



Muistisairaahan kivun tunnistaminen

Liisa Kulmala

Opinnäytetyö, AMK
Toukokuu 2021
Terveys- ja hyvinvointialat
Sairaanhoitaja

Kulmala, Liisa

Muistisairaahan kivun tunnistaminen

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2021, 24 sivua.

Sosiaali- ja terveysala. Sairaanhoidtaja. Opinnäytetyö, AMK

Ohjaajat: Salla Grommi & Pirkko Ratinen.

Julkaisun kieli: suomi

Verkkojulkaisulupa myönnetty: kyllä

Tiivistelmä

Suomessa on lähes 200.000 muistisairaudesta kärsivää ihmistä, joista melkein puolella muistisairaus on edennyt keskivaikeaan tai vaikeaan vaiheeseen. Vaikeassa vaiheessa olevan muistisairaahan kognitiiviset kyvyt ovat useimmiten edenneet niin, että ihminen ei enää itse kykene ilmaisemaan kokemaansa kipua. Hoitohenkilökunnan tulee osata tulkita erilaisia kivun ilmenemisen merkkejä, jotta muistisairaahan elämänlaatu ei hoitamattoman kivun takia pääse heikentymään eikä toimintakyky loppumaan tarpeettomasti. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka lähteinä käytettiin vertaisarvioituja ja luotettavista tietokannoista haettuja artikkeleja, väitöskirjoja tai muita vastaavia tuotoksia. Tarkoituksena oli selvittää, miten muistisairaahan ihmisen kivun voi tunnistaa. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan sekä terveysalan opiskelijoiden tietoutta sellaisista menetelmistä, joiden avulla voidaan tunnistaa muistisairaahan kipua. Opinnäytetyön tekoa ohjasi tutkimuskysymys, johon kuusi (6) tutkimusartikkelia vastasi. Tietokantoina käytettiin luotettaviksi luokiteltuja hoitotieteellisiä tietokantoja, kuten Cinahl Plus, PubMed, Emerald Insight ja Base sekä lääketieteellistä Medic-tietokantaa ja yleistä Google Scholar -tietokantaa. Aineistoa analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tuloksena saatiin, että muistisairaahan kokema kipu voi ilmetä fyysisinä muutoksina peruselintoiminnoissa tai erilaisina käytöshäiriöinä tai levottomuutena. Tutkimuksista selvisi, että parhaiten muistisairaiden kivun tunnistaa tuttu hoitohenkilöstö. Hoitohenkilöstön alituisen vaihtuvuuden vuoksi muistisairaahan epänormaali käytös jää helposti tunnistamatta, jolloin mahdollinen kipu jää alihoidetuksi.

Avainsanat

Muistisairas, dementia, kipu, kivun tunnistaminen

Kulmala, Liisa

Pain recognition of a memory disordered

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2021, 24 pages.

Bachelor of Health Care. Degree Programme in Nursing. Bachelor's Thesis.

Mentors: Salla Grommi & Pirkko Ratinen.

Permission for web publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

There's almost 200.00 memory disordered people in Finland and almost half of them have moderate or severe dementia. People with severe dementia usually have weak cognitive skills and they no longer can express the pain they feel. Medical staff should know how to read different signs that pain causes so memory disordered persons quality of life doesn't weaken because of pain and performance won't stop for no reason.

The thesis was implemented as a descriptive literature review. Used sources were articles, thesis' and other similar pieces and they were peer-reviewed and from reliable databases. The purpose was to clarify how to recognize the pain that a demented person feels. The aim was to increase medical staffs and health students knowledge on different methods which help to identify the pain of a demented person. The thesis was carried-on by one re-search question and six (6) research articles were found to answer that. There were used reliable nursing databases, like Cinahl Plus, PubMed, Emerald Insight and BASE, medical database Medic and general database Google Scholar.

The data was analyzed by content analysis. The results showed that the pain which a demented person feels, may occur as physical changes in basic organ function or in different behavioral issues or anxiety. The research showed that familiar medical staff recognizes the pain better. Constantly changing medical staff might be the reason why abnormal behavior of the memory disordered person stays undetected and therefore possible pain stays undertreated.

Keywords/tags

Demented, dementia, pain, recognition

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Muistisairaudet, kipu ja kivun tunnistaminen	3
2.1	Muistisairaudet	3
2.2	Kipu.....	6
2.3	Kivun tunnistaminen	8
2.4	Kivun arviointi.....	9
3	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	11
4	Toteutus	11
4.1	Menetelmä	11
4.2	Aineiston keruu	11
4.3	Aineiston analyysi.....	13
5	Tulokset	14
5.1	Kivun verbaalisen ilmaisun vaikeus	14
5.2	Kivun aiheuttamat fysiologiset ja sosiaaliset muutokset	15
6	Johtopäätökset	17
7	Pohdinta	18
7.1	Tulosten arviointi ja hyödynnettävyys	18
7.2	Luotettavuus	19
	Lähteet	20
	Liitteet	23
	Liite 1. Tiedonhaun taulukko	23
	Liite 2. PAINAD-mittari.	24
	Kuviot	
	Kuvio 1. Analyysin eteneminen.....	14
	Taulukot	
	Taulukko 1. Aineistohaut	12
	Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	13

1 Johdanto

Suomessa arvioidaan olevan lähes 200.000 muistisairasta ihmistä ja heistä 7.000 ovat työikäisiä. Keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastaa näistä ihmisistä 93.000. Vuosittain uusia sairastuneita Suomessa todetaan 14.500. (Muistisairaudet: Käypä Hoito -suositus 2020.) Muistisairaiden kivun tunnistamisen vaikeuteen johtavia tekijöitä ovat autonomisten ja tunneperäisten vasteiden vaimentuminen sekä muistisairaiden kyvyttömyys ilmaista kokemiaan kipuja tai kivun kokemuksen unohtaminen (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017, 156). Rantala tutki väitöskirjassaan sairaanhoitajien tekemää dementiapotilaiden leikkauksen jälkeistä kivun hoidon arviointia. Esimerkiksi Alzheimerin taudin kohdalla mitä matalammat kognitiiviset taidot ovat, sitä korkeampi on kivun sietokyky. Tämän tiedon valossa voidaan ajatella niin, että varsinkin kognitiivisen toimintakyvyn heiketessä pienimmätkin kivun merkit tulee huomioida ja niitä tulee hoitaa tehokkaammilla keinoilla. (Rantala 2014, 12.)

Muistisairaiden kokema kipu on yleistä. Tutkimusartikkelissa dementian arvioinnista, jossa käsitellään hoiva-asioiden teknologisten ratkaisujen arviointia, saadan selville, että vanhusten hoidon piirissä olevista muistisairaista 50% kokee kipua säännöllisesti. Heidän tutkimuksensa mukaan keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivän, ja ilmaisukyvyltään heikossa asemassa olevan, ihmisen kipu on usein alitunnistettu ja alilääkitty. (Atee, Hoti, Parsons & Hughes 2017.)

Aikaisempia opinnäytetöitä muistisairaiden kivun ehkäisystä, hoitamisesta tai tunnistamisesta on tehty 2000-luvulla yhteensä 15 Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Saarelan ja Västisen Onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttavat tekijät muistisairaahan hoitotyössä -opinnäytetyössä käsitellään lähinnä muistisairaahan kivun hoitoa, mutta esille nousee siinäkin yhteydessä kivun tunnistaminen ja sen vaikeus (2019).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten muistisairaahan ihmisen kivun voi tunnistaa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan sekä terveysalan opiskelijoiden tietoutta sellaisista menetelmistä, joiden avulla voidaan tunnistaa muistisairaahan kipua.

2 Muistisairaudet, kipu ja kivun tunnistaminen

Opinnäytetyössäni kivun tunnistaminen keskittyy muistisairaisiin ihmisiin. Keskeisimmät käsitteet opinnäytetyöhöni liittyen ovat muistisairaus ja kipu sekä kivun tunnistaminen.

2.1 Muistisairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan kognitiivisia toimintoja heikentävää sairautta. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewynkappaletauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeuma. Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden yhdistelmä on yleisin iäkkäiden ihmisten muistisairaus. (Hallikainen ym. 2017, 226.)

Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva sairaus, joka rappeuttaa aivoja sekä etenee väistämättömästi. Diagnoosina Alzheimerin tauti on 70-80 prosentilla dementiaa kärsivistä ihmisistä. Yleisyydestään huolimatta Alzheimerin taudin syytä ei tarkasti tunneta. Taudin ensimmäiset oireet usein muistuttavat normaalia hajamielisyttä, kun lähimuisti alkaa heikkenemään, mutta edetessään taudin kuvaan kuuluu kielellisten toimintojen sekä toiminnan ohjauksen heikentyminen. Lopuvaiheessa päivittäisissä perustoiminnoissa selviäminen vaikeutuu ja lopulta puhe- ja kävelykyky häviävät. Sairauteen liittyvät vahvasti erilaiset psyykkiset ongelmat, käytöshäiriöt sekä masennustilat ja ahdistuneisuus. Sairauden etenemistä ei pysty estämään, mutta lääkityksellä sitä voidaan hidastaa. Keskittymis- ja toimintakykyä lisäävät sekä psyykkisiä ja käytösoireita vähentäviä lääkkeitä ovat asetyylikoliinin hajoamista estävät valmisteet sekä glutamaattiin vaikuttava memantiini. Lääkkellisen hoidon lisäksi voidaan käyttää erilaisia lääkkeettömiä menetelmiä ja yhteiskunnan tukipalveluita. (Juva 2018.)

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus eli vaskulaarinen dementia on seuraavaksi yleisin muistisairaus Alzheimerin taudin jälkeen. Vaskulaarisen dementian taustalta saattaa löytyä useita aivoverenkiertosairauksia, kuten aivoverenvuoto, aivoinfarkti tai hapenpuutteen aiheuttamat vauriot aivojen syvissä osissa. Aivoverenkiertohäiriön jälkeen vaskulaariseen dementiaan sairastuu noin neljäsosa. Verenkiertoperäinen muistisairaus eroaa Alzheimerin taudista sillä, että dominoiva piiri on toiminnanohjauksen heikentyminen, ei niinkään muistihäiriöt. Tauti etenee huomattavan nopeasti, jopa päivien tai viikkojen aikana, mutta eteneminen on portaittaista eli parempia päivi-

äkin voi olla. Ajatus- ja muistitoimintojen heikkenemisen lisäksi oireenkuvaan kuuluu muitakin neurologisia oireita, kuten kävelyn tai puheentuoton ongelmia. Näihin neurologisiin oireisiin vaikuttaa aivojen vaurioituneen alueen sijainti sekä koko, jolloin oireiden kirjo eri ihmisten välillä on kattava. Aivoverenkiertoperäisen muistisairauden riskiä lisäävät samanlaiset tekijät kuin verisuoni- ja sydänsairauksiakin eli korkea verenpaine ja kolesterolitaso, ylipaino, diabetes, alkoholi ja tupakointi. Toistaiseksi ei ole löytynyt lääkitystä verisuoniperäiseen muistisairauteen, mutta lääkkein voidaan pyrkiä estämään taustalla olevien ongelmien uusiutumista. (Atula 2019a.)

Lewynkappaletautia sairastaa yhteensä noin 20 prosenttia muistisairasta. Nimensä mukaisesti taudissa esiintyy mikroskoopilla havaittavia solunsisäisiä Lewyn kappaleita. Näiden partikkeleiden lisäksi noin 50 prosentilla on havaittavissa aivoissa Alzheimerin taudin muutoksia. Myöskään Lewynkappalataudin syytä ei tarkalleen tiedetä. Tauti etenee hitaasti ja ensioireina saattaa ilmetä älyllisen toimintakyvyn heikkeneminen sekä vireystilan ja tarkkaavuuden vaihtelut. Tyypillinen piirre taudissa on yksityiskohtaiset, toistuvat näköharhat. Parkinsonin taudin oireenkuvaan kuuluvat piirteet, kuten liikkeen hidastuminen, jäykkyys ja kävelyhäiriöt, kuuluvat myös Lewynkappaletaudin kuvaan. Taudin edetessä alkavat kehittyä muistiongelmia. Taudilla on kuitenkin tyypillisiä oireita, jotka usein johtavat diagnoosiin. Tyypillisiä kuvantamis- tai verikoelöydöksiä taudissa ei ole, vaan diagnoosiin päädytään taudinkuvan sekä Alzheimerin taudin poissulkemisen periaatteella. Tautia ei pystytä nykytiedoin ehkäisemään, parantamaan tai pysäyttämään. Lewynkappaletaudin lääkehoito on erittäin haasteellista, jonka takia varhain aloitettu fysioterapia on merkittävin hoitomuoto. (Atula 2019b.)

Parkinsonin taudin muistisairaus ilmenee Parkinsonin taudin edenneessä vaiheessa ja sen syytä ei tarkalleen tunneta. Taustalla oletetaan olevan useampia eri tekijöitä ja niiden yhteisvaikutuksia. Parkinsonin taudissa ilmeneviä hermosolujen sisäisiä kertymiä, eli Lewyn kappaleita, pidetään yleisimpänä syynä muistisairauden kehittymiselle. Aivomuutokset voivat Parkinsonin taudin muistisairaudessa olla hyvin samankaltaisia kuin Alzheimerin taudissa. Parkinsonin taudin muistisairauden tyypillisimmät tiedonkäsittelyongelmia ovat tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöt, avaruudellisen hahmottamisen vaikeus sekä muistin heikentyminen. Noin 10.000 Parkinsonin tautia sairastavasta 30 prosenttia kärsii merkittävistä tiedonkäsittelyn ongelmista. Parkinsonin taudin muistisairauden osuus kaikista muistisairauksista on noin 3-4 prosenttia. Altistavina tekijöinä pidetään ikää, vaikeaa ja hidasliikkeistä parkinsonismia, tasapainon heikkoutta, kävelyn

vaikeutta sekä varhain ilmeneviä muistioireita. Parkinsonin taudin muistisairaudelle ei ole parantavaa hoitoa, mutta lääkehoidolla, kuntoutuksella sekä tarvittavilla tukitoimenpiteillä toimintakykyä pyritään ylläpitämään mahdollisimman pitkään. Aktiivisella liikunnalla sekä ravitsevalla ruokavaliolla on todettu olevan positiivinen vaikutus toimintakyvyn ylläpitämisen suhteen myös pitkälle edenneessä muistisairaudessa. (Suhonen & Martikainen 2012.)

Otsa-ohimolohkorappeuma, eli frontotemporaalinen degeneraatio, on yleisnimityksenä oireyhtymille, joissa otsa- ja ohimolohkoissa ilmenee toiminnan heikkenemistä sekä siitä johtuvia oireita. Näistä kolme yleisintä on frontotemporaalinen dementia, etenevä, sujumaton afasia sekä semanttinen dementia. Frontotemporaalisessa dementiassa tyypillisesti ilmenee käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutoksia, kuten arvostelukyvyyttömyys, lyhytjänteisyys ja tahdittomuus. Toiminta on usein impulsiivista ja sosiaalinen toimintakyky heikkenee. Motoriset taidot ja muisti saattavat säilyä kohtalaisen hyvin, mutta puhe ja sanat voivat olla hukassa tai niiden merkitystä ei ymmärrä. Etenevä, sujumaton afasia oireilee näkyvimmin kielellisinä häiriöinä, kuten sujumattomana puheena, änkytyksenä ja lukemis- tai kirjoitushäiriöinä. Pitkälle edetessään voi aiheutua täydellinen puhumattomuus. Tässäkin oireyhtymässä kognitiiviset toiminnot ja muisti säilyvät suhteellisen hyvin. Semanttisessa dementiassa ei myöskään kärsi muisti ja kognitiivisen toiminnan osa-alueet. Sairastuneella heikentyy kyky ymmärtää sanojen merkitystä tai puheentuotanto on sisällötään merkityksetöntä. Tuttujen esineiden tai kasvojen tunnistaminen heikkenee, samoin kyky tuntea empatiaa. Poikkeuksellinen kiinnostus rahaa ja säästämistä kohtaan on tyypillinen piirre. (Muistiliitto 2017.)

Nämä kaikki edellä mainitut yksittäiset sairaudet saattavat aiheuttaa dementiaa. Dementoituneen henkilön aivotoinnot ja älylliset toiminnot heikentyvät rajoittaen sosiaalista selviytymistä. Keskuksimoston sairauksien lisäksi dementiaa voi aiheuttaa puutostilat, myrkytykset tai lääkkeet. Muistihäiriö ei tarkoita sitä, että ihmisellä on dementia, koska ikääntyessä nimi- ja tilamuisti sekä työmuisti heikkenee. Dementiassa ilmenevän muistihäiriön tyypillinen piirre on uusien asioiden oppimisen vaikeus sekä aiemmin opittujen asioiden mieleen palauttaminen. Tällaisten muistiin liittyvien oireiden ohella dementiaan liittyy afasia eli puheen sisällön köyhtyminen, apraksia eli motoristen liikesarjojen suorittaminen sekä agnosia eli nähdyn merkityksen käsittämisen vaikeus. Vertauskuvien ymmärtäminen on vaikeaa, samoin päivittäisistä toiminnoista selviäminen. Vaikeassa dementiassa esiintyy usein käytöshäiriöitä. (Huttunen 2018.)

2.2 Kipu

Kipua koskevissa teorioissa kipua käsitellään fysiologisena ilmiönä, usein osana tuntoaistia. Luonnontieteet tutkivat tekijöitä, kipumekanismeja sekä kiputyyppejä. Humanistiset tieteet keskittyvät kivun yksilöllisiin ilmaisutapoihin sekä kivun aiheuttamiin kokemuksiin. Hoitotieteessä kivun ajatellaan olevan subjektiivinen ja kokonaisvaltainen kokemus, jonka yksilö itse määrittelee. Kipu on ruumiin, mielen ja hengen monimutkainen suhde. Kivun mittaamisen kannalta tärkeintä on syntymekanismien ymmärtäminen sekä erilaisten kiputyyppeiden erottaminen. Aikaan saavien tekijöiden tietäminen kipukokemuksessa auttaa hoitajaa ymmärtämään kipupotilaan tuntemuksia. Kulttuuri määrittelee monesti suhtautumisen kipuun. Etnisyydellä ei ole havaittu olevan vaikutusta kivun kokemiseen, mutta ero sietokyvyssä näkyy kulttuuritaustoissa sekä tutkimustilanteen odotuksissa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2016, 83-84.)

Kansainvälinen kivun tutkimisen yhdistys IASP julkaisi tarkistetun kivun määritelmän vuonna 2020. Tätä määritelmää ei oltu ennen tätä uusittu vuoden 1979 jälkeen. Uudistuksen myötä IASP toivoo kivun arvioinnin ja hallinnan muuttuvan paremmaksi. Määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä aistinvarainen ja tunteellinen kokemus, johon liittyy todellinen tai todellista muistuttava kudosaivurio. Tätä on laajennettu lisäämällä kuusi avainkohtaa sekä kivun etymologia. Avainkohdissa puhutaan siitä, että kipu on aina henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttaa monet biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Kipu ja kipuhermot ovat eri ilmiöt – kipua ei voi päätellä ainoastaan kipuhermon aktiivisuudesta. Elämäkokemuksen kautta ihmiset oppivat kivun käsitteen. Henkilön ilmoitusta kivusta pitäisi kunnioittaa. Vaikka kivulla usein on sopeutuva rooli, sillä saattaa olla haitallinen vaikutus toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ja psykologiseen hyvinvointiin. Verbaalinen kertomus on vain yksi monista kivun ilmenemisen muodoista; kykenemättömyys kommunikointiin ei poista sitä mahdollisuutta, että ihminen tuntee kipua. (IASP ilmoittaa tarkistetun kivun määritelmän 2020.)

Nosiseptiivinen kipu johtuu selkeästi kudosaivuriosta. Tällaista kipua on tulehduskivut, muskuloskeletaaliset eli luurankolihaskivut, iskeemiset kivut sekä tukielinten kulumakivut. Nosiseptiivisen kivun syy ei ole hermostossa, vaan sen ulkopuolella. Ihoalueella saattaa esiintyä tuntoherkistymistä kudosaivuriota vastaavalla alueella. Raajoissa saattaa ilmetä lämpötila- tai värimuutoksia, jotka johtuvat pitkäaikaisen kivun aktivoimasta sympaattisesta hermostosta. Nosiseptiivisen kivun

hoidossa tarvitaan usein lääkehoitoa, jotta kipu saadaan hallintaan. Lääkehoidon lisäksi voidaan käyttää fysikaalisia hoitoja sekä stimulaatiohoitoja kipuja lievittämään. Joissain tilanteissa on aiheellista käyttää puudutteita kivun hillitsemiseksi. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 86.)

Neuropaattinen kipu on hermovauriosta johtuvaa kipua. Neuropaattista kipua syntyy silloin, kun kipua välittävässä hermojärjestelmässä on vaurio tai sairaus. Vaurio hermojärjestelmään saattaa syntyä leikkauksen tai vamman seurauksena. Sairauksista esimerkiksi diabetes sekä syöpäsairauksien hoitoon käytettävät solunsalpaajat voivat aiheuttaa hermovaurioita. Tällaisia jalkaterien ja käsien ääreishermovaurioita kutsutaan polyneuropatiaksi. Sairauksista myös vyöruusu voi synnyttää kehon toisen puolen tietyn hermon alueelle tulevan hermovauriokivun. Samoin selässä välilevyn tyrään saattaa liittyä yhden tai useamman hermojuuren kivut. Oireina neuropaattisessa kivussa ovat tuntohäiriöt ja kipu tietyn hermon tai hermojuuren hermottamalla alueella. Tuntohäiriö voi olla joko heikentynyttä tuntoa eli tunnottomuutta tai herkistynyttä tuntoa, jolloin pelkkä kosketus aiheuttaa kipua. Jotta diagnoosi neuropaattisesta kiputilasta voidaan tehdä, tulee sekä tuntopoikkeavuuksien että kivun sijaita neuroanatomisesti loogisesti ja löytyä etiologinen selitysmalli. Neuropaattista kipua voidaan monestilievittää opioideilla. (Kalso 2004, 2227.)

Idiopaattinen kipu on mekanismiltaan tuntematonta. Se aiheuttaa vaihtelevia oireita, joihin voi kuulua herkistynyt kipuaistimus. Idiopaattisen kivun syy ei ole kudosis- tai hermovaurio. Fibromyalgia eli krooninen kipu-uupumusoireyhtymä aiheuttaa idiopaattista kipua. (Kivun tunnistaminen n.d.)

Psykogeeniselle kivulle, eli psyykkisistä syistä johtuvalle kivulle, ei löydy fysiologista syytä. Psykogeeninen kipu on usein vaikeaa ja jatkuvaa kipua. Diagnoosi on harvinainen ja kuuluu enemmän mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöihin. Psykogeenistä kipua voi aiheuttaa esimerkiksi krooninen kipuoireyhtymä. (Kivun tunnistaminen n.d.)

Näiden kiputyyppeiden lisäksi on olemassa **viskeeralista kipua**, joka syntyy, kun vatsa- tai rintaontelon elinten kipuherkkiä kapsелеita venyttää jokin, esimerkiksi kasvain. Kiputuntemuksena voi olla myös **haamukivut**, joita aiheuttaa yleisimmin amputaatiot. **Heijastekivuista** on kyse silloin, kun kiputuntemus on jossain muualla kuin todellinen kipu, esimerkiksi sydänlihaksesta johtuva kipu tuntuu vasemmassa olkavarressa. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 86.)

2.3 Kivun tunnistaminen

Sairaanhoitajien arviointeja leikkauksen jälkeisen kivun hoidosta muistisairaiden potilaiden parissa kerrotaan, että vanheneminen aiheuttaa merkittäviä rakenteellisia, toiminnallisia ja neurokemiallisia muutoksia ihmisen keskus- ja ääreishermostossa. Tällaiset fysiologiset muutokset voivat muuttaa nosiseptiivistä prosessointia, kuten endogeenisen kivun estämismekanismin heikentyminen. Ikääntyneen reagointi sekä lyhytaikaisiin ärsykkeisiin että kudოსvaurioiden aiheuttamiin kipuihin saattaa muuttua. Kivun sietokyvyn on todettu kasvavan samaa tahtia kuin muistisairaahan kognitiiviset kyvyt heikkenevät. Tämän tiedon myötä tulisi pienetkin sanalliset tai käytökseen liittyvät muutokset muistisairaahan toiminnassa huomioida välittömästi. Hoitoa tulisi myös ennakoida, koska monet tyypillisesti kipuun liittyvät autonomiset toiminnot, kuten kohonnut syke, verenpaine tai hengitystaajuus, vaimenevat ikäihmisillä. Dementian myötä myös autonomisten toimintojen vaste heikkenee. (Rantala 2014, 12–13.)

Muistisairauden edetessä ihminen ei enää kykene itse ilmaisemaan tuntemaansa kipua sanallisesti. Monesti kipu tällaisessa tilanteessa ilmenee käytöshäiriöinä, joita saatetaan jopa sopimattomasti lääkittää erilaisilla psykotrooppisilla lääkkeillä. (Atee ym. 2017.) Kipu voi laukaista dementiaan liittyvät käytösoireet, kuten vaeltelun, ärtyvyyden ja huutelun. Kipu saattaa myös valvottaa tai herättää keskellä yötä sekä aiheuttaa sekavuutta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 200.) Edellä mainittujen häiriöiden lisäksi on tutkittu, että sitä mukaan, kun dementoituneen henkilön kyky kertoa suoraan kivuistaan heikkenee, kasvojen ilmeet muuttuvat ja kertovat kivun tuntemuksista sanojen sijaan (Rantala 2014, 13).

Epäiltäessä dementoituneen ihmisen tuntevan kipua, tulisi kiinnittää huomiota tiettyihin kiputiloihin liittyviin ilmiöihin. Kasvojen ilmeitä tulee tarkkailla, erityisesti otsan rypistämistä. Motorinen levottomuus, vaeltelu, huonounisuus sekä heräily saattavat olla merkki kivusta. Samoin ääntelyt ja huokailut tai hampaiden narskuttaminen sekä ärtyneisyys ja fyysinen tai sanallinen uhkaavuus. Tietyn asennon välttäminen tai tiettyyn asentoon hakeutuminen sekä jonkin kehon osan suojele kosketukselta voivat enteillä kipua. Huono syöminen ja vähentynyt ruokahalu saattavat kieliä kivusta suussa. Akuutti sekavuus, pulssitason tai verenpaineen nousu, hikoilu sekä hengitystaajuuden kiih-

tyminen ovat lisäksi tyypillisiä oireita kiputiloissa. Dementoituneen henkilön kohdalla tulee kiinnittää huomiota myös siihen, että onko lohduttamisella tai huomion kiinnittämisellä vaikutusta joihinkin vallitseviin oireisiin. (Hartikainen ym. 2008, 201.)

Hoitajan asema dementoituneen henkilön kivun tunnistamisessa on ensisijaisen tärkeä. Monesti hoitajilla on tilaisuus keskustella sekä potilaan että omaisten kanssa. Hoitaja on usein ensimmäisenä paikalla, kun muistisairaus tarvitsee lohdutusta tai psyykkistä tukea. (Hartikainen ym. 2008, 206.) Vanhuspalveluissa ja muissa sellaisissa asumismuodoissa, joissa dementoitunut yleisesti ottaen voi asua, hoitaja lisäksi tuntee asukkaat hyvin ja osaa viestiä minkälainen käytös kunkin tapauksessa on tyypillistä ja normaalia. Tällöin hoitajan on helpompi huomioida outo käyttäytyminen tai muuttunut olemus ja havaita muistisairaahan mahdollinen kipu arvioimalla muutoksien syitä. (Hallikainen ym. 2017, 156.)

2.4 Kivun arviointi

Kivun arvioinnissa on oleellista selvittää tietyt osa-alueet. Näitä ovat kivun kesto, esiintymistilanteet, sijainti, voimakkuus sekä kipukäyttäytyminen. Kivun arvioinnin tulisi aina tapahtua automaattisesti, jolloin hoitaja ei odota potilaan oma-aloitteisesti ottavan asiaa esille, vaan tekevän arviointia samalla kun havainnoi ja tarkkailee potilasta muutenkin. Arvioinnissa tulee selvittää kivun keston lisäksi sen muutokset sekä se, millaisena potilas kivun tuntee. Kipu voi olla jatkuvaa, aaltoilevaa tai lyhytkestoista ja varsinkin muutokset kivun laadussa on merkittävää huomioida. Kivun esiintymistilanteiden kirjaamiseen kuuluu kivun muutoksen selvittäminen rasituksessa ja levossa, jonkin tietyn asennon aiheuttaman kivun selvittäminen sekä kivun liittyminen johonkin tiettyyn tilanteeseen, kuten ruokailuun. Sijainti tulee selvittää ja kartoittaa, samoin se, tuntuuko kipu aina samassa paikassa vai vaihtaako se paikkaa. Voimakkuutta voi kuvata erilaisten numeeristen asteikkojen avulla tai sanoilla, kuten lievä, voimakas, sietämätön. Kipukäyttäytymisen selvittämiseksi potilaalta tulee kysyä, että vaikeuttaako tai estääkö kipu joitain päivittäisiä toimintoja. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 88–89.)

Kipua arvioidessa tulee muistaa, että lähtökohta on potilaan omista kokemuksista ja tuntemuksista. Kivun lisäksi potilaalta tulee selvittää muut jo diagnosoidut sairaudet sekä kartoittaa lääkitys. Näillä saattaa olla merkitystä hoidon kannalta. Psyykkisten tekijöiden arviointi kuuluu asiaan,

koska masennus tai ahdistus saattaa aiheuttaa psykogeenistä kipua. Psykkisten tekijöiden arviointiin on olemassa erilaisia kyselyitä, kuten Beckin depressiokysely. Elämäntapojen merkitys sekä psykososiaalinen tilanne tulee selvittää. Tunteeko potilas pelkoa, huolestuneisuutta, pettymystä tai onko voimavarat ehtymässä. Elämänlaadun, unen, liikuntatottumusten sekä perhesuhteiden ja sosiaalisen tilanteen selvittäminen kuuluu kiinteästi osaksi kivun arviointia. Elämäntapoihin liittyen tulee selvittää alkoholin, tupakoinnin sekä muiden päihteiden käyttöä. Näiden selvitysten perusteella voidaan arvioida toisen erikoisalan ammattilaisen konsultaation tarvetta, kuten fysioterapeutti, psykologi tai sosiaalityöntekijä. (Kipu: Käypä Hoito -suositus 2017.)

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia kansainvälisiä mittaristoja. Mittari voi olla kivun voimakkuutta mittaava kipujana, Visual Analogue Scale eli VAS, numeerinen kipumittari, Numeric Rating Scale eli NRS, tai sanallinen mittari, Verbal Rating Scale eli VRS tai Verbal Descriptor Scale eli VDS. Kipua voidaan mitata myös kasvojen ilmeisiin perustuvan mittarin avulla, joka tunnetaan nimellä Faces Pain Scale eli FPS. Silloin, kun potilas ei enää jostain syystä kykene vuorovaikutukseen, voidaan käyttää kipukäyttäytymiseen perustuvia mittareita. Kipua voidaan tällöin mitata seuraavilla mittareilla: Behavioral Pain Scale eli BPS, Critical Care Pain Observation Tool eli CPOT, Pain Assessment and Intervention Notation, Algorithm eli P.A.I.N. tai Adult Nonverbal Pain Scale eli NVPS. (Formisto 2017, 12.) Jotta kipumittareista saadaan todellinen hyöty irti, tulee mittariston käytön jälkeen kirjata tulokset sekä käytetty mittaristo. Luotettavien tulosten aikaansaamiseksi tulisi saman potilaan kohdalla käyttää aina samaa mittaristoa, jotta tulokset ovat vertailukelpoisia. (Kipu: Käypä Hoito -suositus 2017.)

Kivun arviointiin käytettävistä mittareista on tehty lisäksi yksi versio, joka sopii erityisesti muistisairaiden ihmisten kivun arviointiin. Pain Assessment in Advanced Dementia eli PAINAD -mittarin avulla on mahdollista tukea ja yhtenäistää dementoituneen ihmisen kivun arviointia. Mittari on helppokäyttöinen ja sitä voi tarvittaessa käyttää hoitohenkilökunnan lisäksi esimerkiksi muistisairaanhoidon läheiset. Mittarissa on viisi tarkasteltavaa kohtaa: hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttaminen. Jokainen kohtaa tulee käydä läpi ja valita sopivin kolmesta vaihtoehdosta. Jokainen valinta antaa tietyn pistemäärän ja saatu tulos kertoo kivun määrästä. Pistemäärän on mahdollista olla 0 ja 10 välillä, jolloin 0 tarkoittaa kivutonta ja 10 vaikeasti kipuilevaa. (Hallikainen ym. 2017, 156–157.)

3 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten muistisaira ihminen kivun voi tunnistaa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan ja hoitoalan opiskelijoiden tietoutta sellaisten menetelmien suhteen, joiden avulla voidaan tunnistaa muistisaira kipua.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

1. Miten voidaan tunnistaa muistisaira ihminen kipua?

4 Toteutus

4.1 Menetelmä

Tämän opinnäytetyön menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa kerätään luotettavaa ainestoa, josta pyritään löytämään yleisiä yhtäläisyyksiä (Janhonen & Nikkonen 2003, 15). Menetelmän avulla on tarkoitus kuvata tutkimuskysymyksen avulla valittua ilmiötä teoreettisesta näkökulmasta valituin rajauksin ja perustellusti sekä käyttäen apuna tarkoitukseen valittua kirjallisuutta. Tämän opinnäytetyön kohdalla voidaan puhua kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta, joka on yhteenveto aikaisemmasta tutkimustiedosta. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 293.)

4.2 Aineiston keruu

Aloittaessani tiedonhaku koskien muistisaira ihminen kivun tunnistamista, tutkimuskysymys ei ollut vielä tarkkaan määritelty. Löydettävissä olevan tiedon määrästä ei ollut vielä tarkkaa tietoa, joten alustava kriteeristö oli suppea. Prosessin edetessä ja tutkimuskysymyksen kirkastuessa aineiston valintaan liittyvä kriteeristö ja perustelut saattavat muuttua. Tutkimuksen edettyä aineistoa etsitään täsmällisemmin ja sen käyttökelpoisuuteen ja relevanttiuteen kiinnitetään enemmän huomiota. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Keskitin oman tiedonhakuni yksityiskohtaisemmin koskemaan opinnäytetyön aihetta, jotta esille nousseet materiaalit olisivat mahdollisimman spesifisti vastanneet tutkimuskysymykseeni. Aineiston valinnan yksityiskohtaisen kuvauksen merkitys korostuu,

koska tutkimuksen luotettavuus saattaa kärsiä huonosti perustellusta aineistosta. (Kangasniemi ym. 2013, 298.)

Opinnäytetyön aineistoa kerättiin käyttäen luotettavia hoito- ja lääketieteellisiä tietokantoja, kuten Medic, PubMed, BASE, Emerald Insight, Google Scholar ja Cinahl Plus. Näiden tietokantojen lisäksi opinnäytetyön teoriaosaa varten koottiin tietoa lääkäri-seura Duodecimin Terveyskirjastosta ja Terveysportista sekä Käypä Hoito -suosituksista. Aineiston keruuta varten määrittelin hakusanat sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Sisäänottokriteereinä oli joko suomen- tai englanninkielinen teksti, julkaisuvuodet joko vuodesta 2010 tai 2017 eteenpäin ja Cinahl Plus -tietokannan kohdalla sisäänottokriteerinä oli peer reviewed eli vain vertaisarvioidut tekstit. Hakukriteereinä käytin tutkimuskysymystä, opinnäytetyön otsikon luonnosta sekä hakusanoja. Näitä oli muistisairaus, kipu, dementia, pain, recognition, muistisairas ja kivun tunnistaminen. Aineistohaut ovat eriteltyinä taulukossa 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on eritelty taulukossa 2.

Taulukko1. Aineistohaut.

Tietokanta ja tiedonhaun päivämäärä	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Lopulliset valinnat
Medic 13.01.2021	Muistisairaus AND kipu	vuosi 2010 ->, suomenkielinen	12	5	3	1
Cinahl Plus 13.01.2021	dementia AND pain AND recognition	v. 2010 ->, peer reviewed	38	7	3	2
Google Scholar 13.01.2021	"muistisairas" "kivun tunnistaminen"	v. 2017 ->	22	3	2	1
PubMed 30.01.2021	dementia AND pain AND recognition	v. 2010 ->, free full text	20	3	2	1
Emerald Insight 30.01.2021	dementia AND pain AND recognition	v. 2017 ->, content I have access to	56	0	0	0
BASE 30.01.2021	dementia AND pain AND recognition	open access, english language	65	10	3	1

Luotettavista lähteistä valittujen ja hakukriteerit täyttävien artikkeleiden pohjalta rakennettiin opinnäytetyön teoriapohja. Lisäksi opinnäytetyössä on käytetty luotettavia kirjallaisia lähteitä, kuten hoitotieteellisiä ja lääketieteellisiä kirjoja sekä oppikirjoja. Kirjallisten lähteiden haussa on käytetty samoja kriteereitä kuin artikkelihauissa ja niiden on todettu käsittelevän muistisairaana kivun tunnistamista tai jonkin käsitteen määrittämistä. Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetyt artikkelit ovat liitteessä 1.

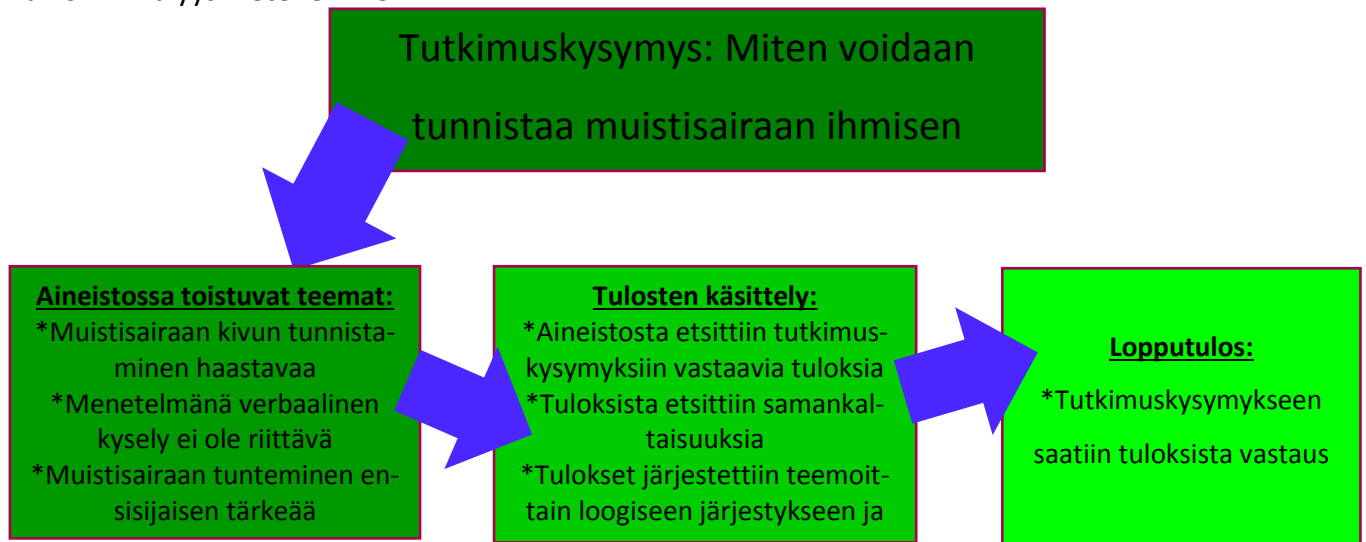
Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Aineiston sisäänottokriteerit	Aineiston poissulkukriteerit
Suomen- tai englanninkielinen	Aineisto ei käsitellyt kohderyhmää
Lähteiden ikä 2010-2021 (2017-2021)	Aineisto oli julkaistu ennen vuotta 2010 (2017)
Sisältö vastaa tutkimuskysymykseen	Aineisto ei vastannut tutkimuskysymykseen
Aineisto käsittelee muistisairaiden kivun tunnistamista	

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön analyysimenetelmänä on teemoittelu. Teemoittelun tarkoituksena on tiivistää kerättyä tietoa aineistosta niin, että tutkittava ilmiö voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi (Janhonen ym. 2003, 23–24). Teemoittelu on tässä opinnäytetyössä aloitettu päättämällä tutkimuskysymys sekä sitä koskevat rajaukset. Analyysin toteuttamisen yleisessä kuvauksessa puhutaan niin sanotusta vahvasta päätöksestä, jolla tarkoitetaan tietyssä aiheessa ja sen rajausten sisällä pysymistä (Tuomi & Sarajarvi 2018, 104). Vahvan päätöksen tekemisen jälkeen analyysissä on siirrytty aineiston läpikäymiseen sekä tutkimuskysymyksiin vastaavien sisältöjen merkitsemiseen. Rajausten ulkopuolelle jäänyt tieto on tarkoituksenmukaisesti jätetty pois. Kiinnostavat ja analyysin kannalta merkittävät asiat on kerätty yhteen ja luokiteltu opinnäytetyön kannalta loogiseen järjestykseen teemoittain. Tässä opinnäytetyössä teemoista on etsitty samankaltaisuuksia, joiden perusteella tutkimuskysymykseen on löydetty vastauksia. Luokittelun jälkeen aineistoista on tehty yhteenveto. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 104–107.) Opinnäytetyön analyysin eteneminen on kuvattu kuviossa 1.

Kuvio 1. Analyysin eteneminen.



5 Tulokset

5.1 Kivun verbaalisen ilmaisun vaikeus

Ikäerot terveiden henkilöiden ja dementoituneiden potilaiden kasvojen ilmeiden perusteella tulkitusta kivusta selviää, että kivuliaat olotilat ovat todennäköisesti yhtä yleisiä riippumatta siitä, sairastaako ihminen dementiaa. Dementiasta kärsivien henkilöiden kohdalla reseptillä määrättyjen kipulääkkeiden määrä on kuitenkin pienempi, jolloin dementoituneiden henkilöiden kivun hoidon voidaan ajatella olevan alihoidettua. Syy siihen näyttää olevan se, että dementoituneen henkilön on vaikea ilmaista itseään verbaalisesti ja tällöin kipu jää helposti huomaamatta. Kivun arvioinnissa, tunnistamisessa ja hoidossa monesti pääasiallisena keinona toimii edelleen hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen verbaalinen kommunikointi, joten tarve vaihtoehtoisille kivun tunnistamisen metodeille on valtava. Verbaalista kommunikointia ei voida muistisairaahan osalta pitää luotettavana kognitiivisten kykyjen heikentymisen vuoksi, joten pelkkä haastattelu ei ole riittävä työkalu muistisairaahan kivun tunnistamisessa. Vaihtoehtoisten tunnistusmenetelmien tulisi nimenomaan palvella sellaisia potilaita, jotka eivät enää kykene sanallisesti itseään ilmaisemaan. Kasvojen ilmeiden tunnistamisen on todettu olevan informatiivisin sanattoman viestinnän väline kivun tunnistamisen suhteen. Ilmeiden seuraaminen saattaa auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan oikein potilaan mahdollisesti kokema kipu. (Lautenbacher, Hofer & Kunz 2015, 685–691; Malara, De Biase, Bettarini, Ceravolo, Di Cello, Garo, Praino, Settembrini, Sgrò, Spadea & Rispoli 2016, 1217–1225.)

Potilaan sanoittama kipu on aina totta, riippumatta kognitiivisten kykyjen heikkenemisestä. Kipu tulee ottaa silloinkin todesta, kun sille ei löydetä syitä tai kaikkia taustatekijöitä ei heti ymmärretä. Kivuista usein valittaminen ei saisi turruttaa, vaan ne tulisi kohdata aina totuuksina. Dementoituneiden iäkkäiden kanssa keskusteltaessa on tärkeää miettiä ilmaisuasua. Dementoitunut saattaa kieltää tuntevansa kipua, jos häneltä kysyy sitä suoraan. Kivun sijasta voi käyttää verrannollisia ilmaisuja, kuten arkuus, särky tai epämukavuus. Suoran kysymisen sijasta voi myös käyttää kiertoilmaisuja, kuten tekemättä jättämisen syy kysymisen tai poikkeuksellisen käyttäytymisen syy kysymisen. Verbaalisen tiedustelun lisäksi voi olla aiheellista käyttää jotain kivunarviointityökalua. Käytetty työkalu tulee valita potilaan kykyjen mukaan. Jopa keskivaikeasti tai vaikeasti kognitiivisesti rajoittunut pystyy tiettyjen työkalujen avulla luotettavasti ilmaisemaan tuntemansa kivun. Kivun mittaamiseen käytettävien työkalujen kanssa on tärkeää, että henkilökunta on koulutettu niiden käyttöön, jotta saadut tulokset ovat luotettavia. (Schofield & Abdulla 2018; Tilvis 2016.)

5.2 Kivun aiheuttamat fysiologiset ja sosiaaliset muutokset

Pitkälle edennyt dementia heikentää kivun fysiologisia vasteita. Tästä syystä kipu on helpompi tunnistaa silloin, kun hoitohenkilökunta tuntee muistisairaahan ihmisen hyvin. Dementian tiedetään aiheuttavan pitkälle edetessään erilaisia käytöshäiriöitä, kuten aggressiota, kuljeskelua sekä ärtyneisyyttä. Kognitiivisia kykyjä heikentävän sairauden lisäksi altistavana tekijänä saattaa olla muistisairaahan tuntema kipu. Kipu saattaa aiheuttaa ärtyneisyyttä, levottomuutta, vetäytymistä tai hoidon vastustelua. Jotkin fysiologisetkin ongelmat, kuten painon lasku, ummetus, hengenahdistus ja ahdistuneisuus, saattavat olla kivun aiheuttamia. Altistuksen lisäksi krooninen kipu voi ylläpitää sekä käytösoireita että psyykkisiä oireita, kuten uniongelmia ja masennusta. Muistisairaahan hyvä tunteminen auttaa pitkälle edenneen dementian kanssa siksi, että tutusta ihmisestä on helpompi tulkita epänormaali käytös sekä huomioida uudet käytösoireet, univaikeudet tai toimintakyvyn muutokset. Tällöin käytöshäiriöitä ei välttämättä pidetä osana dementoivaa sairautta, vaan ne tunnistetaan osaksi epänormaalia käytöstä, joka voi johtua hoitamattomasta kivusta. (Lehtomäki 2016, 6–7; Finne-Soveri, Jakovljevic, Mäkelä, Heikkilä, Andreasen, Kylänen, Leppäaho & Hammar 2018.)

Heikentyneet kognitiiviset toiminnat vaikuttavat kivun kokemiseen. Kipu koetaan samalla tavalla riippumatta siitä, onko henkilö terve vai muistisairas, mutta muistisairaahan sietokyky on todetusti korkeampi. Muistisairaus ei heikennä pelkästään nimiin ja asioihin liittyvää muistia, vaan sen

myötä myös kipumuisti saattaa heiketä. Kipumuistin heiketessä muistisairas ei välttämättä edes tunnista epämukavaa oloaan kivuksi. Tällöin kivun tunnistamisessa ja hoidossa on vielä enemmän haastetta, koska muistisairas saattaa tuntea olonsa epämukavaksi, muttei kykene tulkitsemaan kiputuntemuksia eikä näin ollen kykene ilmaisemaan mistä epämukavuus johtuu, missä se tuntuu tai edes miltä se tuntuu. Kivun voi ajatella olevan kokonaisuus, joka voi näyttäytyä kasvojen ilmeinä, ääntelynä, sanallisena ilmaisuna, asentoina tai liikkeinä. Kroonisen kivun kohdalla ilmenemismuotona voi olla keskittymiskyvyn tai kiinnostuksen puute, unihäiriö, psykomotorinen taantuma, kiihtyneisyys, ruokahalun puute tai masentuneisuus. Joissakin tapauksissa voi ilmetä myös kivusta piittaamattomuutta. (Lehtomäki 2016, 8; Finne-Soveri ym. 2018.)

Silloin, kun ihminen ei enää kykene kommunikoimaan, on luotettavampaa arvioida kipua käyttäytymisen perusteella kuin fysiologisten muutosten perusteella. Käytöksessä tulee kiinnittää huomiota kasvojen ilmeisiin, kehon asentoon, raajojen liikkeisiin sekä yksilön suhtautumiseen kehoon. Myös reaktiot, kuten kipeän alueen suojaaminen, äännähelyt ja muutokset kasvojen ilmeissä, voivat olla merkki muistisairaana kokemasta kivusta. Keho saattaa jännittyä tai muuttua liikkumattomaksi. Myös liikkeiden hitaus tai levoton liikehdintä voi viitata kipuun. Kivulla saattaa olla lisäksi vaikutus tunteisiin ja se voi herättää kiukkua, surua tai jopa masennusta. Akuutin kivun kohdalla ilmenemismuotona on usein yleistilan heikkeneminen, sekavuus ja levottomuus. (Lehtomäki 2016, 9.)

Vaikeaa muistisairautta sairastavan ihmisen kivun tunnistamista varten on kehitetty erilaisia kipumittareita. Tämä siksi, että keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivän henkilön kohdalla ei voida täysin luottaa pelkästään heidän sanalliseen itseilmaisuuksiinsa, vaan kipua tulee arvioida myös toisin menetelmin. Näiden spesifisti muistisairaita varten kehitettyjen mittarien tarkoituksena on tarkkailla ihmistä, ei esittää kysymyksiä, kuten monen muun kipumittarin kohdalla tehdään. Lievän tai keskivaikean demention ollessa kyseessä, muistisairaalta tulisi pyrkiä kyselyn avulla selvittämään kivun tuntemukset sekä arvioida kivun voimakkuutta esimerkiksi asteikolla 0-10. Keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairaiden kohdalla laajasti käytetään esimerkiksi PAINAD-mittaria, jossa tarkkaillaan viiden minuutin ajan muistisairaasta henkilöä ja kirjoitetaan havainnot valmiille pohjalle. Hengitys, negatiivinen ääntely, kasvojen ilmeet, kehonkieli ja lohdutuksen tarve ovat seurattavia asioita ja niiden perusteella mittaristosta saa pisteitä. Maksimipistemäärä on kymmenen ja silloin potilas on todella kivulias. Kipumittareiden käyttö koettiin

tutkimuksissa hyödyllisenä, kunhan tulokset ja käytetyt mittarit kirjataan tarkkaan potilaan järjestelmään. (Lehtomäki 2016, 10; Malara ym. 2016.)

6 Johtopäätökset

Tähän opinnäytetyöhön valitun aineiston perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että muistisairaahan kivun tunnistamisen tärkein menetelmä on käyttäytymisen, kasvojen ilmeiden sekä erilaisten ääntelyiden tarkkailu. Verbaalisten menetelmien luotettavuus saattaa kärsiä, koska muistisairas on usein kykenemätön ilmaisemaan tuntemuksiaan. Aineiston pohjalta voi tehdä päätelmän, että muistisairaahan kipua arvioidessa olisi hyvä käyttää jotain tunnettua kipumittaria, kuten muistisairaille erityisesti tarkoitettua PAINAD-mittari.

Muistisairaahan kivun tunnistamisen voi myös päätellä olevan sitä helpompaa, mitä paremmin hoitohenkilökunta tuntee potilaan. Sekä krooninen että akuutti kipu aiheuttaa muutoksia käyttäytymisessä ja tällaiset muutokset on helpoin huomata silloin, kun tietää minkälainen käytös on kyseiselle muistisairaalle normaalia. Kivun aiheuttamat käytöshäiriöt voivat helposti sekoittaa demen-toivan sairauden aiheuttamiin käytösoireisiin, joten tuntemattoman muistisairaahan käytösoireet saattavat helposti tulla tulkituksi väärin.

Tutkimuksissa toistui teema myös hoitohenkilökunnan kouluttamisen ympärillä. Muistisairaiden kivun tunnistamiseen käytettävien apuvälineiden ja kipumittareiden luotettavuus kärsii, mikäli hoitohenkilökunnalla ei ole tarvittavaa koulutusta ja ohjausta niiden käyttämiseen. Jokaisen kipumittarin käyttöön on omat ohjeensa ja sääntönsä, joita noudattamalla jokainen tehty arvio on vertailukelpoinen. Tästä voidaan päätellä, että ohjeiden mukaan tehtyjen mittausten avulla kivun kehittymistä voidaan arvioida myös pidemmältä aikaväliltä. Voidaan ajatella, että pidemmän aikavälin ja useamman erillisen arvioinnin perusteella pystytään tarkemmin etsimään muuttuneelle käytökselle syytä, koska kivun ja etenevän muistisairauden aiheuttamat oireet ovat monelta osin hyvin samankaltaisia. Jos kipumittarein tehdään arvioita, joiden tulokset ei lääkityksestä huolimatta muutu, voidaan päätellä tulosten takana olevan muistisairauden aiheuttamat oireet.

Tutkimuksista selvisi, että kipu voi aiheuttaa monia fysiologisia oireita, kuten sykkeen ja verenpaineen nousua, painon laskua ja ummetusta. Hoitohenkilökunnan olisi tärkeää näitä oireita kohdattaessa muistaa miettiä niiden taustalla olevaa syytä. Verenpaineen nousu tai ummetus saattavat olla sellaisia oireita, joita esiintyy usealla ihmisellä ja niiden hoidossa käytetään luonnollisesti niihin tarkoitettuja lääkkeitä. Mutta tulee muistaa, että lääkitsemällä ummetusta vatsanpehmickeillä, sen perimmäinen syy ei poistu. Varsinkin sellaisissa tilanteissa, joissa hoitohenkilökunta huomaa oireiden jatkuvan lääkityksestä huolimatta, tulisi tarkistaa, onko oireiden taustalla kipua.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten arviointi ja hyödynnettävyys

Muistisairaahan kivun tunnistamiseksi tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen valikoitui aineistoksi kolme suomalaista ja kolme ulkomaalaista tutkimusta. Muistisairaiden kivun tunnistamista oli tutkittu runsaasti, samoin siihen käytettäviä metodeja on kehitetty viime vuosina paljon.

Tähän opinnäytetyöhön on kerätty hoito- ja lääketieteellisistä tietokannoista ja oppikirjoista materiaalia, jonka perusteella on voitu tehdä johtopäätöksiä. Johtopäätökset ja saadut tulokset voivat toimia lisätietoa antavana lähteenä hoitohenkilökunnalle, omaishoitajille tai muille muistisairaiden kanssa työskenteleville. Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii tehostetun palveluasumisen yksikkö. Toimeksiantajalla työskentelee sekä lähihoitajia että sairaanhoitajia ja tämän työn tavoitteena on lisätä heidän tietouttaan sellaisista menetelmistä, joiden avulla voidaan tunnistaa muistisairaahan kipua.

Saatujen tulosten ja johtopäätösten avulla hoitotyöhön on mahdollista saada lisää tietoa sekä uusia näkökulmia kivun tunnistamisessa. Tietoa on kerätty luotettavista lähteistä ja laajasti, jolloin hoitotyössä voidaan laskea saadun informaation luotettavuuden varaan. Hoitotyön johtamiseen liittyen opinnäytetyöni on mahdollista toimia esimerkiksi kiinnostuksen luojana aiheeseen liittyen sekä avustaa johtamiseen liittyvän henkilökunnan koulutuksen tarpeen kartoitusta. Opinnäytetyölläni on toimeksiantaja, jolloin tieto konkreettisesti siirtyy hoitohenkilökunnalle. Hoitotyön koulutukseen liittyvänä opinnäytetyössäni voidaan pitää sitä, että tutkimustieto saavuttaa konkreettisesti kentällä toimivan hoitohenkilöstön. Saatu tieto saattaa herättää kiinnostuksen lisäksi

kysymyksiä, joihin tulee etsiä luotettavia vastauksia, kyseenalaistamista, johon tulee etsiä tieto seuraamuksista sekä niiden vaikutuksista, sekä keskustelua, johon tulee saada mielekäs lopputulema. Hoitohenkilökunnan jäsenet voivat myös uutta tietoa saadessaan omakohtaisesti miettiä oman koulutuksensa riittävyttä sekä tietojensa ajantasaisuutta.

7.2 Luotettavuus

Tämän opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmät ovat olleet sekä tieteellisesti että eettisesti kestäviä. Tutkimusten tulokset on julkaistu avoimesti ja sellaisina, kuin ne tutkimuksissa on ilmoitettu. Toisten tekemää työtä on arvostettu ja niille on annettu niiden ansaitsema arvo merkittävällä ne selkeästi erillisiksi tekstiviitteiden avulla. Tutkimusaiheena tässä opinnäytetyössä on yksi niin sanotusti haavoittuvaksi määritellyistä ryhmistä eli muistisairaat ihmiset. Tämä on otettu huomioon tutkimuskysymystä tehdessä ja näkökulmia miettiessä niin, ettei tutkimus väheksy tai loukkaa kyseistä ryhmää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 364–366.)

Tietolähteet tähän opinnäytetyöhön on valittu monipuolisesti eri hoito- ja lääketieteellisten tietokantojen avulla. Lähteinä on käytetty sekä suomalaisia että ulkomaalaisia tutkimuksia ja artikkeleita. Tutkimusaineiston analyysi on tehty käyttämällä hyödyksi koko kerättyä aineistoa. Aineisto on analysoitu kokonaan, jättämättä mitään pois, ja pitäen eettinen näkökulma mielessä. Tutkimustuloksia raportoidessa ei ole annettu oman mielipiteen tai uskomusten tulla totuuden etsinnän tielle. Ennakoasenteiden ei ole myöskään annettu häiritä tutkimustulosten tulkintaa ja raportointia. Aineistona on käytetty alkuperäisartikkeleita sekä tieteellisesti arvioituja meta-analyyseja, näistä osa englanninkielisiä. Artikkelit ovat olleet vertaisarvioituja ja ne ovat ilmestyneet hoito- ja lääketieteellisissä julkaisuissa. Opinnäytetyö on tehty yksin, mikä saattaa osaltaan heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. (Leino-Kilpi ym. 2014, 367–372.) Luotettavuuden puolesta puhuu avoin lähdeaineisto sekä taulukoidut rajaukset ja valinnat, jolloin lukijan on helppo halutessaan tarkastella, mistä saatu tieto on peräisin.

Lähteet

Atee, M., Hoti, K., Parsons, R. & Hughes, J. 2017. Pain Assessment in Dementia: Evaluation of a Point-of-Care Technological Solution. Tutkimusartikkeli lehdessä Journal of Alzheimer's Disease, vol. 60, no. 1, 137–150. Viitattu 20.01.2021. <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad170375>

Atula, S. 2019a. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 23.01.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106&p_hakusana=aivoverenkiertosairauden%20muistisairaus

Atula, S. 2019b. Lewyn kappale -tauti. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 23.01.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105&p_hakusana=lewyn%20kappale%20tauti

Finne-Soveri, H., Jakovljevic, D., Mäkelä, M., Heikkilä, R., Andreasen, P., Kylänen, M., Leppäaho, S. & Hammar, T. 2018. Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huominkin kuin laitoksessa. Alkuperäistutkimus Lääkärilehdessä 18/2018, 1137–1142. Viitattu 20.01.2021. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.jamk.fi:2443/tieteessa/alkuperaistutkimukset/vaikeasti-muistisairaana-vanhuksen-kivun-hallinta-toteutuu-palvelutalossa-huominkin-kuin-laitoksessa/>

Formisto, K. 2017. Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 30.01.2021. <https://core.ac.uk/download/pdf/250146962.pdf>

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M. 2018. Dementia. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 24.01.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358&p_hakusana=dementia

IASP ilmoittaa tarkistetun kivun määritelmän. 2020. IASP. International Association for the Study of Pain. Viitattu 22.02.2021. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 23.01.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Kalso, E. 2004. Neuropaattinen kipu. Lääkärilehti 21-22/2004 vsk 59 s. 2227. Viitattu 10.01.2021. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/neuropaattinen-kipu/>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon -artikkeli Hoitotiede-lehdessä 25 (4), 291–301. Helsinki. Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Kipu. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 30.01.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s8>

Kivun tunnistaminen. N.d. Terveiden tukena. Pfizer: Helsinki. Viitattu 30.01.2021. <https://www.terveydentukena.fi/sairaudet-ja-hoito/kipu/kivun-tunnistaminen>

Lautenbacher, S., Hofer, W. & Kunz, M. 2015. Age Differences in Decoding Pain from the Facial Expression of Healthy Individuals and Patients with Dementia. *Pain Medicine*, 17, 4, 685–691. Viitattu 31.01.2021. <https://academic.oup.com/painmedicine/article/17/4/685/2584095?login=true>

Lehtomäki, K. 2016. Ikääntyneiden muistisairaiden kivun tunnistaminen, hoito ja omaishoitajien tuen saanti. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 31.01.2021. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17271/urn_nbn_fi_uef-20161314.pdf

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Malara, A., De Biase, G., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., Praino, F., Settembrini, V., Sgrò, G., Spadea, F. & Rispoli, V. 2016. Pain Assessment Journal of Alzheimer's disease -lehdessä. 50(4), 1217–1225. Viitattu 15.02.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927851/>

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 26.01.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. 2017. Muistiliitto. Viitattu 24.01.2021. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus>

Rantala, M. 2014. Väitöskirja Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Viitattu 11.01.2021. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/13555/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saarela, M-M. & Västinen, E. 2019. Onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttavat tekijät muistisairaahan hoitotyössä. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.01.2021. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/261362/Opinn%c3%a4ytety%c3%b6_Saa-rela_V%c3%a4stinen.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Schofield, P. & Abdulla, A. 2018. Pain assessment in the older population: what the literature says. Chelmsford: Anglia Ruskin University. United Kingdom. Viitattu 31.01.2021. <https://academic.oup.com/ageing/article/47/3/324/4951960>

- Suhonen, J. & Martikainen, K. 2012. Kun ajatuskin jähmettyy – Parkinsonin taudin muistisairaus. Turku: Suomen Parkinson-liitto ry. Viitattu 24.01.2021. [https://www.parkinson.fi/sites/default/files/Parkinsonin taudin %20muistisairaus web12 0.pdf](https://www.parkinson.fi/sites/default/files/Parkinsonin_taudin_%20muistisairaus_web12_0.pdf)
- Tilvis, R. 2016. Dementoituneilla esiintyvien kipujen tunnistaminen. Duodecim. Oppiportti. Viitattu 18.02.2021. https://www.oppiportti.fi/op/ger02804/do?p_haku=kivun%20tunnistaminen#q=kivun%20tunnistaminen
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun taulukko

Tutkimuksen tekijät, paikka ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Atee ym. 2017. Australia/Kosovo.	Elektronisen kivun arviointityökalun (ePat) luotettavuuden esittäminen.	40 keskivaikeasta tai vaikeasta dementiaasta kärsivää yli 60-vuotiaasta ihmistä osallistui havainnointitutkimukseen.	ePat-kivunarviointimenetelmän avulla saatiin paikkansa pitävää tietoa ei-kommunikoivien kokemasta kivusta.
Formisto. 2017. Suomi.	Kuvata henkilökunnan käsityksiä kipumittarin käyttöön vaikuttavista tekijöistä yliopistosairaalassa	204 henkilökunnan jäsentä, joille tehtiin kysely.	Henkilökunnan mukaan kipumittarin käyttöön vaikuttivat kivun luonne, potilaan sairaus, potilaan yhteistyökyky ja henkilökunnan asennoituminen.
Lautenbacher ym. 2015. Saksa/Alankomaat.	Dementiaa sairastavien kipua osoittavan käyttäytymisen huomaaminen.	24 nuorta ja 22 ikäihmistä, jotka tarkkailivat 120:lta videoklipiltä kasvojen ilmeitä.	Nuoret tunnistivat kasvoilta näkyneen kivun paremmin ja tulokset vastasivat yksilöiden itsearviointia.
Lehtomäki. 2017. Suomi.	Miten omaishoitajat tunnistavat ja hoitavat kotona asuvan muistisairaana kipua sekä minkälaista tukea he ovat saaneet.	9 omaishoitaja/hoidettava -paria, joille tehtiin haastattelu.	Omaishoitajat tunnistivat muistisairaana hoidettavaa kipua tavanomaisesta poikkeavan käytöksen perusteella.
Rantala. 2014. Suomi.	Kuvata ja selittää muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden postoperatiivista kivun hoitoa hoitohenkilökunnan arvioimana.	333 hoitohenkilökunnan jäsentä vastasi kyselyyn.	Kivun sekä kipulääkkeiden vaikutusten arviointi ja dokumentointi sekä kipumittareiden käyttö koettiin hyväksi.
Schofield & Abdulla. 2018. Iso-Britannia.	Näyttöön perustuvista ohjeista muodostettu yhteenveto koskien ikäihmisten kivun arviointia	Tutkimusnäyttöön perustuva artikkeli	Kivun arvioinnissa on monia ongelmakohtia, erityisesti kommunikointiin liittyen.

Liite 2. PAINAD-mittari.

PAINAD-mittari. Muokattu PAINAD-mittarin perusteella. (Hallikainen ym. 2017, 157.)

	Kivuton, 0 pistettä	Kivulias, 1 piste	Vaikeasti kipuileva 2 pistettä	Pisteet
Hengitys	Normaalia äänte- lystä riippumatta, lyhyt hyperventi- laatiojakso	Ajoittain vaival- loista, pitkä hyper- ventilaatiojakso	Äänekästä, vaival- loista ja katko- naista	
Negatiivinen ään- tely	Ei ole	Satunnaista vaike- rointia, voihketta, valittavaa tai moitti- vaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huute- lua, äänekästä vai- kerointia tai voih- ketta, itkua	
Ilmeet	Hymyilevä tai il- meetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistelyä	
Elekieli	Levollista	Kireää, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkää, kädet nyr- kissä, polvet kou- kussa, poisvetä- mistä tai työntämistä, riuhantomista	
Lohduttaminen	Ei tarvetta	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyt- tää	Lohduttaminen, huomion poiskään- täminen tai tynny- ttäminen ei on- nistu	
			Yhteensä	