonmukaisen lähestymistavan kivunarvioinnissa, joka on parempi kuin ilman mittaria arvioitaessa. Kipua arvioitaessa kipumittarin pitää olla helppokäyttöinen, vievän vähän aikaa ja oltava kohderyhmälle sopiva.	Iso-Britannia
Jennings Aisling, Linehan Maura & Foley Tony 2018. The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lääkärin tietämystä ja asenteita dementoituneiden kivun arvioinnista ja hoidosta.	Kyselylomake (n=157)	Only 10 % of respondents (16/157) were aware of any dementia-specific pain assessment tools. The majority of respondents (113/157) believed people with dementia could not self-report pain.	Irlanti
Husebo Bettina, Achterberg Wilco & Flo Elisabeth 2016. Identifying and managing pain in people with Alzheimer's disease and other types of dementia: a systematic review	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää muiden tutkimusten avulla kipulääkkeiden tehoa kivun voimakkuuteen tai kipukäyttäytymistä hoitokodissa ja elämän loppuvaiheissa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimuksista asiansanoilla pain, pain treatment ja dementia vuosilta 1990-2015 (n=12)	Despite increased use of analgesics, pain is still prevalent in people with dementia. Validated pain tools are available but not implemented and not fully tested on responsiveness to treatment. Official guidelines for pain assessment and treatment addressing people with dementia living in a nursing home are lacking.	Norja
Lichtner Valentina, Dowling Dawn &	Tutkimuksen tavoitteena oli	Tutkimus suoritettiin neljässä eri sairaalassa,	A variety of tools were used to record pain	Iso-Britannia

<p>Closs Jose 2015. The relative meaning of absolute numbers: the case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patient with dementia.</p>	<p>ymmärtää nykyistä kivun arviointimenetelmää ja myöhemmin auttaa kipumittarin kehittämisessä ja parantaa dementiaa sairastavien potilaiden kivun hoitoa.</p>	<p>havainnoimalla demensiasairaita (n=31), haastatteleamalla henkilökuntaa (n=52) ja potilaiden omaisia (n=4) sekä analysoimalla asiakirjoja.</p>	<p>intensity, usually with numerical scales. None of the tools in actual use had been specifically designed for patients with cognitive impairment. With patients with more severe dementia, the patient's body language and other cues were studied to infer pain intensity and then a score entered on behalf of the patient. Information regarding the temporality of pain and changes in pain experience (rather than a score at a single point in time) seemed to be most useful to the assessment of pain.</p>	
<p>Lichtner Valentina ym. 2014. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida ja tiivistää erilaisten kipumittareiden ominaisuuksia ja hyödyllisyyttä aikuisilla joilla dementia tai kognitiivinen heikentyminen.</p>	<p>We searched for systematic reviews of pain assessment tools providing evidence of reliability, validity and clinical utility.</p>	<p>Saatavilla on huomattava määrä kipumittareita joita käytetään kognitiivisesti heikentyneillä vanhuksilla. Kuitenkin niiden luotettavuudesta, pätevyydestä ja hyödyllisyydestä on vain vähän näyttöä. Tämän tarkastelun perusteella ei voida suositella yhtään mittaria olemassa olevien näyttöjen perusteella.</p>	<p>Iso-Britannia</p>