



Kivun tunnistaminen puhumattomalla asukkaalla Hoivakoti Sahanmäessä

Eija Peltola ja Marjut Räikkönen

2024 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Kivun tunnistaminen puhumattomalla asukkaalla Hoivakoti Sa- hanmäessä

Eija Peltola, Marjut Räikkönen
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2024

Eija Peltola, Marjut Räikkönen

Kivun tunnistaminen puhumattomalla asukkaalla Hoivakoti Sahanmäessä

Vuosi

2024

Sivumäärä

39

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa kokemuksia kivun tunnistamisesta ja arvioimisesta puhumattomilla tai muutoin kommunikointihaasteisilla palvelukodin asukkailla. Työ toteutettiin Hoivakoti Sahanmäessä, jossa palvelut tuottaa Keski-Uudenmaan hyvinvointialue (Keusote). Tavoitteena oli kehittää kivuntunnistamista palvelukodissa ja tuoda esille hoitajien kokemuksia kivun tunnistamisen nykytilasta sekä saada kivun tunnistamisen tilasta sellaista tietoa, jonka avulla yhteistyökumppani voi suunnitella koulutustarjontaansa.

Ikääntyneiden hoidossa hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli. Työhön vaaditaan hoitotyön perustaitojen lisäksi myös lisäosaamista ikääntymisen vaikutuksista. Ammatillaisen tulee ylläpitää ja parantaa vanhuksen elämänlaatua. Ympäri vuorokautinen palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista huolenpitoa ja hoivaa. Kivun tunnistamisen ja hoidon lähtökohtana on potilaan oma arvio kivusta, kipupotilas haastatellaan ja tutkitaan huolellisesti, ja hänen kipunsa ja toimintakykynsä arvioidaan ja kirjataan. Kun potilas ei pysty itse arvioimaan kipua niin hoitohenkilökunnan tulee osata tulkita hänen kipunsa käyttäytymisen tai muiden merkkien perusteella. Lisäksi on osoittautunut vaikeaksi tutkia ikääntymisen vaikutusta kiputuntoon. Hyvän hoidon tunnusmerkki on kroonisten kipujen tunnistus. Oikeus yksilölliseen kivunarviointiin ja hyvään kivunhoitoon on terveydenhuollossa yksi eettisiä periaatteita.

Työ toteutettiin kyselylomakkeella, jossa oli kyllä/ei/en osaa sanoa -vastausvaihtoehtoisia kysymyksiä sekä kaksi avointa kysymystä. Saatujen tulosten perusteella voidaan päätellä, että Hoivakoti Sahanmäen hoitajien mielestä kivuntunnistaminen on yksikössä riittävästi otettu huomioon ja kivun tunnistaminen on pääasiassa helppoa. Suurin osa vastaajista oli myös osallistunut kivunhoidon koulutukseen Keusoten tarjoamana. Tuloksista näkyi kuitenkin, että osalla vastaajista oli pitkäaikainen aika edellisestä koulutuksesta ja kivuntunnistamisesta kipumittareita ei hyödynnetty. Tilaa voi jatkossa kohdentaa koulutustaan tutkimuksen perusteella.

Eija Peltola, Marjut Räikkönen

Identifying pain in a non-verbal resident in Sahanmäki Nursing Home

Year

2024

Pages

39

The purpose of this thesis was to explore experiences of identifying and evaluating pain among non-verbal or otherwise communication-challenged service home residents. The study was carried out in Sahanmäki Nursing Home, where the services are provided by the Keski-Uusimaa Wellbeing Service County (Keusote). The objective was to develop pain recognition in a nursing home and to highlight the nurses' experiences of the current state of pain recognition and to obtain information about the state of pain recognition that enables the partner to plan their training offering.

In the care of the elderly, nursing staff have an essential role. In addition to basic nursing skills, additional knowledge of the effects of ageing is also required. The professional should maintain and improve the quality of life of the elderly. 24-hour service housing is intended for elderly people who need 24-hour care and care. The starting point for identifying and treating pain is the patient's own assessment of pain, the patient's pain is interviewed and carefully examined, and their pain and functional capacity are assessed and recorded. When the patient is unable to self-assess the pain, the medical staff should be able to interpret their pain on the basis of behavior or other signs. In addition, it has proven difficult to study the effect of aging on pain perception. The hallmark of good care is the recognition of chronic pain. The right to individual pain assessment and good pain management is one of the ethical principles in health care.

The work was carried out using a questionnaire with yes/no/can't-say-answer questions and two open-ended questions. Based on the results obtained, it can be concluded that the nurses of Sahanmäki Nursing Home feel that pain recognition has been adequately taken into account in the unit and it is mainly easy to identify the pain. Most of the respondents had also participated in pain management training offered by Keusote. However, the results indicated that some respondents had a relatively long time since their last training and pain indicators were not utilised in their pain recognition. In the future, the client can target their education based on this study.

Keywords: pain, recognition of pain, pain of the elderly

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Yhteistyökumppani.....	7
2.1	Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	7
2.2	Hoivakoti Sahanmäki.....	8
3	Opinnäytetyön kehittämistehtävä, tarkoitus ja tavoite	9
4	Teoreettinen viitekehys	9
4.1	Ympärivuorokautinen palveluasuminen ikääntyneille.....	9
4.2	Kivun määritelmä	10
4.3	Kiputyypit	11
4.4	Kivun arviointi ja tunnistaminen	11
4.5	Kivun arviointi muistipotilaalla.....	12
4.6	Ikääntyneen kipu	15
4.7	Kivun arviointiin liittyvät asenteet	16
4.8	Kivun kirjaaminen	16
4.9	Täydennyskoulutuksen merkitys kivun hoidossa	17
5	Kehittämismenetelmät	18
5.1	Kysely	18
5.1.1	Kysymystyypit	19
5.1.2	Kysymyslomakkeen ohjeet ja saatekirje	19
5.1.3	Kyselylomakkeen esitestaus.....	20
6	Tiedonhaku.....	20
7	Työn toteutus	20
7.1	Kyselylomakkeen kehittäminen	21
7.2	Aineiston keruu	22
7.3	Kysymyslomakkeen kysymykset ja teoriaviitteet kysymysten taustalla	23
7.4	Aineiston analysointi.....	23
7.4.1	Analyysimenetelmät.....	23
7.4.2	Kivun tunnistaminen ja kirjaaminen	24
7.4.3	Kivunhoidon koulutus	25
7.5	Tulokset	25
7.5.1	Vastaajien taustatiedot.....	26
7.5.2	Tulosten tarkastelu.....	27
8	Eettisyys ja luotettavuus	29
9	Jatkotutkimusehdotukset	31
	Kuvat	36
	Taulukot	36

Liitteet	37
----------------	----

1 Johdanto

Vanhuksen hyvän hoidon tulee olla kokonaisvaltaista ja tukea vanhuksen mahdollisuutta elää tavallista elämää, saada onnistumisen kokemuksia ja käyttää omia voimavarojaan. Hyvä hoito perustuu yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja vanhuksen tasavertaiseen asemaan. Vanhuksen oikeutta määrätä itse elämästään tulee kunnioittaa. Päätöksiä voi tehdä monissa asioissa, vaikka sairaudet rajoittaisivatkin päätöksentekoa. Vanhuksella on oikeus tehdä myös päätöksiä, jotka jonkun toisen mielestä ovat epäedullisia taikka huonoja. (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 10.)

Vanhusten hoidossa hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli. Työhön vaaditaan hoitotyön perustaitojen lisäksi myös lisäosaamista ikääntymisen vaikutuksista. Ammatillaisen tulee ylläpitää ja parantaa vanhuksen elämänlaatua. (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 15.) Vanhuksen palvelutarvetta arvioidaan palveluissa sosiaalihuoltolain 130/014, vanhus-palvelulain 980/2012, terveydenhoitolain 1326/2010 ja vammaispalvelulain 380/1987 ohjaamina. Ympäri vuorokautista järjestetään henkilöille, joille ei heidän tarvitsemaa palvelua ole mahdollisuutta muutoin järjestää (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 21-22.). Oikeus yksilölliseen kivunarviointiin ja hyvään kivunhoitoon on terveydenhuollossa yksi eettisiä periaatteita. Kivuttomuutta pidetään ihmisoikeutena kaikilla ihmisillä riippumatta iästä tai kognition tasosta. (Kankkunen 2009,247.)

Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan hoivakodin puhumattomien asukkaiden kivunhoitoa. Miten hoitaja tunnistaa kivun, kun asiakas ei pysty ilmaisemaan itseään selkeästi? Hoivakoti Sahanmäen palvelukodissa tätä on mietitty ja tutkimusaihe tuli ehdotuksena yksikön esimieheltä.

2 Yhteistyökumppani

2.1 Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla. Suomi on jaettu 21 hyvinvointialueeseen. (STM 2023.) Keski-Uudenmaan Hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveystalvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä Hyvinkään, Järvenpään, Mäntsälän, Nurmijärven, Pornaisten ja Tuusulan alueella (Keusote 2024a.) Hyvinvointialueet myöntävät palveluita palvelutarpeen arvioinnin perusteella ja palveluita tulee saada oikea-aikaisesti ja sujuvasti (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 18-19).

Päätavoite on turvata sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelut, jotka turvaavat ja vastaavat asukkaiden tarpeisiin. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue on vuodesta 1.1.2023 lähtien

vastannut sosiaali- ja terveystalvueluista sekä erikoissairaanhoidon ja pelastustoimen järjestämisestä hyvinvointialueeseen kuuluissa kunnissa. Väestön ikääntyminen ja väestörakenteen muutokset vaikeuttavat sosiaali- ja terveystalvueluiden järjestämistä laadukkaasti ja vaikuttavasti, sillä rahoitus ei ole riittävä nykytilanteessa. Tulevien kahden vuoden aikana Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen on katettava noin 80 miljoonan alijäämä ja samaan aikaan hoitohenkilöstöstä on pulaa. Muutoksia ja kehittämistoimenpiteitä tulee tehdä, jotta varmistetaan palveluiden sujuvuus ja kustannustehokkuus ja samalla sitouttaa työntekijät ja parantaa työ-etuuksia. (Keusote 2024b.)

2.2 Hoivakoti Sahanmäki

Hoivakoti Sahanmäki tarjoaa ympärivuorokautista palveluasumista ikääntyneille, jotka tarvitsevat hoivaa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Palvelun tuottaa Keusote. Asiakas saa tarpeensa mukaisen hoivan, hoidon ja huolenpidon sekä toimintakykyä edistävää toimintaa. Palveluun kuuluu myös osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävää toimintaa. Ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut kuuluvat palveluun. (Keusote 2024.) Ympärivuorokautinen asumispalvelu on tarkoitettu henkilöille, joille ei ole mahdollista järjestää heidän etunsa mukaisia palveluita kotihoitona tai muulla tavoin (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 21). Henkilökunta koostuu lähihoitajista, hoiva-avustajista, fysioterapeuteista sekä sairaanhoitajista. Kaikilla vakituisilla työntekijöillä on sosiaali- ja terveydenhoitoalan koulutus tai he ovat alan opiskelijoita.

Hoivakoti Sahanmäen arvoja ovat:

- Asukkaiden itsemääräämisoikeus, turvallisuus ja yksilöllisyys, arvostus ja ammatillisuus.
- Koulutettu henkilökunta ja laadukkaat yhdenvertaiset palvelut.
- Yksilöllinen hoitosuunnitelma.
- Kodinomaisessa ympäristössä turvallinen asuminen sekä ulkoilu ja virikkeellinen toiminta.
- Yksilöllisyyden kunnioittaminen sekä asukaslähtöisyys.
- Kunnioitetaan asukkaan ihmisarvoa, yksityisyyttä ja vakaumusta. Asukkaan toiveita kunnioitetaan ja toteutetaan mahdollisuuksien mukaan.
- Yhteistyössä asukkaan ja läheisensä kanssa laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma ja tätä toteutetaan asukkaan lähtökohdista käsin.
- Erilaisuus hyväksytään, heidän elämäntapaansa kunnioitetaan, että elämä koetaan arvokkaaksi ja tärkeäksi. (Keusote 2020, 3.)

3 Opinnäytetyön kehittämistehtävä, tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksellinen kehittämistyö voi saada alkunsa halusta aikaansaada muutosta. Siihen voi kuulua käytännön ongelmien ratkaisua ja uusien ideoiden ja tuotteiden tuottamista ja toteuttamista. Kehittämistyössä etsitään uusia ratkaisuja tutkittavaan ongelmaan käytännössä. Tavoitteena on saada aikaan käytännön parauksia tai uusia ratkaisuja. Kun tutkimuksellista kehittämistyötä dokumentoidaan, niin voidaan saada tallennettua esimerkiksi työpaikalla olevaa hiljaista tietoa ja näin uudistettua työelämän osaamis- ja tietoperustaa. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 21-22.) Hiljainen tieto voi muodostaa kehittämistyön merkittävän tiedonlähteen. Ammatillisilla on usein kokemus, että jokin toimintatapa tai menetelmä on hyvä, mutta hän ei pysty määrittämään välttämättä mihin tieto perustuu. (Toikko ja Rantanen 2009, 40-41.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa kokemuksia kivun tunnistamisesta ja arvioimisesta puhumattomilla tai muutoin kommunikointihaasteisilla palvelukodin asukkailla. Tavoitteena on kehittää kivuntunnistamista palvelukodissa ja tuoda esille hoitajien kokemuksia kivun tunnistamisen nykytilasta. Myös hoitajien hiljainen tieto kivun tunnistamisesta kiinnosti, jotta hyvät käytännöt saataisiin yleiseen tietoon. Kehittämistehtävän tavoitteena oli saada kivun tunnistamisen tilasta sellaista tietoa, jonka avulla yhteistyökumppani voi suunnitella koulutustarjontaansa.

4 Teoreettinen viitekehys

4.1 Ympärivuorokautinen palveluasuminen ikääntyneille

Ympärivuorokautinen palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista huolenpitoa ja hoivaa. Tehostetussa palveluasumisessa hoitohenkilöstö on paikalla vuorokauden ympäri. Monissa hoitokodeissa ulosmeno ovet ovat lukittuja, jotta muistisairaat asukkaat eivät vahingossa lähtisi omille teilleen. Tehostettuja palveluasuntoja myös kutsutaan ryhmäkoti, hoivakoti, hoitokoti tai muistiosasto. Useimmissa palveluasumisissa tarjotaan apua talon sisällä. Lakisääteinen hoitajamitoitus tehostetussa palveluasumisessa tarkoittaa, ettei hoitokodissa useimmiten ole lisäresursseja henkilökohtaiselle ulkoilulle, virikkeille tai asioinnille. (Helppy 2022.)

Palveluasumisen asukkaan oikeuksiin ja maksuihin vaikuttavat asiat ovat millaisen sopimuksen asumisesta on tehty. Sopimukseen vaikuttaa, mikä taho käsittelee riitatilanteita ja valituksia. Palveluasuminen on palveluasunnossa järjestettävää palveluja ja asumista. Palveluasuminen lasketaan avohoidoksi, raja voi olla häilyvä laitoshoidon ja ympärivuorokautisen tehostetun palvelutalon hoidoissa. Rajaa voi olla vaikea vetää, ero on merkittävä sosiaaliturva ja asiakasmaksujen kannalta. Laitoshuollossa asukkaalle kuuluu kaikki hoitoon, ylläpitoon ja asumisen

sekä myös lääkkeet. Palveluja järjestetään tehostetussa palveluasumisessa asuvalle asiakkaan tarpeiden mukaisesti ympärivuorokautisesti. Kela ei maksa laitoshuollossa asuvalle hoitotukea, eläkkeensaajan asumistukea eikä sairaanhoitokorvauksia, kun taas avohoidon palveluasumisessa asuva asiakas nämä saa. (KKV 2013.)

Asukkaille on pääsääntöisesti eri hinta, mitä enemmän tuloja sitä enemmän palveluasuminen maksaa. Kunnan tuoman tehostetun palveluasuminen tai ostopalveluna järjestämä asumisen asiakasmaksu lasketaan erikseen jokaiselle asiakasmaksulain mukaisesti. Maksun kunta hinnoittelee nettotulojen mukaan. Maksuun sisältyvät ateriat, hygieniapalvelut sekä ympärivuorokautinen hoito. Asiakasmaksuun eivät sisälly terveydenhuolto, asuminen ja lääkkeet. Nettotuloista vähennetään lääkemenot ja kohtuulliset asumiskustannukset. Vähennysten jälkeen yksinasuvalla voi asukasmaksu olla nettokuukausituloista enintään 85 %. Vähintään 164 euroa tulee jäädä omaan käyttöön kuukaudessa. (Hatakka 2022, 2.)

4.2 Kivun määritelmä

Kansainvälisen kivuntutkimusjärjestön (IASP, International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun näin:

”Kipu on epämiellyttävä aistimus- ja tunnekokemus, joka liittyy todettuun tai mahdolliseen kudosaivuriin tai jota kuvataan samalla tavoin.” (IASP 2020; suom. Käypähoito 2017.)

Englantilaiset tutkijat Williams ja Craig (2016) ovat määritelleet kipua seuraavasti:

”Kipu on ahdistava kokemus, johon voi liittyä kudosaivurio. Kipukokemus sisältää epämiellyttävän tuntemuksen ohella erilaisia tunteita, uskomuksia, käsityksiä ja asenteita sekä myös erilaisia sosiaalisia tekijöitä.” (suom. Ojala 2020, 35.)

Kipu voidaan luokitella neurofysiologisten ominaisuuksien mukaan. Kipukokemukseen kuuluu kivun ilmaisu, kipu on sekä aistimus, että viesti. (Vainio 2018.) Jatkuvan tai päivittäisen kivun ilmaantuvuus lisääntyy iän myötä, kun ikääntyessä hermosto heikkenee. Dementia muuttaa kivun kokemista. Ikääntyneiden kipukokemukseen vaikuttaa mieliala ja elinympäristö. Fyysinen aktiivisuus ja yhteisöllisyys ovat osa kivunhoitoa. (Kalso 2018.)

Ojala 2020 (29) kirjoittaa, että hoitajien, farmaseuttien ja fysioterapeuttien osaamista ei hyödynnetä kivunhoidon suunnittelussa tai siitä päättämässä ja hyvänä esimerkkinä toimivat kansalliset hoitosuosituksia laativat työryhmät, joissa suurin osa jäsenistä on lääkäreitä.

”Tutkimustiedosta ei ole puutetta. Tiedämme, miten kipua potevia ihmisiä tulisi hoitaa, mutta toimimme toisin.” (Ojala 2020, 29.)

4.3 Kiputyypit

Kipua luokitellaan useiden erilaisten luokittelutapojen tai diagnoosiluokitusten mukaan, esimerkiksi sen keston tai ajallisen luonteen, sijainnin (esimerkiksi selkäkipu, vatsakipu), elinjärjestelmän (ruuansulatusjärjestelmä tai tuki- ja liikuntaelimestön kivut) perusteella tai patofysiologisen mekanismin mukaisesti. Alla oleva kivun mekanismien mukainen luokittelu (Hamunen, Karlsson ja Vainio 2018).

- Somaattinen nosiseptiivinen eli kudosaivuriosta aiheutuva kipu syntyy, kun nosiseptorit aktivoituvat mekaanisten, kemiallisten tai lämpöärsykkeiden vaikutuksesta. Kipua aiheuttava ja välittävä mekanismi ei ole vaurioitunut.
- Viskeraalinen nosiseptiivinen kipu syntyy, kun sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta.
- Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu tarkoittaa kiputilaa, jonka syynä on vaurio tai tauti somatosensorisessa järjestelmässä. Anatomisesti neuropaattinen kipu jataan sentraaliseen eli keskushermostoperäiseen ja perifeeriseen eli ääreishermostoperäiseen neuropaattiseen kipuun, mutta vaurio perifeerisessä hermostossa aiheuttaa muutoksia myös keskushermoston kivunaistimiskeskuksessa. (Haanpää 2018a).
- Idiopaattinen kipu eli kivun taustalla ei ole selittävää kudosaivuriota tai hermovauriota. Kipu voi olla osa suurempaa oirekuvaa. Kivun mekanismi on toistaiseksi tuntematon.

Vastaavasti voidaan luokitella kipua sen keston mukaan seuraavasti (Hamunen, Karlsson ja Vainio 2018).

- Akuutti kipu eli kipu, joka on alkanut äskettäin. Yleensä aiheuttavaan vammaan tai sairauteen on selkeä yhteys.
- Subakuutti kipu on kestävä 2-3 kuukautta sen aiheuttaneen vamman tai sairauden jälkeen.
- Krooninen kipu on kestävä pidempään kuin 3-6 kuukautta tai pidempään kuin sairauden tai vamman aiheuttaman kudosaivurion paraneminen. Tai sitten voi olla kysymys toistuvasta kivusta kuten migreeni kivusta, joka ei ole kokoaikaista, mutta toistuu.

4.4 Kivun arviointi ja tunnistaminen

Käypähoitosuosituksen (2017) mukaan kipua arvioidaan seuraavasti:

Lähtökohtana on potilaan oma arvio kivusta, kipupotilas haastatellaan ja tutkitaan huolellisesti, ja hänen kipunsa ja toimintakykynsä arvioidaan ja kirjataan jokaisella kivun vuoksi tapahtuneella vastaanottokäynnillä. Kivun synnyn, kokemisen tai sen hoidon kannalta

merkittävät sairaudet ja lääkitys kartoitetaan. Selvitetään kivun kesto, tyyppi, sijainti ja voimakkuus. Voimakkuuden mittaamisessa käytetään jotakin yleisesti käytettyä mittaria, kuten

- kipujana (visual analogue scale, VAS)
- numeerinen asteikko 0-10 (numerical rating scale, NRS)
- sanallinen arvio (verbal rating scale, VRS)
- kasvokuva

Näiden lisäksi arvioidaan sensoriset, motoriset ja muut oireet. Otetaan huomioon psyykkisten ja psykologisten tekijät ja ne arvioidaan soveltuvin mittarein. Lisäksi huomioidaan elämäntavat ja psykososiaalinen tilanne. Myös toimintakyvyn mittareita voidaan käyttää harkiten sekä täydentämään haastattelua. (Käypähoito 2017.)

Haanpää (2018b) on todennut, että kipupotilaan tutkiminen edellyttää kiinnostunutta ja paneutuvaa työtettä ja siihen tarvitsee varata riittävästi aikaa. Tavoitteena on tunnistaa kiputyyppi (nosiseptiivinen, neuropaattinen, niiden yhdistelmä vai ei kumpikaan) ja löytää kivun aiheuttava sairaus.

Hoitamattomana akuutti kipu kroonistuu ja heikentää elämän laatua sekä johtaa masennukseen ja kärsimykseen. Eettisesti vanhuksen kivun hoito on yhtä tärkeää kuin muidenkin sillä pitkäaikainen kipu korkeassa iässä voi aiheuttaa pysyvän toimintakyvyn menettämisen, tarpeen apuvälineisiin sekä riippuvuuden toisten ihmisten avusta. Tällöin yksilön ongelmasta siirytään kansantaloudellisiin kysymyksiin. (Finne-Soveri 2015, 32.)

4.5 Kivun arviointi muistipotilaalla

Muistisairaudet rappeuttavat eri lailla useaan kivun säätelyyn liittyviä keskeisiä aivorakenteita. Alzheimerin tauti rappeuttaa erityisesti keskushermoston mediaalista kipuradastoa, jonka toimintaan liittyy kipumuisti ja kivun emotionaalinen kokeminen. Alzheimer potilailla varsinkin taudin etenemisessä on havaittu kipukynnyksen nousua ja piittaamattomuutta kipua kohtaan. Vaskulaariseen muistisairauteen liittyy eri aivoalueilla valkoisen aineen vauriota, tämä voi johtaa potilaan sentraaliseen kiputilaan (Central Poststroke Pain). Vaskulaarinen dementia saattaa lisätä myös kivun aiheutumaa kärsimystä. Tutkimustieto on ristiriitaista muiden muistisairauksien suhteen. (Löppönen 2023, 12.)

Kivun arvioinnin tulisi lähteä siitä, että kysytään asiasta asukkaalta itseltään (Hadjistavropoulos, Herr, Prkachin, Graig, Gibson, Lukas, Smith 2014.) Kyselyn tulee tukeutua johonkin strukturoituun arviointimittariin. Näitä ovat muun muassa numeraalinen asteikko, verbaalinen asteikko, visuaalinen asteikko tai kasvojen ilmeitä kuvaava asteikko. Tutkimuksen mukaan 97 % lievästi, 90 % keskivaikeasti ja vielä 40 % vaikeasti dementoituneista potilaista kykeni arvioimaan kipua ainakin yhden itsearviointimittarin avulla. (Pautex, Herrmann, Le Lous, Fabjan,

Michel, Gold 2005.) Kun ikäihminen ei pysty sanallisesti ilmaisemaan kipua ja tarvitaan sijaisarvioijaa, riski kivun aliarviointiin kasvaa (Finne-Soveri 2008,195).

Suomessa suositellaan käytettäväksi muistisairaiden kivun arvioinnissa ja saattohoidossa PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia scale) (Käypähoitosuositus 2015). PAINAD perustuu kivun aiheuttamien käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin. (Warden ym. 2003, Björkman 2007, 2547-2548). PAINAD-kipumittarissa on viisi havaintokategoriaa: hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Luokat on pisteytetty kivun aiheuttamille käyttäytymisen muutoksille ja arviointia varten tarvitaan noin viiden minuutin havaintojakso. Kun pisteet lasketaan yhteen, saadaan tulos 0-10, jossa lukemat 1-3 merkitsevät lievää, 4-6 kohtalaista ja 7-10 voimakasta kipua. 0 on kivuton ja 10 voimakkain kipu. PAINAD-mittari on helppokäyttöinen, mutta sen avulla voidaan tulkitella kivuksi muita käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. (Björkman, Palviainen, Laurila, Tilvis 2007, 2547-2548; Löppönen 2023.)

Ikääntyneen kivun kliininen tutkimus tehdään yksilöllisellä laajuudella. Erityisesti tulee huomioida tukielimistön toiminta ja ihotunto. Lääkärin tulee tutkia kivusta kärsivä ikäihminen. Sairaanhoidajan arvio on tärkeä kivun muuttuessa tai kivun alkaessa ennen kivuttomalla asiakkaalla. Kipua tulee arvioida aina kun ikääntynyt valittaa kipua tai hänen käyttäytymisensä muuttuu. Muistisairaalta kivusta kysyttäessä pitää kysymykseen pystyä vastaamaan kyllä tai ei. (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 320.)

Kivun havainnoinnin osa-alueet ovat olemus, ilmeet ja eleet, käyttäytymisen muutokset ja toimintakyvyn lasku. Havainnointi tulee tehdä järjestelmällisesti ja säännöllisesti päivittäisten toimien yhteydessä. Seurattavat asiat sovitaan ja ne kirjataan. (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 320.)

Taulukossa 1 on esitetty kivun ilmentymistä ja seurauksia vanhuksilla. Kaavio mukailtu Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen (2023, 321.) laatiman taulukon mukaan.

Taulukko 1: Kivun ilmentyminen ikääntyneillä

Kasvojen muuttuneet ilmeet	Otsan rypistely Kasvojen kireys/kiristäminen Leukojen kireys/hampaiden kiristely
Äänet/ääntely	Voihkaisut/voihkiminen Hengityksen äänekkyyys Huohottaminen
Liikehdintä	Kehon levottomuus Liikkumisen/liikkeiden välttely Liikkumattomuus/paikallaan olo Sikiöasento Kehon suojelu
Psyykkinen tila	Alakuloisuus Katkonainen uni ja unettomuus
Sosiaalisuus	Sosiaalisen elämän kapeutuminen Vuorovaikutusten väheneminen
Toiminnan kyky	Toimintakyvyn laskeminen -henkinen ja fyysinen
Elämänlaatu	Elämänlaadun heikkeneminen Lisääntynyt terveyspalvelujen käyttö

4.6 Ikääntyneen kipu

Ikääntymisen ja kivun yhteys ei ole selkeä. Useassa lähteessä kerrotaan, että kipu ei kuulu ikääntymiseen (Finne-Soveri 2008, 192; Tilvis 2004). Ikäihmisten kipu, jota he eivät osaa kuvata jää usein tunnistamatta ja he saavat usein riittämätöntä hoitoa (Kivelä & Räihä 2007, 83). Myös Salanterä ym. (2006, 199) mainitsevat kivun olevan alihoidettua ja ikäihmisen kivun tunnistamisen heikkoa. Ikääntynyt asiakas usein vähättelee kipuaan ja usein ajatellaan, että kipu kuuluu ikääntymiseen. Vanhuksen kivun tunteminen voi muuttua hermoston ikääntymisen myötä ja näin ollen esimerkiksi sydäninfarkti voi olla hänellä kivuton. Muistisairaat eivät aina edes tunnista kipuaan. (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 318.)

Vuonna 2018 suomessa tehdyssä tutkimuksessa (Finne-Soveri, Jakovljevic, Mäkelä, Heikkilä, Andreassen, Kylänen, Leppäaho, Hammar) saatiin selville, että potilaan kipu on alitunnistettu ja alihoidettua ja muistisairaiden kipu ja kärsimys ovat palvelutaloissa huomattavasti enemmän kuin laitoksissa. Vaikeasti muistisairailta palvelutaloasukkailla oli laitosasukkaita useammin epävakaa terveydentila, kipua sekä somaattisia ja psykiatrisia oireita. Palvelutaloissa ei käytetty niin paljon vahvoja kipulääkkeitä kuin laitoksissa. Muistipotilaiden kivun alitunnistamisesta ja alihoidamisesta on myös muita päätelmiä muualta kuin Suomesta (Kaufmann, Moeller, Marksteiner 2021; Hadjistavropoulos, Herr, Prkachin, Graig, Gibson, Lukas ja Smith 2014).

Ikääntynyt ihminen voi ajatella kivun kuuluvan osana vanhenemista, eikä edes kerro kivusta tai saattaa jopa kieltää kipunsa. Muisti- ja psyykkisestisairaat ihmiset eivät välttämättä tunnista kipua ja näin heidän kipunsa on nimetöntä. Jo 90-luvun alusta vanhusten kivunhoidon laatusuosittukset ovat muistuttaneet, että kivusta pitää kysyä toistuvasti. Kipua ei voi hoitaa ja kartoittaa, jos sen olemassaolosta ei tiedetä, siksi terveydenhuollon henkilöstön pitää osata havainnoida ikääntyneen käytöstä kivun näkökulmasta. (Finne-Soveri 2015, 34.)

Kivun hoidon päämäärät on hyvä olla realistisia. Ensisijainen päämäärä on kivun aiheuttavan kudosvaurion parantaminen. Jos kudosvaurion parantaminen ei ole mahdollista, niin pyritään kivuttomuuteen. Jos kivuttomuuskaan ei toteudu, pyritään sitä hallitsemaan siten, että liikkuminen, nukkuminen sekä arkiaskareet onnistuisivat. Kivun hoidossa hoidon valinta harvoin osuu oikeaan, jos ei ole tietoa mitä hoidetaan, mikä on päämäärä ja mihin päämäärään on mahdollista päästä. Realistisuus hoitotavoitteissa suojelee ylilääkitykseltä. (Finne-Soveri 2015, 4, 33).

Virhediagnooseihin eikä väärin hoitovalintoihin ole varaa, sillä ikääntyneellä ei ole aikaa odotella. Ikääntymisen tuomat fysiologiset muutokset altistavat sairauksille, lääkkeiden haittavaikutuksille sekä traumoille. (Finne-Soveri 2015, 4, 33)

4.7 Kivun arviointiin liittyvät asenteet

Lääkärin tulisi kuunnella ja ottaa todesta potilaan vaivat, eikä turtua siihen, että potilaat vaivattavat kivuista usein, myös kivut, joiden syytä ja kaikkia taustatekijöitä lääkäri ei heti tunnista tai ymmärrä. On osoittautunut vaikeaksi tutkia ikääntymisen vaikutusta kiputuntoon. Hyvän hoidon tunnusmerkki on kroonisten kipujen tunnistus. (Tilvis 2004,120(2):223-227.)

Huomioon pitäisi ottaa myös niiden potilaiden kivut ja tuskat, jotka eivät kykene tai voi sanoa itse ilmaista kipua ja vaivoja. Tähän ryhmää kuuluvat vanhimmat ja vajaakuntoisimmat laitosvanhukset, heistä vähintään joka neljäs kärsii jokapäiväisistä kivuista. (Finne-Soveri ym. 2000). Heidän kipunsa jäävät usein ottamatta huomioon. Kuoleman lähestymisestä useimpien kertoo kipujen voimistuminen ja tämä lisää hoitotyön taakkaa. (Finne-Soveri ja Tilvis 1998.)

Suurimpia kompastuskiviä kroonisten kipujen hoidossa ovat asenteet. Tavoitteeksi ei kannata asettaa kipujen poistamista kokonaan, se todennäköisesti tuottaa pettymyksen sekä potilaalle että lääkärille. Realistisempi päämäärä on kipujen lievittäminen tasolle, jolla voidaan parantaa toimintakykyä ja antaa mahdollisuuden elää niin normaalia elämää, kuin se on mahdollista. (Davis ja Sristava 2003.)

Kivun hoidon tärkeyttä ja mielekkyyttä tuskin kukaan kieltää, mutta hyvään tulokseen pääseminen on käytännössä vaikeaa. Hyvän hoidon laatuksena on alettu korostaa ikääntyneiden kroonisen kivun tunnistamista ja hoitoa. (Chodosh, Ferrell, Shekelle, Wenger 2001.)

4.8 Kivun kirjaaminen

Ensisijainen tarkoitus kirjaamisessa on potilaan laadukas hoito. Kirjaaminen potilaan hoidossa käsittää oikeusturvan ja tiedonsaantioikeuden (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hoitotyön oikeanlaisella suunnitelmalla sekä sen toteuttamisella ja arvioinnilla varmistuu asianmukainen toteutuminen, seuranta ja jatkuvuus. Kirjaamisen toinen merkitys on terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan lainmukaisuus. Kirjaaminen on myös hoitajien oikeus. Kirjaamisella voidaan todistaa mitä olemme tehneet sekä toimintamme hoitotyössä, jos potilas jälkepäin valittaa hoidosta tai kohtelusta. (Skhole 2023.) Säännöllinen kivun seuranta ja sen kirjaaminen on perusedellytys kivunhoidolle. Potilaan kokonaisvaltainen kivunarviointi luo pohjan hyvälle ja luottamukselliselle lääkehoidolle sekä hoitosuhteelle. (Heiskanen, Hamunen, Hirvonen 2013.)

Katsaustutkimuksessa on käynyt ilmi kivun arvioinnin ja kirjaamisen osalta, että hoitajilla saattaa olla omasta osaamisesta epärealistinen kuva. Hoitajat luulevat arvioivansa ja myös kirjaavansa kipua laatuvaatimusten mukaisesti, todellisuudessa vain alle 10 % kivun kirjaamisesta toteutuu olemassa olevien laatusuosituksen mukaisesti. Selkeät yhteneväiset

ohjeistukset sekä säännöllinen koulutus kivun arvioinnissa, hoidossa ja kirjaamisessa ovat tärkeässä asemassa parantaa hoidon laatua. Yksilöllinen ohjaus auttaa selkeämpään ja kattavampan kirjaamiseen, tällöin arviointi, hoito ja kirjaaminen nopeutuvat ja hoitajien taakka pienenee. Selkeät ohjeistukset; mitä tehdään ja milloin ja mitä tulee kirjata, säästävät hoitajien aikaa potilaan hoitoon. (Heikkilä, Peltonen, Salanterä 2016.)

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu sekä tarvittavat tiedot seurannan turvaamiseksi.

Potilasasiakirjoihin kuuluvat

- Potilaskertomus, potilastiedot tai asiakirjat
- Tiedot lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen
- Asiakirjat, jotka potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä ovat syntyneet. (THL 2023, 12).

Haanpään (2018) mukaan selkeät ja huolelliset sairauskertomusmerkinnät ovat perusta hoitovasteen arviolle. Asiakastyöhön osallistuva henkilöstö on velvollinen kirjaamaan asiakastyöhön liittyvät tarpeelliset tiedot. Näiden tietojen avulla hoitoa voidaan arvioida ja kehittää sekä seurata asiakkaan vointia ja toimintakykyä. Päivittäisen kirjaamisen tulee perustua hoitotyön suunnitelmaan. Kirjauksen tulee olla kuvailevaa ja siinä on huomioitava muun muassa kivun seuranta ja lääkkeenvaikutuksen arviointi. (Haavisto, Kakko, Mäkimartti, Pikkarainen 2023, 29.)

4.9 Täydennyskoulutuksen merkitys kivun hoidossa

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattitaitoa ylläpitävästä täydennyskoulutuksesta on annettu asetus (57/2024), joka velvoittaa työnantajan antamaan täydennyskoulutusta ja hyvinvointialueiden tulee arvioida ja seurata koulutuksen toteutumista. Hyvinvointialueiden on myös huolehdittava siitä, että täydennyskoulutuksen määrä on riittävä osaamistarpeiden, täydennyskoulutukselle asetettujen tavoitteiden sekä täydennyskoulutuksen laadun edellytysten varmistamiseksi.

Valtioneuvoston tiedotteessa (2023) kerrotaan, että asetuksella (57/2024) haluttiin varmistaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kehittää ja ylläpitää osaamistaan siten kuin heidän ammatillinen koulutuksensa sekä työn vaatimukset edellyttävät.

Potilaan tukeminen ja auttaminen kivusta selviytymisessä on eräs sairaanhoitajan olennaisimmista ja tärkeimmistä tehtävistä (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Buure, Ekola, Parta mies & Sulosaari 2019, 107).

Kivunhoidon koulutuksesta on maininta Hotus -suosituksessa, aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö (2013). Hoitosuosituksessa on suositeltu hoitotyön laadun varmistamiseksi, että hoitohenkilökunnalla järjestetään säännöllisesti kivun hoitotyön koulutusta. Lisäksi suositellaan, että potilaan kivunhoito on moniammatillista ja hyvin organisoitua. (Hotus 2013.)

Esimerkki koulutuksen merkityksestä kivunhoidossa löytyy Hämäläisen (2022, 13.) väitöskirjasta, jossa tuloksina selviää, että kivunhoidon täydennyskoulutuksen saaneet sairaanhoitajat ajattelivat muita (ei täydennyskoulutusta saaneita) useammin, että kivunhallinnan haasteet vaikuttavat potilaiden akuutin kivun hallintaan.

5 Kehittämismenetelmät

Hoitotieteissä voidaan käyttää useita tutkimustyyppisiä. Niissä käytetään samoja aineistonkeruumenetelmiä. Usein käytettyjä menetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 191.) Kysely on yksi tutkimuksissa usein käytettävä tiedonkeruumenetelmä. Kyselyä voidaan käyttää esimerkiksi postitettuna tai sähköisenä. Kysymysten muodon mukaan voidaan saada sekä kvantitatiivista (määrällistä) että kvalitatiivista (laadullista) tietoa. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 123.) Kysely sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi silloin kun tutkittavasta aiheesta on paljon tietoa, näin kysymysten suunnittelu on helpompaa, kun tiedetään mitä voidaan kysyä (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 124.).

Tässä tutkimuksessa kysymyslomakkeeseen päädyttiin, koska aiheesta on jo paljon tietoa, mutta työssä on tavoitteena selvittää nimenomaan Hoivakoti Sahanmäen tilanne kivun tunnistamisessa. Kysymykset pohjasivat teoriaan ja tutkittuun tietoon. Valmis työ luovutetaan Sahanmäkeen ja toimeksiantaja voi hyödyntää sitä haluamallaan tavalla toiminnassaan. Tutkimuksen toivottiin tuovan esille myös selkeitä vahvuuksia tai puutteita kivun tunnistamisessa.

Aineistonhallintasuunnitelma on osa tutkimussuunnitelmaa. Suunnitelmaa tehdään jo ennen projektin alkua ja sen pitää olla valmis viimeistään ennen kuin aineistoa kerätään. Suunnitelmaa voi tarkentaa projektin aikana. (Tietoarkisto 2024c.) Aineistonhallintasuunnitelma tehtiin ennen tutkimusluvan anomista ja se oli liitteenä tutkimuslupaa haettaessa.

5.1 Kysely

Kyselylomakkeen tulisi olla yksinkertainen ja selkeä. On mietittävä mitä kysymyksillä halutaan saada selville ja varmistettava, ettei kysytä turhaa tietoa niin sanotusti varmuuden vuoksi mutta kyselyllä saadaan riittävä tiedon kattavuus. Vastajien tulee osata ja jaksaa vastata kyselyyn. Mikäli kyselylomake on liian pitkä, se vaikuttaa vastaamishaluun kielteisesti.

Vastaamisajan tulisi olla maksimissaan 15-20 minuuttia. Lomakkeen selkeydellä ja sopivalla pituudella on myös vaikutus vastausten tallentamisen onnistumiseen. Vastaamispäätökset perustuvat paljon ensivaikutelmaan saadusta materiaalista. Kaikkien vastaajien tulee ymmärtää kysymykset samoin. Hyvä kysymys on yksinkertainen ja täsmällinen. Hyvä kysymys ei ole kuitenkaan liian pitkä. Kysymysten tulee erottua toisistaan selkeästi ja niiden on hyvä edetä lomakkeella ylhäältä alaspäin. Loistavasti suunnitellun aineiston voi pilata huono vastausprosentti. (Tietoarkisto 2024.)

Kyselyyn vastaajan ei tarvitse huolehtia antamiensa tietojen väärinkäyttömahdollisuudesta. Esimerkiksi identifiointitunnuksia ei pidä merkitä lomakkeisiin. Kysymysten laadinnassa tulee ottaa huomioon vastaajien tunnistautumattomuus. Tunnistautumattomuuteen vaikuttaa myös se, että taustatietoja ei kysytä liikaa eikä liian tarkasti. (Tietoarkisto 2024.)

Kysymysten muodolla voidaan viestiä arvostusta vastaajaa kohtaan ja sen voi tehdä esimerkiksi kirjoittamalla kysymykset teitittelymuotoon. Tämä on harkittava tarkoin vastaajajoukkoa mieltien, koska sinuttelumuoto on yleistymässä ja suhdetta vastaajaryhmään voi olla hyvinkin luontevaa luoda sinutteleamalla. Tärkeää kuitenkin on, että kysymyslomake on kokonaisuudessaan samalla mallilla tehty, sinuttelu tai teitittely kumpikin käy. (Tietoarkisto 2024.)

5.1.1 Kysymystyypit

Kysymystyyppien pohtimiseen vaikuttavat muun muassa vastaajajoukon aktiivisuus. Avoimia kysymyksiä suositellaan silloin kun niiden käyttöön on selkeä syy. Niihin on jätetty postityyppisissä kyselyissä vastaamatta tai sitten kysymykseen ei ole vastattu. Strukturoituihin kysymyksiin mietitään valmiit vastausvaihtoehdot, joten vastausten saaminen on yksiselitteisempää (Tietoarkisto 2024.)

5.1.2 Kysymyslomakkeen ohjeet ja saatekirje

Lomakkeessa kannattaa käyttää yksityiskohtaista vastausohjetta. Ohjeita voi olla sekä lomakkeen alussa että yksittäisen kysymyksen perässä. Alussa oleva vastausohje ei välttämättä riitä, jos kysymys rakenteensa puolesta vaatii lisäohjeita teknisesti oikean vastaamisen turvaamiseksi. (Tietoarkisto 2024.)

Kysymyslomakkeessa kannattaa käyttää saatetta, koska se on tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Saatekirje kertoo osallistujalle mistä on kysymys ja saatteen perusteella vastaaja voi tehdä päätöksen osallistumisesta tutkimukseen, saatteen tulee herättää luottamusta ja vastausmotivaation lukijassaan. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 135.)

5.1.3 Kyselylomakkeen esitestaus

Kyselylomake tulee esitestata ennen sen varsinaista käyttöä. Esitestaukseen voidaan ottaa mukaan tutkimuksen ohjaaja tai muita alaa tuntevia henkilöitä. Lomake kannattaa testata myös suoraan kohderyhmällä. Esitestajilta saatujen palautteiden mukaan lomakkeeseen voidaan tehdä tarpeellisia muutoksia ja täydennyksiä. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 135.)

6 Tiedonhaku

Teoreettisen viitekehukseen tietoa haettiin hakukoneilla sekä painetuista teoksista. Tietoa haettaessa hakusanoina käytettiin suomeksi esimerkiksi seuraavia: kipu, kivun tunnistaminen, kivun ilmeneminen, kivun tunnistaminen puhumattomalla asiakkaalla, kivun tunnistaminen muistisairaalla, kivun arviointi, kivunhoidon koulutus. Englanniksi hakusanat olivat esimerkiksi: pain, pain care, pain management nursing.

Kivunhoidosta on käytettävissä vuonna Käypä hoito -suositukset, joista tässä työssä on käytetty Kipu (2017). Käytettävissä oli myös Hoitotyön tutkimussäätiö Hotuksen vuonna 2013 julkaisema Hoitotyön suositus, joka on otsikoltaan Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö. Suosituksessa käydään läpi kivun arviointia myös yleisellä tasolla (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013).

Kirjallisuudesta haettiin myös teoksia kivunhoidosta kuten Kipu (Vainio 2018.) ja Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Buure, Ekola, Partamies, Sulosaari & Anttila 2019.)

Artikkeleita löytyi useita. Työssä on käytetty sekä kotimaisia, että ulkomaalaisia artikkeleita.

Opinnäytetyön menetelmistä haettiin tietoa paljon Tietoarkistosta sekä painetuista kirjoista kuten Tilastollinen tutkimus (Heikkilä 2014.) ja Tutki ja kirjoita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009.).

7 Työn toteutus

Opinnäytetyön suunnitteleminen aloitettiin keskustelemalla siitä, että mikä aihe meitä molempia tekijöitä kiinnostaisi. Lopullinen aihe tuli esille keskustelussa Hoivakoti Sahanmäen esimiehen kanssa. Kipu aiheena on kovin kiinnostava aihe yksilöllisen ja monimuotoisen ilmenemisen vuoksi. Useimmat meistä kykenevät sanomaan missä kipu on ja miltä se tuntuu, mutta entä sitten kun näin ei ole. Osaavatko hoitajat tunnistaa asukkaan kivun, kun asiakkaalla on kommunikoinnin haasteita?

Hyväksytyn aiheanalyysin jälkeen aloimme tehdä suunnitelmaa työlle. Suunnitelma hyväksyttiin ja tutkimuslupa haettiin opinnäytetyölle Keusotelta. Tämän jälkeen kysymyslomake jaettiin vastaajille saatekirjeineen yhteistyökumppanin toimesta. Kyselyn tulokset taulukoitiin ja analysoitiin. Lopuksi arvioimme työn toteutumisen onnistumista ja luotettavuutta.

Opinnäytetyön aihe ja sen tekeminen oli mielenkiintoista ja teoretietoa kivusta ja sen tunnistamisesta löytyi runsaasti. Kivun kirjaaminen ja kivunkoulutuksen hyödyistä tutkimuksia oli niukemmin. Olimme yhteydessä useampaan kertaan työn tilaajaan ja otimme heidän toiveensa huomioon työn suunnittelussa. Haasteita aiheutti kyselylomakkeen tulosten käsittely. Kysymysten muotoilu olisi voinut olla toisin, esimerkiksi monivalintakysymyksistä olisi voinut saada enemmän tietoa. Haimme tulosten käsittelyyn apua kirjallisuuden lisäksi menetelmätyöpajasta sekä ohjaajavalta opettajalta.

Opinnäytetyö eteni lähes suunnitellusti ja työnjako onnistui hyvin.

Opinnäytetyöseminaarissa esitettävä työ lähetettiin toimeksiantajalla arviointia varten. Palaute oli positiivista ja tilaaja voi hyödyntää työn tuloksia koulutussuunnitelmassaan ja teoretietoa voidaan hyödyntää myös perehdytyksessä ja kertauksena. Opinnäytetyöntekijöinä saimme palautetta siitä, että tilaajaa oli pidetty koko ajan tasalla opinnäytetyön etenemisessä.

Opinnäytetyöseminaarissa saimme palautetta työn selkeydestä ja helposti löydettävästä tiedosta. Opponoiija toivoi tarkennusta siihen, että ”kuka on puhumaton asukas” ja lisää tietoa kivun tunnistamisesta. Lisäksi saimme muutamia huomioita oikeinkirjoituksesta ja sisällön toistosta. Kävimme työn vielä lävitse pohtien ja korjasimme ne kohdat, jotka katsoimme tarpeellisiksi.

Valmis työ lähetetään sovitusti tilaajalle ja he voivat käyttää sen tuloksia haluamallaan tavalla. Aineistonhallintasuunnitelman mukaisesti kaikki kerätty aineisto hävitetään työn valmistuttua.

7.1 Kyselylomakkeen kehittäminen

Päädyimme tekemään lomaketutkimuksen Sahanmäen henkilökunnalle. Vastauksia toivottiin kaikilta ikääntyneiden parissa työskenteleviltä sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaisilta. Tarkennuksena vielä myöhemmin todettiin, että myös alan opiskelijoiden vastaukset ovat tervetulleita. Avoimiin kysymyksiin päädyttiin, koska uskomme, että kohderyhmä haluaa kertoa omin sanoin asiasta tai voi kokea valmiit kysymykset siten, että oikeaa kysymystä ei esitetty lainkaan ja näin tietoa jää saamatta. Strukturoiduilla kysymyksillä taas halusimme täsmällistä tietoa vastaajien mielipiteistä ja kokemuksista.

Lomake esitettiin yksikön esimiehellä ja vastaavalla sairaanhoitajalla. Heiltä saatujen palautteiden mukaan lomakkeeseen lisättiin vastausvaihtoehdolle ”en osaa sanoa” -lisätieto kohta. Lisäksi tarkennettiin kysymystä numero kuusi. Kivun tunnistamisen koulutuksesta tarkoitamaan Keusoten koulutusta. Lopulliseen lomakkeeseen tehtiin vielä kohta, että jos jotain ei osattu kysyä, niin kerro siitä tähän.

Koska tässä työssä käytettävässä kysymyslomakkeessa oli kahden tyyppisiä kysymyksiä ja ohjeistus niihin vastaamiseen annettiin kummankin vastaustyyppin alussa. Lomakkeessa käytettiin avoimia kysymyksiä sekä kyllä, ei, en osaa sanoa -vaihtoehtovastauksia.

Kysymyslomake suunniteltiin kappaleessa 5.1 käsitellyn teoreettisen taustan mukaan. Siitä pyrittiin tekemään selkeä ja helposti lähestyttävä. Lomakkeeseen tehtiin muutoksia tilaajan toiveen perusteella.

7.2 Aineiston keruu

Tutkimusmateriaali kerättiin kyselylomakkeella Hoitokoti Sahanmäen henkilökunnalta toukokuun ja heinäkuun 2024 välisenä aikana. Tutkimuslupa haettiin Keusoten ohjeistuksen mukaan. Kun tutkittavat kuuluvat yritykseen niin tutkimuslupa pitää pyytää tutkimuslupa kohdeorganisaatiolta. (Tietoarkisto 2024b.) Tutkimuslupaa haettaessa ehdotettiin Keusotelta, että kyselyssä vastaajien anonymiteetin turvaamiseksi vastaajien ikää kysytään ikäjakaumana eikä ikävuotena niin kuin alun perin suunniteltiin, tämä muutos tehtiin kyselylomakkeeseen ennen sen esitestausta.

Valmis kyselylomake (Liite 1.) saatekirjeineen (Liite 2.) lähetettiin Sahanmäen palveluasumiin toukokuussa 2024. Tällöin kesälomakausi oli jo menossa, mutta koska yksikössä on aina sama määrä työntekijöitä lomakaudesta riippumatta. Kyselylomake oli muokkautunut alkupe- räisestä erilaiseksi tulostusvaiheessa ja tämän seurauksena yksi avoinkysymys sekoittui osassa vastauslomakkeita toiseen otsakkeeseen ja vastaamiseen tarkoitettu tila jäi uupumaan ja näin ollen jäljelle jäi yksi avoinkysymys. Alustavasti aikaa vastaamiseen oli kaksi viikkoa, mutta saatujen vastausten määrä ei riittänyt saamaan tarpeeksi kattavaa ja luotettavaa lopputulosta, joten vastausaikaa jatkettiin ja lopulliset vastaukset saatiin heinäkuun puolessa välissä.

Kysely jaettiin kaikille sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöille täytettäväksi. Sahanmäessä on noin 50 työntekijää. Vastauksia tuli yhteensä 18, joista kolme hylättiin vajavaisten vastausten vuoksi, joten tutkimukseen jäi 15 vastausta analysoitavaksi. Strukturoituihin kysymyksiin oli vastattu varsin kattavasti ja tuloksia saatiin kaikista 15 hyväksytyistä lomakkeesta. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu 13 lomakkeessa, yhdestä kyselylomakkeesta vastattiin vain osittain eli analysointiin saatiin 12 avointa vastausta.

7.3 Kysymyslomakkeen kysymykset ja teoriaviitteet kysymysten taustalla

Kysymyslomakkeella kysyttiin seuraavat kysymykset. Kysymyksissä oli tosiasiakysymyksiä (aika viimeisimmästä koulutuksesta, ikä, työskentelyaika ikääntyneiden parissa) sekä arvionvaraisia tosiasiakysymyksiä (osaatko tunnistaa kipua jne.).

1. Miten tunnistat kipua, kun asukas ei osaa sitä itse sanoittaa? Kysymys pohjaa teoriaosuuteen, kivun arviointi 4.3, 4.4.
2. Onko sinulla jokin hyväksi havaittu ja omiin kokemuksiin perustuva keino tunnistaa kipua? Kysymys pohjaa lukuun 3. Kehittämistyö, pyrkimys oli saada selville mahdollista hiljaista tietoa.
3. Onko mielestäsi helppoa kuvata kipua kirjaamisessa? Kysymys pohjaa lukuun 4.7 kivun kirjaamisesta.
4. Koetko osaavasi tunnistaa puhumattoman asukkaan kivun? Kysymys pohjaa lukuun 4.6 koskien kivun kirjaamisen asenteita.
5. Kiinnitetäänkö mielestäsi yksikössäsi tarpeeksi huomiota kivunhoitoon? Kysymys kohdentaa tutkimusta Sahanmäen palvelukotiin.
6. Oletko osallistunut Keusoten järjestämään kivunhoidon koulutukseen? Kysymys kartoittaa Keusoten oman koulutuksen käytön määrää.
7. Kuinka kauan on aikaa viimeisimmästä koulutuksestasi kivun tunnistamiseen? Kysymys pohjaa koulutuksen merkitykseen luku 4.9.
8. Työura ikääntyneiden hoitotyössä
9. Ikäsi
10. Haluaisitko vielä lisätä jotain kivun tunnistamisesta, mitä emme huomanneet kysyä?

Tarkentavana tietona pyydettiin vielä lisätietoa, mikäli vastaaja koki ”en osaa sanoa” kohdan oikeaksi vaihtoehdoksi.

7.4 Aineiston analysointi

Teimme analyysit saaduilla aineistoilla suunnitelman mukaisesti. Kyselyyn vastasi 36 % (n=18) mahdollisista vastaajista (n=50). Kolme vastausta hylättiin puutteellisen täyttämisen perusteella, joten analysointiin päätyi 30 % (n=15) vastauksista. Tämän opinnäytetyön aineiston analysoinnissa käytettiin sekä määrällisiä, että laadullisia menetelmiä

7.4.1 Analyysimenetelmät

Avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisesti sisältöanalyysillä. Analysoinnissa käytettiin apuna teemoittelua. Teemoittelu on yksi sisältöanalyysin tyyppi. Teemat syntyvät analyysin tuloksena ja ne ovat aineistossa toistuvia asioita. Aineistosta nostetaan esille olennaisia asiakokonaisuuksia ja usein esiintyviä piirteitä. (Juhila 2021.) Sisällöntutkimus soveltuu hyvin

määrällisen tutkimuksen avoimien kysymysten analysoimiseen. (Elo, Kajula, Tohmola, Kääriäinen 2022, 215-216.)

Kyse teemoittelussa on, että aineistosta etsitään tutkimusongelma kannalta kaikki olennaiset aiheet eli teemat (ks. Eskola & Suoranta 2008, 174-180). Laadullisen tutkimuksen yksi analyysimenetelmistä on teemoittelu ja se on yksi sisällönanalyysin muoto (Tuomi & Sarajärvi 2018). Teemoittelussa aineistosta esille nostetaan tutkimustehtävän kannalta keskeisimmät asiakokonaisuudet ja piirteitä, jotka esiintyvät usein. Tärkeää on huomata, että teemat ovat ja syntyvät analyysin tuloksena eivätkä siten että tutkijalla on teemat ennakolta mielessään, joihin hän sitten sijoittelee aineiston palasia. Teema ovat toistuvia asioita aineistossa. Myöskään ne eivät eriydy siten, että yhdestä aineistoyksiköstä, esim. että yhdestä haastattelusta on tämä teema, ja toisesta yksiköstä toisenlainen teema. (Juhila, 2021.)

Kvantitatiivinen tutkimus eli määrällinen tutkimus on tutkimustyyppi, joka edellyttää riittävän suurta otosta. Asioita kuvataan numeeristen suureiden kautta, joita ovat lukumäärät ja prosenttiosuudet. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää eri asioiden riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia. Usein tuloksia havainnollistetaan kuvioin ja taulukoin. (Heikkilä 2014, 15.)

Tiedot syötettiin Microsoft Excel -taulukkoon siten, että jokaiselle lomakkeelle annettiin numero ja vastausvaihtoehdot numeroitiin. Näin saatiin tutkittua vastaajan iän ja työkokemuksen määrän vaikutusta hänen kokemaansa kivun tunnistamisen osaamistasoon sekä siihen, miten tunnistamisen työssään kokee. Yhdellä rivillä on yhden tutkittavan tiedot ja yhdessä sarakkeessa on kaikilta vastaajilta saatu samaa asiaa koskeva tieto. (Heikkilä 2014, 120.)

7.4.2 Kivun tunnistaminen ja kirjaaminen

Hoitajat, joilla työuraa on yli 20 vuotta ja ikää yli 50 vuotta olivat vastanneet kivun tunnistamisen keinoista laajemmin ja monipuolisemmin. Tunnusmerkkejä oli -ilmeet, eleet, poikkeava käytös, unen puute/liikaa unta, levottomuus, vetäytyminen, masennus, viha, pelko, toimintakyvyn aleneminen/muutos ja tuntoaistin muutokset.

Useimmissa vastauksessa kivun tunnistamista kuvailtiin lähestulkoon samanlailla; ilmeet, eleet ja ääntely olivat eniten mainitut. Pisimpään työskennelleet ja iältään vanhimmat hoitajat olivat avanneet vastauksiaan laajemmin.

Saatujen tulosten perusteella voidaan päätellä, että Hoivakoti Sahanmäen hoitajien mielestä kivuntunnistaminen on yksikössä riittävästi otettu huomioon ja kivun tunnistaminen on pääasiassa helppoa. Kyselylomakkeelle oli varsin suppeasti vastattu kivuntunnistamisen keinoista, mutta vastaukset olivat hyvin yksimielisiä ja vastauksissa huomattiin, että pisimpään työskennelleet ja yli 50-vuotiaitten ikäryhmässä vastaukset olivat laajempia. Kivun kirjaaminen

koettiin helpoksi, vain yksi oli vastannut, että ei koe kivun kirjaamista helpoksi. Tämä yksi vastaaja oli perustellut lisäksi, että ei osaa sanoa, onko kirjaaminen helppoa vai ei. Tämä ei sinänsä yllättänyt tuloksissa, koska katsaustutkimuksessa (Heikkilä, Peltonen, Salaterä 2016) on käynyt ilmi kivun arvioinnin ja kirjaamisen osalta, että hoitajilla saattaa olla omasta osaaamisesta epärealistinen kuva.

Kyselylomakkeiden vastauksissa ei mainittu lainkaan kipumittareita. Kipumittarin käytöstä ei kysytty kyselylomakkeen kysymyksissä erillisenä, mutta avoimissa vastauksissa olisi ollut mahdollista mainita kipumittarin käytöstä. Käypähoitosuositus (2015) suosittelee käytettäväksi muistisairaiden kivun arvioinnissa ja saattohoidossa PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia scale).

7.4.3 Kivunhoidon koulutus

Yhtenä tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa jatkokoulutuksen tarpeesta. Koulutusta kivunhoitoon oli suurin osa vastaajista saanut viimevuosien aikana, mutta kaksi vastaajaa ilmoitti, että viimeisimmästä koulutuksesta on yli kahdeksan vuotta. Tuloksista ilmeni myös, että kaikki eivät muista ovatko käyneet koulutusta tai milloin ovat sen käyneet.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (57/2024) mukaan hyvinvointialueiden on myös huolehdittava siitä, että täydennyskoulutuksen määrä on riittävä osaamistarpeiden, täydennyskoulutukselle asetettujen tavoitteiden sekä täydennyskoulutuksen laadun edellytysten varmistamiseksi.

7.5 Tulokset

Tutkimustuloksia esitellään tekstillä ja taulukoilla. Suora jakauma kertoo luokkien yleisyyden aineistossa. (Heikkilä 2014, 148.) Luokitteluasteikolla olevien muuttujien arvoista voidaan sanoa, mihin luokkaan ne kuuluvat. Niillä ei voi suorittaa laskutoimituksia eikä niitä voida laittaa järjestykseen mitattavan ominaisuuden perusteella. (Heikkilä 2014, 81.) Tässä tutkimuksessa muuttujina käytettiin strukturoituja kysymyksiä, koska vastausvaihtoehdot tiedettiin etukäteen ja niitä oli rajoitetusti (Heikkilä 2014, 49.)

Frekvenssi (=n) tarkoittaa lukumäärää. Yhtä suuret muuttujan arvot kerätään samaan luokkaan. (Heikkilä 2014, 83.)

Strukturoidut kyllä/ei/en osaa sanoa - kysymykset taulukoitiin Microsoft Exceliin ja raportoitiin niistä n-määrät, prosenttiosuudet ja frekvenssijakaumat.

Taulukko 2. ja Taulukko 3. Kysymyslomakkeen vastausmäärät kysymyksittäin on koottu alla olevaan taulukkoon. Vastausten lukumäärät (n) näkyvät omalla rivillään. Yhteensä vastauksia oli 15 eli n=15.

Taulukko 2: Kysymysten vastausmäärät ikäryhmittäin

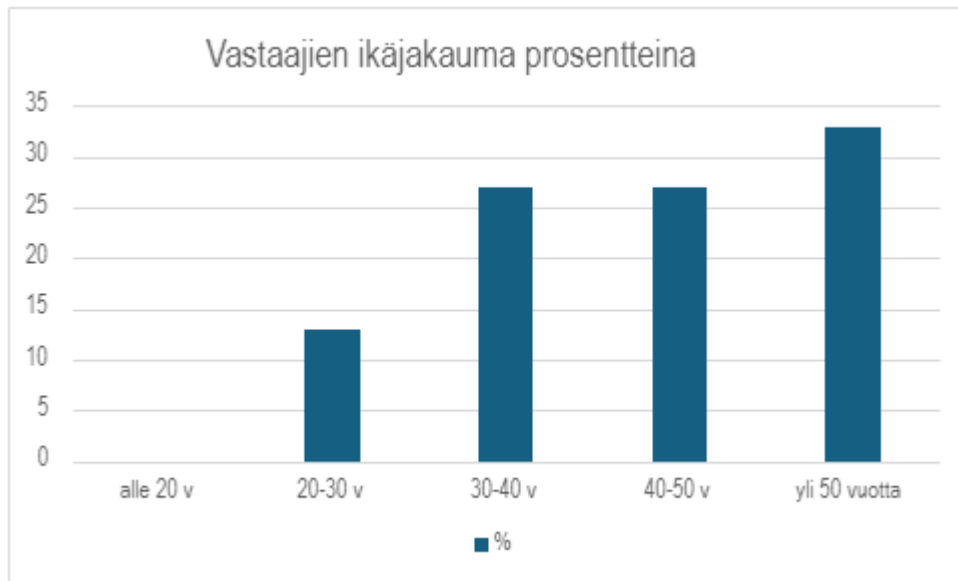
Ikä-ryhmä	Kysymysnumerot							Määrä	
	1	2	3	4	5	6	7	n	%
Alle 2 v	0	0	0	0	0	0	0	n=0	0
20-30 v	4	1	3	4	2	4	3	n=4	27
30-40 v	4	0	3	3	4	4	3	n=4	27
40-50 v	1	1	2	2	2	2	2	n=2	13
Yli 50 v	5	3	5	5	5	5	5	n=5	33

Taulukko 3: Kysymysten vastausmäärät työkokemuksen mukaan

Työvuodet	Kysymysnumerot							Määrä	
	1	2	3	4	5	6	7	n	%
Alle 1 v	0	0	0	0	0	0	0	n=0	0
1-5 v	2	1	1	2	1	2	2	n=2	13
5-10 v	4	0	3	3	2	4	3	n=4	27
10-20 v	4	1	4	4	4	4	3	n=4	27
Yli 20 v	4	3	5	5	5	5	5	n=5	33

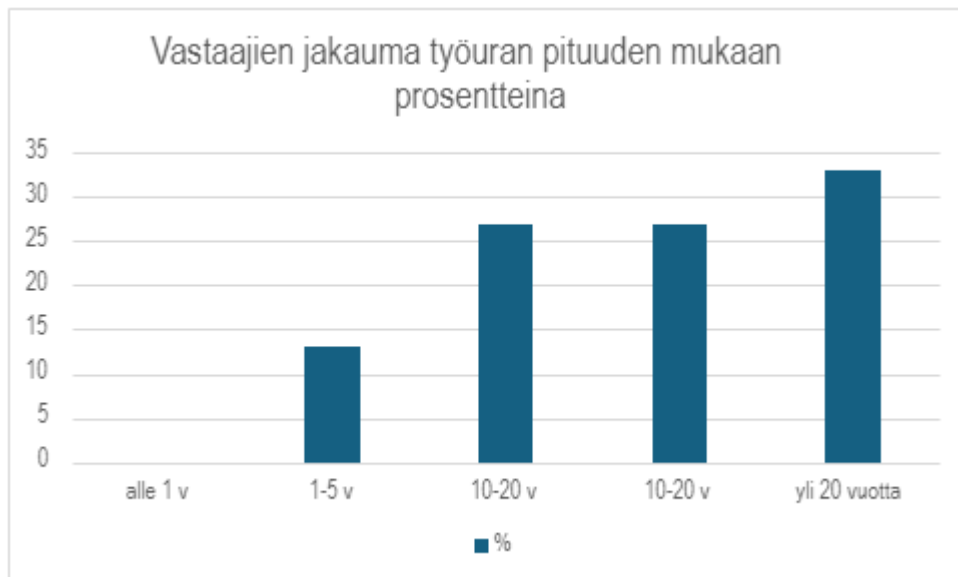
7.5.1 Vastajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 15 vastaajaa, joista suurin osa oli yli 50-vuotiaita (n=5, 33 %). Alle 20-vuotiaita ei ollut lainkaan vastaajien joukossa. Kuitenkin yhdistettynä kaksi ikäryhmää (10-30 vuotta ja 30-40 vuotta) niin 20-40-vuotiaita vastaajia oli eniten (n=8, 53 %).



Kuva 1: Vastaajien ikäjakauma prosentteina

Alle vuoden työkokemuksella ei tullut yhtään vastausta. Suurimmalla osalla vastaajista (n=5, 33 %) oli työkokemusta yli 20 vuotta. Alle viiden vuoden työkokemuksella olevat vastaajat olivat pienin ryhmä (n=2, 13 %).



Kuva 2: Vastaajien jakauma työkokemuksen mukaan prosentteina

7.5.2 Tulosten tarkastelu

Kaikki vastanneet (n=15, 100 %), riippumatta siis työkokemuksen määrästä tai vastaajan iästä, vastasivat osaavansa tunnistaa puhumattoman asukkaan kipua yhtä poikkeusta lukuun ottamatta. Tämä vastaaja oli vastannut sekä kyllä ja ei vastauksen, mutta ei ollut vastauksissaan

tarkentanut, että mitä tällä tarkoittaa. Kivun tunnistamista kuvattiin suurimmassa osassa vastauksia sekä sanallisesti, että vastaamalla suoraan kysymykseen omasta osaamisesta, että kivun tunnistaminen on helppoa. Kaksi vastaaja (n=2, 13 %) toi esille asukkaan tuntemisen ja kokemuksen tärkeyden.

” Ei pysty yleistä keinoa määrittelemään, asukkaan tuntemisesta on hyötyä ja voinnin muutosten huomaaminen ja syyn päättely”

”Ei mitään erityistä keinoa, mutta pitkän kokemuksen myötä taito kehittynyt havainnoida kipua ja voinnin muutokset”

Kaksi vastaaja (n=2, 13 %) oli vastannut kysymykseen, että hänellä on omia hyväksi havaittuja keinoja kivun tunnistamiseen. Yksi vastaaja (n=1, 7 %) ei halunnut kertoa omia keinojaan ja vastauslomakkeelle kirjoitti,

“On, se on salaisuus”.

Vastaaajien mielestä yksikössä kiinnitetään riittävästi huomiota kivun hoitoon. Vain yksi (n=1, 7 %) vastasi, että ei huomioida riittävästi. Yksi vastaaja (n=1, 7 %) oli pohtinut vastauksessaan, että mikä on riittävästi ja mikä ei ja sen vuoksi ei ollut antanut kumpaakaan vastausta. Kaksi vastaajaa (n=2, 13 %) oli jättänyt kysymykseen vastaamatta ja kaksi vastaajaa (n=2, 13 %) oli jättänyt kohdan tyhjäksi perustelematta asiaa.

Käyttäytymisessä kaksi hoitajista (n=2, 13 %) havaitsi muutoksia esimerkiksi levottomuus, aggressiivisuus sekä koskettamalla aiheutunut aristaminen. Myös asukkaan asennosta yksi hoitajista pystyi päättämään kivun tuntemuksia sekä pään nyökkäyksestä.

”aggressiivisuus ja ihotuntemusten muutos”

”käytös, koskiessa aristaa”

”kysely, koittelemine ja havainnointi”

Lähes kaikki hoitajat (n=13, 87 %) pystyivät tunnistamaan kivun asukkaan muuttuneista ilmeistä, esimerkiksi otsan rypistyminen, ilmeen kiristyminen sekä ihon hikisyys tai ihon kalpeus.

”hiki ja levottomuus”

”ilmeet, eleet, ääntely ja hengitys”

” havainnointi ja kädestä puristaminen, jos on kipuja”

Yksi hoitajista (n=1, 7 %) vastasi tunnistavansa kivun merkit mittaamalla asukkaan verenpaineen, pulssin ja lämmön. Hengityksestä ja hengityksen muuttumisesta sekä ääntelystä suurin osa hoitajista (n=13, 87 %) tunnistivat kivun ja reagoivat siihen. Myös ihotuntemusten muutos tunnistettiin hyvin ja yhdistettiin kivun lisääntymiseen. Kipulääkkeen anto tuotiin esille yhdessä (n=1, 7 %) vastauksessa.

”asento, verenpaine ja pulssi, lämpö ja joskus nyökkäys”

”Havainnointi ja kipulääkkeen etukäteen antaminen ja testaaminen mahdollisiin kipuihin”

Myös kivun kirjaaminen koettiin helpoksi, vain yksi (n=1, 67 %) oli vastannut, että ei koe kivun kirjaamista helpoksi. En osaa sanoa vastauksia oli kaksi (n=2, 13 %). Perusteluna oli mainittu seuraavat asiat.

“välillä ei löydy kuvaavia sanoja”.

“kun asukas ei itse pysty kuvailemaan kivun tunnetta, on sitä välillä vaikea sanoittaa”.

Kuusi vastaajaa (n=6, 40 %) ilmoitti osallistuneensa Keusoten järjestämään kivunhoidon koulutukseen 0-3 vuoden sisällä. Seitsemän vastaajaa (n=7, 47 %) kertoi ajan viimeisimmästä kivunhoidon koulutuksesta myös osuvan 0-3 vuoden ajalle eli vain yksi tuoreimman koulutuksen saaneista oli saanut sen muualla kuin työnantajan tarjoamana.

Kuusi vastaajaa (n=6, 40 %) ilmoitti osallistuneensa Keusoten järjestämään kivunhoidon koulutukseen 3-8 vuoden sisällä. Viisi vastaajaa (n=5, 40 %) kertoi ajan viimeisimmästä kivunhoidon koulutuksesta myös osuvan 3-8 vuoden ajalle eli kaikki olivat saaneet työnantajan järjestämän koulutuksen. Kaksi vastaajaa (n=2, 13 %) ilmoitti osallistuneensa Keusoten järjestämään kivunhoidon koulutukseen yli kahdeksan vuotta sitten. Yksi vastaaja (n=1, 7 %) kertoi, että ei muista onko käynyt Keusoten koulutusta kivunhoidosta tai koska on osallistunut viimeisimmän kerran koulutukseen.

Suurin osa vastaajista (n=12, 80 %) on osallistunut kivunhoidon koulutukseen Keusoten tarjoamana. Vain yksi (n=1, 7 %) ilmoitti saaneensa koulutuksen muualla ja yksi (n=1, 7 %) ei muista onko käynyt koulutusta lainkaan.

8 Eettisyys ja luotettavuus

Työelämälähtöisessä kehittämistyössä pitää huomioida sekä yritysmaailman että tiedemaailman eettiset säännöt. Työ tulee tehdä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti ja seurausten pitää

hyödyntää käytäntöä Kehittämistyössä mukana olevien ihmisten on tiedettävä mitä kehittäjä on tekemässä ja mikä on toiminnan kohde ja tavoitteet. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 50.)

Tieteellisen tutkimuksen on mahdollista olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä tulokset uskotavia ainoastaan, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti. Käytäntö hyvässä tieteellisessä ohjeiden soveltamisessa on tutkijayhteisön itesäätelyä, jolle rajat määrittää lainsäädäntö. Eettisyys ja luotettavuus kuuluvat erottamattomasti yhteen hyvässä tutkimuksessa. (TENK 2012; Tuomi & Sarajärvi 2002, 150).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on opetus- ja kulttuuriministeriön asettama ja se on julkaissut ohjeistukset hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vaikuttavuus ohjeissa perustuu tiedeyhteisön vapaaehtoiseen sitoutumiseen noudattaen ohjeita. Eettisten periaatteiden sekä käytänteiden rajat määrittelevät viimekädessä lainsäädäntö. Käytäntöjen toteuttamisessa vastuu on aina tutkimusryhmän vetäjällä, tutkijalla sekä tutkimusyksikön johtajalla. (TENK 2012; Tuomi & Sarajärvi 2002, 151).

Huomioon otettiin myös tutkijoiden esteettömyys tutkittavan aiheen arviointi- ja päätöksentekotilanteissa (TENK 2012). Kummallakaan meistä opinnäytetyöntekijöistä ei ole estäviä yhteyksiä tutkittavaan asiaan tai tutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon.

Huolellisuus, rehellisyys ja tarkkuus kuuluu hyviin tieteellisiin toimintatapoihin (TENK 2012). Opinnäytetyöstä tehtiin huolellinen suunnitelma ja se käytiin läpi tutkimusorganisaation edustajan sekä ohjaajan kanssa. Huomioon otettiin kyselylomakkeiden ja tulosten käsittelyssä mahdolliset tutkimuksen laatuun vaikuttaneet seikat. Suunniteltaessa tutkimusta huomioimme teorian tietoja ja viittasimme niihin, että kunnian työstään saa alkuperäinen tekijä. (Laurea 2023.) Olimme tietoisia, että työmme tarkistetaan plagioinnintarkistusohjelmalla ja työ julkaistaan (Arene 2019).

Tietosuoja huomioitiin tutkimuksessa ja etukäteen tehtiin aineistohallintasuunnitelma (Arene 2020). Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Saatekirjeessä osallistujille kerrottiin, miksi ja miten tietoja kerätään, miten tietoja käsitellään ja missä ne julkaistaan. Henkilötietoja tai muita tunnistettavia asioita ei kysytty tutkimuslomakkeessa eikä myöskään muita tarpeettomia asioita. Työhön pyydettiin tutkimuslupa hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti. (TENK 2021.)

Tutkimukseen saattoi vaikuttaa se, että tutkimus tehtiin kesälomakautena. Tutkimuskumppanin kanssa ajateltiin, että puolet vakituisesta henkilöstöstä on kesäaikaanakin paikalla, joten siksi tutkimus toteutettiin ko. ajankohtana. Myös kesäsijaisille kerrottiin, että he saavat osallistua tutkimukseen. Osassa kysymyslomakkeissa oli yksi avoin kysymys kopiointi vaiheessa siirtynyt eri kohtaan ja vastaamiseen ei lomakkeella ollut selkeää tilaa. Voi olla, että

vastaajat eivät sitä huomioineet tämän vuoksi ja vastauksia tähän tuli vain viisi kappaletta. Tämän vastausprosentti oli huomattavan pieni verrattuna muihin kysymyksiin. Kyselylomakkeen esittely henkilökohtaisesti vastaajille jäi toteutumatta, tilaajan kokiessa tämän tarpeettomaksi. Kyselylomake sovittiin esiteltäväksi esihenkilöiden toimesta viikkopalaverissa. Tilaaja huolehti myös kyselylomakkeiden jakelusta yksikössä. Tuloksia käsitellessä vastauslomakkeen kyllä/ei -vastaukset tekivät analysoinnista hankalaa ja tulokset olivat varsin samankaltaisia. Ikäjakauma ja työuranpituus korreloivat toisiaan niin hyvin, että tulokset eivät juuri poikenneet toisistaan ja näin ollen tuloksista jäi puuttumaan moniulotteisuutta.

9 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksena voitaisiin ajatella, että tutkittaisiin toiminnallisilla menetelmin hoitajien osaamistasoa, jotta saataisiin vähennettyä oman arvioinnin vaikutusta osaamiseen ja tutkittua tietoa tosiallisesta osaamisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (57/2024) mukaan hyvinvointialueiden on myös huolehdittava siitä, että täydennyskoulutuksen määrä on riittävä osaamistarpeiden, täydennyskoulutukselle asetettujen tavoitteiden sekä täydennyskoulutuksen laadun edellytysten varmistamiseksi. Mikä on riittävää koulutusta ja kuinka usein tieto pitäisi päivittää jääkin paljon työnantajan ja työntekijän vastuulle, tässä tutkimuksessa vastaajilta ei kysytty, että onko heidän saamansa koulutus riittävää työn vaativuuteen nähden ja tämä olisi varsin mielenkiintoinen asia selvittää.

Lähteet

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M. Buure, T. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. & Anttila, S. 2019. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Arene 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020. Arene.fi. Viitattu 14.4.2024. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Björkman M., Palviainen J., Laurila J., Tilvis R. 2007. Lääkärilehti 26/2007 vsk 62 s. 2547-2553. Viitattu 3.3.2024. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/iakkaiden-dementiapotilaiden-kivun-arviointi-kahden-kipumittarin-vertailu/>

Chodosh J., Ferrell B. Shekelle P., Wenger N. 2001. Quality Indicators for Assessing Care of Vulnerable Elders. *Annals of Internal Medicine*, 135:8. Viitattu 5.3.2024. Saatavissa: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-135-8_Part_2-200110161-00012

Davis ja Sristava 2003. Duodecim, vanhusten kivut, suhtautumisongelmia. Viitattu 4.4.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94056>

Finne-Soveri, Harriet 2008. Muistisairauden diagnosoiminen ja hoidon seurannan järjestäminen tärkeää. Teoksessa Sormunen, Saila ja Topo, Päivi 2008. Laadukkaat dementiapalvelut. Opas Kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälän ja salapoliisin sarkaa. Lääketietoa Fimeasta 4/2015. Viitattu 2.4.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130102/4_15%2032-35%20Vanhuksen%20pitk%C3%A4aikaisen%20kivun%20hoito.pdf?sequence=1

Finne-Soveri ja Tilvis 1998. Duodecim. vanhusten kivut, suhtautumisongelmia. Viitattu 5.3.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94056>

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 huomattavasti nopeammin kuin laitoksessa. *Lääkärilehti* 18/2018 vsk 73 s 1137 - 1142a. Viitattu 3.3.2024. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/36/78/829/sll182018-1137.pdf>

Haanpää 2018a. Kipu. Neuropaattisen kivun määritelmä ja yleisyys. Viitattu 2.3.2024. <https://www.oppiportti.fi/op/kip02621/do>

Haanpää 2018b. Kipu. Kipupotilaan kliininen tutkiminen. Viitattu 2.3.2024. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip01120/do>

Haavisto M., Kakko K., Mäkimartti P., Pikkarainen L. 2023. Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim. Printon. Tallinna.

Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin K, Graig K, Gibson S., Lukas A., Smith J. 2014. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol* 2014; 13:1216-27. Viitattu 20.3.2024. [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(14\)70103-6](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(14)70103-6)

Hagelberg N., Finne-Soveri H. 2015. Kipu iäkkäillä ja muistisairailta potilailta. Kirjassa: Saarto T., Hänninen J., Antikainen R., Vainio A., toim. Palliatiivinen hoito. Riika: Duodecim 2015:81.

Hamunen K., Karlsson H. ja Vainio A. 2018. Kipu. Luokitteluperusteista. Viitattu 7.4.2024. <https://www.oppiportti.fi/op/kip01021/do>

Hatakka H. 2022. Et-lehti. Enemmän tarinoita 2022, 2. läkkäälle palveluasuntoon pääsy on kuin lottovoitto-mutta maksut voivat viedä 85 prosenttia tuloista. Viitattu 15.8.2024. <https://www.etlehti.fi/artikkeli/raha/iakkaalle-palveluasuntoon-paasy-kuin-lottovoitto-mutta-maksut-voivat-vieda-85>

Heikkilä K., Peltonen L-M, Salanterä S. 2016. Postoperative pain documentation in a hospital setting: Scandinavian Journal of Pain 11:77-89. Viitattu 30.3.2024. <https://terveyttieteesta.blogspot.com/2016/02/parannusta-kivun-arviointiin-hoitoon-ja.html>

Heikkilä T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9.uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy

Heiskanen T., Hamunen K., Hirvonen O. 2013. Duodecim lehti 2013;129(4):385-92, Kipu palliatiivisessa hoidossa. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10822Heiskanen>

Helppu 2022. Palveluasuminen/vaihtoehdot, palvelut ja hinnat. <https://www.helppu.fi/blogi/palveluasuminen-hoitokodit-palvelut-hinnat>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hotus 2013. Hoitosuositus 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisesta kivun hoitotyö. Suosituksen kirjoittajat: Salanterä Sanna, Heikkinen Katja, Kauppila Marjo, Murtola Laura-Maria ja Siltanen Hannele. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 2.9.2024. Saatavilla <https://www.hotus.fi/hoitosuositukset/>

Hämäläinen J. 2022. Acute pain assessment and management in emergency department perceived by nurses and patients. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences No 717. Department of Nursing Science. University of Eastern Finland, Kuopio 2022. Viitattu 24.4.2024. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/28736/urn_isbn_978-952-61-4703-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

IASP 2020. International Association for the Study of Pain. Viitattu 3.4.2024. Saatavilla: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Juhila K. 2021. Analyysitavan valinta ja yleiset analyysitavat. Teemoittelu. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tietoarkisto. Viitattu 31.7.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>

Kalso E., Haanpää M., Hamunen K., Kontinen V, Vainio. A. 2018. Kipu. Duodecim. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/opk04493>

Kalso E. 2018. Kipu. läkkäiden kipu. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip04820/do>

Kaufmann L., Moeller K., Marksteiner J. 2021. Pain and Associated Neuropsychiatric Symptoms in Patients Suffering from Dementia: Challenges at Different Levels and Proposal of a Conceptual Framework. J Alzheimers Dis 2021; 83:1003-1009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8543251/>

Keusote 2024a. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen-verkkosivut. Viitattu 7.3.2024. <https://www.keusote.fi/>

Keusote 2024b. Hyvinvointialueohjelma. Viitattu 2.4.2024. <https://www.keusote.fi/ajankoh-taista/hyvinvointialueohjelma/>

Keusote 2020. Omavalvontasuunnitelma. Viitattu 4.4.2024. https://www.keusote.fi/wp-content/uploads/2021/11/Omavalvontasuunnitelma_Sahanmaki_2021-2.pdf

Kivelä S-L ja Rähä I 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Viitattu 3.3.2024.

<https://docplayer.fi/95507-lakkaiden-laakehoito-sirkka-liisa-kivela-ja-ismo-raiha.html>

KKV 2013. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. Palveluasuminen. Viitattu 5.8.2024.

<https://www.kkv.fi/kuluttaja-asiat/asuminen/palveluasuminen/>

Käypä hoito -suositus 2017. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomenlääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Sumalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 3.3.2024. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 1.4.2024.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 28.6.1994/559. Finlex. Viitattu 1.4.2024.

<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laurea 2023. Lähdeviitteiden ja lähteiden merkintätavat Laurea-ammattikorkeakoulussa. Viitattu 4.4.2024. <https://www.laurea.fi/globalassets/koulutus/lahdeviitteet-ja-lahteiden-merkintseminen-laureassa.pdf>

Löppönen M. 2023. Kipu ja muistisairaus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Viitattu

6.4.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nix03280>

Ojala H. 2020. Ammattilaisen kipukirja. Mitä kipu on - kivun yleisyydestä ja määritelmästä. Muut kirjoittajat Luomajoki H., Koho P., Ojala T., Röning T., Takatalo J., Tarnanen S., Holopainen R., Mikkonen J., Ekström K., Kouri J. VK-kustannus Oy [2020] 1. painos. Saatavilla: Laurea verkkokirjasto.

Ojasalo K., Moilanen T., Ritalahti J. 2015. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 2.-4. painos 2015. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Pautex S., Herrmann F., Le Lous P., Fabjan M., Michel J-P., Gold G. 2005. Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *Journal Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60:524-9. Viitattu 7.4.2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15933396/>

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1.Painos. WSOY. Helsinki.

Scandinavian Journal of Pain 2016 77-89. Postoperative pain documentation in a hospital setting: Atropical review. Viitattu 20.3.2024. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877886015001512>

Skhole 2023. Hoitotyön kirjaaminen - hoitajan oikeus ja velvollisuus. Viitattu 4.4.2024.

<https://www.skhole.fi/blogi/hoitotyon-kirjaaminen-hoitajan-oikeus-ja-velvollisuus>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 57/2024. Finlex. Viitattu 2.9.2024. <https://finlex.fi/fi/laki/akup/2024/20240057>

STM 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hyvinvointialueet. Verkkosivut. Viitattu 7.3.2024.

<https://stm.fi/hyvinvointialueet>

TENK 2021. Tutkimuseettinen neuvottelukunta -verkkosivut. Viitattu 14.4.2024.

<https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

TENK 2012. Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK HTK_ohje_2012.pdf (tenk.fi). Viitattu 14.4.2024. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

THL 2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla, kirjaaminen 2023. Viitattu 2.4.2024. <https://thl.fi/aiheet/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>

Tietoarkisto 2024. Kyselylomakkeen laatiminen. Tampereen yliopisto. Viitattu 4.4.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/kyselylomake/laatiminen/>

Tietoarkisto 2024b. Tutkimuslupa, suostumus, informointi ja tietosuoja. Viitattu 4.4.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimuslupa-suostumus-informointi-ja-tietosuoja/>

Tietoarkisto 2024c. Aineistonhallinnan suunnittelu. Viitattu 4.4.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/aineistonhallinnan-suunnittelu/>

Tilvis R. 2004. Vanhusten kivut. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2004;120(2):223-227. Viitattu 23.3.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94056>

Toikka T. 2020. Keusote Hoivakoti Sahanmäki, sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelma, 2020,5, 3(20). Viitattu 4.4.2024. https://www.keusote.fi/wp-content/uploads/2021/11/Omavalvontasuunnitelma_Sahanmaki_2021-2.pdf

Toikko T. ja Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere 2009. Viitattu 15.4.2024. Saatavilla: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. 2.painos. Tammi: Helsinki

Vainio 2018. Kipu. Kipu ja kärsimys. Viitattu 16.4.2024. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/kip00120/do>

Valtioneuvosto 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö tiedote 5.10.2024. Viitattu 2.9.2024. <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/uusi-asetus-sote-henkiloston-taydennyskoulutuksesta-nyt-lausunnolla>

Warden V, Hurley AC, Volicer L. 2003. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc 2003; 4:9-15. Viitattu 4.4.2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807591/>

Williams, A.C. and K.D. Craig 2016. Updating the definition of pain. Pain 2016. 157(11): p. 2420-2423. Viitattu 30.3.2024. https://journals.lww.com/pain/citation/2016/11000/updating_the_definition_of_pain.6.aspx

Kuvat

Kuva 1: Vastaaajien ikäjakauma prosentteina 27

Kuva 2: Vastaaajien jakauma työkokemuksen mukaan prosentteina 27

Taulukot

Taulukko 1: Kivun ilmentyminen ikääntyneillä 14

Taulukko 2: Kysymysten vastausmäärät ikäryhmittäin 26

Taulukko 3: Kysymysten vastausmäärät työkokemuksen mukaan 26

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake	38
Liite 2: Saatekirje	39

Liite 1: Kyselylomake

Vastaa seuraaviin kysymyksiin vapaamuotoisesti, voit jatkaa vastauksia tarvittaessa lomakkeen taustapuolelle

1. Miten tunnistat kipua, kun asukas ei osaa sitä itse sanoittaa

2. Onko sinulla jokin hyväksi havaittu ja omiin kokemuksiin perustuva keino tunnistaa kipua?

Valitse seuraavista kysymyksistä parhaiten sopiva vaihtoehto rastittamalla.

	Ei	Kyllä	En osaa sanoa
3. Onko mielestäsi helppoa kuvata kipua kirjaamisessa?			
4. Koetko osaavasi tunnistaa puhumattoman asukkaan kivun?			
5. Kiinnitetäänkö mielestäsi yksikössäsi tarpeeksi huomiota kivunhoitoon?			
6. Oletko osallistunut Keusoten järjestämään kivunhoidon koulutukseen?			

Jos vastasit johonkin kohtaan ”En osaa sanoa” kerro alle, miksi päädyit tähän vaihtoehtoon.

7. Kuinka kauan on aikaa viimeisimmästä koulutuksestasi kivun tunnistamiseen?	0-3 v	3-8 v	yli 8 v
---	-------	-------	---------

8. Työurasi ikääntyneiden hoitotyössä	alle 1 v	1-5 v	5-10 v	10-20 v	yli 20 v
9. Ikäsi	alle 20 v	20-30 v	30-40 v	40-50 v	yli 50 v

Haluaisitko vielä lisätä jotain kivun tunnistamisesta, mitä emme huomanneet kysyä? Vastaa alle vapaamuotoisesti.

Liite 2: Saatekirje

Arvoisa Hoivakoti Sahanmäen sosiaali- ja terveystieteiden ammattilainen,

opiskelemme sairaanhoitajiksi Hyvinkään Laurea ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyön yhteistyössä työnantajanne kanssa.

Opinnäytetyön aihe käsittelee ikääntyneen asukkaan kivun tunnistamista, kun hänellä on haasteita ilmaista kipuaan.

Opinnäytetyössä tavoitteena on selvittää ammattilaisten kokemuksia ja valmiuksia kivun tunnistamisessa. Tutkimuksen perusteella voidaan miettiä koulutuksen tarvetta kivun tunnistamiseen ikääntyneillä asukkailla, joilla on haasteita kivun ilmaisemisessa. Tutkimuslupa työhön on saatu Keusotelta.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista, mutta erittäin tärkeää työn luotettavuuden ja onnistumisen kannalta.

Vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä lomakkeissa kysytä tietoja, joista henkilöllisyys olisi tunnistettavissa.

Aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyö julkaistaan sen valmistuttua tänä vuonna ja on kaikkien luettavissa Theseus- tietokannassa.

Toivomme, että vastaat kyselyyn 16.6 mennessä.

Kiitos yhteistyöstä. Vastaukset palautetaan esihenkilön postilaatikkoon. Mikäli sinulla on jokin kysyttävää, vastaamme mielellämme. Yhteystietomme löytyvät kirjeen alareunasta.

Ystävällisin terveisin,

Eija Peltola ja Marjut Räikkönen

Laurea Hyvinkää

eija.peltola@student.laurea.fi

meeri.raikkonen@student.laurea.fi