



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

IKÄIHMISEN KIVUN TUNNISTAMINEN – MUISTILISTA HOITAJALLE

Jaana Backman

Jenni Koivisto

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

BACKMAN JAANA & KOIVISTO JENNI:
Ikäihmisen kivun tunnistaminen – muistilista hoitajalle

Opinnäytetyö 38 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Maaliskuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä muistilista hoitajalle ikäihmisen kivun tunnistamisen avuksi. Tavoitteena oli, että ikäihmisen kipu tunnistetaan ja siihen pystytään puuttumaan ajoissa, jotta saavutetaan ikäihmisen kivuttomuus. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten tunnistaa ikäihmisen kipua ja millainen on toimiva muistilista hoitajalle. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyi muistilista hoitajalle. Työn taustalla oli molempien tekijöiden kiinnostus aihetta kohtaan sekä aiemmat havainnot kivun tunnistamisen taitojen puutteesta työelämässä.

Ikääntyminen on hyvin yksilöllistä ja myös kognitiivisissa toiminnoissa on eroja. Tämän vuoksi kivun tunnistaminen on yksi hoitajan perustehtävistä. Sekä kivun tunnistamisen taidoissa että hoitohenkilökunnan asenteissa ikäihmisen kipua kohtaan on puutteita. Vaikka potilaan kertoma on kivun tunnistamisen tärkein muoto, on olemassa lukuisia muita merkkejä kivun tunnistamiseksi. Näistä koostimme hoitajien avuksi teoretietoon perustuvan muistilistan. Lista sisältää kivun ilmentymisen merkkejä ja ”ONKO KIPUA”-muistisäännön.

Opinnäytetyön avulla lisätään näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista. Tutkimukset osoittavat, että ikäihmisen kivun tunnistamisessa on puutteita. Opinnäytetyön myötä saadaan vahva teoreettinen osaaminen ikäihmisen kivun tunnistamiseen ja aihe palvelee sairaanhoitajia lähes jokaisessa työympäristössä. Opinnäytetyössä koottiin tämänhetkistä tutkittua tietoa aiheesta. Johtopäätöksenä voidaan todeta koulutuksen lisäämisen tarve jo tutkintovaiheessa. Myös tutkimustietoa aiheesta tarvittaisiin enemmän.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

BACKMAN JAANA & KOIVISTO JENNI:
The Recognition of Pain in Elderly People –Checklist for Nurses

Bachelor's thesis 38 pages, appendices 2 pages
March 2017

The background for this subject was interest in it and earlier observations on the lack of skills of recognising pain experienced by elderly people. The perspective of recognition was chosen because even when persons are not able to express themselves verbally, it does not mean that they cannot feel pain.

The purpose of this study was to make a checklist for nurses to help them recognize pain experienced by elderly people. The aim was that the pain in elderly people will be recognized and interventions can be made in time.

The approach of this study was functional and the information for the checklist was mostly collected from scientific researches and literature. The main concept of this study was recognition of pain and other concepts were elderly people, pain and a checklist for nurses.

Our results show that both the skills of pain recognition and the attitudes of the nursing staff towards elderly people's pain are somewhat lacking. Although the most important thing in pain recognition is what patient is telling, there are also many other signs for the pain recognition. A checklist "ONKO KIPUA" was thus conducted on the basis of the theoretical part of the study.

This thesis is useful for nurses in almost every working environment. It can be concluded that there is a growing need for education on pain recognition. Further studies on this subject are also required.

Key words: pain recognition, elderly people, checklist

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Teoreettinen viitekehys.....	8
	3.2 Ikäihminen	9
	3.3 Kipu	10
	3.4 Kivun tunnistaminen.....	12
	3.4.1 Kivun tunnistamisen merkitys.....	12
	3.4.2 Kivun ilmentyminen	14
	3.4.3 Puutteellinen tunnistaminen.....	17
	3.4.4 Kipumittarit.....	18
	3.5 Muistilista hoitajalle	20
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	22
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	22
	4.2 Opinnäytetyö prosessina	23
	4.3 Tiedonhankinta ja kirjoittaminen.....	25
	4.4 Tuotos	26
5	POHDINTA.....	29
	5.1 Luotettavuus ja eettisyys.....	29
	5.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	30
	LÄHTEET.....	33
	LIITTEET	37
	Liite 1. Muistilista hoitajalle 1.....	37
	Liite 2. Muistilista hoitajalle 2.....	38

1 JOHDANTO

Sairaalaan tulon syynä lähes puolella potilaista on kipu, siispä sen tunnistaminen kuuluu hoitotyön perustehtäviin (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 75). Kivunhoito lähtee kivun tunnistamisesta (Finne-Soveri 2006, 10; Ciampi de Andrade ym. 2011, 3; Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 55), mutta tehokas ikäihmisen kivun tunnistaminen on hankalaa (Spilman 2014, 229). Kipu on paitsi fysiologinen, myös aisti- ja tunnekokemus, johon liittyy myös muun muassa sosiaaliset suhteet ja yksilön toiminta (Salanterä ym. 2006, 7; Royall, Salazar & Palmer 2014). Kivun tunnistaminen lähtee potilaan omasta arviosta ja näkemyksestä (Salanterä ym. 2006, 75; Kipu: Käypä hoito-suositus 2015) ja kivun mittaamiseen on tehty myös useita erilaisia mittareita, mutta niiden käyttö edellyttää kykyä osoittaa kiputunteuksia (Kelo ym. 2015, 55-56). Hoitajan tulee myös havainnoida erilaisia kivun merkkejä (Finne-Soveri 2008, 198). Käyttäytymisen arviointia pidetään fysiologisten muutosten tarkkailua parempana keinona kivun havainnoinnissa, kun kyseessä on henkilö, jolla on puutteita kommunikaatiossa (Salanterä ym. 2006, 76-78).

Kelon ym. (2015, 29) mukaan kognitiivisten toimintojen, kuten esimerkiksi kielellisten taitojen, ajattelun ja havaitsemisen, on todettu heikentyvän ikääntyessä. Erityisesti kognitiivisesti heikentyneet ikäihmiset ovat potilasryhmä, jotka tarvitsevat ammattitaitoista ja osaavaa henkilökuntaa kivun tunnistamiseen (Kankkunen 2010, 247; Tilvis 2010, 337). Kognitiivisesta tilasta riippumatta kivuttomuus on ihmisoikeus ja yksilöllinen kivun arviointi on yksi terveydenhuollon eettisistä periaatteista (Kankkunen 2010, 247).

Kivun hallintaa pidetään usein hoidon laadun mittarina (Briggs 2003, 48) ja laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992/785) sanoo, että jokaisella on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaudenhoitoon. Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tulee lievittää kärsimystä (Sairaanhoitajat 2014), joten kivun tunnistaminen on välttämätön taito, jotta kipua voidaan hoitaa ja ihminen välttyy turhalta kärsimykseltä. Salanterän ym. (2006, 199) mukaan kivun tunnistaminen on kuitenkin heikkoa. Tämän vuoksi opinnäytetyö käsittelee ikäihmisen kivun tunnistamista.

Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa, että hoitotyössä käytetään parasta ajantasaista tietoa ja tutkitusti toimivia menetelmiä, joilla saavutetaan paras mahdollinen hoito riippumatta toimintayksiköstä. Näyttöön perustuvassa toiminnassa päätökset perustuvat tutkituun tietoon. Tällaisen toiminnan vahvistaminen liittyy hoitotyön kehitykseen. Kehittämistyössä on olennaista, että tuodaan uusia käytäntöjä työelämään esimerkiksi tuotteiden tai palveluiden muodossa. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 11,15, 35-37.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä muistilista hoitajalle ikäihmisen kivun tunnistamisen avuksi. Muistilista tuo uutta käytäntöä työelämään ja täten lisää näyttöön perustuvaa toimintaa.

Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena syntyy muistilista. Lista tulee olemaan hoitajilla mukana kulkeva ja taskukokoinen. Se koostetaan teoreettisen tiedon pohjalta ja tehdään helposti käytettävään muotoon. Tämä opinnäytetyö tuo tutkittua tietoa työkentille ja täten lisää näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista. Listasta on apua ikäihmisen kivun tunnistamiseen, joka on usein haastavaa.

Työelämäyhteytenä toimii Pappilanniemen vuodeosasto, jolle palvelut tuottaa Pihlajalinna Terveys Oy. Pohdimme muistilistan toimivuutta yhdessä työelämäyhteyden kanssa ja otamme heidän mielipiteensä huomioon. Opinnäytetyön valmistuttua valmiit listat esitellään Pappilanniemen vuodeosaston osastotunnilla, jonka jälkeen he saavat listoja käyttöönsä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä muistilista hoitajalle ikäihmisen kivun tunnistamisen avuksi.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

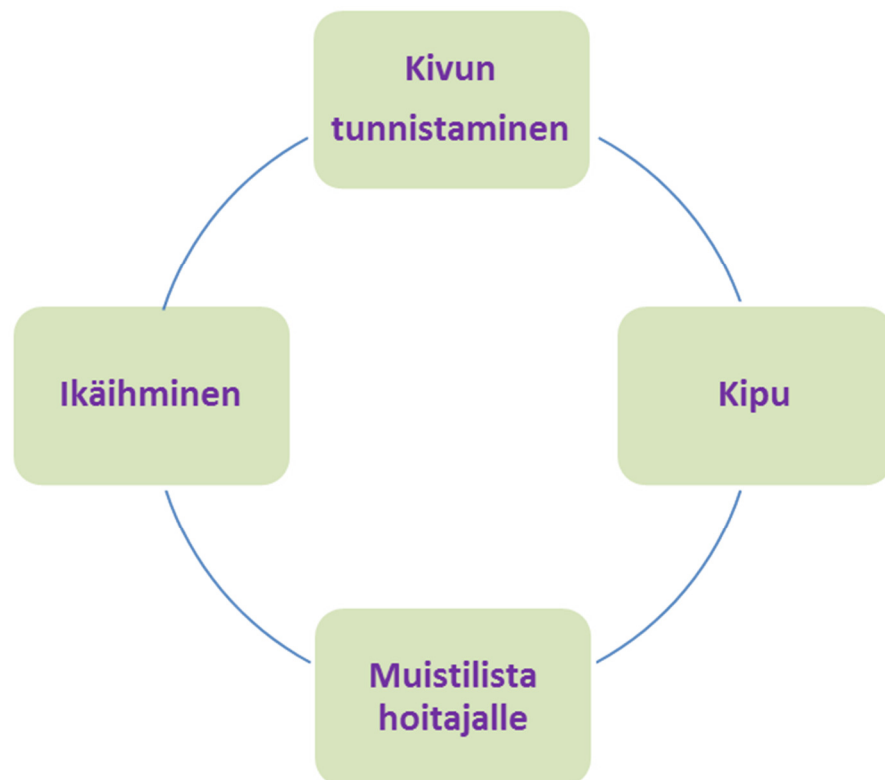
1. Miten tunnistaa ikäihmisen kipua?
2. Millainen on toimiva muistilista hoitajalle?

Opinnäytetyön tavoitteena on, että ikäihmisen kipu tunnistetaan ja siihen pystytään puuttamaan ajoissa, jotta saavutetaan ikäihmisen kivuttomuus.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Teoreettinen viitekehys

Seuraavassa kuviossa (kuvio 1) on esitetty opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä muistilista hoitajalle ikäihmisen kivun tunnistamisen avuksi. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen mukaan se, että ihminen ei pysty ilmaisemaan itseään sanallisesti ei tarkoita, etteikö hän voisi tuntea kipua (Salanterä ym. 2006, 7). Tämän vuoksi opinnäytetyö käsittelee kipua nimenomaan tunnistamisen näkökulmasta. Pääkäsitteenä työssä on kivun tunnistaminen ja alakäsitteinä ovat ikäihminen, kipu ja muistilista hoitajalle.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.2 Ikäihminen

Ei ole olemassa vain yhtä käsitettä ikäihmisestä, vaan se muodostuu muun muassa yhteiskunnan senhetkisten arvojen pohjalta (Kolehmainen 2008, Peltomäen 2014, 20 mukaan). Ikäihmiselle on olemassa useita eri käsitteitä ja esimerkiksi sanat ikääntynyt ja ikäihminen luovat aktiivisemmän mielikuvan kuin vanhus (Tainio 1999, Peltomäen 2014, 20 mukaan). Hyttinen (2010, 43) mainitsee lisäksi käsitteet ikääntyvä, eläkeikäinen ja seniori.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) ja Sosiaali- ja terveysministeriö (2013, 10) määrittelevät ikääntyneeksi henkilön, joka on oikeutettu vanhuseläkkeeseen. Gerontologinen tutkimus keskittyy yli 75-vuotiaisiin, kun vielä 1980-luvulla se kattoi yli 65-vuotiaat (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2010, 15). Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä ikäihminen ja sillä tarkoitetaan yli 75-vuotiaita henkilöitä (kuva 1).



KUVA 1. Ikäihminen (Kuva: Jaana Backman 2016)

Maailman väestön ikääntyminen tapahtuu nopeasti (WHO 2014). Ikääntyminen muuttaa henkilöä kokonaisvaltaisesti ja se alkaa yleensä ulkoisista syistä riippumattomilla fyysisillä muutoksilla. Nämä tapahtuvat hitaasti ja ovat palautumattomia. (Hyttinen 2010, 44, 47.) Kyseisten muutosten myötä elimistöstä tulee haavoittuvampi (Hyttinen 2010, 47) ja myös kiputunteukset muuttuvat (Kelo ym. 2015, 54). Vaikka ikäihmiset tuntevat kipua, heillä saattaa olla vaikeaa kertoa niistä mahdollisten taustamerkitysten vuoksi (Pitkälä 2006, 5). Vanheneminen tapahtuu yksilöllisesti ja vaihtelut tässä saattavat olla merkittäviä. Elämäntapa ja elinympäristö vaikuttavat ikääntymisen kokemukseen. (Hyttinen 2010, 44.) Siinä missä toiset ikäihmiset ovat terveydeltään ja toimintakyvyltään erittäin hyvässä kunnossa, toiset ovat hauraita ja tarvitsevat muiden apua (WHO 2015). Kognitiiviset toiminnot ovat ihmisen psyykkisen toimintakyvyn keskiö ja näitä ovat muun muassa havaitseminen, kielelliset toiminnot sekä muistaminen. Näissä tapahtuvat muutokset ovat yksilöllisiä. Yksilöiden välillä on suuria eroja siinä missä iässä kognitiiviset muutokset alkavat ja millaisia ne ovat suuruudeltaan. (Suutama & Ruoppila 2007, 116-117.)

Kipu on ikäihmisillä yleinen terveysongelma (Ciampi de Andrade ym. 2011, 2). Kotihoidossa päivittäistä kipua kokee 40 prosenttia ikäihmisistä (Finne-Soveri 2008, 190) ja laitoshoidossa asuvilla ikäihmisillä vastaava luku on reilu 20 prosenttia. Ylipäättään kipuja laitoshoidossa asuvilta on raportoitu jopa 70-85 prosentilla. (Finne-Soveri 2008, 190; Kalso 2009, 470.) Kankkusen (2010, 250) mukaan Aminoff ja Adunsky (2005) ovat saaneet tutkimuksissaan selville, että jopa enemmän kuin kaksi kolmesta kärsi kovista kivuista kuoleman hetkellä ja vain seitsemän prosenttia kuolevista eivät olleet kivuissaan.

3.3 Kipu

Kipu on subjektiivinen kokemus (Salanterä ym. 2006, 57; Dziechciaz ym. 2013, 35; Gammons & Caswell 2014, 274). Tarkkaan ei tiedetä, mitä ihminen aistii kokiessaan kipua ja kuinka kivun tietoisuus syntyy. Subjektiiviset kokemukset, kuten aistimukset, havainnot, tunteet sekä keholliset tunteet ja mielikuvat vaikuttavat kivun ilmentymiseen. Mikäli henkilö on esimerkiksi aikaisemmin kokenut voimakasta kipua, vaikuttaa se myös tuleviin kipukokemuksiin. Kivun kokeminen onkin yksilöllistä ja siihen voi vaikuttaa myös esimerkiksi kulttuuritausta. Subjektiivisuus tekee kivusta haasteellisen. (Salanterä ym. 2006, 7, 10, 57-58.)

Kipu on kudonvaurioon tai sen uhkaan liittyvä epämukava kokemus (Kankkunen 2010, 252; IASP 2012; Kipu: Käypä hoito- suositus 2015). Salanterän ym. (2006, 7) mukaan kipua voi kuitenkin kokea myös ilman kudonvaurioita. Kipu on paitsi fysiologinen, myös aisti- ja tunnekokemus (kuva 2), johon liittyy myös muun muassa sosiaaliset suhteet ja yksilön toiminta (Salanterä ym. 2006, 7; Royall, Salazar & Palmer 2014). Kun kipua ei hoideta, aiheuttaa se merkittävää elämänlaadun laskua, kuten toimintakyvyn heikentymistä kognitiivisesti ja fyysisesti (Kivelä & Rähä 2007, 74; Finne-Soveri 2008, 190). Pitkäaikainen kipu lisää onnettomuusalttiutta ja heikentää liikuntakykyä (Kankkunen 2010, 248-249). Kivun hoitamattomuus kasvattaa myös terveyspalveluiden käytön määrää ja aiheuttaa täten kustannuksia yhteiskunnalle (Pitkälä 2006, 4; Finne-Soveri 2008, 190).



KUVA 2. Ikäihmisen kädet, aistikokemus (Kuva: Jaana Backman 2016)

Akuutti kipu on henkilön suojamekanismi, joka varoittaa terveyttä tai henkeä uhkaavasta vaarasta. Kivulla on ihmisen aivoissa yhteys muun muassa pelkoon ja ahdistukseen, jonka tarkoituksena on, että henkilö jatkossa välttäisi haitallisia tapahtumia. Usein kudonvaurio ei ole ehtinyt kokonaan korjaantumaan akuutin kivun jo hellittäessä. (Finne-Soveri 2008, 192.) Kivun jatkuessa pitkään, esimerkiksi yli kolme kuukautta, puhutaan jo kroonisesta kivusta (Finne-Soveri 2008, 192; Dziechciaz ym. 2013, 35). Toinen määritelmä krooniselle kivulle perustuu kivun säilymiseen kudonvaurion paranemisen jälkeen (Finne-Soveri 2008, 192; Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 55). On tärkeää muistaa,

että krooninen kipu on kipua siinä missä akuuttikin kipu. Kroonisen kivun hoito on haastavampaa kuin akuutin kivun. (Finne-Soveri 2008, 193.) Akuutti kipu on rajattavissa tiettyyn kehonosaan, mutta kivun kroonistuessa rajat hämärtyvät. Kroonisen kivun ymmärtäminen on vaikeaa ja sen hoitoon tarvitaan moniammatillista yhteistyötä sekä potilaan aktiivista osallistumista. (Ojala 2015.)

Myös ikäihmisillä kipu liittyy sairauteen eikä vanhuuteen (Pitkälä 2006, 5; Salanterä ym. 2006, 59; Finne-Soveri 2008, 192; Tilvis 2010, 335; Gammons & Caswell 2014, 274; Spilman ym. 2014, 229; Kelo ym. 2015, 55), vaikka tutkimusten mukaan ihmiset uskovatkin kivun johtuvan ikääntymisestä (Gammons & Caswell 2014, 276). Iän myötä kivunsietokyky vähenee (Tilvis 2010, 335-336; Dziechciarz ym. 2013, 35), joka selittyy ensisijaisesti sisäsyntyisten kipuja vaimentavien mekanismien heikentymisellä. Tämä johtuu muun muassa keskushermoston välittäjäaineiden vähentymisestä. (Tilvis 2010, 335-336.) Ikäihmiset näkevät kivun normaalina ilmiönä, jonka vuoksi he hyväksyvät sen nuoria paremmin (Finne-Soveri 2008, 194; Kalso 2009, 471), mutta siitä huolimatta Tilvisen (2010, 337) mukaan ikäihmiset kokevat pelkoa tuntiessaan kovaa kipua. Vaikka kipukynnys kasvaa hieman iän myötä, on huomioitavaa, että kipu muuttuu nopeammin sietämättömäksi (Finne-Soveri 2008, 194; Tilvis 2010, 335).

3.4 Kivun tunnistaminen

Kivun tunnistaminen on tämän opinnäytetyön pääkäsite. Ikäihmisen kivusta on olemassa paljon tutkimuksia, mutta näkökulma niissä on toinen. Ikäihmisen kivun tunnistamisesta tutkimustietoa on vähemmän. Kipu on ollut useilla tutkimusaloilla pääpisteenä, mutta kivun tunnistamisesta tarvitaan lisää tutkimuksia, jotta siitä saataisiin systemaattisempaa (Kankkunen, K., Jänis. & Vehviläinen-Julkunen 2010, 55).

3.4.1 Kivun tunnistamisen merkitys

Kivunhoito lähtee kivun tunnistamisesta (Finne-Soveri 2006, 10; Ciampi de Andrade ym. 2011, 3; Kelo ym. 2015, 55), mutta tehokas ikäihmisen kivun tunnistaminen on hankalaa (Spilman 2014, 229). Salanterän ym. (2006, 75) mukaan kivun tunnistaminen kuuluu hoitotyön perustehtäviin. Hoitaja on avainasemassa ikäihmisen kivun tunnistamisessa ja

muun hoitotiimin tiedottamisessa kyseisestä asiasta. Sekä ikääntyminen että kivun tunteminen ovat yksilöllisiä tapahtumia (Finne-Soveri 2008, 192, 206), joten kivun systemaattinen tunnistaminen onkin kivunhoidon kulmakivi (Ciampi de Andrade ym. 2011, 3).

Kankkunen (2010, 248-249) kertoo, että pitkittyessään kipu voi alentaa liikuntakykyä, kognitiota ja elämänlaatua, sekä nostaa onnettomuusalttiutta, käytösongelmia ja kuolleisuutta. Jotta pystytään mahdollistamaan laadukas hoito, on tärkeää tunnistaa kipu. Kivun tunnistamisen tarkoituksena on selvittää, kokeeko henkilö kipua vai ei ja löytää kivun syy. (Finne-Soveri 2008, 195.) Myös Salanterä ym. (2006, 75) korostavat kivun syyn löytämisen tärkeyttä. Kivun tunnistaminen perustuu kysymiseen ja havainnointiin (Finne-Soveri 2008, 195). Luotettavimpana tunnistuskeinona pidetään potilaan kertomaa (Gammons & Caswell 2014, 274; Spilman 2014, 229), koska siinä on usein eroavaisuuksia hoitohenkilökunnan havaintojen kanssa (Gammons & Caswell 2014, 274). Potilas kokee saavansa luottamusta hoitajien taholta, kun hänen kertomaansa kipukokemukseen luotetaan (Salanterä ym. 2006, 23).

On olemassa tiloja, kuten muistisairaus, joissa ei voida luottaa potilaan kertomaan (Gammons & Caswell 2014, 274). Jotkin potilasryhmät tarvitsevat apua kivun tunnistamisessa (Salanterä ym. 2006, 75). Etenkin kognitiivisesti heikentyneet vanhukset ovat haavoittuva potilasryhmä, joka tarvitsee ammattitaitoista ja osaavaa henkilökuntaa tunnistamisen avuksi (Kankkunen 2010, 247,252; Tilvis 2010, 337; Dziechciaz, Balicka-Adamik, Filip 2013, 35). Kipua diagnosoidessa tulee uskoa potilaan kertomaan ja ottaa kipuaistimukset todesta (Kankkunen 2010, 247,252; Tilvis 2010, 337). On kuitenkin huomioitava, että myös potilasryhmä, jotka eivät kykene kommunikoimaan sanallisesti, voivat kokea kipua (Salanterä ym. 2006, 8; IASP 2012). Vaikka kivun tunnistamisen lähtökohtana on saada ikäihminen kertomaan itse tuntemuksistaan, tulee hoitajan myös havainnoida erilaisia kivun merkkejä. Havainnointia tulee tehdä ympäri vuorokauden, mutta jos tämä ei ole mahdollista kannattaa kipua havainnoida muiden toimien yhteydessä. (Finne-Soveri 2008, 198, 200.)

3.4.2 Kivun ilmentyminen

Kivun ilmentymiseen on olemassa lukuisia erilaisia sanattomia merkkejä, joita mainitaan useissa eri lähteissä (kuvio 2). Käyttäytymisen arviointia pidetään fysiologisten muutosten tarkkailua parempana keinona kivun havainnoinnissa, kun kyseessä on henkilö, jolla on puutteita kommunikaatiossa (Salanterä ym. 2006, 76-78).

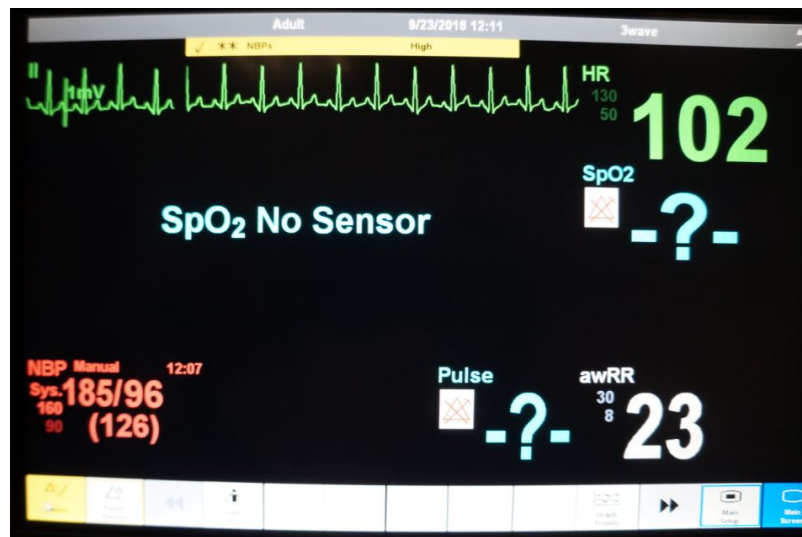


KUVIO 2. Sanattomat kivun merkit (Finne-Soveri 2006, 11; Salanterä ym. 2006, 76-78, 90; Kivelä & Rähkä 2007, 74; Finne-Soveri 2008, 201; Kalso 2009, 470; Kankkunen, ym. 2010, 56).

Useissa tilanteissa kivun tunnistaminen ja arviointi on hoitajan tehtävä. Kipu saattaa ilmentyä hyvin monilla eri sanattomilla tavoilla, kuten kuvio 2 osoittaa. Kipukäyttäytyminen muodostuu ilmeistä, ääntelystä, sanoista sekä asennoista ja liikkeistä (Vainio 2009).

Kivun ilmaisemisen tarkoituksena on saada toisten huomiota ja sitä kautta apua ja helpotusta (Vainio 2009, 21; Vainio 2009).

Kipu aiheuttaa muun muassa verenpaineen ja sykkeen nousua (kuva 3) aktivoimalla sympaattista hermostoa (Salanterä ym. 2006, 34; Sand ym. 2011, 152). Tämä lisää myös hengityksen kiihtymistä (Salanterä ym. 2006, 34). Kipua välittävän hermojärjestelmän vaikutukset ovatkin laaja-alaisia. Edellä mainittujen lisäksi esimerkiksi pahoinvointi, hikoilu ja kalpeus liittyvät autonomisen hermoston toimintaan. (Salanterä ym. 2006, 34, 81.) Kivun aiheuttama sympaattisen hermoston aktivaatio saa aikaan myös pupillien laajentumista (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010, 411).



KUVA 3. Vitaalielintoimintojen monitorointi (Kuva: Jenni Koivisto 2016)

Kivusta aiheutuvat kasvojenilmeet ovat helposti tunnistettavissa, koska ne ovat tietyn tyyppisiä ja hallitsemattomia reaktioita. Myös salattu kipu näkyy kasvoista, sillä kipuilmeiden tunnistaminen on osin tiedostamatonta aivotoimintaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että nähdessään kivuliaan henkilön ihmisen aivoissa tapahtuu samanlaista toimintaa kuin tuntiessaan itse kipua. (Vainio 2009, 21-22.) Muun muassa tuima ilme ja pystyt juonteet kulmien välissä kertovat kivusta (kuva 4) (Salanterä 2006, 77). Kivulias ihminen saattaa myös narskutella hampaitaan (Finne-Soveri 2008, 201).



KUVA 4. Kasvojen tuima ilme ja näkyvät juonteet (Kuva: Hanna Kamunen 2016)

Kehonkieli antaa merkkejä kivusta ja tähän liittyvät kehon liikkeet voivat olla hyvin monimuotoisia, kuten jännittyneisyyttä, liikkumattomuutta tai levotonta liikehdintää (Salanterä 2006, 77). Ihminen saattaa myös suojata kipeää kehonosaansa (Salanterä 2006, 77; Finne-Soveri 2008, 201) tai hakeutua tiettyihin asentoihin (Finne-Soveri 2008, 201).

Ihminen ilmaisee itseään käyttäytymisen avulla, näin on myös kivun kohdalla. Käyttäytymismuutoksia pidetäänkin luotettavampana kivun mittarina kuin fysiologisia muutoksia. Tämä johtuu siitä, että peruselintoimintoihin vaikuttavat myös muun muassa sairaudet, lääkitys ja tunnetila. (Salanterä ym. 2006, 59, 75-76.) Kipua voidaankin arvioida käyttäytymismuutosten, esimerkiksi aggressiivisuuden perusteella (Kankkunen ym. 2010, 56). Muun muassa muistisairaiden henkilöiden kipu saattaa ilmetä käytöshäiriöinä, koska he eivät pysty ilmaisemaan itseään sanallisesti (Hyocho & Horgas 2013, 1). Kipu aiheuttaa myös unihäiriöitä, masentuneisuutta ja ruokahalun puutetta (Kalso, E. 2009, 470). Unettomuuden ja masentuneisuuden tiedetään liittyvän toisiinsa, vaikka perimmäistä syytä tälle ei tunneta (Elomaa & Estlander 2009, 112-113).

Potilaan kertomaa tulee uskoa, sillä potilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija. Ei ole olemassa tarkkaa tietoa, mitä yksilö kokee tai aistii tuntiessaan kipua. (Salanterä ym. 2006, 8, 58.) Sanallisen ilmaisun lisäksi tulee huomioida erilaiset ääntelyt ja itku kivun

mahdollisina merkkeinä (Kivelä & Rähä 2007, 74). Itku onkin yksi kivun merkittävä ilmentymismuoto (Kankkunen ym. 2010, 58).

3.4.3 Puutteellinen tunnistaminen

Tutkijat eivät ole löytäneet täyttä yksimielisyyttä ikääntymisen ja kivun yhteydestä. Monesti ajatellaan, että ikäihmisen kipu kuuluu ikääntymiseen, mutta useat lähteet sanovat, että näin ei ole (Pitkälä 2006, 5; Salanterä ym. 2006, 59; Finne-Soveri 2008, 192; Tilvis 2010, 335; Gammons & Caswell 2014, 274; Spilman ym. 2014, 229; Kelo ym. 2015, 55). Kalso (2009, 470) esittää kuitenkin kipua olevan ikäihmisillä nuoria enemmän. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että ikäihmisten kivun hoito on riittämätöntä etenkin henkilöillä, jotka eivät osaa kuvata kipua sanallisesti (Kivelä & Rähä 2007, 74). Myös Salanterä ym. (2006, 199) mainitsevat kivun olevan alihoidettua ja ikäihmisen kivun tunnistamisen heikkoa. Alihoidettu kipu heikentää ikäihmisen elämänlaatua (Gammons & Caswell 2014, 274).

Terveydenhuollon henkilökunnan asenteet eivät ole kohdallaan. Ikäihmisten kipua vähätellään eikä ymmärretä sen seurauksia. (Finne-Soveri 2008, 195.) Salanterä ym. (2006, 11) ja Kankkunen (2010, 251) uskovatkin henkilökunnan asenteiden olevan useimmiten kivunhoidon esteenä. Kankkunen ym. (2010, 57) kertovat artikkelissaan tutkimuksesta, jonka mukaan yli viidennes hoitajista uskoo, että kommunikointiin kykenemättömät eivät voi kokea tai ilmaista kipua. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että itku on merkittävä kriteeri kivun tunnistamisessa. Vaikka ilmeet on kuvattu helpoksi ja yksinkertaiseksi mittariksi kivun tunnistamisessa, lähes puolet hoitajista eivät olleet huomioineet tätä kivun tunnistamisen kriteerinä. (Kankkunen ym. 2010, 58.) Kun ikäihminen ei pysty sanallisesti ilmaisemaan kipua ja tarvitaan sijaisarvioijaa, riski kivun aliarviointiin kasvaa (Finne-Soveri 2008, 195). Jos kivun arviointia tehdään säännöllisesti ja rutiininomaisesti, voidaan sillä päästä parempaan lopputulokseen kivunhoidossa (Spilman ym. 2014, 229). Roehrsin ja Rothin (2005) mukaan kivun mittauksen tulisi toteutua yhtä usein kuin elintoimintojen, kuten sykkeen ja verenpaineen, mittausten (Kiljunen ym. 2016, 173). Kehittynyt kivun tunnistaminen voi parantaa ikäihmisen elämänlaatua (Ciampi de Andrade ym. 2011, 2).

3.4.4 Kipumittarit

Tämä opinnäytetyö käsittelee ikäihmisen kivun tunnistamista. Kivun tunnistamista sivuaa myös kivun arviointi, josta on tehty useita erilaisia mittareita (kuva 5). Osa mittareista on kehitetty vain tutkimuskäyttöön, mutta osaa käytetään myös hoitotyössä (Salanterä 2006, 83). Taulukossa 1 esitellään yleisiä kipumittareita. Lisäsimme taulukkoon myös Painadmittarin. Painad on mittari, jolla arvioidaan kipua pitkälle edenneessä dementiaassa (Pitkälä ym. 2006, 14).



KUVA 5. VAS-mittari (Kuva: Jenni Koivisto 2016)

Kipumittareita valitessa tulee huomioida ikääntymisen tuomat muutokset, muun muassa näössä ja kuulossa. Jotta näitä mittareita voidaan hyödyntää, tulee ikäihmisen pystyä kuvaamaan kipuaan sanallisesti tai toiminnallisesti. (Kelo ym. 2015, 55-56.) Myös kognitiivisesti heikentyneillä ikäihmisillä on mahdollisuus oppia ilmaisemaan kipuaan mittareiden avulla, jos niiden käyttö on opetettu huolella (Salanterä ym. 2006, 201). Mikäli tämä ei toteudu, tulee arvioinnissa turvautua havainnointiin (Kelo ym. 2015, 56). Kipumittari valitaan yksilöllisesti ja valinta kirjataan potilastietoihin, jotta käytössä on aina sama mittari (Salanterä ym. 2006, 83-84). Ikäihmisten itsensä mielestä sanalliset, numeeriset ja kasvokuvamittarit ovat toimivimpia (Salanterä ym. 2006, 201).

Ahopelto ja Schmidt (2011, 30) ovat saaneet tutkimuksessaan selville, että hoitajat kokevat kipumittarin käytön olevan hyväksi kivun hoidossa. Hoitajat pitivät kipumittareiden käyttöä helppona ja kivun arviointia yhdenmukaisempana niiden avulla. Hoitajat kokivat myös, että kipumittareita käyttämällä virhearviot vähenevät. (Ahopelto & Schmidt 2011, 30.) Kuitenkin vain pieni osa hoitajista kertoo käyttävänsä kipumittaria hoitotyössä (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007, 37). Sainkangas ja Savolainen (2010, 24) totesivatkin

tutkimuksessaan, että kipumittareiden käyttö ikäihmisillä on haastavaa, koska kipumittarin hahmottaminen on usein ikäihmisille vaikeaa.

TAULUKKO 1. Kipumittarit (Pitkälä, Finne-Soveri & Tilvis 2006 14; Kelo ym. 2015, 56.)

Mittari	Käyttötapa
VAS- mittari	<ul style="list-style-type: none"> - Jana tai kiila kivuttomuudesta pahimpaan mahdolliseen kipuun. - Potilas itse valitsee mittarista kohdan, joka kuvaa senhetkistä kiputunteista.
NRS- mittari	<ul style="list-style-type: none"> - Numeraalinen kivun arviointi. - Asteikolla 0-10 tai 0-100 potilas valitsee kivun voimakkuutta kuvaavan numeron.
VRS- luokittelu	<ul style="list-style-type: none"> - Sanallinen arviointi. - Kivuton, lievä kipu, kohtalainen kipu, sietämätön kipu. - Potilas valitsee kivun voimakkuutta kuvaavan sanan.
Kipusanastot	<ul style="list-style-type: none"> - Laaja kivun laatua kuvaava sanasto. - Esimerkiksi tykyttävä, pistävä, jyskyttävä.
Kasvoasteikko	<ul style="list-style-type: none"> - Mittarissa kasvoja eri ilmeillä. - Potilas valitsee kipua parhaiten kuvaavan ilmeen.
Kipupiiirros	<ul style="list-style-type: none"> - Kuva ihmiskehosta. - Erilaiset merkintätavat erityyppisille kivuille.
Painad	<ul style="list-style-type: none"> - Arvioidaan 0-2 asteikolla hengitystä, negatiivista ääntelyä, ilmeitä, elekieltä ja lohduttamista.

3.5 Muistilista hoitajalle

Toimiva muistilista on sellainen, joka kulkee helposti mukana (kuva 7) ja on aina käytettävissä (WHO n.d.). Muistilistan tulee olla selkeä ja helppolukuinen, eikä se saa sisältää liikaa informaatiota. Muistilista joka sisältää liikaa tekstiä vaikeuttaa lukemista ja pääasioiden huomioimista. Muistilistasta hoitaja saa apuvälineen harkitessaan seuraavaa askelta. (Roivas & Karjalainen 2013, 119; WHO n.d.) Tulevaisuudessa muistilistoilla parannetaan potilasturvallisuutta ja hoidon tuloksia (WHO n.d.), siispä muistilistan tuleekin sisältää luotettavaa tietoa (Roivas & Karjalainen 2013, 119).



KUVA 7. Taskukokoinen muistilista (Kuva: Jenni Koivisto 2016)

Kirjallinen ohjausmateriaali käsittää erilaiset ohjeet ja oppaat, jotka voivat olla eripituisia, jopa vain yhden sivun mittaisia. Kirjallisissa ohjeissa tulee näkyä kenelle ja mitä varten ohje on tehty. Se, että ohjeet ovat kirjallisessa muodossa, mahdollistaa niihin tukeutumisen tarvittaessa. (Kyngeäs ym. 2007, 124, 126.) Työelämään kirjoitetulla tekstillä pyritään vaikuttamaan tekstin laatijan tavoitteeseen (Torppa 2014, 19). Muistilistaa tehdessä tulee punnita käytetyn tiedon määrä ja kuinka yksityiskohtaista annettu tieto on. Ohjeiden tulee olla yksiselitteisiä. (Mattila ym. 2006, 193.) Muistilistassa pitää olla otsikko, joka kertoo käyttäjälleen listan tarkoituksen (Torppa 2014, 183).

Värien valinta muistilistaan on olennainen osa tuotoksen suunnittelua. Värien käyttö ei ole ainoastaan esteettistä, vaan se luokittelee ja korostaa kirjoitettuja asioita. Kun päätehtävään tuotokseen käytettävistä väreistä, tulisi huomioida kohderyhmä ja työn sisältö. Värien valinnassa on myös otettava huomioon, että värit sopivat yhteen ja teksti erottuu helposti taustasta. Eri väreillä on myös symbolinen merkitys, joka vaihtelee kulttuureittain. Esimerkiksi sydän mielletään punaiseksi eikä siniseksi. (Lammi 2009, 66, 70, 74.)

Muistilista tulee aloittaa tärkeimmällä asialla ja listan kieliasun tulee olla yksinkertainen (Mattila, Ruusunen & Uola 2006, 193). Fontti, eli kirjaintyyppi tulee myös valita harkiten. Valinnassa tulee huomioida helppolukuisuus ja merkkien tunnistaminen. Tekstin ulkoasu voi herättää erilaisia mielle yhtymiä, kuten leikkisä tai muodollinen. Myös kirjainten koon ja lihavuusasteen määrittely kuuluvat tekstin suunnitteluun. (Lammi 2009, 82-84, 87.)

Termejä valittaessa tulee huomioida kohderyhmä, joka tuotosta tulee käyttämään (Vilka & Airaksinen 2003, 129; Mattila ym. 2006, 193). Kun kohderyhmänä ovat hoitajat, voidaan listassa käyttää myös yleisesti hoitajien tiedossa olevia ammattitermejä ja lyhenteitä, kuten esimerkiksi vitaalit. Mattila ym. (2006, 193) sanovat, että yksinkertaisten sanojen käyttö ja selkeä kieliasu parantavat tuotoksen luettavuutta. Käskymuotojen käyttö voi sisältää liiallisen autoritaarisuuden riskin, mutta niiden hallitulla käytöllä voidaan kuitenkin saada ohjeista selkeitä ja niitä voidaan pehmentää perusteluin (Mattila ym. 2006, 193). Hallittu verbin käsky muodon käyttö onkin suositeltavaa, eikä sen käyttöä pidä pelätä (Torppa 2014, 185).

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen ja tutkimuksellisen opinnäytetyön merkittävä ero on siinä, että toiminnallisessa opinnäytetyössä lopputuloksena syntyy tuotos, kun taas tutkimuksellisessa opinnäytetyössä saadaan lopputulokseksi uutta tietoa sisältävä tutkimusraportti (Salonen 2013, 5-6). Tuotoksena voi olla esimerkiksi kirja, portfolio tai tapahtuma (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Tässä työssä tuotoksena on muistilista hoitajalle. Toiminnallisten opinnäytetöiden yhteisenä piirteenä on saada luotua visuaalinen kokonaisilme, josta näkyy tavoiteltu päämäärä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Tavoitteenamme oli, että ikäihmisen kipu tunnistetaan ja siihen pystytään puuttumaan ajoissa. Etsimme teoriasta opinnäytetyön tehtäviin vastauksia, joiden pohjalta tuotimme muistilistan. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteita työelämässä ovat ohjeistaa ja opastaa käytännön työtä sekä järjestää ja järjeistää toimintaa (Airaksinen 2009, 6). Halusimme, että lista on aidosti avuksi käytännön työssä ja tämä näkökulma huomioitiin listan suunnittelussa niin sisällöllisten kuin myös ulkoisten ominaisuuksien suhteen. Listan suunnittelu tapahtui yhteistyössä työelämän kanssa, jolloin se palvelee parhaiten kyseistä työyksikköä.

Toiminnallinen opinnäytetyö tehdään tutkivasti ja kehittävästi. Siihen tulee sisältyä sekä toiminnallinen osuus että opinnäytetyön raportti. Työn pitää pohjautua ammattiteoriaan, joten raporttiin kuuluu sisältyä myös teoreettinen viitekehys. (Lumme ym. 2007, Pohjanoron & Taijalan 2007, 15 mukaan.) Vaikka itse tuotos on toiminnallisen opinnäytetyön olennainen osa, on tasapainoinen kokonaisuus tärkeä (Mattila ym. 2006, 92). Raportin tekstin tulee olla asiatyylisiä ja perusteltua. Käytettävät käsitteet valitaan ja käytetään niitä johdonmukaisesti. Raportista pitää siis löytyä mitä, miksi ja miten olet tehnyt. Siinä tulee myös olla tulokset ja johtopäätökset sekä oma arviointi koko prosessista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65-66.) On siis ymmärrettävä, että raportti on tuotosta laajempi kokonaisuus, jonka loppuun tai liitteeksi tuotos voidaan laittaa (Salonen 2013, 25). Raportin mielenkiintoisuutta pystytään lisäämään laittamalla sinne erilaisia kuvia, kuvioita ja taulukoita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 322; Salonen 2013, 25).

Opinnäytetyön kirjallinen osuus sisältää tietoa työn keskeisistä käsitteistä pohjautuen tieteellisiin tutkimuksiin sekä kirjallisuuteen. Työhön sisältyy myös toiminnallisen osuuden

raportointi. Parhaimmillaan opinnäytetyössä nämä asiat keskustelevat käytännön tavoitteen kanssa (Roivas & Karjalainen 2013, 81). Opinnäytetyön kirjallinen osuus luo täsmällistä teoreettista tietoa, joka toimii pohjana muistilistalle. Yhdessä nämä vastaavat asettamiimme tavoitteisiin. Toiminnallinen opinnäytetyö etenee pääsääntöisesti loogisessa järjestyksessä alkaen aihevalinnasta ja päättyen valmiin tuotoksen kautta arviointiin (Salonen 2013, 5).

4.2 Opinnäytetyö prosessina

Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun tammikuussa 2016 pohtimalla aihetta. Esittelemme aikataulut tiivistettynä taulukossa 2. Halusimme itse valita opinnäytetyön aiheen, jonka koimme meille kiinnostavaksi ja tärkeäksi. Molemmat olemme omassa työssämme lähihoitajina huomanneet, että ikäihmisten hoidossa ei huomioida tarpeeksi kipua. Koimme, että se saattaisi johtua tunnistamisen taidon puutteesta, koska usein levottomuuteen ja aggressiivisuuteen annettiin esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä, eikä edes ajateltu, että se saattaisi johtua kivusta. Tämän vuoksi halusimme luoda apuvälineen, jota hoitajien olisi helppo käyttää ja joka myös herättäisi ajattelemaan kipua mahdolliseksi oireilun syyksi. Oman aihevalinnan myötä päädyimme itse hankkimaan myös työelämäyhteyden. Aluksi oli ajatuksena toimia yhteistyössä Parolan terveysaseman kanssa. Päädyimme kuitenkin siihen, että Pappilanniemen vuodeosasto pystyy hyödyntämään listoja enemmän. Ehdotimme aihevalintaa työelämäyhteydelle, joka oli aiheeseen tyytyväinen ja koki sen tärkeäksi.

Talven ja kevään 2016 aikana etsimme teoriatietoa, sekä teimme opinnäytetyön suunnitelman. Tiedonhaku osoittautui käytännössä haastavammaksi kuin oletimme. Vaikka oletuksenamme oli, että nimenomaan ikäihmisen kivun tunnistamisesta on vähemmän tietoa kuin kivusta muuten, emme arvanneet olemassa olevien tutkimusten käsittelevän suurimmaksi osin vain muistisairaita. Halusimme rajata opinnäytetyömme aiheen tarkasti ja tämän vuoksi pidimme tärkeänä, että käsittelemme asioita juurikin valitsemastamme näkökulmasta. Tällöin työstä tuli johdonmukainen ja selkeä. Rajasimme työn käsittelemään kivun tunnistamista. Tämän vuoksi avasimme esimerkiksi kipu-käsitettä vain tarvittavilta osin. Olemme tämän prosessin aikana useasti huomanneet, että kivun tunnistaminen ja arviointi ajatellaan samana asiana. Itse näemme kuitenkin, että kivun arviointi on nimenomaan jo tunnistetun kivun määrän arviointia. Tähän kivun arviointiin on olemassa useita

erilaisia kipumittareita. Päädyimme esittelemään niitä työssämme juuri sen vuoksi, että kivun tunnistaminen ja arviointi liitetään usein toisiinsa. Jätimme niiden käsittelyn kuitenkin vähemmälle, koska ne eivät varsinaisesti liity kivun tunnistamiseen. Koimme, että rajauksemme onnistui hyvin ja sen avulla saimme koottua muistilistaan konkreettista tietoa hoitajan avuksi. Lopputulos vastaa opinnäytetyön tehtäviin.

Suoritimme kevään aikana myös kohdennetut metodiopinnot. Loppukeväästä saimme opinnäytetyön suunnitelman valmiiksi. Kun olimme löytäneet tarpeeksi teoretietoa, suunnitelman tekeminen oli sujuvaa. Teoreettinen viitekehys sekä tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet syntyivät yhteistyössä luontevasti. Nämä pysyivätkin lähes muuttumattomina koko prosessin ajan. Saimme niistä hyvää palautetta myös opponenteilta ja opettajilta. Mielestämme suunnitelmamme oli kattava ja tiivis kokonaisuus, josta sai hyvin selville tulevan opinnäytetyön sisällön. Suunnitelman valmistuttua teimme tutkimuslupahakemuksen ja se hyväksyttiin sekä koulun että työelämäyhteyden puolesta.

Kesällä ja syksyllä 2016 haimme tietoa, kirjoitimme teoriaa ja suunnittelimme muistilistaa. Nämä asiat kulkivat luontevasti käsi kädessä. Muistilistan sisältö perustuu täysin etsimäämme tutkittuun tietoon. Halusimme listaan mahdollisimman kattavan ja moniin lähteisiin perustuvan kokonaisuuden. Tämän vuoksi haimme uusia lähteitä koko kirjoittamisen ajan. Muistilista sisältää kivun tunnistamisessa huomioon otavat asiat ja siihen on koottu yleisimmät kivun ilmentymisen merkit (kuvio 2). Nämä ovat sellaisia merkkejä, jotka tulivat esiin useammassa eri lähteessä, jonka vuoksi ne valikoituivat tuotokseen. Kaikki listassa olevat asiat avasimme erikseen opinnäytetyön teoriaosuudessa.

Työelämäyhteyttä tapasimme opinnäytetyöprosessin alussa työelämätapauksissa sekä syksyllä muistilistan merkeissä. Ensimmäiseen työelämätapaukseen osallistuivat opinnäytetyön tekijät, työelämäyhteyshenkilö, sekä opinnäytetyön ohjaava opettaja. Tapauksissa rajasimme vielä työn aiheen ja suunnittelimme myös tulevaa yhteistyötä. Opinnäytetyön valmistuessa tuotos esitellään Pappilanniemen vuodeosaston osastotunnilla keväällä 2017.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön prosessi

Kevät 2016	Aiheen valinta, työelämäyhteyden hankinta ja tapaaminen työelämäyhteyden kanssa, tiedonhankinta, kohdennetut metodiopinnot, opinnäytetyön suunnitelma, opinnäytetyön lupahakemus, tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa
Kesä 2016	Tiedonhankinta ja teorian kirjoittaminen
Syysy 2016	Teorian kirjoittaminen, muistilistan suunnittelu, muistilistan koevedokset, ryhmäohjaus, tapaaminen työelämäyhteyden kanssa, tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa
Kevät 2017	Opinnäytetyön viimeistely ja ohjaavan opettajan tapaaminen, valmiin opinnäytetyön palauttaminen ja tuotoksen esittely, esitysseminaari ja posterinäyttely, kypsyysnäyte

4.3 Tiedonhankinta ja kirjoittaminen

Heti opinnäytetyöprosessin alussa, aihevalinnan jälkeen, aloitimme tiedonhankinnan. Halusimme käyttää useita luotettavia lähteitä. Lähteiden löytäminen aiheeseemme ei ollut helppoa ja käytimme paljon aikaa, jotta löysimme työhömmme sopivat lähteet. Lisäksi jouduimme luopumaan useista lähteistä siksi, että ne käsittelivät aihetta ainoastaan muistisairaiden ihmisten suhteen. Lähteiden ikä oli myös asia, joka aiheutti ongelmia. Hyvin monet löytämämme lähteet olivat jo liian vanhoja. Näistä suurin osa jouduttiin jättämään pois, mutta joitain vanhempiaakin lähteitä olemme käyttäneet arvioituamme ensin näiden relevanttiuden. Kirjalähteinä käytimme pääasiassa ammattikirjallisuutta sekä viestintään ja tutkimuksiin liittyvää kirjallisuutta. Kirjallisuuden ja tieteellisten artikkeleiden lisäksi haimme tietoa internet-sivustoilta, jotka näimme luotettavina, esimerkiksi kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen sivuilta ja käypä hoito-suosituksista. Näiden lisäksi käytimme satunnaisesti muitakin lähteitä.

Artikkelilähteitä haimme pääasiassa TAMK Finnasta ja CINAHL:sta. Hakusanoina käytimme ikäihmisestä käsitteitä ikäihminen, ikääntynyt, vanhus, aged ja elderly. Tunnistamisesta käytimme hakusanoina tunnistaminen, recognition ja assessment. Kipua haimme sanoilla kipu ja pain ja muistilistasta etsimme tietoa käsitteillä muistilista ja checklist. Yritimme hakea artikkeleita myös ARTO- ja Aleksi-tietokannoista, mutta niistä emme

saaneet tuloksia. Tämä johtunee siitä, että tutkimuksia aiheesta emme ylipäättäen löytäneet suomen kielellä. Pääsääntöisesti artikkelilähteemme ovat siis ulkomaisista lehdistä, englanniksi kirjoitettuna.

Raportin kirjoittaminen oli haastavaa, mutta antoisaa. Muistilista sisältää paljon tietoa, joka avattiin teoriaosuudessa. Pohdimme tietoja käsitellessämme ja valitessamme tekemäämme rajausta. Rajasimme työn käsittelemään kipua nimenomaan tunnistamisen näkökulmasta ja tietoa hankkiessa sekä teoriaosuutta kirjoittaessa tekemämme rajauksen toimivuus sai vahvistusta. Itse kivusta ja myös sen arvioinnista on olemassa hyvin laajasti tietoa ja niiden käsittely kaikista näkökulmista olisi ollut epäolennaista. Kivun tunnistamisesta taas tietoutta on vähemmän saatavilla, joka nostaa tämän opinäytetyön merkityksellisyyttä. Käytimme kirjoittamisessa paljon lähteitä ja asioiden jäsentely järjearväksi kokonaisuudeksi oli työläästä. Onnistuimme kuitenkin saamaan työstä toimivan. Vaikka lähteitä oli paljon, oli monissa myös samoja asioita. Toisaalta tämä asia vahvistaa tiedon luotettavuutta. Koska haimme uusia lähteitä jatkuvasti, palasimme usein täydentämään jo kirjoitettuja kappaleita. Opinäytetyön kirjoittaminen olikin prosessi, jossa alussa muodostuneeseen runkoon rakennettiin koko ajan lisää tietoa.

Teimme kaiken opinäytetyöprosessiin kuuluvan, myös kirjoittamisen ja tiedonhankinnan yhdessä. Koimme, että tällä tavalla opinäytetyöstä saatiin kirjoitusasultaan yhtenäisempi. Tiedonhankinnan suorittaminen ja löydetyn tiedon arviointi yhdessä edesauttoivat saamaan työstä sisällöltään laadukkaan ja tavoitteitamme vastaavan. Yhdessä tekeminen mahdollisti samanaikaisen keskustelun, jolloin löysimme parhaat ratkaisut. Saimme käyttöömmee aiheeseen sopivia ja luotettavia lähteitä, joita oli kaiken kaikkiaan reilusti ja ne keskustelivat työssämme sujuvasti keskenään. Teoriaosuuden ja raportin kirjoittaminen onnistui hyvin ja ne vastaavat asettamiimme opinäytetyön tehtäviin.

4.4 Tuotos

Opinäytetyömmee tuotoksena syntyi muistilista hoitajille ikäihmisen kivun tunnistamisen avuksi. Muistilistan sisältö perustuu tutkittuun tietoon, jota teoriaosuus käsittelee. Halusimme muistilistasta kaikin puolin toimivan, jonka vuoksi panostimme itse asiasisällön lisäksi myös muihin ominaisuuksiin. Päädyimme tekemään muistilistasta taskukokoisen, jotta sitä on helppo kuljettaa mukana. Liian suuri lista jäisi helposti käyttämättömänä

kansliaan. Listan pieni koko antoi myös raamit käytettävissä olevan informaation määrälle. Tässä oli huomioitava se, että teksti on edelleen luettavan kokoista, eikä tietoa ole laitettu liikaa. Fontti- ja värivalintoja pohdimme pitkään. Halusimme esteettisesti siistin työn, mutta myös luettavuudeltaan selkeän tekstin. Värivalintaa tehtiin pitkään ja jo keran valittu väriyhdistelmä muuttui, kun olimme saaneet mielipiteen henkilöltä, jolla on poikkeava värinäkö. Myös materiaalin valintaa harkittiin huolella. Testasimme miellyttävää materiaalia, joka olisi ollut muistilistassa erittäin hyvä. Koska lista tulee käyttöön terveydenhuollon yksikköön, halusimme varmistua listan hygieenisyydestä. Testasimme materiaalin puhdistusta erilaisilla desinfiioivilla aineilla, mutta valitettavasti painatus ei tätä kestänyt. Päädyimme lopulta laminoituihin listoihin, jotka ovat hieman jäykempiä, mutta kunnolla desinfioitavissa.

Teimme listasta myös mieleenpainuvan. Pyörittelimme lähteistä löydettyjä kivun merkkejä (kuvio 2) mielessäme ja saimme niistä muistisäännöksi ”ONKO KIPUA”. ”ONKO KIPUA”-muistisääntö muodostuu seuraavanlaisesti: Ota vitaalit, Näe kasvot, Käytös, Onko ruokahalua, Kehonkieli, Itku ja huuto, Pahonvointi ja hikoilu, Usko potilasta, Avuksi mittarit. Listan toiselle puolelle tuli ”ONKO KIPUA”-muistisääntö (LIITE 1) ja toiselle puolella eritellään tarkemmin mitä nämä asiat sisältävät (LIITE 2).

Listan käytettävyys oli meille tärkeää. Onnistuimme siinä hyvin ja lista saatiin muotoon, jossa siitä on aidosti apua käytännön työelämässä. Lista on ulkoisilta ominaisuuksiltaan hyvän kokoinen ja materiaaliltaan kestävä sekä puhdistettavissa, jolloin hoitaja pystyy käyttämään listaa työn ohessa. Se on työväline, jota hoitaja voi kuljettaa aina mukanaan työasun taskussa. Sisällöltään saimme listasta selkeän. Siitä löytyy kaikki tarvittava tieto, mutta kirjoitusta ei ole liikaa. Tällöin siitä pystyy nopeasti näkemään tarvitsemansa tiedon. Ohjeistuksen lisäksi muistilista toimii myös tarkistuslistana, josta voi varmistaa huomioineensa kaikki asiat kivun tunnistamisessa.

Työelämäyhteys oli mukana tuotoksen suunnittelussa. Meillä oli tapaaminen työelämäyhteyshenkilön kanssa lokakuussa 2016, jolloin tarkastelimme muistilistan toimivuutta yhdessä. Työelämäyhteyshenkilö oli listaan varsin tyytyväinen ja uskoi listasta olevan hyötyä heille. Hän piti listaa kattavana sekä selkeänä ja koki, että sille olisi tarvetta myös muissa hoitoympäristöissä esimerkiksi tehostetun palveluasumisen puolella. Sovimme, että valmis tuotos esitellään keväällä 2017 Pappilanniemen vuodeosaston osastotunnilla.

Suunnittelimme muistilistan Microsoft PowerPoint-ohjelmalla valmiiksi ja tästä tehdystä pdf-tiedostosta Tampereen Laserma Oy teki valmiit listat. Muistilistoja valmistui 15 kappaletta. Näistä 10 annettiin Pappilanniemen vuodeosastolle, omaan käyttöön jäi neljä ja yksi annettiin ohjaavalle opettajalle.

5 POHDINTA

5.1 Luotettavuus ja eettisyys

On olemassa erilaisia tutkimusperinteitä, jonka vuoksi on myös erilaisia käsityksiä luotettavuudesta. Laadullisissa tutkimuksissa luotettavuutta arvioidaan raportin kokonaistarkastelulla ja määrällisissä tutkimuksissa tarkastellaan mittauksen luotettavuutta. (Tuomi 2007, 149.) Luotettavuutta voidaan ajatella kattoterminä, jota tarkastellaan useiden eri käsitteiden kautta (Hiltunen 2011, 12). Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja näin ollen luotettavuuden arviointi perinteisten määrällisten ja laadullisten tutkimusten tarkastelutapojen kautta ei onnistunut. Työ kirjoitettiin läpinäkyvällä otteella ja prosessi aukikirjoitettiin raportissa. Lähteiden käyttö oli asianmukaista. Niihin viitattiin oikein alkuperäistä kirjoittajaa kunnioittaen ja oma teksti erottuu lainatusta. Useisiin opinnäytetyön tietoihin viitataan useammalla kuin yhdellä lähteellä. Nämä seikat osoittavat opinnäytetyömme olevan luotettava.

Opinnäytetyömme ei käsittele mitään yksittäistä pientä otosta, eikä myöskään sisällä haastatteluja. Metodina on ollut toiminnallinen opinnäytetyö ja tietoa on tuotettu teoriaan pohjaten. Tämän vuoksi etiikan tarkastelu poikkeaa moniin tutkimuksiin verrattuna. Emme tarvinneet työssämme etiikan näkökulmaa inhimillisiin asioihin kuten yksityisyyssuojaan. Eettisyys näkyy työssämme raportin ja tuotoksen tekemisessä. Tuotos on prosessin aikana esitelty työelämäyhteyshenkilölle ja varmistettu hänen mielipiteensä listan toimivuudesta. Lähdekritiikki on näytellyt varsin suurta osaa opinnäytetyön teossa. Halusimme käyttää laadukkaita ja mahdollisimman tuoreita lähteitä. Hirsjärven ym. (2009, 113) mukaan tutkijan on oltava kriittinen valitessaan lähteitä. Vaikka jokin materiaali tuntuisi hyvältä, se ei välttämättä ole käyttökelpoista. Hyviä huomioita lähdekritiikissä ovat kirjoittajan tunnettavuus, lähteen ikä ja tiedon alkuperä, kustantajan arvovalta sekä objektiivisuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 113-114.)

Tutkimuksen aihevalinta tulee tehdä eettisyys huomioiden ja valinnan tulee olla perusteltu (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366). Tämän opinnäytetyön merkitys on suuri. Kivun tunnistamisen taidot työelämässä näyttävät heikkoina, joka aikaansaa kivun aliarviointia (Karlsson, Bravell, Ek & Bergh 2014; Rantala 2014, Kainulaisen 2015, 1 mu-

kaan). Tuottamalla asiasta tietoa selkeään ja helposti käytettävään muotoon, saadaan tutkittua tietoa myös käytännön kentälle. Tutkimusetiikan periaatteena on tutkimuksen hyödyllisyys, vaikka hyöty saadaan toisinaan vasta tulevaisuudessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Työmme tuotoksena syntyi taskukokoinen muistilista hoitajille, josta on konkreettista hyötyä käytännön työhön. Tosin se tulee näkyväksi vasta ajan saatossa, kun hoitajat ovat oppineet hyödyntämään listaa avukseen työssään. Annamme valmiita muistilistoja työelämäkumppanillemme käyttöön. Tekijänoikeuslain (2015/607) mukaan oikeus teokseen on sen tekijöillä. Tästä olemme sopineet myös työelämäyhteistyön kanssa. Listan tekijöiden tulee olla tietoisia missä listat ovat käytössä, eikä niitä saa jakaa ilman tekijöiden lupaa. Listaa ei myöskään saa muokata. Tutkimusta tehdessä tutkimuslupa tulee olla asianmukaisesti hankittu (TENK 2012, 6). Toimitimme opinnäytetyömme suunnitelman Pihlajalinna Terveys Oy:lle, minkä jälkeen saimme heiltä tutkimusluvan, jonka toimitimme ohjaavalle opettajalle. Yhteistyö työelämän kanssa on ollut molemmin puolin arvostavaa ja sujunut hyvässä hengessä.

Tutkimusetiikka kulkee opinnäytetyön mukana koko prosessin ajan ja tarkoittaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista (Vilkkä 2015, 41). Tämän periaatteita ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus sekä eettisesti hyväksyttävä tiedonhankinta. On myös tärkeää muistaa huomioida toiset tutkijat ja tutkimukset asianmukaisesti. (Roivas & Karjalainen 2013, 80; TENK 2012, 6; Vilkkä 2015, 41, 45.) Tässä työssä olemme pyrkineet hankkimaan aina alkuperäisen lähteen ja kunnioittaneet alkuperäisen kirjoittajan asiassältöä. Hirsjärvi ym. (2009, 122) määrittelevät plagioinnin varkaudeksi. Siinä esitetään toisen henkilön asioita omina. Useinmiten tällainen tiedon luvaton käyttö johtuu piittaamattomuudesta, eli lähteisiin on jätetty viittaamatta tai siihen on viitattu huonosti. (Hirsjärvi ym. 2009, 122.)

5.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Terveystieteiden tutkimuslaki (2010/1326) määrittelee, että hoitotyön toiminnan on perustuttava näyttöön. Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa muun muassa sitä, että yhtenäistetään asiakkaiden hoitoa sekä terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintatapoja ja lisätään henkilökunnan ammattitaitoa. Tämä tapahtuu käyttämällä parasta ajantasaista tietoa hoitotyössä. (STM 2009, 53-54.) Yksittäisen työntekijän päätöksenteon tueksi tarvitaan tie-

toa myös yksittäisistä tutkimuksista (Hotus 2016). Tämä opinnäytetyö tuo hoitotyön kentille hoitajien päätöksenteon tueksi tutkittua tietoa ikäihmisen kivun tunnistamisesta selkeässä muodossa. Tämä edesauttaa näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista.

Johtopäätökseämme on, että ikäihmisen kivun tunnistamisessa on puutteita terveydenhuollon kentällä. Tämä johtuu paitsi tiedon puutteesta myös hoitajien asenteista. Tutkimustietoa ikäihmisen kivusta tunnistamisen näkökulmasta on vähän. Valmistamallemme listalle on olemassa tarve. Lisäksi tulimme johtopäätökseen, että kivun tunnistamisen taitoa tulisi lisätä koulutuksiin.

Opinnäytetyö tarjoaa vahvaa teoreettista osaamista ikäihmisen kivun tunnistamiseen meille opinnäytetyön tekijöille. Listaa käyttävät hoitajat saavat arvokasta tietoa ikäihmisen kivun tunnistamisesta ja käytännön työvälineen hoitotyöhön. Opinnäytetyö kokoaa tämänhetkisen tutkitun tiedon aiheesta, joka ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö tietoja tulisi päivittää ja ajantasaistaa tulevaisuudessa. Aihe palvelee sairaanhoitajia lähes jokaisessa työympäristössä, sillä ikäihmisiä hoidetaan monissa eri terveydenhuollon toimipaikoissa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä muistilista hoitajalle ikäihmisen kivun tunnistamisen avuksi ja tehtävinä oli selvittää miten tunnistaa ikäihmisen kipua ja millainen on toimiva muistilista hoitajalle. Teoriaosuudessa käsitelimme kattavasti ikäihmisen kivun tunnistamista ja saimme aikaiseksi toimivan muistilistan hoitajalle ikäihmisen kivun tunnistamisesta. Uskomme, että tämän auttaa saavuttamaan tavoitteemme ikäihmisen kivun tunnistamisesta ja siihen ajoissa puuttumisesta, jotta saavutetaan ikäihmisen kivuttomuus. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää, että lista otetaan oikeasti käyttöön työelämässä.

Kankkusen ym. (2010, 57) mukaan hoitajalla pitää olla taitoa tunnistaa kipua ja niinpä heidän koulutustaan kivun tunnistamiseen tulee lisätä. Koulutuksen lisäämisen tarvetta tässä asiassa on myös meidän mielestämme tärkeää arvioida eri koulutusyksiköissä. Kyseistä opetusta tulisi sisällyttää jo kaikkien hoitajien peruskoulutukseen, jolloin hoitajilla olisi heti valmistuttuaan perustiedot aiheesta. Erilaisilla täydennyskoulutuksilla jokainen hoitaja voi vahvistaa omaa ammattitaitoaan, mutta perustiedoilla ikäihmisen kivun tunnistamisesta pystytään nostamaan ikäihmisten hyvinvointia ja hoidon laatua.

Jatkotutkimusehdotuksena näemme, että ikäihmisen kivun tunnistamisen keinoja tutkitaisiin lisää myös muiden ikäihmisten kuin muistisairaiden kohdalla. Myös hoitajien taidoista ja käytännön toiminnasta kivun tunnistamisessa tarvittaisiin tutkimustietoa, jolloin pystytään paremmin arvioimaan koulutustarvetta ja koulutuksen sisältöä. Lisäksi olisi mielenkiintoista saada tulevaisuudessa tutkimustietoa siitä, kuinka muistisääntö ”ONKO KIPUA” ja koko muistilista on otettu käyttöön, sekä onko siitä ollut aidosti hyötyä ikäihmisen kivun tunnistamisessa.

Olemme tyytyväisiä siihen, millainen listasta tuli ja uskomme sen toimivuuteen ja käytettävyyteen. Osoitimme tuotoksen kehittelyssä kekseliäisyyttä lisäämällä sen hyötyä tekemällä mieleenpainuvan muistisäännön ”ONKO KIPUA”. Muistisääntö on helposti yhdistettävissä tuotoksen sisältöön. Kun muistisääntö on kysymysmuodossa, se mahdollisesti myös lisää hoitajan motivaatiota käydä lista läpi kohta kohdalta ja löytää vastaus kysymykseen. Listasta tuli tiivis, mutta kattava. Saimme mielestämme koottua kaikki olennaiset seikat ikäihmisen kivun tunnistamisesta muistilistaan. Asiasisältöä ei kuitenkaan ole listassa liikaa, jolloin vähennetään riskiä siihen, ettei hoitaja jaksakaan sitä työn ohessa käydä läpi. Olemme näyttäneet listaa prosessin aikana opiskelijakollegoille, työelämäyhteyshenkilölle, kollegoille sekä muille tuttavillemme. Prosessin aikana saatu palaute listasta on ollut hyvää. Uskomme, että tämä lista ja muistisääntö tulevat käyttöön laajasti ja ovat hyödyksi ikäihmisen kivun tunnistamisessa. Haluamme, että tämä muistisääntö löytäisi paikkansa myös gerontologisen hoitotyön opetuksessa.

LÄHTEET

- Ahopelto, H. & Schmidt, M. 2011. Kipumittareiden käyttö osana hoitotyötä, hoitajien kokemuksia Katriinan sairaalan vuodeosastolta. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Airaksinen, T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Luettu 2.9.2016. <http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>
- Briggs, E., 2003. The nursing management of pain in older people. Nursing standart. 18 (17), 47-53.
- Ciampi de Andrade, D., Weber Vieira ha Faria, J., Caramelli, P., Alvarenga, L., Galhardoni, R., Siqueira, S.R.D., Yeng, L.T. & Jacobsen Teixeira, M. 2011. The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2b (69), 1-10.
- Dziechciaz, M., Balicka-Adamik, L. & Filip, R. 2013. The problem of pain in old age. Ann Agric Environ Med 1/2013, 35-38.
- Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Miten kivusta tulee krooninen? Teoksessa Kalso,E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Finne-Soveri H. 2008. Kipu. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. Arviointista kuntoutukseen. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Finne-Soveri, H. 2006. Laitoksessa asuvan vanhuksen kivun hoito. Teoksessa Pitkälä, K., Finne-Soveri, H. & Tilvis, R. (toim.) Vanhusten kivun hoito ja arviointi. Espoo: Janssen-Cilag.
- Gammons, V. & Caswell, G. 2014. Older people and barriers to self-reporting of chronic pain. British Journal of Nursing. 23 (5), 274-278.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu paino. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hotus. 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Päivitetty 21.9.2016. Luettu 23.9.2016. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- Hyochoi, A. & Horgas, A. 2013. The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. BMC Geriatrics. 14 (13), 1-7.
- Hyttinen, H. 2010. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- IASP. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. Pain Terms. Päivitetty 22.5.2012. Luettu 31.8.2016. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

- Kainulainen, A. 2015. Muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kivun tunnistaminen hoitohenkilökunnan arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.
- Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. 2010. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro OY.
- Kankkunen, P., Jänis, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Pain Assessment Among Non-Communicating Intellectually Disabled People Described by Nursing Staff. The Open Nursing Journal. 4/2010, 55-59.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kiljunen, K., Lundgrén-Laine, H., Ritmala-Castrén, M. & Leino-Kilpi, H. 2016. Yön aikainen uni ja kipu tehohoidossa potilaan arvioimana. Hoitotiede 28 (3), 171-181.
- Kipu. 2015. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 23.3.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi>
- Kivelä, S-L. & Rähä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1/2007.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti! Laadi selkeä esitys. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. 1.painos. Helsinki:WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ojala, T. 2015. Suomen Kipu ry. Krooninen kipu täyttää sekä kehon että mielen. Julkaistu 12.7.2015. Luettu 17.1.2017. <http://www.suomenkipu.fi/2015/07/krooninen-kipu-tayttaa-seka-kehon-etta-mielen/>

Peltomäki, P. 2014. Kotona asuvan ikäihmisen perheen hyvä vointi. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Pitkälä, K. 2006. Kroonisen kivun hoidon karikkoja kotona asuvilla ikäihmisillä. Teoksessa Pitkälä, K., Finne-Soveri, H. & Tilvis, R. (toim.) Vanhusten kivun hoito ja arviointi. Espoo: Janssen-Cilag.

Pitkälä, K., Finne-Soveri, H. & Tilvis, R. 2006. Vanhusten kivun hoito ja arviointi. Espoo: Janssen-Cilag.

Pohjannoro, H. & Taijala, B. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Opettajankoulutuksen kehittämishanke.

Pudas-Tähkä, M. & Kangasmäki, E. 2010. Kivun arviointi. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Roivas, M. & Karjalainen, A.L. 2013. Sosiaali- ja terveystieteiden viestintä. 1.painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Royall, D.R., Salazar, R. & Palmer, R.F. 2014. Latent variables may be useful in pain's assessment. Health and Quality of Life Outcomes. 13 (12).

Sainkangas, S. & Savolainen, S. 2010. Ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon haasteet. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Sairaanhoitajat. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Julkaistu 3.10.2014. Luettu 26.9.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salanterä S., Hagelberg, N., Kauppila M. & Närhi M. 2006. Kivun hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Puheenvuoroja 72.

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. & Bjälle, J.G. 2011. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 1.painos. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Spilman, S.K., Baumhover, L.A., Lillegraven, C.L., Lederhaas, G., Sahr, S.M., Schirmer, L.L., Smoot, D.L. & Swegle, J.R. 2014. Infrequent Assessment of Pain in Elderly Trauma Patients. *Journal of trauma nursing*. 21 (5), 229-237.

STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki:STM.

Suutama, T. & Ruappila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tekijänoikeuslaki 22.5.2015/607.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: TENK.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tilvis, R. 2010. Vanhuksen kipu. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkaava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Torppa, T. 2014. Työssään kirjoittavan opas. Helsinki: Talentum Media Oy.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1.-2.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vainio, A. 2009. Kipu ja kieli. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, A. 2009. Kipu ja kipukäyttäytyminen. Duodecim oppiportti. Julkaistu 1.11.2009. Luettu 27.9.2016. www.oppiportti.fi/op/kip00204/do#q=kipukayttaytyminen

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2010. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

WHO. 2014. Ageing and life-course. Facts about ageing. Julkaistu 30.9.2014. Luettu 26.9.2016. <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>

WHO. n.d. Health topics. Ageing. Luettu 26.9.2016. <http://www.who.int/topics/ageing/en/>

WHO. 2015. Media centre. Ageing and health. Julkaistu 9/2015. Luettu 26.9.2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

WHO. n.d. Patient safety. The checklist effect. Luettu 8.4.2016. www.who.int/patient-safety/implementation/checklists/background/en/

LIITTEET

Liite 1. Muistilista hoitajalle 1

Ikäihmisen kivun tunnistaminen

Ota vitaalit

Näe kasvot

Käytös

Onko ruokahalua

Kehonkieli

Itku ja huuto

Pahoinvointi ja hikoilu

Usko potilasta

Avuksi mittarit



Liite 2. Muistilista hoitajalle 2

Ikäihmisen kivun tunnistaminen	
O	hengitys tihenee, pulssi ja verenpaine nousee
N	poikkeavat ilmeet, ihon kalpeus, laajentuneet pupillit, hampaiden narskutus
K	kiihtyneisyys, aggressiivisuus, ärtyneisyys ja sekavuus, masennus, heikko keskittyminen, unihäiriöt
O	ruokahalun lasku
K	jännittyneisyys, liikkumattomuus, tietyn kehonosan suojeleminen, nyrkkiin puristetut kädet, kosketusarkuus, asentojen välttäminen tai suosimiset, tarkoitukseton liikkuminen
I	ääntely, kuten itku ja huuto
P	pahoinvointi, hikoilu
U	potilaan kertoma
A	kipumittarit