

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2010

Sanna Sainkangas & Soile Savolainen

IKÄÄNTYNEIDEN POTILAIEN KIVUNHOIDON HAASTEET



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sanna Sainkangas & Soile Savolainen

IKÄÄNTYNEIDEN POTILAIEN KIVUNHOIDON HAASTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden kivunhoitoon liittyviä haasteita ja kehittämiskohteita. Lisäksi selvitettiin kuinka hoitohenkilökunnan mielestä voisi vaikuttaa ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon haasteisiin. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteleamalla hoitohenkilökuntaa (n=10) Turun sosiaali- ja terveystoimen alaisissa yksiköissä. Sairaanhoitajien ja lähi- ja perushoitajien lisäksi haastateltiin kahta fysioterapeuttia, jotta saatiin tutkimukseen moniammatillista näkökulmaa. Tutkimus toteutettiin syksyn 2010 aikana. Tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus-hanketta. Hanke toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveysala-tulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Tutkimuksessa ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon haasteiksi nousivat kommunikointikyvyltään rajoittuneiden ikääntyneiden kivun havaitsemisen sekä mittaamisen haasteellisuus, ikääntyneiden monisairastavuus sekä elimistössä tapahtuvat muutokset ja ikääntyneiden potilaiden sekä hoitohenkilökunnan asenteet. Kivunhoidon haasteisiin vaikuttamismahdollisuuksista keskeisinä esiin nousivat keskusteleminen, kipumittarin käyttö kivun arvioinnissa, kivunhoitokeinoista lääkkeellinen ja lääkkeetön kivunhoito, hoitajan taidot ja valmiudet sekä suhtautuminen kivunhoitoon.

Moniammatillisuuden merkitys tuli tutkimuksen eri osa-alueissa vahvasti esille. Kivunhoidon kehittämiskohteista esiin nousivat, että pitäisi olla enemmän nimenomaan kipuun liittyvää keskustelua ja koulutusta sekä potilaan kivun arvioinnissa olisi hyvä olla käytössä jokin yhteinen toimintatapa.

ASIASANAT:

hoitajat, ikääntyneet, kivunhoidon haasteet, kivunhoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

November 2010 | 43+2 appendices

Sanna Sainkangas & Soile Savolainen

THE CHALLENGES OF PAIN MANAGEMENT OF THE ELDERLY PATIENTS

The aim of this thesis was to find pain management challenges of elderly patients and search how the healthcare staff can affect the challenges when they are working in the units. The thesis includes suggestions how to develop the pain management of the elderly people.

The thesis was made during autumn 2010. The data of the thesis were collected by interviewing the healthcare staff (n=10) in the units of Turku municipal health and social services. The healthcare professions included were nurses and physiotherapists. Physiotherapists bring multi-professional aspect to the subject. The material which was collected by interviewing was categorized through content analysis.

This thesis is part of Patient education in pain management-project in Turku University of Applied Sciences. This project is conducted at Turku University of Applied Sciences, the Faculty of Health Care, and Department of Health Care and Social Services of The City of Turku.

The role of multi-professional co-operation is important in units taking care of elderly patients. The main challenges are pain measurement, attitudes of healthcare staff and elderly patients. Elderly patients have many diseases and the body goes through many changes when a person gets older, which is a challenge to pain management. The discussion related to pain and pain measurement tools are important. Pain medication and non-medical pain treatment are ways to affect these challenges. The skills and attitude of the healthcare staff have an important role in pain management.

KEYWORDS:

elderly, nurses, pain management, pain treatment

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYNEIDEN POTILAIDEN KIVUNHOITO	8
2.1 Ikääntynyt potilas	8
2.2 Kipu	8
2.2.1 Kivun syntymekanismit	9
2.2.2 Akuutti ja krooninen kipu	10
2.3 Kivun arviointi ja tunnistaminen	11
2.4 Kivunhoitomuodot	12
2.4.1 Lääkkeellinen kivunhoito	13
2.4.2 Lääkkeetön kivunhoito	15
2.5 Moniammatillisuus ja yhteistyö kivunhoidossa	16
2.6 Kivunhoitoon liittyvät asenteet	17
2.7 Hoitajien valmiudet ikääntyneiden kivunhoidossa	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTONKERUU	20
5 TUTKIMUSTULOKSET	23
5.1 Kivunhoidon haasteet hoitotyössä	23
5.1.1 Potilaan useat sairaudet	23
5.1.2 Potilaan kommunikointivaikeudet	23
5.1.3 Kivun mittaamisen haastavuus	24
5.1.4 Kipulääkityksen haastavuus	24
5.1.5 Ikääntyneiden asenteet	24
5.1.6 Hoitohenkilökunnan asenteet	25
5.2 Kivunhoidon haasteisiin vaikuttaminen hoitotyössä	26
5.2.1 Kivunhoidosta keskusteleminen	26
5.2.2 Moniammatillisuus ikääntyneen potilaan kivunhoidossa	27
5.2.3 Kipumittarin käyttäminen	28
5.2.4 Kivunhoitokeinot	29

5.2.5 Hoitohenkilökunnan taidot ja valmiudet	30
5.2.6 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen kivunhoitoon	30
5.2.7 Kivunhoidon kirjaaminen	31
5.3 Ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon kehittäminen	32
5.3.1 Keskustelu	32
5.3.2 Koulutus ja tutkimustieto	32
5.3.3 Säännöllinen potilaan kivun arviointi	33
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	33
6.1 Eettisyys	33
6.2 Luotettavuus	34
7 POHDINTA	37
LÄHTEET	42
LIITTEET	
Liite 1 Haastattelurunko	
Liite 2 Esimerkki haastatteluaineiston luokittelusta	

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden osuus Suomen väestörakenteessa on suuri. Osa ikääntyneistä asuu laitoksissa, joten ikääntyneiden potilaiden laadukkaan kivunhoidon turvaamiseksi tarvitaan lisää tutkimustietoa siitä kuinka kivunhoitoa tulisi toteuttaa ja mitä siinä tulisi kehittää. Ikääntyneillä voi olla monia kroonisia sairauksia sekä niistä johtuen monia lääkkeitä käytössä. Ikääntyneillä on kuitenkin huonompi lääkkeiden sietokyky kuin nuoremmilla. Sairauksiin liittyy usein kipua, joten siitä johtuen kipua lisääntyy iän myötä. Ikääntyneellä saattaa olla jokin sairaus, joka vaikeuttaa kivun ilmaistua heitä hoitaville. Näistä seikoista johtuen ikääntyneiden kivunhoito on haasteellista. (Kalso 2009, 470.)

Ikääntyneiden potilaiden kivunhoitoa on oleellista tutkia, sillä aikaisempi tutkimustieto liittyen ikääntyneiden kipuun on vähäistä. Pääosin ikääntyneiden kipuun liittyviä tutkimuksia on toteutettu muualla kuin Suomessa. Koska aiemmat tutkimukset on tehty muissa maissa, niin jotkin tuloksista eivät päde Suomessa. Esimerkiksi tutkimuksiin, jotka tuovat ilmi joitain hoitajien koulutukseen liittyviä asioita, tulee suhtautua kriittisesti. Koulutuksen sisältö voi vaihdella voimakkaasti eri maiden välillä.

Aiemmat kivunhoitoon liittyvät tutkimukset koskevat suurelta osin vain muita ikäryhmiä kuin ikääntyneitä. Lisäksi kipua on tutkittu potilaan näkökulmasta erilaisissa yksittäisissä sairauksissa ja liittyen esimerkiksi lääkehoidon toteuttamiseen leikkauksiin liittyen. Hoitotiede-lehdessä ei ole ilmestynyt ikääntyneiden kivunhoitoon liittyviä tutkimusartikkeleita viimeisen vuosikymmenen kuluessa yhtäkään. Tutkiva Hoitotyö-lehdessä on ollut vain yksi artikkeli koskien ikääntyneiden kivunhoitoa. Artikkelin on vuodelta 2005 ja käsittelee pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden kivunhoidon kirjaamista.

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on kartoittaa ikääntyneiden potilaiden kivunhoitoon liittyviä haasteita. Näitä haasteita selvitetään haastattelemalla hoitohenkilökuntaa (n=10): sairaanhoitajia (n=4), lähi-/perushoitajia (n=4) sekä fysioterapeutteja (n=2). Tutkimuksessa selvitetään myös hoitohenkilökunnan mielipiteitä siitä, miten ilmenneisiin kivunhoidon haasteisiin heidän mielestään

voitaisiin vaikuttaa hoitotyössä. Haasteet ovat kivunhoitoa vaikeuttavia asioita tai ongelmia kivunhoidon toteuttamisessa.

Moniammatillisuus korostuu osana kivunhoidon toteuttamista voimakkaasti. Erityisesti kivun ollessa kroonista on kannattavaa hyödyntää hoidon osana moniammatillisuutta. Ammattiryhmien yhdistäessä voimavaransa ja tietonsa, voidaan osaamista käyttää potilaan parhaaksi, sillä yksittäinen ammattiryhmä ei kykene hoitamaan kipupotilasta kokonaisvaltaisesti. (Pohjolainen 2009, 259.) Ottamalla haastatteluihin mukaan myös fysioterapeutteja saatiin moniammatillista näkökulmaa aiheeseen tämän tutkimuksen osalta.

Tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaushanketta. Hanke toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveystulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

2 IKÄÄNTYNEIDEN POTILAIEN KIVUNHOITO

2.1 Ikäännytynyt potilas

Ikäänntyneen potilaan käsite voidaan määritellä vanhetessa tapahtuvien muutoksien kautta. Ikäänntyneen potilaan elimistön toiminta muuttuu ja jotkin toiminnoista saattavat heikentyä. Muutoksia tapahtuu erityisesti aistitoiminnoissa, esimerkiksi kuulo- ja näköaistin osalta. Päivittäiset toiminnot hankaloituvat usein 75–80-vuotiaana. (Eloranta & Punkanen 2008, 30-31.)

Kehossa tapahtuvat muutokset ovat yksilöllisiä, joskin korkealla ammattiasemalla ja pitkällä koulutuksella on osaltaan vaikutusta sekä sosiaalisen että psyykkisen toimintakyvyn säilymiseen pidempään parempana. Yksilön elintavoilla on myös suuresti vaikutusta toimintakykyyn. (Eloranta & Punkanen 2008, 30-31.)

Lisäksi ikäänntyessä tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat osaltaan lääkkeiden metaboliaan elimistössä. Lääkkeet jakautuvat eri tavalla kuin nuoremmilla, koska muutoksia tapahtuu muun muassa verenkierrossa, valkuaisaineiden sitoutumisessa ja kehon koostumuksessa. (Gloth 2001, 188; Horgas 2003, 163.) Ikäänntyneillä mahalaukun ja suoliston limakalvot ovat hauraat. Munuaisten toiminta on heikentynyt iän ja mahdollisten sairauksien aiheuttaman rappeuman vuoksi. (Finne-Soveri & Noro 2005, 29.) Tästä johtuen lääkkeet aiheuttavat ikäänntyneille usein haittavaikutuksia. Ikäänntyneillä on usein monia lääkkeitä käytössä, joten yhteisvaikutukset on otettava huomioon kipulääkityksen valinnassa.

Ikäänntyneellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yli 65-vuotiasta henkilöä. Ikäänntyneen raja määritellään tässä tutkimuksessa iän mukaan, toinen tapa määritellä ikäännytynyt on tarkastella kehossa tapahtuvia muutoksia.

2.2 Kipu

Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen määrittelyn mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen eli tuntoaistiin perustuva tai emotionaalinen eli tunneperäinen kokemus ja siihen liittyy mahdollinen tai selvä kudonsvaurio (Sailo

2000, 30). Ikääntyneillä kivun taustalla voivat olla elimelliset syyt tai tunnekokemus, joka tulkitaan ja tunnetaan kipuna. Kivun taustalla voi olla lääkkeiden haittavaikutus. (Haukka ym. 2006, 108.) Kivut voivat johtua myös päivittäisistä hoitotoiminnoista, kuten haavanhoidosta tai asennon vaihdosta (Kankkunen ym. 2005, 32).

lääkäiden potilaiden kipu johtuu usein jostakin kroonisesta sairaudesta. Haastetta tuokin se, että iäkkäillä on usein monia sairauksia, jotka voivat aiheuttaa kipua, jolloin on hankala määrittää yksittäinen kipua aiheuttava tekijä. (McClougherty 2002, 58; Higgins ym. 2004, 169; Finne-Soveri & Noro 2005, 27.)

2.2.1 Kivun syntymekanismit

Kipu luokitellaan syntyvän mukaan nosiseptiiviseen, neuropaattiseen, neurogeeniseen sekä idiopaattiseen kipuun (Haukka ym. 2006, 108). Kivun syy määrittelee kivun ilmenemisen ominaispiirteet, joten on tärkeä tunnistaa, kuinka kipu kulloinkin muodostuu.

Nosiseptiivinen kipu on kudonsvauriosta tai uhkaavasta kudonsvauriosta syntyvää. Ihmisen elimistössä olevat kipureseptorit eli nosiseptorit reagoivat mekaaniseen, kemialliseen sekä lämpö- ja kylmä-ärsytykseen, jotka aiheuttavat kudostuhoa. Nosiseptiivista kipua koetaan esimerkiksi tulehduksissa, luuston ja lihasten kudosten jouduttua venytyksen tai paineen kohteeksi sekä kudosiskemiassa. (Haukka ym. 2006, 108-109.)

Neuropaattinen kipu johtuu hermovauriosta, jonka syy voi olla ääreishermostossa tai keskushermostossa. Tällöin hermosolut reagoivat ärsykkeisiin, jotka eivät yleensä tuota kipua. Kipu tuntuu epätyypillisinä kiputuntemuksina, pistelynä, puutumisenä tai tuntopuutoksina. (Haukka ym. 2006, 108-110.)

Neurogeeninen kipu on hermokipua, joka on nosiseptiivisen ja neuropaattisen kivun välimuoto. Neurogeenisessä kivussa vauriota ei ole itse hermossa, vaan

hermo on puristuksissa jostain syystä ja kipu loppuu hermoon kohdistuvan paineen hellittäessä. (Haukka ym. 2006, 110.)

Idiopaattisessa kivussa ei pystytä toteamaan kipua aiheuttavaa kudosis- tai hermovauriota (Haukka ym. 2006, 110). Kipuun ei ole havaittavissa olevaa, konkreettista aiheuttajaa.

2.2.2 Akuutti ja krooninen kipu

Kipu jaetaan keston mukaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutin ja kroonisen kivun luonteet ovat erilaisia. Siksi onkin tärkeää tunnistaa, milloin kipu muuttuu pitkittyneeksi ja sitä kautta mahdollisesti krooniseksi.

Akuutti kipu alkaa äkillisesti vauriosta, vammasta, voimakkaasta ulkoisesta ärsykkeestä tai elinten toimintahäiriöstä johtuen. Se varoittaa kehoa uhkaavasta vaarasta ja sillä on elimistöä suojaava merkitys. Akuutti kipu saa aikaan toiminnan, jolla pyritään ehkäisemään kudosisvaurion synty tai eteneminen. Tällaista toimintaa on väistöheijaste, jolloin uhkaavasta ärsykkeestä vetäydytään nopeasti. Kudosisvaurion etenemistä hidastavaa toimintaa on, kun kivusta johtuen vaurioituneen kohdan liikuttamista pyritään välttämään ja näin sen annetaan parantua rauhassa. (Kalso 2009, 104-106.)

Akuutin kivun johdosta hakeudutaan hoitoon. Akuutille kivulle on yleensä selvä hoidettavissa oleva syy ja sitä voidaan hoitaa tehokkaasti. (Kalso 2009, 104-106.) Akuutti kipu ilmenee toimenpiteen jälkeisenä kipuna tai suoritettujen leikkauksen jälkeen. Postoperatiivinen kivunhoito on tällöin oleellista. (Hagelberg ym. 2006, 199.) Akuutin kivun riittävällä ja ajoissa aloitetulla hoidolla voidaan ehkäistä kivun kroonistuminen (Sailo 2000, 34). Akuutti kipu onkin odottamatonta ja siihen tulee reagoida, jotta vältetään kiputilan paheneminen.

Kipu katsotaan krooniseksi sen kestäessä yli 3-6 kuukautta. Krooninen kipu voidaan määritellä myös niin, että kipu jatkuu, vaikka vaurioitunut kudos on jo parantunut. (Kalso 2009, 106.) Krooninen kipu voi olla jatkuvan kivun sijasta myös ajoittaista, mutta kuitenkin toistuvaa (Sailo 2000, 35). Kroonisessa kivussa esimerkiksi kipuhermojärjestelmä on vaurioitunut, jolloin se toimii

poikkeavasti. Kipua voi silloin syntyä esimerkiksi kosketuksesta, joka ei normaalisti tuota kipua. Joskus kudus- tai hermovaurio johtaa krooniseen kipuun, jonka syntymiseen vaikuttavat vaurion ja siitä aiheutuneen tulehdusreaktion suuruus, kivun voimakkuus akuutissa vaiheessa sekä psyykkiset tekijät. Ilmeisesti kivun kroonistumiseen vaikuttavat yksilölliset erot kipua välittävissä järjestelmissä. Joskus myös krooninen kipu voi varoittaa vaarasta, esimerkiksi reuman yhteydessä. (Kalso 2009, 106-107.)

Usein kroonisen kivun syynä voi olla tuki- ja liikuntaelimestön sekä verenkiertoelimestön rappeutuminen, jotka liittyvät vanhenemiseen. Kroonista kipua voivat ylläpitää muun muassa aviopuolison tai sosiaalisen aseman menetys, masennus tai muut sairaudet. Kipuna saattavat ilmetä sosiaalinen eristäytyminen ja yksinäisyys, jolloin kontaktia muihin ihmisiin haetaan kivun avulla. (Kalso 2009, 472.)

2.3 Kivun arviointi ja tunnistaminen

Jos ikääntynyt pystyy kirjoittamaan tai käyttämään kipumittareita voidaan niiden avulla arvioida iäkkään kipua (McClougherty 2002, 58). Ikääntyneille kipumittarit voivat kuitenkin usein olla liian vaikeita käyttää (Cowan ym. 2002, 294). Usein potilaat eivät osaa tarkasti määritellä kokemansa kivun voimakkuutta (Pitkälä ym. 2002, 1863). Siten vaikka kipumittari olisikin käytössä, iäkkään potilaan saattaa olla hankalaa sijoittaa kipu tietylle välille kipumittarin asteikossa.

Kivun arvioimisen apuna voi hyödyntää kivusta keskustelua potilaan kanssa. Keskustellessa haasteena saattaa olla, että ikääntyneet ja hoitajat puhuvat eri sanoin kivusta, tällöin kivun tunnistaminen vaikeutuu. Iäkäs ihminen voi myös kuvailla kipua esimerkiksi epä mukavana olona. (Horgas 2003, 162.) Hoitajan kysyessä onko kipuja, ikääntynyt voi vastata, ettei ole, mutta kysyttäessä jonkin paikan arkuudesta, vastaus saattaakin olla myöntävä. Ikääntyneet tarvitsevat aikaa vastaamiseen; sekä kysymyksen ymmärtämiseen että vastauksen muodostamiseen. (Closs 2005, 41.) Kivuliaalla ikääntyneellä itsellään voi olla hankaluuksia kuvailla kipuaan tarkasti. Tällöin on panostettava siihen, että tarjotaan välineitä, joilla kipukokemuksen kuvailu ja määrittely helpottuvat,

esimerkiksi kirjoittaminen. Keskustelun tukena voi käyttää muita menetelmiä, kuten kipumittareita, jotka voi liittää luontevasti keskustelutilanteeseen.

Kivun hoidon haasteena on, miten kipua arvioidaan kommunikointikyvyiltään rajoittuneiden ikääntyneiden kohdalla (McClagherty 2002, 58; Blomqvist 2003; Yonan & Wegener 2003, 7). Kommunikointikykyä voi osaltaan rajoittaa kognitiivisten taitojen heikkeneminen. Kognitiivisilta kyvyiltään heikoimmat ikääntyneet eivät kykene muistamaan ja raportoimaan kivuistaan (Horgas 2003, 162).

Vaikeammassa kognitiivisissa häiriöissä, joissa kipumittarien käyttö ei onnistu, arvioidaan kipua ikääntyneen potilaan käytöksestä (Yonan & Wegener 2003, 7). Ikääntyneen käyttäytymisestä voidaan havainnoida kiputuntemuksia; kasvojen ilmeitä, levottomuutta, hampaiden kirskutusta tai ääntelyä (Closs 2005, 42; Finne-Soveri & Noro 2005, 28). Näiden lisäksi huomioidaan, yrittääkö ikääntynyt hallita kipuaan tietyin asennoin tai liikkein. Tarkkaillaan helpottavatko kipua tietyt asennot, hoidot tai lääkkeet tai lisääkö jokin asia mahdollisesti kipua. (Haukka ym. 2006, 112.)

Ikääntyneen potilaan kanssa toimiessa muodostuu haasteeksi kivunhoidon tarpeen havaitseminen ja oikeanlaisten kivunhallintakeinojen valitseminen (Horgas 2003, 164). Kivun syyn ja vaikeusasteen selvittämisen tulee lähteä ikääntyneen omista kuvauksista sekä kipukäyttäytymisen havainnoinnista. Hoitohenkilökunnan tulee aktiivisesti havainnoida potilaiden toimintaa, jotta poikkeavan käyttäytymiseen voidaan reagoida ja ryhtyä selvittämään käyttäytymisen taustalla olevia syitä.

2.4 Kivunhoitomuodot

Kivunhoidossa pyritään mahdollisuuksien mukaan poistamaan kivun syy ja estämään kivun kroonistuminen, joten kivun aiheuttaja tulisi aina selvittää. Kivun syyn lisäksi tulee huomioida kivun vaikeusaste sekä ikääntyneen potilaan sairaudet kokonaisuudessaan. (Haukka ym. 2006, 112-113.)

Liian vähäisellä kivunhoidolla on vaikutusta yksilön toimintakykyyn ja se heikentää elämänlaatua (Finne-Soveri 2008, 190; Pitkälä ym. 2002, 1862). Yksi akuutin kivun aiheuttamista ongelmista on se, että se voi johtaa kivun kroonistumiseen. Tämä voidaan yrittää välttää akuutin kivun tehokkaalla hoidolla. (Sailo 2000, 34.) Kipu vähentää sosiaalista aktiivisuutta ja lisää terveydenhuoltopalveluiden tarvetta sekä aiheuttaa sen, että ikääntynyt välttää kipuja aiheuttavaa toimintaa. Näin liikkuminen vähentyy ja sen myötä ikääntyneen liikuntakyky heikkenee. (Finne-Soveri 2008, 194.) Krooninen kipu kytkeytyy usein myös unettomuuteen ja masentuneisuuteen. Unettomuus voi vaikuttaa kiputilaan sitä vaikeuttaen, väsyneisyys, joka unettomuudesta seuraa saa kivun tuntumaan voimakkaammalta. (Elomaa & Estlander 2009, 112-113.)

Kivut vaikuttavat myös kuntoutuksen viivästymiseen sekä näkyvät ikääntyneen aliravitsemuksena ja käyttäytymisen häiriöinä (Horgas 2003, 162). Kuntoutumisen viivästyminen näkyy arkipäivän hoitotyössä ja pitkittää ikääntyneen potilaan toipumista ja siirtymistä sairaalahoidosta kotiin tai jatkohoitopaikkaan.

2.4.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Usein kipulääkkeitä määrätään ikääntyneille selvittämättä kivun syytä, tällöin on kyse oireenmukaisesta lääkityksestä. Oireita hoidetaan syytä selvittämättä. (Kivelä 2004, 11; Hartikainen ym. 2005, 1295.) Ikääntyneillä kivun lääkehoito tulee aloittaa pienellä annoksella. Annosta lisätään vasteen mukaan, jonka selvittäminen toistuvasti on tärkeä asia ikääntyneen potilaan hyvässä kivunhoidossa. Ikääntyneiden lääkehoidon valintaan vaikuttavat usein heillä helpommin ilmenevät sivuvaikutukset, joiden vuoksi kipulääkettä voidaan joutua vaihtamaan tai annosta pienentämään. (Finne-Soveri 2008, 203.)

Usein ikääntyneet käyttävät kipulääkkeitä liian vähän, koska heillä on liioiteltuja pelkoja niiden aiheuttamista haittavaikutuksista ja riippuvuuden kehittymisestä. Ikääntyneiden tieto kipulääkkeistä on usein puutteellista ja virheellistä. (Cowan ym. 2002, 294; Pitkälä ym. 2002, 1863; Yonan & Wegener 2003, 6.) Turvallisin ja ensisijainen ikääntyneiden kipulääke on parasetamoli. Se vähentää kipua ja

kuumetta, mutta ei vaikuta tulehdukseen. Parasetamoli ei ärsytä vatsan limakalvoja, mutta suurina annoksina pitkään käytettäessä se voi aiheuttaa maksavaurioita. (Aaltonen 2000, 207-208; Haukka ym. 2006, 113.)

Tulehduskipulääkkeet lievittävät kivun ja kuumeen lisäksi tulehdusta sekä laskevat turvotusta. Niitä käytetäänkin esimerkiksi lihas- ja nivelkipuihin. (Haukka ym. 2006, 113.) Ikääntyneillä potilailla tulehduskipulääkkeiden haittavaikutusten riski on suurempi kuin nuoremmilla henkilöillä (Kalso 2009, 473). Haittavaikutuksina voi ilmetä mahaärsytystä ja mahasuolikanavan verenvuotoja (Haukka ym. 2005, 113). Usein mahasuolikanavan verenvuodot ovat ikääntyneillä kivuttomia, joten niitä ei välttämättä huomata heti. Haittavaikutuksena voi aiheutua nesteen kertymistä elimistöön, jonka mahdollisuutta lisää sydämen ja munuaisten vajaatoiminta. (Kalso 2009, 473.) Tulehduskipulääkkeet ovat tarkoitettu vain lyhytaikaiseen käyttöön (Haukka ym. 2006, 113).

Lihasselaksanteilla hoidetaan lihasjännityksestä johtuvia pään, niskan ja selän alueen kipuja. Lihasselaksantit vaikuttavat keskushermoston kautta ja niillä on haittavaikutuksena väsymys ja huimaus sekä ne voivat ikääntyneillä heikentää muistia. Lihasselaksanttien käyttöä olisikin mahdollisuuksien mukaan vältettävä ikääntyneillä potilailla. (Aaltonen 2000, 210; Haukka ym. 2006, 113.)

Opioideja käytetään tilapäisesti kovien kipujen hoitoon. Ikääntyneet reagoivat nuorempia herkemmin opioidien vaikutuksiin ja heille tulee sivuvaikutuksia helpommin. (Aaltonen 2000, 208.) Lääkeannosten tulee olla pienempiä kuin nuoremmilla (Kalso 2009, 473). Varsinkin lääkehoidon alkuvaiheessa saattaa sivuvaikutuksena tulla väsymystä, pahoinvointia tai ummetusta (Aaltonen 2000, 208; Hagelberg ym. 2006, 204). Ikääntyneillä potilailla ilmenee useammin kuin nuoremmilla sivuvaikutuksena mielialan muutoksia, sekavuutta ja hallusinaatioita (Kalso 2009, 473).

Masennuslääkkeitä käytetään kroonisen kivun ja hermosäryn hoitoon. Masennuslääkkeet vaikuttavat keskushermostossa kivunvälitykseen osallistuviin aineisiin. Kivunhoidossa tarvitaan pienempi lääkeannostus kuin

masennuksen hoidossa. Haittavaikutuksina voivat aiheuttaa sekavuutta, väsymystä, suun kuivumista, ummetusta ja ortostaattista hypotoniaa. (Aaltonen 2000, 212; Haukka ym. 2006, 113.)

Epilepsialääkkeitä käytetään hermosärkyyn, joka on viiltävää ja sähköiskumaista. Epilepsialääkkeet vaikuttavat vähentämällä hermon ärtyvyyttä. (Aaltonen 2000, 212.) Ikääntyneille tyypillisiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, väsymys, päänsärky, huimaus ja tasapainohäiriöt (Kalso 2009, 474).

Kipuvoiteet ja kipugeelit ovat paikallisesti käytettävissä nivel-, lihas- ja jännekipuihin. Kivun lisäksi ne lievittävät tulehdusta ja turvotusta. Vaikuttavaa ainetta imeytyy ihon läpi kudokseen ja verenkiertoon. Kipuvoiteita ja -geelejä käytetään pelkästään tai kipulääkkeen lisäksi. Niitä voidaan käyttää useita kertoja päivässä. Joskus haittavaikutuksena voi ilmetä ihoärsytystä. (Aaltonen 2000, 212-213.)

Kipulääkityksen toteuttaminen laastarimuodossa on yleistä ikääntyneillä potilailla. Kipulaastari on kivunhoidossa kätevä menetelmä, sillä laastarista lääkeaine imeytyy elimistöön hitaasti ja tasaisesti, joten siksi sitä ei voida käyttää akuutin kivun hoitoon. Kipulaastari sisältää vaikuttavana aineena fentanyyliä. Kipulaastari sopii hyvin potilaalle, jonka aiemman kipulääkityksen vuorokausiannos on määritetty ja kivunlievitys on muutoin sopivalla tasolla. Kun laastarihoitoon siirrytään, on tärkeää huomioida aiemmin käytetyn kipulääkityksen asteittainen vähentäminen. Kipulaastarilla korvataan usein ihonalaisesti lääkettä annosteleva kipupumppu, sillä laastarin käyttö kipulääkemuotona on vaivattomampi sekä potilaan että hoitajan kannalta. (Hagelberg ym. 2006, 136-137.)

2.4.2 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömään kivunhoitoon kuuluvat fysikaalinen hoito sekä käyttäytymiseen vaikuttavat hoitomuodot. Fysikaalista hoitoa ovat lämpö- ja kylmähoito, hieronta sekä liikunta. Käyttäytymiseen vaikuttavassa hoidossa pyritään muuttamaan yksilön suhtautumista kipuun ja kivun hallitsemiseen. Keinoina käytetään

rentoutumista ja hypnoosia. (Horgas 2003, 164.) Sekä terveydenhuollon ammattilaiset että ikääntyneet potilaat aliarvioivat lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vaikutuksia, joten niitä käytetään suhteellisen vähän (Yonan & Wegener 2003, 9).

Kivunhoidossa tulisi ottaa huomioon myös psyykkisistä syistä johtuvat kiputuntemukset. Kivun johtuessa psyykkisistä syistä kipulääkkeen sijaan apua voi antaa esimerkiksi musiikki tai jokin muu, joka saa ajatukset kohdistumaan johonkin muuhun asiaan kuin kivun ajatteluun. Kivunhallintaa helpottaa, jos mahdollinen masennus havaitaan ja hoidetaan varhaisessa vaiheessa. (Gloth 2001, 188-189.)

Psykososiaalinen puoli tulisi huomioida kivunhallinnassa, sillä joillekin potilaille hoitajan tapaaminen voi olla yksi harvoista kontakteista, etenkin potilaan ollessa masentunut ja eristäytynyt (Dewar, 2006, 36). Hoitajan kanssa keskusteleminen ja vuorovaikutus saattavat jo osittain vaikuttaa kivun ilmenemismuotoihin, jo kivusta keskusteleminen vaikuttaa yksilön käsitykseen omasta tilastaan. Kivun keskeistä asemaa ikääntyneen elämässä vähentävät aktiivisuuden ylläpito ja virikkeiden tarjoaminen (Kalso 2009, 474). Kaiken kaikkiaan kivunhoidon käytäntöjä ja ei-lääkkeellisiä kivunhoidon keinoja tulee kehittää vastaisuudessa.

2.5 Moniammatillisuus ja yhteistyö kivunhoidossa

Moniammatillisuus kivunhoidossa on tärkeää. Kivunhoidossa voivat olla mukana lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja omaishoitaja. (Yonan & Wegener 2003, 6.) Tällöin pystytään yhdistämään sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät kivunhoitokeinot kokonaisuudeksi, joka puolestaan monipuolistaa käytettävissä olevien menetelmien valikoimaa.

Hoitotiimin yhteistyössä olisi hyvä huomioida kaikki tasot, joten kivunhoitoon tulisi ottaa mukaan eri alojen ammattilaiset sekä potilaan perhe, etenkin silloin kun hoitoon tulee muutoksia (Swafford ym. 2009, 1086). Kivunhoitoon liittyvää kommunikaatiota tulisi edistää ammattiryhmien välillä ja luoda suunnitelma, jonka avulla arvioida kivunhoidon toteutumista. Konsultaatio kivunhoidossa on oleellista hoidon sujuvuuden kannalta. (Swafford ym. 2009, 1086.) Kivunhoidon

arvioinnin osana voidaan hyödyntää potilastietojärjestelmiin tehtyjä kirjauksia kivunhoidosta, jotta voidaan verrata kivunhoidon keinojen käyttöä ja niiden avulla saatuja tuloksia pitkällä aikavälillä.

Kivun arviointia ja kivunhoidon vaikutusta kirjataan usein puutteellisesti (Kankkunen ym. 2005, 32). Lisäksi sivuvaikutuksien ja kipulääkkeiden toksisten vaikutusten kirjaamiseen kiinnitetään liian vähän huomiota (Chodosh ym. 2004, 759-760). Kirjaaminen on kuitenkin yksi tärkeimmistä yksilöllisen ja laadukkaan kivunhoidon mahdollistavista asioista. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että kirjataan potilaan saama kivunhoito ja sen vaikutus. Kivun arviointiin käytetty mittaamistapa tulisi olla yhtenäinen, jolloin tulos voidaan luotettavasti kirjata ja potilas saa riittävän hoidon. Lääkäreitä voidaan konsultoida paremmin, kun kirjaaminen on ollut selkeää ja jatkuvaa. Kirjaamisen perusteella voidaan myös arvioida, onko kivunhoito ollut riittävää. (Sailo 2000, 98-99.)

2.6 Kivunhoitoon liittyvät asenteet

Kivun koetaan kuuluvan ikääntymiseen ja siksi ikääntyneet ajattelevat ettei siihen tarvitse puuttua (Ross ym. 2001, 446; Closs 2005, 41; Hartikainen ym. 2005, 1295). Tästä johtuen ikääntyneet potilaat jättävät kertomatta kivuistaan hoitohenkilökunnalle (Cowan ym. 2002, 293; Yonan & Wegener 2003, 10). Hoitajien tulisi muistuttaa potilaita siitä, että oleellista hoidon kannalta on ilmoittaa hoitajalle kivusta, välittömästi kivun tuntuessa.

Usein hoitajien ja lääkäreiden asenteet ohjaavat kivunhoitoa, vaikka kivunhoidon lähtökohtien tulisi olla potilaan tarpeissa. Ikääntyneiden potilaiden hahmottaminen yhtenä ryhmänä aiheuttaa sen, ettei kivunlievittämisen keinoja käytetä yksilöllisen tilanteen mukaisesti. (Blomqvist 2003, 581.) Yleisesti saatetaan ymmärtää myös väärin, että iäkkäät kestäisivät kipua paremmin (McClagherty 2002, 58). Usein hoitajat ja lääkärit eivät ota tosissaan ikääntyneen kertomaa kipua. Tällainen asenne johtaa kivunhoidon laiminlyöntiin. (Cowan ym. 2002, 293.) Ikääntyneen potilaan kohdalla on tärkeää, että potilasta itseään kuunnellaan kivunhoitokeinoa valitessa, jotta

potilas kokee että hänet otetaan huomioon, häntä kuunnellaan ja arvostetaan yksilönä.

Asenteet muodostavat haasteen ikääntyneiden kivunhoidossa. Tulee huomioida, että henkilökunnan lisäksi myös potilailla on erilaisia vähätteleviä asenteita liittyen kivun kokemiseen ja hoitamiseen. Asenteista keskusteleminen voisi auttaa asenteiden tunnistamisessa ja niihin liittyvien ongelmien ratkaisemisessa. Myös asenteisiin vaikuttavaa koulutusta tulisi toteuttaa hoitohenkilökunnalle (Cowan ym. 2002, 293).

2.7 Hoitajien valmiudet ikääntyneiden kivunhoidossa

Hoitajien tietämystä liittyen iäkkäiden potilaiden kipuun on tutkittu aiemmin. Sloman ym. tutkimuksessa ilmeni että hoitajien koulutus ei sisällä mahdollisesti riittävästi opetusta liittyen kivunhallintaan. Kipua yleensäkin käsitellään harvoin erillisenä osa-alueena, hoitajien koulutuksessa kipuun liittyvä opetus on liitettyä johonkin toiseen osa-alueeseen. (Sloman ym. 2001, 320-321.) Kuitenkin tutkimus toteutettiin Australiassa, joten koulutuksen sisällöt poikkeavat koulutuksen sisällöstä Suomessa. Lisäksi on huomattavissa eroja kivunhoidon tietämyksessä, riippuen hoitajan työskentely-ympäristöstä ja millaisia kivunhoidollisia asioita työssä vaaditaan.

Sloman ym. tutkimuksessa selvisi, että palliatiivisen kivunhoidon parissa työskentelevät hoitajat, omaavat paremmat tiedot liittyen ikääntyneiden kipuun verrattuna muiden erikoisalojen hoitajiin. Mitä pidempään hoitajat olivat työskennelleet käytännössä, sitä enemmän he tiesivät kivunhallinnasta ja kivun aiheuttamista reaktioista. Paras tietämys kivunhoidosta muotoutuu kliinisen kokemuksen ja teoreettisen tiedon yhdistelmänä. Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta hoitajien toteuttamasta ikääntyneiden kivunhoidosta ja siinä käytetyistä tekniikoista. (Sloman ym. 2001, 320-321.)

Suomalaisessa tutkimuksessa tuli esiin, että hoitajat kokevat potilaan kivun arvioinnin hankalaksi. Kipumittarien käyttö helpotti kivun arviointia, mutta silti niitä käytettiin harvoin kivun arvioinnissa. Eri kipulääkkeistä tietämys oli eritasoista; tulehduskipulääkkeet tunnettiin paremmin kuin opioidit. Lisää

koulutusta tarvitaan kivun arvioinnista, kipumittareista sekä kivun kirjaamisesta. (Lahti ym. 2007, 35, 38.)

Hagelberg ym. tuovat ilmi, että Suomessa ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutusohjelmissa oli kivun hoitotyötä huomioitu vähäisesti. Joissakin opetussuunnitelmissa on maininta kivun tunnistamisesta. Opetussuunnitelmissa lääkkeelliset keinot painottuivat kivunhoidon menetelmänä. Vain yhdessä opetussuunnitelmassa oli maininta kivun hoitotyön kirjaamisesta. Sairaanhoitaja-opiskelijat saavat koulutuksessaan tietoa kivusta eri yhteyksissä, mutta eivät yhtenäisenä kokonaisuutena. (Hagelberg ym. 2006, 69.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden kivunhoitoon liittyviä haasteita ja kehittämiskohteita hoitohenkilökunnan kokemana. Lisäksi selvitetään kuinka hoitohenkilökunnan mielestä voisi vaikuttaa kivunhoidon haasteisiin. Selvitettiin, millaisia kehittämiskohteita hoitohenkilökunta on huomannut ikääntyneiden kivunhoidon toteutumisessa.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Millaisia kivunhoidon haasteita ilmenee ikääntyneiden hoitotyössä hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
2. Miten ilmenneisiin haasteisiin voitaisiin vaikuttaa käytännön hoitotyössä hoitohenkilökunnan mielestä?
3. Miten ikääntyneiden kivunhoidon toteutumista voisi kehittää yksiköissä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTONKERUU

Kirjallisuuskatsauksen teossa käytettiin Cinahl-, Medline-, Medic- ja Pubmed-tietokantoja. Hakusanoina käytettiin asiasanoja ”ikäntynyt”, ”kipu”, ”kivunhallinta”, ”vanhus”, ”elderly”, ”medicine”, ”pain”, ”pain management”, ”pain assessment”, ”senior”. Lisäksi lähteenä käytettiin keskeisiä kirjallisuuslähteitä.

Tutkimusartikkeleita haettiin sekä suomeksi että englanniksi. Hoitotiede-lehden 2000–2010 vuosien välisenä aikana julkaistut numerot sekä vuodesta 2003 lähtien julkaistun Tutkiva Hoitotyö-lehden numerot siitä lähtien käytiin läpi. Hoitotiede-lehden numerot eivät sisältäneet lainkaan ikääntyneiden kivunhoitoon liittyviä tutkimusartikkeleita. Tutkiva Hoitotyö-lehdessä on ollut vain yksi artikkeli koskien ikääntyneiden kivunhoitoa. Artikkelin on vuodelta 2005 ja käsittelee pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden kivunhoidon kirjaamista.

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla kymmentä hoitohenkilökunnan jäsentä (n=10); sairaanhoitajia (n=4), lähi-/perushoitajia (n=4) sekä fysioterapeutteja (n=2). Tieto haastateltavista saatiin yhdyshenkilön kautta. Haastattelut toteutettiin Turun sosiaali- ja terveystoimen alaisissa yksiköissä. Yksittäinen haastattelu oli kestoltaan noin 15-20 minuuttia. Kaksi haastateltaviksi valittua henkilöä oli estynyt osallistumaan haastatteluihin, joten heidän tilalleen tulivat korvaavat osallistujat.

Haastattelut nauhoitettiin ja apuna haastattelutilanteessa käytettiin haastattelurunkoa (Liite 1). Ennalta laadittu kysymysrunko toimi hyvin haastattelukeskustelun tukena, eikä jo muodostettujen kysymysten rakennetta tarvinnut muokata ensimmäisen haastattelun pohjalta. Kysymyksiin lisättiin kuitenkin kohta, jossa haastateltavat saivat kertoa näkemyksensä liittyen kivunhoidon kehittämiseen.

Haastattelussa haastateltavat toivat mielipiteitään ja näkemyksiään aiheesta esille. Tarvittaessa haastattelija esitti tarkentavia kysymyksiä sekä haastateltavan mielipiteille pyydettiin tarkempia perusteluja. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35.) Lisäksi haastattelukysymyksiä toistettiin tarpeen mukaan (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85). Haastattelu sopi tutkimusmenetelmäksi, koska aihetta oli

aikaisemmin tutkittu vain vähän. Ennen tutkimuksen aloittamista ei ollut mahdollista tehdä päätelmiä siitä missä määrin kyseisestä aihepiiristä tulisi tietoa haastattelujen kautta ja näin tutkimuksen sisältöä ei voitu rajata ennen haastatteluja kovinkaan paljon. Haastattelu oli haastatteliijoille uusi kokemus aineistonkeruun menetelmänä.

Haastatteluissa kysymyksiin saadut vastaukset pysyivät hyvin keskeisessä aihepiirissä. Muutamassa haastattelussa kysymysten toistamismahdollisuus oli hyödyllistä tiedonsaannin kannalta. Haastateltaville annettiin riittävästi aikaa miettiä vastauksia. Jos haastattelussa tuli hetkeksi pidempi tauko tai haastateltavat eivät heti osanneet muodostaa mielipidettä asiaan, annettiin haastateltavien pohtia kysymyksen sisältöä hetken aikaa. Pienet tauot eivät näin olleet haitallisia haastattelun kulun kannalta, vaan toivat enemmän ja monipuolisempia näkemyksiä kustakin aiheesta.

Aineisto litteroitiin kokonaisuudessaan kuuntelemalla nauhoitteet. Haastattelumateriaalia tuli litteroituna kaiken kaikkiaan 30 sivua koneelle kirjoitettuna. Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan läpi. Litteroituun tekstiin merkittiin keskeiset kohdat. Haastatteluaineisto oli litteroituna koneella tekstinkäsittelyohjelmalla ja keskeiset kohdat merkittiin värikoodein, jotta erotettiin muun tekstin joukosta helposti olennainen sisältö. Merkityt kohdat erotettiin muusta aineistosta erilleen. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 94.)

Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Sisällönanalyysin avulla tarkasteltiin aineistosta esiin nousevien asioiden merkityksiä sekä yhteyksiä (Janhonen & Nikkonen 2001, 21). Analyysi tutkimuksessa oli aineistolähtöistä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa aineisto pelkistetään eli aukikirjoitetaan ja samalla rajataan ulkopuolelle sisältö, joka on epäolennaista. Haastatteluaineisto laitettiin tiiviimpään tekstimuotoon värikoodituksien mukaisesti ja siirrettiin erilliseksi tiedostoksi.(Sarajärvi & Tuomi 2002, 111-112.) Tutkimusaineistosta tehtiin kokonaisuus, johon valittiin analyysiyksiköt tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti (Sarajärvi & Tuomi 2002, 97). Tutkimuksen analyysiyksiköt olivat lauseita tai useita lauseita sisältäviä ajatuskokonaisuuksia (Sarajärvi & Tuomi 2002, 111-112). Yksiköt, joita

analysoitiin eivät näin olleet ennalta suunniteltuja, vaan nousivat haastatteluaineiston pohjalta (Sarajärvi & Tuomi 2002, 97).

Aineisto ryhmiteltiin yhdistellen samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmiksi ja luotiin käsitteet, jotka kuvasivat näitä yhdisteltyjä ryhmiä. Tässä luokittelussa aineistoa tiivistettiin edelleen, sillä yksittäiset osat sisältyvät käsitteisiin yleisemmällä tasolla. Aineisto muodosti luokkia. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 112-113.) Haastatteluiden aineiston lajittelu suoritettiin erikseen kahden lajittelijan tekemänä. Analyysiä on selvennetty liitteenä olevassa taulukossa (Liite 2).

Seuraavaksi eroteltiin keskeinen tieto aineistosta ja valitut tiedot toimivat teoreettisten käsitteiden muodostuksen pohjana. Kielellisistä ilmaisuista, joita alkuperäinen aineisto sisälsi, siirryttiin teoreettisempiin käsitteisiin ja johtopäätöksien tekemiseen. Tarpeen mukaan luokituksia yhdisteltiin rakenteen selkiyttämiseksi, kuitenkin aineiston sisältö huomioiden. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 114.)

Aineiston sisällön selvittämisessä käytettiin apuna myös päättelyä. Tulkittaessa pohdittiin ja selkeytettiin analyysin kautta esiin nousevia asioita. (Hirsjärvi ym. 1997, 229.) Kun molemmat olivat suorittaneet tulkinnat erikseen loppuun, vertailtiin tulkintojen sisältöjä keskenään. Tulkinnat olivat samankaltaisia eikä sisällöllisiä eroja tulkinnoista löytynyt. Tutkimus on induktiivinen, oleellista onkin, että tutkimus painottuu hyvin paljon tutkimusaineiston varaan (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Haastateltavat olivat iältään 25-55- vuotiaita ja olivat työskennelleet alalla 5-25 vuotta.

5.1 Kivunhoidon haasteet hoitotyössä

5.1.1 Potilaan useat sairaudet

Haastatteluissa ilmeni, että monisairaiden ikääntyneiden potilaiden kohdalla saattaa olla hankala päättää mistä tulisi tai voisi lähteä liikkeelle potilaan kivun hoidossa. On vaikeasti tunnistettavissa, mistä sairaudesta kipu aiheutuu. Ikääntyneen potilaan kivunhoidossa onkin huomioitava taustalla olevat sairaudet, koska niillä voi olla merkitystä koettuihin kipuihin. Kun potilaalla on psyykkinen sairaus voi olla hankala erottaa onko kipu fyysisestä syystä johtuvaa vai onko taustalla psyykkinen kivun tuntemus.

5.1.2 Potilaan kommunikointivaikeudet

Ikääntyneet potilaat, jotka eivät pysty kertomaan kivustaan ovat haasteellisia kivunhoidon kannalta. Huonomuistiset potilaat eivät pysty välttämättä täsmällisesti sanomaan tarkkaa kohtaa, jossa kipu tuntuu. Kivut voivat olla epämääräisiä ja vaihtaa paikkaa päivittäin. Potilas, jolla on afasia eikä siten pysty tuottamaan tarvittavia sanoja on myös haasteellinen ja hankaluuksia voi tuottaa muun muassa kivun sijainnin ja voimakkuuden määrittely.

Ikääntyneen potilaan ulkoiset tekijät saattavat viestittää kivusta. Esimerkiksi dementiaa sairastava henkilö ei välttämättä osaa mainita kivustaan ja se voi ilmetä levottomuutena, itkuisuutena, huuteluna ja tuskaisuutena. Potilas ei osaa selittää mikä on taustalla oleva tekijä, joka aiheuttaa hänen olotilansa. Potilas voi ilmentää kipukokemustaan ilmein ja elein. Kipu voi aiheuttaa potilaalle myös voimakasta hikoilua tai jähmettymistä paikalleen. Potilaan liikkuminen ja aktiivisuus vähenee usein kivun kokemisen takia. Ikääntynyt potilas saattaa kivun myötä muuttua vastahakoiseksi hoitoa kohtaan. Kipeytynyt kohta saattaa olla aristava, jolloin potilas ei välttämättä anna koskea siihen. Lisäksi kipu voi ilmetä lämmön nousemisena, jolloin taustalla voi olla infektio.

5.1.3 Kivun mittaamisen haastavuus

Yleisesti kivun mittaaminen on haasteellista ikääntyneiden potilaiden kohdalla. Hoitajalle on haastavaa selittää kipumittarit potilaalle ymmärrettävällä tavalla, sillä ikääntyneen potilaan kipumittarin hahmottaminen tuottaa usein vaikeuksia.

5.1.4 Kipulääkityksen haastavuus

Haasteena on saada potilaan lääkkeellinen kivunhoito optimaaliselle tasolle, kivunhoidon tulisi olla riittävää koko ajan. Liian vähäinen kipulääkitys ei ole hyvä mutta ei myöskään liiallinen kipulääkitys. Kipulääkityksen ollessa kohdillaan ikääntyneen potilaan hoitotoimet onnistuvat paremmin kuin hänen ollessaan kivulias. Ikääntyneille potilaille ei sovi välttämättä kaikki lääkevalmisteet, jotka taas nuoremmille sopivat. Haasteena onkin löytää sopiva kipulääkityksen muoto ja sopiva annostus kullekin potilaalle.

Useat haastateltavista toivat haastattelussa esille että, vahvat kipulääkkeet saattavat aiheuttaa ikääntyneelle potilaalle toimintakyvyn laskua ja sivuoireita kuten väsymystä, sekavuutta, ummetusta ja pahoinvointia. Vahva kipulääkitys aiheuttaa iäkkäälle potilaalle usein myös tasapainon häiriöitä, jalat eivät välttämättä kannakaan potilaan painoa. Hoitajan on tunnistettava käyttääkö potilas kipulääkitystä väärin, esimerkiksi käyttämällä lääkettä eri tarkoitukseen kuin mihin se oikeasti alun perin on määrätty. Lisäksi eräs haastateltavista toi esille, että potilas saattaa pyytää vahvaa kipulääkettä vain siksi että on tottunut pyytämään lääkettä. Kyse on tällöin tottumuksesta. Kipuvoiteita saatetaan käyttää liikaa, toisinaan ikääntyneet käyttävät niitä kuten perusvoiteita. Iäkkäät potilaat saattavat pyytää kipuvoiteita suuriakin määriä. Kipuvoiteen oikea tarve on huomioitava, jotta saadaan hyödynnettyä kipuvoiteiden ominaisuudet osana kivunhoitoa.

5.1.5 Ikääntyneiden asenteet

Ikääntyneet potilaat saattavat ajatella, että liiallinen lääkkeidenkäyttö ei ole hyväksi ja rajoittavat sen vuoksi kipulääkkeiden käyttöä. Eräs haastateltavista kuvasi asiaa näin:

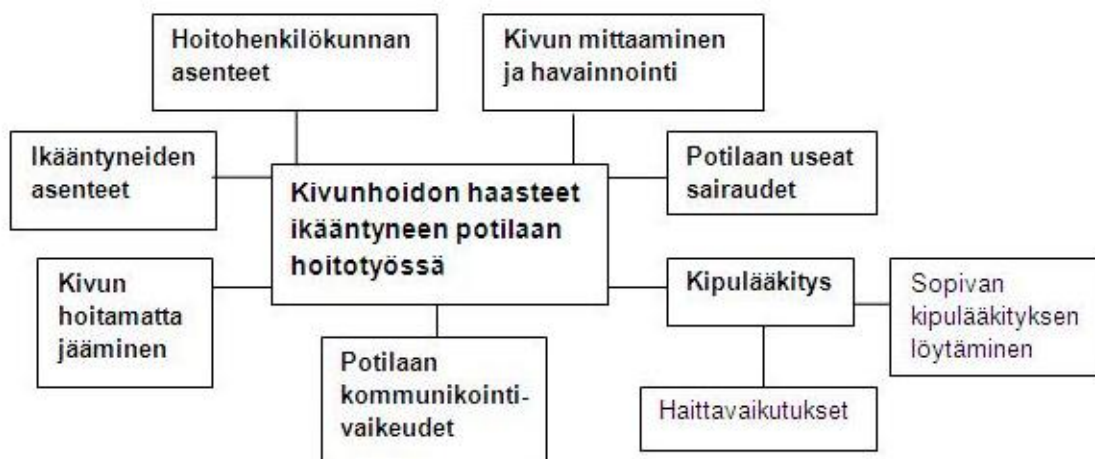
”Vanhemmat ihmiset on myös niin ku sitä mieltä, että liika lääkkeiden käyttö ei ole hyvästä ja vähän niin ku pantataan sitä kipulääkkeiden ottamista eli jolloin se kipu on kokoajan hiukan omalt osin läsnä siinä potilaan hoidossa.”

Lisäksi osa ikääntyneistä potilaista on tottunut ajattelemaan siten, että kipua on kestettävä, eivätkä näin pyydä lääkettä vaikka sille olisikin tarvetta. Potilaat, jotka eivät kerro kivuistaan ovat haastavia, sillä kivut ilmenevät monella eri tavalla. Kussakin tilanteessa on ymmärrettävä tilanne kokonaisuudessaan. Usein ikääntyneen potilaan suhtautuminen lääkkeisiin ja kipuun hankaloittavat kivunhoitoa.

Kun potilas ei kerro kivusta eikä kipua havaita, ei sitä myöskään voida hoitaa. Tällöin kipu ei poistu ja se hidastaa osaltaan potilaan kuntoutumista. Kuntoutumisen kannalta haaste on myös, että iäkäs potilas kipeytyy ja rasittuu nopeammin liikkeessään verrattuna nuorempaan ihmiseen. Kipu saattaa estää sekä ikääntyneen potilaan liikkumista että hänen fysioterapeuttista harjoitteluaan. Kipu saattaa ilmetä potilaan ruokahalun huononemisena ja toimintakyvyn laskuna. Kivuliasta potilasta on hankalampi hoitaa kuin kivutonta potilasta. Kun potilas on kivulias ja koskettaminen sattuu, ei ole mahdollista tehdä hoitotoimia normaaliin tapaan.

5.1.6 Hoitohenkilökunnan asenteet

Toisinaan iäkkään potilaan kivunhoidossa haasteen muodostavat henkilökunnan erilaiset näkökannat. Saattaa olla esimerkiksi että hoitajat kertovat lääkärille potilaan olevan kivulias, eikä lääkäri siitä huolimatta puutu asiaan, kuten hoitajat toivoisivat. Lääkäri voi olla hoitajan kanssa eri mieltä potilaan kipulääkkeen tarpeesta. Hoitajien mielipiteet potilaan tilanteesta saattavat olla eriäviä. Haastatteluissa kävi ilmi, että toisinaan hoitajat voivat vähätellä potilaan kertomaa kipua, tällöin potilaan oma näkemys tilastaan sivuutetaan. Seuraavassa kaaviossa (kaavio 1) on koottu yhteen ikääntyneen potilaan kivunhoidon haasteet.



Kaavio 1 Ikääntyneen potilaan kivunhoidon haasteet

5.2 Kivunhoidon haasteisiin vaikuttaminen hoitotyössä

Yleisesti haastateltavat kokivat, että yksittäisellä hoitajalla on mahdollisuus vaikuttaa potilaan kivunhoitoon. Haastatteluissa vain yksi haastateltavista ei osannut sanoa, millä tavoin kivunhoidon haasteisiin voitaisiin vaikuttaa.

5.2.1 Kivunhoidosta keskusteleminen

Haastateltavat pitivät tärkeänä asiana potilaan kivunhoidosta puhumista, koska näin voidaan vaikuttaa potilaan kivunhoitoon. Erityisesti moniammatillisuuden huomioiminen kivunhoidosta keskustelemisessä nousi tärkeänä asiana esiin. Eri ammattiryhmien välinen keskustelu sekä potilaan ja hänen omaistensa kanssa keskustelu tulivat haastatteluvastauksissa vahvasti esille.

”Aika useinki just raportoinnin yhteydessä keskustellaan kivuista ja et miten jo kunkin kipua vois lievittää ja kyllä niistä puhutaan paljon.”

”Lääkärin kierrolla, ku ollaan siinä potilaan luona ja hän saa ite niin kun siinä yleensä sit tuoda ne paremmin se kipu, kiputilanne niin ku esiin ja haastatellaan sitä potilasta ja siinä voi sit jokainen sanoa niin ku oman mielipiteensä.”

Haastateltavat toivat esille, että potilaalta itseltään voi kysyä mahdollisista kivuista ja niiden sijainnista. Lisäksi potilaalta voidaan kysyä kuinka kauan kipulääkitys hänen mielestään tuntuu vaikuttavan ja onko lääkkeestä tullut

hänelle sivuvaikutuksia. Näiden kysymysten pohjalta voidaan puuttua potilaan kipuun ja hoitaa potilaan kipua riittävästi sekä sopivalla lääkityksellä.

Potilaan kanssa kivusta keskustellessa voidaan tarvittaessa käyttää erilaisia apukeinoja, kuten kirjoittamista, kommunikaattoria tai kommunikaatiovihkoa. Puheterapeutti voi määrittää kullekin potilaalle sopivan kommunikointikeinon, mikäli vaikeuksia kommunikoinnin kanssa ilmenee. On paljon ikääntyneitä potilaita, jotka pystyvät kertomaan tarkan kipukohdan ja kun tarvitsevat kipulääkettä.

Sairaalaan tultuaan potilas ei välttämättä huomaa kertoa käyttämistään kipulääkkeistä. Siksi on mahdollista ja tarpeellista kysyä potilaan omaisilta aiemmin potilaan kotona käyttämistä lääkkeistä. Etenkin huonomuistinen ikääntynyt ei osaa itse kertoa, onko jokin kohta jo ennen sairaalaan tuloa oireillut olemalla kivulias ja mitä lääkettä potilas on kipuun käyttänyt. Omaisten ollessa aktiivisia he voivat omalta osaltaan pitää huolta siitä, että potilas saa riittävästi kipulääkettä. Omaisten mukaanotto potilaan kivunhoitoon ja heidän mielipiteidensä huomioiminen on myös oleellista.

5.2.2 Moniammatillisuus ikääntyneen potilaan kivunhoidossa

Lähi- ja perushoitajat toivat esille, että kertovat potilaan kivuista eteenpäin sairaanhoitajille. Lähi-/perushoitajat välittävät tietoa sairaanhoitajille myös tekemistään havainnoista. Kivunhoitoon liittyvistä asioista keskustellaan paljon raportilla: yleisesti potilaiden kohdalla, joilla kipua on ilmennyt. Raporteilla ovat läsnä lähi-/perushoitajat sekä sairaanhoitajat.

”Pohditaan yhdessä tuolla toimistossa kautta kahvihuoneessa, mut ei meil mitään semmosta oikein palaveria oo ollu koskien tätä kivunhoitoo, mut et mitä nyt raportilla ja tuolla sitten keskustellaan, niin jos jollain tulee jotain kysyttävää ongelmaa niin koitetaan yhdessä sitte miettiä jutella tietysti lääkärin kanssa sitte, mitä hän on asiasta mieltä.”

Lääkärinkierrolla keskustellaan kivunhoidosta, jolloin läsnä ovat lääkäri, hoitajat, potilas ja mahdollisesti fysioterapeutti. Potilasta haastatellaan kivusta sekä kivunhoidosta ja potilas saa tuoda esiin oman näkökulmansa omasta tilanteestaan. Kaikki osapuolet voivat tuoda ilmi omia näkemyksiään kivunhoitoon liittyen.

Haastateltavien mukaan potilaan asiat käydään palaverissa kokonaisvaltaisesti läpi yhdessä tiimin sisällä. Palaverissa ovat läsnä hoitajat, lääkäri, sosiaalihoitaja ja mahdollisesti myös fysioterapeutti. Kivunhoidosta keskustellaan osastoilla palaverissa. Yleensä näissä palaverissa käydään jokainen potilas läpi ja usein keskustellaan kivusta, mikäli kipu on ongelmana kyseisellä potilaalla. Palaverissa keskustellaan kuitenkin monista keskeisistä asioista eikä kipu aina välttämättä nouse teemana esiin keskusteluissa.

Sairaanhoitajan tehtävänä on kertoa potilaan kivusta lääkärille. Lääkäri ja sairaanhoitaja keskustelevat lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä. Sairaanhoitaja välittää lääkärille myös muiden hoitajien esille tuomat kivunhoitoon liittyvät asiat, kuten potilaasta tehdyt havainnot. Hoitajat ovat asiantuntijoita havaitsemaan potilaan kivun, sillä he ovat päivittäin paljon tekemisissä potilaan kanssa. Sen sijaan lääkärit näkevät potilaita vain pikaisesti lääkärinkierrolla. Sairaanhoitajan keskustelussa kertomien havaintojen ja tietojen pohjalta lääkäri määrää kipulääkettä potilaalle. Haastatteluissa korostui hoitajien ja fysioterapeuttien rooli juuri havaintojen tekijänä kivunhoidossa.

Fysioterapeutit keskustelevat hoitajien kanssa päivittäin etenkin, jos huomataan jotain raportoitavaa potilaasta. Kipu-teema nousee usein esiin myös käytäväkeskusteluissa eli epävirallisemmalla tasolla käsitellen.

Kuitenkaan kivunhoidosta ei keskustella kovinkaan runsaasti niin, että kaikki hoitoon osallistuvat ammattiryhmät olisivat samanaikaisesti keskustelutilanteessa läsnä. Yhteisiä tilaisuuksia, joissa puhuttaisiin pelkästään kipuun liittyvistä aiheista, ei ole haastateltavien mukaan järjestetty. Haastateltavien mukaan kivunhoidosta ja kivusta keskustelu ei useimmiten toteudu yleisellä tasolla, vaan liittyy usein yksittäiseen potilaaseen. Kivusta keskustellaan, jos kipu on tietyn potilaan kohdalla ongelma.

5.2.3 Kipumittarin käyttäminen

Muutama haastateltava mainitsi käyttävänsä kipumittaria apuna ikääntyneen potilaan kivunarvioinnissa. Eniten haastatteluyksiköissä on haastateltavien mukaan käytössä kasvokuvallinen kipumittari, jota on helppo käyttää.

5.2.4 Kivunhoitokeinot

Haastateltavien mukaan yksiköissä keskustellaan erityisesti kivun ilmenemisen ajankohdista ja siitä onko potilas kivuliaampi verrattuna aikaisempaan. Keskustellaan siitä, onko potilas ollut kipeä, mihin kohtaan kipu sijoittuu, kuinka kipua on hoidettu ja onko hoito auttanut.

Joidenkin haastateltavien mielestä kipulääkitys on pääasiallinen ja tehokkain kivunhoitomuoto. Eräs haastateltavista oli sitä mieltä, että hoitajalla ei ole kovinkaan paljon mahdollisuuksia vaikuttaa kipulääkitykseen, koska lääkäri sen kuitenkin lopulta määrää. Haastateltava piti kuitenkin tärkeänä, että kipulääkitykseen on mahdollista yrittää vaikuttaa keskustelemalla asiasta lääkärin kanssa. Osa haastateltavista toi esiin, että iäkkään potilaan ollessa kivulias tarkistetaan jos potilaalle on jo aiemmin määrätty tarvittaessa annettava kipulääke ja voidaan näin lievittää kipua välittömästi. Voi olla mahdollista, että kipulääke annetaan tarvittaessa ennen fysioterapiaa, jotta kipu ei ole esteenä harjoitteiden tekemiselle ja sitä kautta kuntoutumiselle. Haastattelujen mukaan yksiköissä pohditaan ensin yhdessä kivunhoitoa hoitajien kesken, jonka jälkeen kysytään lääkäriltä potilaalle sopivaa kipulääkitystä. Kipulääkityksen riittävyttä mietitään sekä onko lääkitys sopiva potilaalle. Keskustelun myötä tuloksena on se, ettei valittu hoitomenetelmä koskaan perustu vain yhden hoitajan mielipiteisiin tai näkemyksiin.

”Auttaaks joku tietty lääke vai otettaisko nyt joku toinen esimerkiks tarvittava lääke, sellast nyt pohditaan, niin ku sit sen ryhmän hoitajien tai tämän potilaan hoitajien kesken, mut, et joo, et jos se niin ku valittu menetelmä tai ne välineet mitä on annettu, niin ei riitä, niin sitte, sitte se on niin ku lääkärin ja sit sen sairaanhoitajan välinen.”

Moni haastateltava kertoi, että hoitotyön keinot ovat hoitohenkilökunnan käytettävissä lääkärin määräämän kipulääkityksen lisäksi. Toisinaan vaikuttaa, ettei lääkityksellä ole vaikutusta potilaan kipuihin ja kipulääkityksen teho ei ole riittävä. Haasteena on haastateltavien mukaan tällöin miettiä, miten käyttää hoitotyön keinoja kivun lieventämiseen. Niistä mainittiin kivunlievittäminen asentohoidon avulla. Joskus voidaan myös kokeilla fysioterapian keinoja

kivunhoitomuotona, jolloin yhteistyötä tehdään fysioterapeuttien kanssa. Kylmähoito ja TENS eli sähkökipuhoito olivat fysioterapeuttisista keinoista eniten käytössä haastatteluyksiköissä. Lämpöhoitoa ja ultraääntä hyödynnetään puolestaan vähemmän kivunhoidon osana.

Kun pohditaan lääkkeettömän kivunhoidon tehoa, otetaan huomioon onko potilaan kohdalla koettu kyseisen hoitokeinon olevan apua tuova ja onko potilaan kunto kohentunut hoitokeinoa käytettäessä.

5.2.5 Hoitohenkilökunnan taidot ja valmiudet

Haastateltavat pitivät tärkeänä taitoa tarkkailla potilaalla ilmenevää kipua seuraamalla mahdollisia käytöksen ja toimintakyvyn muutoksia. Haastatteluvastauksissa havaintojen tekeminen koettiin tärkeänä keinona kivunhoitoon vaikuttamisessa, korostui sekä hoitajien että fysioterapeuttien vastauksissa. Potilaan havainnoinnissa pidettiin tärkeänä ammattitaitoa ja riittävää kokemusta hoitotyöstä. Ammatillinen taito havainnoida potilaan käyttäytymistä ja olemusta kehittyi kokemuksen myötä. Hoitajan ammattitaitoon katsottiin kuuluvan sen, ettei hoitotoimien yhteydessä aiheuta potilaalle kipua.

Kivunhoidon toteutuminen on pitkälti hoitajien vastuulla, koska heillä on mahdollisuus potilaan hoitamisen yhteydessä havainnoida potilaan mahdollisia kivun merkkejä ja kertoa asiasta eteenpäin lääkärille. Hoitajan tulee osata tunnistaa riippuvuus kivunhoitolääkkeeseen ja erottaa se kivunhoitolääkkeen oikeasta tarpeesta.

5.2.6 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen kivunhoitoon

Haastatteluvastauksissa tuotiin ilmi jonkin verran, että hoitaja voi vaikuttaa potilaan kivunhoitoon omalla asenteellaan. Hoitajan tulee huomioida kivunhoito potilaan kokonaisuhoitoon kuuluvana osana sekä pitää kivunhoitoa tärkeänä asiana. Haastatteluissa tuli useaan kertaan esille, että hoitajien tulee ottaa tosissaan potilaiden näkemykset kivusta ja tulee kuunnella potilaita heidän kertoessaan kivuistaan. Kipu on kuitenkin aina potilaan subjektiivinen kokemus, ja potilaan näkemyksiä kivusta tulisi kunnioittaa.

”Potilas on kuitenkin paras asiantuntija sille omalle kivulle, et siihen täytyis kuitenkin aina reagoida.”

”Otaa todesta jos toinen sanoo olevansa kipee, koska toisen kipua ei voi koskaan niin ku ite arvioida, onks se kovaa vai lievää vai minkälaista se on, et koska se on kuitenkin semmonen henkilökohtainen kokemus.”

Esimerkiksi suhtautuminen levottomuuteen riippuu siitä, miten levottomuuden syy tulkitaan. Hoitohenkilökunnan ajattelutapa liittyen levottomuuteen on ratkaiseva. Levottomuus voidaan tunnistaa kivun ilmentymäksi, mutta toisaalta voidaan ajatella että potilas vain on levoton, syy jätetään mahdollisesti tällöin selvittämättä. Fyysiset sairaudet ja kipu tulisi huomioida mahdollisina syinä levottomuudelle ja ahdistuneisuudelle, ennen rauhoittavien lääkkeiden määräämistä. Tulisi sulkea pois levottomuuden syistä esimerkiksi virtsatieinfektio. Rauhoittavia lääkkeitä ei määrätä ennen kuin on varmistettu, ettei levottomuus ole seurausta koetusta kivusta.

5.2.7 Kivunhoidon kirjaaminen

Kirjaaminen koettiin tärkeäksi, koska kirjausten perusteella lääkäri pystyy muodostamaan käsityksen potilaan kokemista kivuista, esimerkiksi voidaan tarkistaa mihin ajankohtaan ja kuinka usein kipua esiintyy. Lisäksi potilaiden kivunhoidon hahmottaminen hoitajien näkökulmasta tukeutuu kirjauksiin, hoitajien läsnäolon vaihdellessa työvuorojen mukaan. Hoitohenkilökunnan tulee kirjata arvioinnit lääkkeen tarpeesta ja vaikutuksesta, jotta voidaan seurata auttaako kipulääke. Lääkäri pystyy merkintöjen avulla tekemään kipulääkitykseen muutoksia. Seuraavaan kaavioon (kaavio 2) on koottu yhteen, millä keinoin hoitohenkilökunta voi vaikuttaa ikääntyneen potilaan kivunhoidon haasteisiin.



Kaavio 2 Ikääntyneen potilaan kivunhoidon haasteisiin vaikuttaminen hoitotyössä

5.3 Ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon kehittäminen

5.3.1 Keskustelu

Yleisesti haastateltavat olivat sitä mieltä, että kivunhoidossa olisi kehitettävää. Haastateltavien mukaan voitaisiin pitää kivunhoitoon liittyviä palavereja, joissa olisi myös lääkäri paikalla. Tulisi keskustella yhteisesti ikääntyneiden potilaiden kivunhoidossa ilmenevistä ominaispiirteistä. Esiin nostettiin, että muutenkin tulisi enemmän yleisesti puhua kivunhoidosta, ettei se asiana unohtuisi. Joidenkin haastateltavien mielestä kivunhoidosta keskusteleminen jäi toisinaan liian vähäiseksi. Haastateltavien mielestä olisi hyvä pohtia enemmän nimenomaan potilaiden kivunhoitoa, säännöllisesti ja moniammatillisesti.

5.3.2 Koulutus ja tutkimustieto

Kivunhoitoon liittyviä koulutuksia pidettiin tärkeänä, mutta haastateltavien mukaan niitä on ollut kovin vähän. Eräs haastateltavista koki, että kestää kauan ennen kuin uusi tieto kivunhoidosta tulee käytännön hoitotyöhön. Haastateltava koki myös, että kivunhoitoa koskevat tutkimukset olisivat tärkeitä hoitajille, koska ne voisivat herättää ajatuksia ja tuoda mieleen potilasryhmiä, joiden

hoidossa uusinta tutkimustietoa voisi soveltaa. Koska hoitajien valmistumisesta voi olla jo aikaa, olisi tärkeää tuoda uusinta tietoa ja tutkimustietoa enemmän käytäntöön. Haastateltava koki, etteivät heillä joskus olevat koulutukset kivusta ole riittäviä.

5.3.3 Säännöllinen potilaan kivun arviointi

Eräs haastateltavista toi esiin, että olisi hyvä olla jokin yhteinen mittari, jota käytettäisiin potilaan kivun arvioinnissa ja tulokset kirjattaisiin säännöllisesti. Sen perusteella kipuun osattaisiin puuttua. Haastateltava koki ongelmana sen, että hoitajat vaihtuvat ja silloin asia voi unohtua. Siksi tulisi muodostaa tällainen tietynlainen käytäntö, joka olisi myös fysioterapeuttien hyödynnettävissä.

”Ongelmia on just se, et vaihtuu hoitajat ja vaihtuu potilaat ja niin ne aina ne asiat unohtuu, mutta se, et ois se tietty käytäntö, niin totta kai se helpottais sitä keskustelua myös.”

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

6.1 Eettisyys

Haastateltaville kerrottiin haastatteluun osallistumisen olevan vapaaehtoista. Lisäksi kerrottiin anonymiteetin toteutumisesta. Tutkimuksen toteutuksen eri vaiheissa kiinnitettiin huomiota luottamuksellisuuteen ja haastateltavien yksityisyyteen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 21; Vilkkä 2005, 158-159.)

Tutkimukseen osallistuville henkilöille kerrottiin haastattelun aluksi tutkimuksen aihe. Kerrottiin, että tutkimuksen raportti kirjoitetaan, siten ettei yksittäinen henkilö ole tunnistettavissa, haastateltavat pysyvät tutkimusraportissa nimettöminä. Haastateltaville henkilöille kerrottiin haastattelun keskeyttämismahdollisuudesta, jos keskeyttäminen olisi tarpeellista. Mainittiin myös, että haastattelut nauhoitetaan, aineiston ja tuloksien käsittelyn helpottamiseksi.

Kerrottiin suullisesti oleelliset tiedot tutkimuksesta, jotta tutkittavat henkilöt tiesivät mihin suostuivat osallistuessaan tutkimushaastatteluihin (Kuula 2006,

101). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoisuuteen pohjautuvaa. Yksilö päättää itse osallistuako vai ei. Tutkittavilla oli mahdollisuus perua osallistuminen myös kesken tutkimuksen. (Kuula 2006, 87.)

Haastatteluihin osallistuvien henkilöiden yksityisyys on otettu huomioon kirjoittamalla tutkimusraportti siten, ettei yksittäisiä henkilöitä ole mahdollista tunnistaa. Lisäksi henkilöillä itsellään on mahdollisuus määritellä, mitä tietoja he itsestään antavat tutkimukseen. (Kuula 2006, 64.) Kerätyt taustatiedot on luokiteltu siten, ettei niistä pysty tunnistamaan henkilöitä (Kuula 2006, 218).

Tutkimusta tehdessä on oleellista muistaa vaitiolovelvollisuus. Tutkittavien henkilöiden asiat tulee pitää omana tietona, eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille henkilöille. Vaitiolovelvollisuus jatkuu myös tutkimuksen päättymisen jälkeen, eikä aineistoa saa päätyä ulkopuolisille missään muodossa. (Kuula 2006, 92-93.)

6.2 Luotettavuus

Yksilöhaastattelun avulla saatiin esille yksittäisen henkilön mielipiteitä ja näkemyksiä (Vilkkä 2005, 158-159). Haastattelutilanteessa kysyttiin tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä, joiden avulla myös edistettiin tutkimuksen luotettavuuden toteutumista. Haastattelurungon käyttäminen haastatteluissa edisti tutkimuksen luotettavuutta ja laatua. Vastauksien tulkitseminen helpottui ja yksinkertaistui, sillä tulkintojen määrä väheni. Haastattelut nauhoittamalla voitiin kuunnella epäselviksi jääneet kohdat uudelleen analysoidessa.

Aineistoanalyysi toteutettiin tekemällä litteroinnit ja analyysit erikseen, mikä osaltaan parantaa tutkimuksen luotettavuutta, sillä tulkinnot eivät muodostu vain yhden analysoijan tulkinnan pohjalta. Haastattelujen litterointi suoritettiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, jotta tutkimuksen laatu ei kärsisi. Kun vaiheet saatiin suoritettua erikseen loppuun, saatuja tuloksia vertailtiin. Näin huomioitiin, ettei aineiston sisältöjen tulkinta ollut liian subjektiivista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185).

Tutkimuksen luotettavuus lisääntyy molempien analysoijien päästessä samaan lopputulokseen tulosten analysoinnissa. Tähän voidaan päästä, kun aineistot sijoitetaan tiettyihin luokkiin ja niitä on mahdollisimman vähän. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186.) On pystyttävä perustelemaan, miksi on päädytty valittuihin luokitteluihin (Hirsjärvi & Hurme 2001, 189). Tutkimuksessa on kuvattu luokitteluun päätymistä Liitteessä 2. On osattava myös perustella ja kuvailla, miten tutkimuksen tuloksiin on päädytty (Hirsjärvi ym. 1997, 217). Aineiston luokittelu on toteutettu alusta loppuun asti samalla tavalla. Myös se vaikuttaa luotettavuuteen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 189.)

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten toistettavuutta eli tutkimuksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia (Hirsjärvi ym. 1997, 216). Tutkimuksen reliabiliteetti voidaan määritellä niin, että kaksi tutkijaa pääsee samaan lopputulokseen (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186). Tällä perusteella tässä tutkimuksessa on reliabiliteetti toteutunut. Reliabiliteetti voidaan myös määritellä niin, että kahdella eri tutkimuskerralla samaa henkilöä tutkittaessa saadaan sama tulos (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186). Kuitenkaan haastattelun ollessa ainutkertainen tilanne, ei ole mahdollista toistaa haastatteluja täysin samanlaisina. Haastattelun ilmapiiri ja sisällöt, joita haastattelussa nousee esiin muuttuvat haastattelujen välillä vaikka haastateltava ja haastattelija olisivat samat molemmissa tilanteissa. Lisäksi tutkimuksen ollessa kvalitatiivinen on tavoitteena kuvailla nimenomaan kyseisten haastatteluihin osallistuneiden yksiköiden tilannetta.

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimusmenetelmä on sellainen, että saadaan vastaus juuri siihen mihin halutaan. Validiteettia voidaan arvioida erilaisista näkökulmista. (Hirsjärvi ym. 1997, 216-217.) Tässä tutkimuksessa näkökulmana on rakennevaliditeetti. Rakennevaliditeetin toteutuessa tutkimus koskee sitä asiaa mitä sen on alun perin ajateltu koskevan. Tällöin tutkimuksessa käytetään sellaisia käsitteitä, jotka kuvaavat tutkittavaa asiaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 187.)

Haastattelujen perusteella saatuja tietoja verrataan aikaisempaan tutkimustietoon, jos näiden välillä on yhteneväisyyttä, saadaan haastatteluista

esiin tulleille tiedolle vahvistusta. Tätä menetelmää kutsutaan triangulaatioksi. Toisaalta tutkimuksen etenemistä hidastaa, jos kaikelle saadulle tiedolle yritetään löytää vahvistusta, joten ei ole haitaksi jos yhteneväisyyttä ei aina löydetä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 189-190.)

Tutkimuksen toteutuksen tarkka kuvaaminen lisää tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 1997, 217). Tarkan kuvauksen avulla selvitetään kuinka tutkimus on toteutettu ja näin lukijan on mahdollista arvioida myös tutkimuksen toteuttamismenetelmiä kriittisesti luotettavuuden kannalta.

Aineiston kerääminen haastattelemalla oli uusi kokemus molemmille haastattelijoille. Siksi olikin huomattavaa että haastattelijoiden haastatteluteknikka kehittyi haastattelujen myötä ja kyky tehdä tarkentavia kysymyksiä annettujen vastausten pohjalta parani. Haastattelijoiden kyky kuunnella, mitä haastateltava sanoi, kehittyi ja lisäkysymyksiä alkoi muodostua kuuntelemisen perusteella. Kaksi haastateltavaa henkilöä tuli toisten haastateltavien tilalle, joka osaltaan voi vaikuttaa näiden korvaavien haastateltavien vastausten laajuuteen ja kattavuuteen.

7 POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa ikääntyneiden kivunhoidon haasteita hoitohenkilökunnan näkemysten osalta. Lisäksi tutkittiin hoitohenkilökunnan käsityksiä omista vaikutusmahdollisuuksistaan kivunhoidossa. Tutkimuksessa selvitettiin myös millä tavoin hoitohenkilökunnan mielestä ikääntyneiden kivunhoitoa voisi kehittää yksiköissä.

Ikääntyneiden kivunhoitoa käsittelevät tutkimukset ovat aiemmin vain sivunneet kivunhoidossa ilmeneviä haasteita ja näin haasteiden löytäminen tutkimusartikkeleiden sisällöistä oli hankalaa.

Ikääntyneillä potilailla voi olla useita sairauksia. Tätä pidettiin haastatteluvastausten ja aiempien tutkimusten perusteella haasteellisena, koska silloin on vaikeampaa tietää mistä sairaudesta kipu aiheutuu ja näin hankaloittaa kivun syyn selvittämistä. (McClagherty 2002, 58; Higgins ym. 2004, 169; Finne-Soveri & Noro 2005, 27.) Myös psyykkisistä syistä johtuvaa kipua oli haasteellista erottaa fyysisistä kivun aiheuttajista. (Gloth ym. 2001, 188-189). Haastatteluissa sekä tutkimuksissa mainittiin, että kivun läsnäolo nousee esiin toimintakyvyn heikkenemisenä (Finne-Soveri 2008, 190; Pitkälä ym. 2002, 1862) sekä kuntoutumisen viivästymisenä ja aliravitsemuksena. (Horgas 2003, 162.)

Haastatteluissa ja aiemmassa tutkimustiedossa korostui ikääntyneiden potilaiden kivun arvioinnin haasteellisuus etenkin silloin, kun ikääntyneen kommunikointikyvyssä on puutteita. Haastetta tuo kivun sijainnin ja voimakkuuden määrittäminen. (McClagherty 2002, 58; Blomqvist 2003; Yonan & Wegener 2003, 7; Horgas 2003, 162; Pitkälä ym. 2002, 1863.) Haasteellista on löytää ikääntyneelle potilaalle sopiva kipulääkitys, koska haittavaikutuksia tulee helpommin kuin nuoremmille potilaille. (Gloth 2001, 188; Horgas 2003, 163; Finne-Soveri & Noro 2005, 29; Finne-Soveri 2008, 203.)

Haastatteluissa tuli ilmi, että ikääntyneet välttivät liiallista kipulääkkeiden käyttöä, mikä ilmeni myös aikaisemmissa tutkimuksissa. (Cowan ym. 2002, 294; Pitkälä ym. 2002, 1863; Yonan & Wegener 2003, 6.) Haastatteluissa sekä

tutkimuksissa tuotiin esiin, että osa ikääntyneistä kokee, että kipua on vain kestettävä. Aikaisemmissa tutkimuksissa ikääntyneiden kerrottiin ajattelevan, että kipu kuuluu ikääntymiseen ja sen vuoksi sitä on kestettävä. (Ross ym. 2001, 446; Closs 2005, 41; Hartikainen ym. 2005, 1295.) Tämä syynä ei tullut suoranaisesti haastatteluissa esiin. Kipulääkkeiden käytön välttelemisestä sekä kivun sietoon liittyvistä asenteista johtuen ikääntyneet eivät aina kerro kivuistaan hoitohenkilökunnalle (Cowan ym. 2002, 293; Yonan & Wegener 2003, 10).

Haastatteluissa kerrottiin, että jonkin verran esiintyy ikääntyneiden potilaiden kipujen vähättelyä hoitohenkilökunnan taholta. Ongelmat hoitohenkilökunnan asenteissa potilaan kipua kohtaan tulivat esiin myös aikaisemmassa tutkimuksessa. (Cowan ym. 2002, 293.)

Kivunhoidon haasteisiin vaikuttamismahdollisuuksista keskeisenä esiin nousi kivunhoidosta keskusteleminen. Aiemmissa tutkimuksissa esiintuottiin keskustelun tärkeys kivunhoidossa moniammatillisesti sekä potilaan ja omaisen kanssa. (Yonan & Wegener 2003, 6; Swafford ym. 2009, 1086.) Haastatteluvastausten sisällössä korostui moniammatillisuus monesta eri näkökulmasta. Moniammatillisuus koettiin tärkeänä osa-alueena sekä kivunhoidon keskustelussa, toteuttamisessa että kivunhoidollisten ongelmakohtien pohtimisessa.

Haastatteluvastauksien ja aiemmin julkaistun tutkimustiedon mukaan, kipumittareita käytetään apuna kivun arvioinnissa, mutta aina niiden käyttö ei onnistu. (Cowan ym. 2002, 294; McClaugherty 2002, 58.) Haastatteluissa sekä McClaughertyn tutkimuksessa kerrottiin, että potilas voi kirjoittamalla kertoa kivustaan, jota pystytään käyttämään kivunarvioinnin apuvälineenä. (McClaugherty 2002, 58.)

Haastattelujen perusteella kipulääkettä pidettiin pääsääntöisenä kivunhoitokeinona. Esiin ei tullut kuitenkaan varsinaisesti, että se johtuisi negatiivisista asenteista lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja kohtaan, kuten aikaisemmassa tutkimuksessa. (Yonan & Wegener 2003, 9.) Haastatteluissa

kerrottiin, että lääkkeettöminä kivunhoitokeinoina käytetään pääsääntöisesti kylmähoitoa sekä TENS eli sähkökipuhoitoa. Kylmä- ja lämpöhoidon käyttö mainitaan aikaisemmassa tutkimuksessa. (Horgas 2003, 164.)

Haastatteluissa korostui keskeisenä asiana hoitajan potilaasta tekemien havaintojen tärkeys, potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty ilmaisemaan kipua sanallisesti. Potilaan havainnointi ja kivusta kertova käyttäytyminen sekä eleet ja ilmeet tulivat esiin aikaisemmissa tutkimuksissa. (Yonan & Wegener 2003, 7; Closs 2005, 42; Finne-Soveri & Noro 2005, 28.) Haastatteltavat totesivat, että yleisesti huomioidaan jos jokin asento helpottaa ikääntyneen potilaan kipua, mikä tuli esiin myös kirjallisuudessa. (Haukka ym. 2006, 112.) Haastatteluissa hoitajien ammattitaitoon katsottiin kuuluvan, ettei aiheuta hoitotoimien yhteydessä kipua potilaalle. Sen sijaan Kankkunen ym. tutkimuksessa ilmeni, että yksi kivun aiheuttaja voi olla hoitotoimenpiteistä aiheutuva kipu (Kankkunen ym. 2005, 32). Hoitajilla ja fysioterapeuteilla koettiin olevan vaikutusmahdollisuuksia kivunhoidossa yksilötasollakin.

Haastatteluvastausten perusteella kirjaaminen on tärkeä asia kivunhoidossa. Kirjaamisen perusteella lääkäri pystyy arvioimaan kipulääkityksen riittävyden. Näin kirjaamisen tärkeys perusteltiin myös kirjallisuudessa. (Sailo 2000, 98-99.)

Kivunhoidosta keskustelemiseen liittyvää tutkimusta ei ole juurikaan tehty. Haastatteluaineistosta nousi yksittäisiä teema-alueita, joista useimmiten keskustellaan yksiköissä, kun on kyse ikääntyneen potilaan kivunhoidosta. Lisäksi ratkaisujen pohtiminen kivunhoidossa on teemana jäänyt vähäiseksi tutkimuksissa.

Haastattelujen perusteella pidettiin tärkeänä, että olisi enemmän koulutuksia kivunhoitoon liittyen. Suomalaisen tutkimuksen mukaan hoitajien olisi tarpeellista saada lisää koulutusta liittyen kivun arviointiin, kipumittareiden käyttöön sekä kivun kirjaamiseen (Lahti ym. 2007, 35, 38). Eräs haastateltavista sekä aiempi tutkimustieto toivat esiin, että olisi hyvä olla yhtenäinen mittari, jolla säännöllisesti arvioitaisiin potilaan kipua ja se kirjattaisiin ylös. Tämän perusteella kipuun voitaisiin puuttua. (Sailo 2000, 98-99.)

Hoitohenkilökunnan näkemykset ja mielipiteet toivat hyödyllistä lisätietoa käytännön kivunhoidon toteutumisesta ikääntyneiden potilaiden hoitoyksiköissä. Aineistoon pohjautuvassa kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston luokittelu ja raportoinnissa tehdyt valinnat olivat oleellisessa asemassa. Tämä siksi että kvalitatiiviseen tutkimukseen ei ollut valmiita rakenteita ja muodostettu luokittelu tulikin itse todeta toimivaksi kunkin aihepiirin kohdalla. Raportoinnissa tehdyt ratkaisut vaikuttavat tekstin luettavuuteen ja selkeyteen. Tutkimusta tehdessä käytettävissä olevan ajan jakaminen eri osa-alueisiin (haastattelu, analyysi ym.) kehittyi eteenpäin.

Jatkossa toteutettaessa samaan aiheeseen liittyviä haastattelututkimuksia, voitaisiin edelleen laajentaa moniammatillista näkökulmaa ottamalla haastateltaviksi muiden alojen edustajia, kuten lääkäreitä. Uutta näkökulmaa aiheeseen voisi saada jatkossa ottamalla haastateltaviksi ikääntyneitä potilaita. Huomattavaa oli, että kivunhoidosta keskusteleminen ja näkemysten vaihtaminen kivunhoidosta, laajemmissa tilaisuuksissa oli haastateltujen henkilöiden mukaan vähäistä. Tutkimustiedon tuontia osaksi käytäntöä sekä uuden tutkimustiedon hyödyntämistä ikääntyneiden potilaiden kivunhoidossa tulisi kehittää jatkossa.

Aiempien tutkimusartikkeleiden mukaan ikääntyneiden kivunhoitoa koskevia tutkimuksia tulisi myös tulevaisuudessa toteuttaa. Etenkin hoitajien tarpeita ja haasteita kroonisen kivun hoitoon liittyen on tutkittu vähän. Hoitajien vastuu erityisesti potilaan kotona toteutettavassa kivunhoidossa on suuri. Hoitajat tarvitsevatkin lisätietoa liittyen kipuun, erilaisiin terveydentiloihin ja potilaiden sekä omaisten kivunhoidolliseen ohjaamiseen. Lisäksi tarvitaan lisää tietoa farmakologiaan liittyen. (Dewar, 2006, 36.) Tutkimus on kuitenkin toteutettu muualla kuin Suomessa, eikä siten vastaa täysin siihen miten koulutusta ja ohjausta tulisi kehittää Suomessa.

Artikkeleista tulee esille, että useimmiten ikääntyneiden hoitoyksiköissä tarvitaan koulutusta yleisesti kivunhoidosta sekä keinoista joilla parantaa kivunhoitoa. Yhteistyöhön perustuvaan päätöksentekoon liittyvää koulutusta tarvittaisiin myös. Yhteistyötä edistävää toimintaa kehittämällä voitaisiin

edelleen vaikuttaa useisiin asioihin, jotka tuottavat hankaluuksia ikääntyneiden potilaiden kivunhoidossa. Juuri yhteisesti asioita mieltien voitaisiin jakaa erisuuntaisia näkemyksiä. Samalla voitaisiin saada kehitettävät kohteet paremmin koko hoitohenkilökunnan tietoisuuteen, jolloin saataisiin aikaan aiempaa enemmän keskustelua juuri kivunhoidon ongelmakohdista. (Swafford ym. 2009, 1086.)

Edelleen tarvitaan tutkimusta siitä kuinka hoitajat hoitavat potilaiden kipua. Keskeisimpiä tutkimuskohteita ovat olleet erilaiset mittarit, joilla mitataan kivun voimakkuutta. Kuitenkin tulisi huomioida tutkimuksissa aiheena kivun vaikutus potilaaseen ja potilaan elämään sekä fyysisellä että psykologisella tasolla. Erityisesti potilaan sekä hoitajan välinen vuorovaikutus ja potilas-hoitaja suhde vaatisivat lisätutkimuksia. Ikääntyneiden ihmisten huolet, uskomukset ja toimintatavat vaikuttavat suuresti kivunhallinnan toteutumiseen käytännössä. (Swafford ym. 2009, 1086.)

Ikääntyneitä potilaita hoitavissa yksiköissä käytännössä ilmenevien kivunhoidollisten ongelmien tunnistus ja niiden ratkaisu tuovat osaltaan haasteita yksikön hoitohenkilökunnan toimintaan. (Swafford ym. 2009, 1086.) Ikääntyneiden potilaiden kivunhoitoon yleisesti liittyvien ongelmien tunnistukseen ja ratkaisuun keskittyviä tutkimuksia tulisi toteuttaa.

LÄHTEET

Aaltonen, M. 2000. Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 199-218.

Blomqvist, K. 2003. Older people in persistent pain: nursing and paramedical staff perceptions and pain management. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 41 No. 6/2003, 575–584. Viitattu 23.9.2010.

Chodosh, J.; Solomon, D.; Roth, C.; Chang, J.; MacLean, C.; Ferrell, B.; Shekelle, P. & Wenger, N. 2004. The Quality of Medical Care Provided to Vulnerable Older. Patients with Chronic Pain. *Journal of American Geriatrics Society* Vol. 52 No. 5/2004, 756-761. Viitattu 10.10.2010.

Closs, S.J. 2005. Assessment of pain in older people - the key to effective management. *Current Anesthesia & Critical Care* Vol. 16 No. 1, 40-45. Viitattu 30.9.2010.

Cowan, D.; Fitzpatrick, J.; Roberts, J.; While, A. & Baldwin, J. 2003. The assessment and management of pain among older people in care homes: current status and future directions. *International Journal of Nursing Studies* Vol. 40 No. 3/2003, 291-298. Viitattu 30.9.2010.

Dewar, A. 2006. Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Australian Journal of Advanced Nursing* Vol. 24 No. 1/2006, 33-38. Viitattu 30.9.2010.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.

Elomaa, M. & Estlander, A.. 2009. Miten kivusta tulee krooninen? Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 112-113.

Finne-Soveri, H. 2008. Kipu. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 189-209.

Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2005. Miksi kivun havaitseminen ja hoitaminen on vaikeaa laitoksessa asuvalla vanhuksella? *Kipuviesti* 2/2005, 27-29. Viitattu 18.1.2010.

Gloth, M. 2001. Pain management in older adults: prevention and treatment. *American Geriatrics Society* Vol. 49 No. 2/2001, 188-199. Viitattu 14.9.2010.

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

Hartikainen, S.; Mäntyselkä, P.; Louhivuori, K. & Sulkava, R. 2005. Riittääkö pelkkä kipulääke vanhuksen kivun hoitoon? *Suomen lääkärilehti* 11/2005, 1294-1296. Viitattu 18.1.2010.

Haukka, U-M.; Kivelä, S-L.; Medina, A.; Pyykkö, V. & Vehviläinen, S. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Higgins, I.; Madjar, I. & Walton, J-A. 2004. Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. *Journal of Nursing Management* Vol. 12 No. 3/2004, 167-173. Viitattu 14.9.2010.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Horgas, A. 2003. Pain management in elderly adults. *Journal of Infusion Nursing* Vol. 26 No. 5-7/2003, 161-165. Viitattu 6.2.2010.

- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Kalso, E. 2009. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 104-108.
- Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 470-475.
- Kankkunen, P.; Palviainen, J. & Suominen T. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kivun hoitotyön kirjaaminen. Kipuviesti 2/2005, 32-33. Viitattu 18.1.2010.
- Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Lahti, T.; Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1/2007, 35-38. Viitattu 10.11.2010.
- McClagherty, L. Chronic pain: We're undertreating the elderly. Nursing homes: Long term care management Vol. 51 No. 8/2002, 58-59. Viitattu 14.9.2010.
- Pitkälä, K.; Strandberg, T. & Tilvis, R. 2002. Management of Nonmalignant Pain in Home-Dwelling Older People: A Population-Based Survey. Journal of American Geriatric Society Vol 50 No 11/2002, 1861-1865. Viitattu 30.9.2010.
- Pohjolainen, T. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 259.
- Ross, M.; Carswell, A.; Hing, M.; Hollingworth, G. & Dalziel, W. 2001. Seniors' decision making about pain management. Journal of Advanced Nursing Vol. 35 No. 3/2001, 442-451. Viitattu 23.9.2010.
- Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 97-110.
- Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 30-38.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Sloman, R.; Ahern, M.; Wright, A. & Brown, L. 2001. Nurses' Knowledge of Pain in the Elderly. Journal of Pain and Symptom Management Vol 21 No 4/2001, 317-322. Viitattu 6.10.2010.
- Swafford, K.; Miller, L.; Tsai, P.; Herr, K. & Ersek, M. 2009. Improving the Process of Pain Care in Nursing Homes: A Literature Synthesis. Journal of American Geriatrics Society Vol 57 No. 6/2009, 1080-1087. Viitattu 10.10.2010.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja Kehitä. Helsinki: Tammi.
- Yonan, C. & Wegener, S. 2003. Assessment and management of pain in the older adult. Rehabilitation Psychology Vol. 48 No. 1/2003, 4-13. Viitattu 25.9.2010.

Liite 1

Haastattelurunko

Taustatiedot: ikä ja koulutus. Kuinka kauan työskennellyt hoitoalalla ja vanhusten parissa?

1. Millaisia kivunhoidon haasteita mielestäsi ilmenee ikääntyneiden hoitotyössä?

- Kuinka huomioidaan kivunhoidon osalta potilaat, jotka eivät osaa itse sanallisesti kertoa kivustaan?

2. Miten ilmenneisiin haasteisiin mielestäsi voitaisiin vaikuttaa käytännön hoitotyössä?

- Koetko itselläsi olevan mahdollisuuksia vaikuttaa kivunhoidon haasteisiin?

3. Keskustellaanko osastolla kivunhoitoon liittyvistä asioista yhteisesti?

- Millaisista asioista keskustellaan?

4. Pohditaanko ratkaisuja haasteisiin yhteisesti?

5. Miten kivunhoitoa/kivunhoidosta keskustelua voisi mielestäsi kehittää?

Liite 2 Esimerkki haastatteluaineiston luokittelusta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistäminen	Luokittelu	Muodostettu käsite
"..vanhat ihmiset tai vanhemmat ihmiset on myös niin ku sitä mieltä, että liika lääkkeiden käyttö ei ole hyvästä ja vähän niin ku pantataan sitä kipulääkkeiden ottamista eli jolloin se kipu on kokoajan hiukan omalt osin läsnä siinä potilaan hoidossa."	Ikääntyneet saattavat rajoittaa kipulääkkeiden käyttöä, jolloin kipu jää hoitamatta.	Kivunhoidon toteutumiseen vaikuttavat asiat	Ikääntyneiden asenteet kivunhoitoa kohtaan
"No, sen huomaa kyl, niin ku, et et ilmeistä, eleistä, onko hikinen, olemuksesta, kaikesta tämmösestä näin sen huomaa kyl, sen kivun."	Kivun voi havaita tarkkailemalla ikääntynyttä potilasta.	Kivun arvioiminen ja tunnistaminen	Hoitohenkilökunnan taidot ja valmiudet
"No, raportilla yleensä käydään läpi, että onko ollut kipeä ja jos on ollut kipeä niin missä kohtaa sitä kipua on, miten sitä on hoidettu, onko se auttanut, viimeisimmät lääkemuutokset, onko tarvinnut tarvittavia lääkkeitä lisäksi siihen."	Keskustellaan läpi kivun sijainti, mitä keinoja käytetty/ovatko keinot auttaneet. Lääkemuutokset ja tarvittavat lääkkeet.	Kivun hoitamiseen liittyvä keskustelu: kivun hoitaminen	Kivunhoidosta keskusteleminen, Kivunhoidon menetelmät: kipulääkitys
"..kyl meil sitä sillai pohditaan yhteisesti, et voisko olla hyvä esimerkiksi koittaa jotain kylmää tai asentohoitoa tai sit ihan noita paikallisia kipugeelejä, et kyl me niin ku keskenään, joo keskustellaan."	Pohditaan erilaisia kivunhoidon vaihtoehtoja yhteisesti.	Pohtiminen, kivunhoidon menetelmät	Ratkaisujen pohdinta kivunhoidon haasteisiin
"Ja sit ihan niin ku tommoset tutkimukset siit kivunhoidosta. Niin ne olis mun mielest aika niin ku tärkeitä, ne olis semmosia ajatuksia herättäviä ja sit saattas just ittel tulla mieleen niin ku niit potilasesimerkkejä, et mihin sitä vois käyttää."	Tutkimustiedon tuonti käytäntöön, sovellusmahdollisuudet.	Tutkimustiedon hyödyntäminen osana hoitotyötä	Kivunhoidon kehittäminen