
*”Ja mä yrittin kymmenellä kauniilla kielellä et eks sää ny ottas
lääkettä siihen kipuus?”*

Sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa 24.11.2010

Saara Heikkinen ja Jenna Rintakoski

Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi *”Ja mää yritin kymmenellä kauniilla kielellä et eks sää ny ot-
tas lääkettä siihen kipuus?”- Sairaanhoidtajien kokemuksia
ikäntyneiden kivunhoidosta*

Tekijä Saara Heikkinen ja Jenna Rintakoski

Ohjaava opettaja Kirsi Puhtimäki

Hyväksytty 24.11.2010

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Saara Heikkinen ja Jenna Rintakoski	Vuosi 2010
Työn nimi	”Ja mä yrittin kymmenellä kauniilla kielellä et eks sää ny ot-tas lääkettä siihen kipuus?”- Sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla ikääntyneiden kivunhoitoa voidaan kehittää tutkituilla osastoilla. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä kahden Pirkanmaalla sijaitsevan terveyskeskuksen vuodeosaston kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Opinnäytetyötä varten haastateltiin yhdeksää osastoilla työskentelevää sairaanhoitajaa. Teemahaastattelukysymysten avulla selvitettiin millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on ikääntyneiden kivunhoidosta. Kysymyksillä kartoitettiin kivunhoidon toteutusta ja siihen liittyviä ongelmia, kivunhoidon arviointia sekä ikääntyneiden kivunhoitoon liittyviä kehittämisehdotuksia tutkimukseen osallistuneilla vuodeosastoilla.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat ikääntyneiden kivunhoidon olevan moniulotteista ja vaativan erityisosaamista. Sairaanhoitajat olivat motivoituneita ja halukkaita perehtymään ikääntyneiden kivunhoitoon, vaikka se koettiin haastavaksi ja aikaa vieväksi. Tutkimukseen osallistuneilla osastoilla kivunhoitoa toteutettiin sekä lääkkeellisin että lääkkeettömin menetelmin. Kivunhoidon onnistumisen kannalta suurimpina haasteina sairaanhoitajat pitivät ikääntymisestä johtuvien fysiologisten muutosten vaikutusta lääkehoitoon, kivun voimakkuuden sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointia. Lähes jokaisella sairaanhoitajalla on käytössään kipumittari, mutta sen käyttö on vähäistä. Muistisaira-at, se-kavat potilaat, sekä syöpäkivusta kärsivät ikääntyneet koettiin kivunhoidon kannalta haasteellisimpina potilasryhminä. Hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen katsottiin olevan onnistuneen kivunhoidon edellytys.

Avainsanat Ikääntynyt, kivunhoito, terveyskeskuksen vuodeosasto ja sairaanhoitaja

Sivut 30 s. + liitteet 6 s.

Forssa
Degree Programme in Nursing
Registered nurse (AMK)

Author Saara Heikkinen & Jenna Rintakoski **Year** 2010

Subject of Bachelor's thesis *"And I tried in ten beautiful languages, could you please take the pills for your pain"* – Nurses' Experiences of Pain Management of the Elderly

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences of pain management of the elderly in health centre wards. This thesis aimed to produce information that can be used to develop pain management in the wards in question. The thesis was made in cooperation with two health centre wards located in the Pirkanmaa County.

The thesis was accomplished using a qualitative research method. The material was collected by theme interviews. Nine (9) nurses who are working in wards were interviewed for the research. Theme interviews were made to find out what kind of experiences the nurses had about pain management of the elderly. With the questions the following issues were surveyed: pain management and its problems, criticism of pain management and possibilities to advance pain management of the elderly on these wards.

According to the results of the research, the nurses felt that the pain management of the elderly was multidimensional. They also felt that it requires special know-how. Nurses were motivated and willing to take a closer look at pain management of the elderly, even though they found it challenging and time-consuming. These wards cure pain both ways, with and without medicine. Nurses thought that physiological changes of elderly are the most challenging things in pain management. Physiological changes in the elderly had an effect on medical treatment and the severity of the pain. They also made it more difficult to rate the effect of medical treatment. Almost every nurse had his/her own scale for pain, but its use was scarce. Patients with memory problems, the confused ones and those who had cancer induced pain were the most challenging patients when it comes to the pain management. A good and confidential relationship between the patient and the nurse was considered to be a prerequisite for successful pain management.

Keywords Elderly, pain management, health centre ward and nurse

Pages 30 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	IKÄÄNTYNYT JA KIPU	2
2.1	Ikääntynyt.....	2
2.2	Kipu.....	2
2.2.1	Nosiseptiivinen kipu	3
2.2.2	Neuropaattinen kipu	3
2.2.3	Ideopaattinen kipu	3
2.3	Kipu muistisairaalla.....	4
3	KIVUNHOITOMENETELMÄT IKÄÄNTYNEILLÄ.....	4
3.1	Lääkkeellinen kivunhoito	4
3.2	Lääkkeetön kivunhoito.....	6
3.3	Kivunhoidon ongelmia ikääntyneillä	7
4	IKÄÄNTYNEIDEN KIVUNHOITO LAITOSHOIDOSSA	8
4.1	Ikääntynyt laitoshoidossa	8
4.2	Sairaanhoitaja ja ikääntynyt	8
4.3	Sairaanhoitajien kokemuksia kivunhoidosta.....	9
4.4	Kivunhoidossa koettuja haasteita laitoshoidossa	9
5	OPINNÄYTEYDEN TARKOITUS JA TAVOITE	10
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	10
6.1	Tutkimusmenetelmä	10
6.2	Kohdejoukko ja aineiston keruu.....	12
6.3	Aineiston analysointi.....	13
6.4	Aineiston raportointi	14
6.5	Opinnäytetyön eettisyys	14
6.6	Opinnäytetyön luotettavuus.....	15
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	16
7.1	Kivunhoidon toteutus vuodeosastolla	17
7.1.1	Lääkkeetön kivunhoito	17
7.1.2	Lääkkeellinen kivunhoito	17
7.2	Kivunhoidon onnistumista edistävät tekijät	18
7.3	Kivunhoidossa koettuja haasteita vuodeosastolla	19
7.4	Kivunhoidon tarpeen ja vaikuttavuuden arviointi vuodeosastolla	21
7.5	Sairaanhoitajien ehdotuksia kivunhoidon kehittämiseksi	22
8	POHDINTA.....	23
8.1	Tulosten tarkastelu	23
8.2	Johtopäätökset	25
8.3	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset.....	26
	LÄHTEET	27

LIITE 1 Teemahaastattelurunko

LIITE 2 Saatekirje

LIITE 3 Suostumuslomake

LIITE 4 Kaavio 1.

LIITE 5 Kaavio 2.

LIITE 6 Kaavio 3.



1 JOHDANTO

Kivunhoidon kannalta ikääntyneet ovat haasteellinen potilasryhmä. Ikääntyneet kärsivät nuoria enemmän kivusta, ja esimerkiksi mielenterveysongelmat ja muistisairaudet heikentävät ikääntyneen kykyä ilmaista kipua (Kalso 2002, 328). Kivunhoitoon osallistuvien sairaanhoidon ammattilaisten tiedot eivät ole ajan tasalla, mikä osaltaan vaikuttaa lääkehoidon toteutuksessa ilmeneviin ongelmiin. Kaikkia lääkkeitä ei ole testattu ikääntyneillä, vaikka vanhenemismuutoksista johtuen lääkkeiden toiminta ja vaikutus elimistössä muuttuu. (Kivelä 2005, 8, 33.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittelee, että sairaanhoitajan on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja näyttöön perustuvia menettelytapoja ammattitoiminnassaan. Sairaanhoitaja on lain mukaan velvollinen kehittämään ja ylläpitämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 15, 18.)

Potilaalla on oikeus saada laadukasta ja yksilöllistä kivun hoitoa ja kipu tulee pyrkiä poistamaan niin tehokkaasti kuin mahdollista (Salanterä & Heikkinen 2002, 32). Kipu luokitellaan yleensä akuuttiin eli lyhytaikaiseen kipuun tai krooniseen eli pitkäaikaiseen kipuun. Erilaiset kiputilat määritellään ja hoidetaan eri tavalla (Vainio 2004, 17–18). Kivunhoito perustuu suurelta osin lääkkeelliseen kivunlievitykseen, mutta myös muiden kuin lääkkeellisten menetelmien käyttö on lisääntynyt (Salanterä & Heikkinen 2002, 32).

Opinnäytetyössä ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta kivusta kärsivää ja vuodeosastolla hoidossa olevaa potilasta. Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Tässä opinnäytetyössä kivunhoidolla viitataan sekä lääkkeelliseen että lääkkeettömään kivunhoitoon. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta kahdella Pirkanmaalla sijaitsevalla terveystieteiden vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla ikääntyneiden kivunhoitoa voidaan kehittää tutkituilla osastoilla.

2 IKÄÄNTYNYT JA KIPU

2.1 Ikääntynyt

Käsite ikääntynyt on laaja käsite, jolla saatetaan tarkoittaa tapauksesta riippuen 65–110-vuotiasta. Voutilaisen ja Tiikkaisen (2008, 43–44) mukaan ikääntyneen määritelmää katsotaan kahden mallin avulla, ensimmäisessä 65–75-vuotiaat ovat ikääntyneitä, 75–85-vuotiaat iäkkäitä, yli 85-vuotiaat vanhoja ja yli 95-vuotiaat vanhuksia. Toisessa mallissa ihmisen ikä on jaettu neljään osaan. Tässä mallissa 65–80-vuotiaat kuuluvat kolmanteen osaan, jolla tarkoitetaan työiän ja vanhuuden välissä olevaa vaihetta, ennen varsinaista vanhuutta, joka on vaihe neljä.

Tässä opinnäytetyössä ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta naista tai miestä, joka on potilaana terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla.

2.2 Kipu

Kaikilla potilailla on oikeus laadukkaaseen, sekä yksilölliseen kivunhoitoon ja kipu tulee aina pyrkiä poistamaan niin tehokkaasti, kuin mahdollista. Kivunhoito perustuu suurelta osin lääkkeelliseen kivunlievitykseen, vaikkakin myös muiden, kuin lääkkeellisten menetelmien käyttö on lisääntynyt. (Salanterä & Heikkinen 2002, 32.)

Kipu, etenkin krooninen kipu eri muodoissa aiheuttaa suomalaisille ongelmia monella tasolla. Se rajoittaa toimintakykyä ja vähentää työkykyistä väestöä. Vanhuksilla se lisää avuntarvetta. Sairauslomien, lääkkeiden, eläkkeiden ja sairaanhoitopalvelun muodossa kustannukset nousevat miljardeihin. (Kalso & Vainio 2002, 31.) Kipu on yksilöllinen kokemus, jota ulkopuolisen on vaikea arvioida, ja se, miten ihminen sen ilmaisee, on yksilöllistä. Siihen, miten ihminen kivun kokee, vaikuttavat muun muassa ikä, persoonallisuus, kulttuurista sekä aikaisemmat kipukokemukset. Suomalaisessa kulttuurissa kipua pidetään jossain määrin ”synninpalkkana”, ja siitä on opittu vaikenemaan. Jatkuva kipu aiheuttaa elimistössä stressireaktioita, väsymystä ja heikentää suorituskykyä. Krooninen kipu vaikuttaa myös siitä kärsivän mielialaan, aiheuttaen masennusta ja ahdistusta. (Kristeri 2004, 15–16.)

Fyysinen kipu johtuu ulkoisen tai elimistön sisäisen tekijän aiheuttamasta kudolvauriosta. Vaurioituneesta kudoksesta vapautuu kipua välittäviä aineita, jotka aiheuttavat ärsytysreaktion kipureseptoreissa. Elimistön kipureseptorit vastaavat kipuärsykkeeseen ja muuttavat kudolvaurion aiheuttaman energian hermoimpulssiksi, joka siirtyy selkäyttimeen ja aivojen kipukeskuksiin. (Sailo & Varti 2000, 31.)

Akuutti kipu on äkillinen kivun tunne, joka varoittaa elimistöä uhkaavasta kudolvauriosta. Akuutissa kivussa syy kipuun useimmiten tiedetään ja sen

oletetaan lievittyvän asianmukaisella hoidolla. Akuutti kipu tulee hoitaa ajoissa, jotta voidaan ehkäistä kivun kroonistuminen. Akuutti kipu ei jätä jälkiä keskushermostoon toisin kuin krooninen kipu, joka aiheuttaa pysyviä muutoksia hermostossa. (Sailo & Vartti 2000, 34–35.)

Kroonisesta kivusta puhuttaessa kipu on kestänyt 3–6 kuukautta, tai yli odotetun kudosten parantumisajan. Akuutin ja kroonisen kivun välinen raja on epäselvä, ja jotkut kiputilat sisältävät piirteitä molemmista. Akuuttia ja kroonista kipua hoidetaan eri tavoin. Krooninen kipu voi olla ajoittaista, mutta toistuvaa. (Sailo & Vartti 2000, 34–35.)

2.2.1 Nosiseptiivinen kipu

Nosiseptiivinen kipu syntyy, kun kipuhermopäätteet reagoivat kudosaivuriota aiheuttavalle ärsykkeelle. Nosiseptiivinen kipu jaetaan somaattiseen, eli lihas-, luusto-, iho- ja sidekudoskipuun. Tällainen tilanne syntyy tulehduksissa, kudosaivuriassa, syöpäkasvaimen aiheuttamisessa vaurioissa, sekä lihasten ja luuston kudosten vaurioissa. Toinen nosiseptisen kivun muoto on viskeraalinen, eli sisäelimestä johtuva kipu. Tulehdukset, iskemia ja kasvaimet ovat yleisiä kivunaiheuttajia. Viskeraalinen kipu syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien, tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Tyypillisesti viskeraalinen kipu on vaikeasti paikannettavissa, se tuntuu laajemmalla alueella kuin se elin, mistä kipu on lähtöisin. Sisäelinkivun ilmenemiseen kuuluu autonomisen hermoston säätlemiä oireita, eli sydämentykytystä, kalpeutta, pahoinvointia ja hikoilua, esimerkiksi sydäninfarktissa kipu säteilee oikeaa kättä pitkin, vaikka kipu on lähtöisin sydäimestä. (Sailo & Vartti 2000, 33.)

2.2.2 Neuropaattinen kipu

Neuropaattisella kivulla tarkoitetaan hermovauriosta aiheutuvaa kipua. Se eroaa nosiseptisestä kivusta syntymekanisminsa perusteella. Neuropaattisessa kivussa vaurio on itse kipu välittävässä hermossa. Kivun aiheuttaja voi olla ulkoisen tekijän aiheuttama hermovaurio, tai se voi olla sisäisen vamman aiheuttama, esimerkiksi kasvain voi painaa hermoa ja sillä tavoin aiheuttaa kipua. Neuropaattista kipua kuvataan pistelynä, viiltävänä ja polttavana tunteena. (Sailo & Vartti 2000, 33.) Neuropaattiset kivut ovat vaikeita hoitaa ja ne reagoivat heikosti kipulääkkeisiin.

2.2.3 Ideopaattinen kipu

Ideopaattisesta kivusta on kyse, kun potilaalla ei voida todeta kipua selittävää kudosaivuriota tai hermovauriota (Vainio 2002, 99). Kipua kutsutaan myös psykogeeniseksi kivuksi. Kipuun liittyy yleensä myös ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Kipuoireet esiintyvät yleensä masennuspotilailla ja tämän vuoksi kroonisen kipuoireyhtymän ajatellaan olevan peitelty depressio. Kipupotilailla ja masennuspotilailla on psykologisissa persoonallisuustesteissä osoitettu olevan samoja persoonallisuuspiirteitä. Yhteisiksi nimittä-

jiksi on löydetty samansuuntaiset muutokset kortisoli- ja serotoniiniaineenvaihdunnassa. (Sailo & Varti 2000, 34.)

2.3 Kipu muistisairaalla

Suomessa arvioidaan löydettävän vuosittain noin 12 000 uutta dementia-tapausta. Lisääntyvä muistisairaiden ryhmä luo haasteen hoitotyön ammattilaisille, koska muistisairaudesta kärsivän potilaan kipumuisti voi heikentyä muun muistin heikentymisen ohella. Arvion mukaan 80 % laitoshoidossa olevista muistisairaista kärsii kivusta. Muistisairaudesta kärsivät kivusta kuten terveet, mutta eivät osaa ilmaista ja tunnistaa kipuaan. Tämä johtuu kasvaneesta kivunsietokyvystä, mutta kipukynnys on samalla tasolla kuin terveellä ikääntyneellä. Mitä pidemmälle edenneestä muistisairaudesta on kyse, sitä vaikeampaa potilaan on kipuaan ilmaista. Erilaisten kipumittareiden avulla voidaan kipua arvioida muistisairauden eri vaiheissa. Alkuvaiheessa sanallinen arviointi vielä onnistuu, mutta sairauden edetessä on hyvä ottaa avuksi erilaiset kipua kuvaavat asteikot, esimerkiksi kasvoasteikko tai kipukiila, josta potilas voi itse valita kivun määrää osoittavan arvon. Kivun arvioinnin on oltava toistuvaa ja potilaalle on annettava aikaa vastata rauhassa. Omaisilta saatu tieto potilaan tavoista ilmaista kipua ovat ensiarvoisen tärkeitä. (Kankkunen 2008, 250, 252–255; Janes & Tilvis 2003, 293–295.)

Kuten muiden potilasryhmien kohdalla, myös muistisairaiden kanssa kivun arviointi ja kirjaaminen kuuluvat hyvään kivunhoitoon. Hoitajan tulee järjestelmällisesti arvioida, yhdessä potilaan kanssa, kivun voimakkuutta, sijaintia, laatua ja kestoja. Yhdessä potilaan kanssa sovitaan, mihin hoidolla pyritään ja mitä potilas itse odottaa. Hoitajan täytyy selkeästi myös kirjata, miten kipua on ilmaistu, hoidettu ja miten hoito on auttanut, lisääkö joku tai jokin asia kipua ja miten kipu vaikuttaa potilaaseen itseensä. (Kankkunen 2008, 249–250, 252; Janes & Tilvis 2003, 294–295.)

3 KIVUNHOITOMENETELMÄT IKÄÄNTYNEILLÄ

3.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Kipulääkkeet jaetaan kolmeen ryhmään: parasetamoliin, tulehduskipulääkkeisiin ja opioideihin. Kuten kaikilla, myös näillä lääkkeillä on omat sivuvaikutuksensa. Ne saattavat aiheuttaa ikääntyneellä mm. ummetusta, unettomuutta, vatsavaivoja, sekavuutta, kaatuilemista ja turvotuksia. Parasetamoli on suositeltavin lääke ikääntyneiden kivun hoitoon. Tulehdussellisissa kiputiloissa tulehduskipulääkkeitä käytetään myös ikäihmisillä. Ne alentavat ruumiin lämpöä, joten niitä voidaan käyttää myös kuumeen hoitoon. (Kivelä 2005, 57–58, 61, 84–87.)

Monilla ikääntyneillä suuri lääkkeiden määrä ja heikentynyt lääkkeiden sietokyky hankaloittavat tehokkaan kivunhoidon toteutusta. Lääkkeet aloitetaan mahdollisimman pienellä annoksella ja annosta nostetaan asteittain, kunnes tavoiteltu vaste saavutetaan. Tärkeää on punnita hyötyhaittasuhdetta. Kipulääkityksen saaminen säännöllisesti, jolloin lääkettä on tasaisesti verenkierrossa, vähentää riskiä, että kipu pääsee liian kovaksi. Tutkimukset osoittavat, että tarvittaessa otettavaksi tarkoitetut kipulääkkeet jäävät usein, etenkin muistisairaiden kohdalla, saamatta. (Kankkunen 2008, 259–261; Janes & Tilvis 2003, 293–294.)

Parasetamoli on vähäisten sivuvaikutusten vuoksi suositeltavin lääke ikääntyneiden kivun hoitoon. Parasetamoli ei ole varsinainen tulehduskipulääke, joten tulehduksellisiin kiputiloihin siitä ei ole hyötyä. Vaikka parasetamolilla ei ole paljoa sivuvaikutuksia, on se kuitenkin maksatoksinen, joten maksasairautta sairastavalle ikääntyneelle sitä ei suositella. (Kivelä 2005, 84–85.)

Tulehduksellisissa kiputiloissa tulehduskipulääkkeitä käytetään myös ikäihmisillä. Ne alentavat myös ruumiin lämpöä, joten niitä voidaan käyttää myös kuumeen hoitoon. Tulehduskipulääkkeitä ikääntyvillä suositellaan vasta sitten, kun parasetamolien sallittu vuorokausiannos ei anna vastetta kivulle. Tulehduskipulääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ikääntyneillä ovat vatsavaivat. Lääkkeet alentavat mahalaukun suoja mekanismeja ja altistavat näin vatsahaavalle. Ikääntyneillä vatsahaavat ovat usein lähes kivuttomia, joten niitä ei ehditä hoitaa ajoissa. Tulehduskipulääkkeet vähentävät virtsan eritystä, mikä johtaa turvotuksiin ja kihtivaivoihin. Eryteisesti sydämen vajaatoimintapotilaat, munuaissairautta ja maksasairautta sairastavat potilaat ovat alttiita näille sivuvaikutuksille, jotka pahentavat perussairauksia jo entisestään. Tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa yliherkkyysoireita esim. nuhaa ja ihottumia. Samasta syystä näitä lääkkeitä ei suositella astmaatikoiden. Tulehduskipulääkkeitä ei tulisi syödä samaan aikaan verenohennuslääkkeiden (esim. Marevan) kanssa. (Kivelä 2005, 85–87.)

Opioidit ovat kipulääkeryhmistä vahvimpia. Niitä suositellaan käytettäväksi ainoastaan kovissa kiputiloissa leikkauksen jälkeen, sydäninfarktin tai syövän aiheuttamaan kipuun sekä hermoperäisiin kipuihin. Opioideja suositellaan käytettävän vain lyhyitä aikoja ja niiden käyttö vaatii tarkkaa sivuvaikutusten ja tehon seuranta. Opioidit aiheuttavat helposti riippuvuutta, jo muutaman viikon käytön jälkeen. Opioidien haittavaikutukset ovat voimakkaita jopa nuorella väestöllä, siksi niiden suositeltava annos iäkkäällä on noin puolet normaalista. Haittavaikutuksia näillä lääkkeillä ovat suun kuivuminen, pahoinvointi, sekavuus, kaatuilu, lihasjäykkyys sekä näkö- ja kuuloharhat. (Kivelä 2005, 87–89.)

Kroonisiin kiputiloihin käytetään joissain tapauksissa myös vanhempia niin sanottuja trisyklisiä masennuslääkkeitä. Kipuihin käytettävä masennuslääkeannos on selvästi pienempi kuin itse masennuksen hoidossa. Näiläkin lääkkeillä on haittavaikutuksia jopa pieninä annoksina. Ikääntyneillä

masennuslääkkeet saattavat aiheuttaa väsymystä, pelkoja, muistiongelmia ja sekavuutta. Viiltäviin, sähköiskua muistuttaviin kiputiloihin voidaan käyttää epilepsian hoitoon kehitettyjä lääkkeitä. Nämä lääkkeet aiheuttavat muutoksia veressä, joten veri-arvoja on seurattava hoidon aikana. Haittavaikutukset ovat samankaltaisia kuin muillakin kivun hoitoon tarkoitetuilla lääkkeillä, kuten oksentelu, näköhäiriöt ja huimaus. Jotkin epilepsialääkkeet nopeuttavat muiden lääkkeiden hajoamista elimistössä, joten niiden teho vähenee. (Kivelä 2005, 90–91.)

3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Vuonna 2003 tehdyssä tutkimuksessa, johon osallistui ihmisiä 15:stä Euroopan maasta sekä Israelista, selvisi, että Suomessa jopa 91 % vastanneista oli kokeillut lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kivunhoitomuotona, kun taas Espanjassa vastaava osuus oli vain 56 %. Tutkimukseen osallistui yhteensä 46 394 ihmistä, joista 69 % oli käyttänyt jotain lääkkeetöntä kivunlievitysmenetelmää. Menetelmistä yleisimpiä olivat hieronta, fysioterapia ja akupunkturi. (Breivic, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher 2006, 14.)

Hyvä yleiskunto jo itsessään vähentää lääkkeiden tarvetta, mutta on olemassa monia lääkkeettömiäkin keinoja kivun helpottamiseksi. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät jaetaan kahteen luokkaan; fyysiseen ja kognitiivis-behavioristiseen ryhmään. Fyysisissä kivunhoitomenetelmissä kipuun pyritään vaikuttamaan ihon kautta, esimerkiksi hieronnan tai asento-hoidon avulla. Kognitiivis-behavioristisessa menetelmässä pyritään vaikuttamaan tapaan, jolla potilas suhtautuu kipuun, käyttäen apuna rentoutumista tai mielekästä tekemistä. Menetelmä ei sovellu muistisairaiden kivunhoitoon yhtä hyvin, kuin fyysinen menetelmä, koska siinä vaaditaan hyvää kognitiivista tilaa. Lihaksistossa ja nivelissä esiintyvää kipua voidaan hoitaa liikunnalla ja venyttelyllä kipulääkkeiden sijaan. Ulkoilu parantaa unen laatua ja mielialaa, samoin kuin kirkasvalohoito. Erilaisilla kuuma- ja kylmähoidoilla, sekä hieronnalla voidaan helpottaa lihaksissa ja nivelissä tuntuva kipua. Jos sähköisestä kivun hoidosta, esimerkiksi TNS-hoidosta, on hyötyä, voi laitteen hankkia myös itselleen. (Kankkunen 2008, 261–262; Kivelä 2005, 57–58.)

Ei-lääkkeelliset menetelmät toimivat lääkkeellisen hoidon rinnalla, mutta eivät korvaa niitä. Monia näistä ei-lääkkeellisistä hoidoista potilas voi toteuttaa myös itsenäisesti kotona. Ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja käytetään usein lääkehoidon rinnalla. Näitä hoitomuotoja ovat esimerkiksi fysioterapia, psykologinen kivunhoito sekä akupunkturi. Erilaiset apuvälineet ja esimerkiksi erikoisjalkineet voidaan myös luokitella lääkkeettömään kivunhoitoon. (Janes & Tilvis 2003, 295–296; Vainio 2004, 86–87.) Ei-lääkkeellisten hoitomuotojen teho on yksilöllinen ja potilasta tulee ohjata löytämään itselleen sopivat tavat. Potilaille olisi hyvä kertoa ei-lääkkeellisistä kivunhoito menetelmistä ja ohjata niiden käytössä lääkehoidon tukena. (Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 154–162.)

3.3 Kivunhoidon ongelmia ikääntyneillä

Ikääntyneet ovat kivunhoidollisesta näkökulmasta haasteellinen potilasryhmä. Vanhemmalla ikäryhmällä on enemmän kroonista kipua aiheuttavia sekä syöpäsairauksia, kuin nuoremmilla. Ikääntyneiden lääkehoitoon on kiinnitettävä erikoishuomiota huonontuneen lääkkeiden sietokyvyn ja yhteisvaikutusten vuoksi. Ikääntyneellä ikäryhmällä mielenterveysongelmat, sekä muistisairaudet vaikeuttavat kivun ilmaisuja ja sitä kautta kivun arviointia. Ikääntyneiden kohdalla tulee kiinnittää huomiota käytöksessä tapahtuviin muutoksiin. Kiinnostuksen puute, keskittymiskyvyttömyys, unettomuus, ruokahaluttomuus, mielialan vaihtelut, mahdollinen aggressiivisuus ja ärtyneisyys saattavat olla merkkejä kivusta. (Kalso 2002, 328; Kankkunen 2008, 248–250.)

Ihmisen ikääntyessä kehossa tapahtuu monenlaisia muutoksia. Elimistö kuivuu, sen toiminta hidastuu ja rasvan määrä lisääntyy. Nämä muutokset selittävät osittain myös sen, miksi lääkkeiden vaikutus ja toiminta elimistössä muuttuu. Lääkkeiden vaikutukset voimistuvat ja samalla myös haittavaikutukset lisääntyvät. Lääkkeet kestävät elimistössä kauemmin ja niiden pitoisuus kasvaa. Vanhenemismuutokset ja sairaudet, jotka vaikuttavat lääkkeitä käsitteleviin elimiin, ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä ja tästä johtuen myös lääkehoito tulisi suunnitella yksilöllisesti. (Kivelä 2005, 8, 33.) Ikääntyneiden lääkitys on usein vahvasti sedatiivista. Mitä iäkkäämpi ja huonokuntoisempi potilas on, sitä enemmän monilääkitys aiheuttaa potilaalle uneliaisuutta ja tokkuraisuutta. Lääkityksellä pyritään parantamaan potilaan toimintakykyä, mutta monilääkitys usein vain laskee sitä. (Haapea ym. 2004, 4853.)

Ikääntyneiden lääkehoidon ongelmiin ei ole yhtä selkeää ratkaisua, koska ongelmat ovat niin moninaisia. Muistiongelmat hankaloittavat annettujen ohjeiden noudattamista. Elinajan odote on länsimaissa noussut huomattavasti, eikä tieteellinen tutkimus ole pysynyt perässä, tästä syystä ei ole tarkkaa tietoa siitä, miten lähes 100-vuotiaan elimistö toimii. Sairaanhoidon ammattilaisten tiedot eivät ole ajan tasalla, mikä osaltaan vaikuttaa lääkehoidon toteutuksessa ilmeneviin ongelmiin. Kaikkia lääkeaineita ei ole testattu ikääntyneillä, vaikka monet heistä saattavat lääkettä syödä. Lääkkeiden yhteisvaikutusta on alettu tukiä vasta 80-luvulla, joten ennen sitä opiskelleet lääkärit eivät välttämättä ole tietoisia uusista tutkimustuloksista. Uusia lääkeaineita kehitetään koko ajan, eivätkä niille tehtävät testit ole aina riittäviä. Kun syödään monia lääkkeitä samaan aikaan, saattaa siitä seurata sivuvaikutuksia, joita usein hoidetaan taas uudella lääkkeellä. Nyky-yhteiskunnassa on lisääntymässä ajatus siitä, että kipua kuuluu hoitaa lääkkeillä, vaikka sen aiheuttajaa ei aina tiedettäisikään. Joillakin vanhan kansan ihmisillä taas on päinvastainen ajatus, minkä mukaan kipu kuuluu vain kärsiä ja se on osa elämää. (Kivelä 2005, 18–19.)

4 IKÄÄNTYNEIDEN KIVUNHOITO LAITOSHOIDOSSA

4.1 Ikääntynyt laitoshoidossa

65 vuotta täyttäneiden ja tätä vanhempien määrän ennustetaan kaksinker-
taistuvan nykyisestä 905 000:sta 1,79 miljoonaan vuoteen 2060 mennessä
(Tilastokeskus 2009). Vuonna 2002 kymmenen prosenttia yli 75-vuotiaista
oli pitkäaikaishoidossa. Vuonna 2008 terveyskeskusten vuodeosastoilla
hoidettiin yhteensä 151 380:a potilasta. Vuodesta 2007 potilasmäärä on li-
sääntynyt kolmella prosentilla. Vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden ikä
oli keskimäärin 75 vuotta. Potilaiden keskimääräinen ikä on noussut kah-
della vuodella viimeisen kymmenen vuoden aikana. Pitkäaikaishoitoa hoi-
topäivistä oli 65 %. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010; Noro, Finne-
Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005, 17.)

Vuosien 2000–2004 aikana tehdyn tutkimuksen mukaan joka viides lai-
toshoidossa olevista potilaista kokee kohtalaista kipua päivittäin. Kovasta
kivusta kärsi yhdeksän prosenttia ryhmästä. Yhdeksän prosenttia potilais-
ta, jotka kärsivät eniten kivusta olivat ilman lääkitystä. Täysin kivuttomia
tutkimukseen osallistuneista oli 39–48 %. (Noro 2005, 55–58.)

4.2 Sairaanhoitaja ja ikääntynyt

Ikääntyneiden määrän kasvaessa gerontologinen hoitotyö kasvattaa osaan-
sa hoitoalalla. Gerontologia tieteenalana tutkii ikääntymistä ja ikääntyneitä
ihmisiä. Gerontologinen hoitotyö tähtää ikääntyneen hyvinvoinnin saavut-
tamiseen ja ylläpitoon. Ikääntyneiden kanssa työskentelevällä sairaanhoi-
tajalla on oltava laajat tiedot ikääntymismuutoksista ja niiden vaikutusis-
ta ikääntyneeseen. Heillä on oltava tarvittavat tiedot lääkkeistä, niiden
vaikutuksista, yhteisvaikutuksista sekä lääkehoitoon liittyvistä haasteista
ikäntyneellä. Potilas tulee kohdata kokonaisvaltaisesti huomioiden kaikki
elämän osa-alueet, niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin. Ikään-
tyneiden keskuudessa on paljon yksinäisyyttä, joten läsnäolo on tärkeä osa
hoitoa. Erityistä osaamista ja tietopohjaa vaativa ikääntyneiden ryhmä
ovat muistisairaat potilaat. Sairaanhoitajan rooli ikääntyneen kanssa toi-
mittaessa koostuu potilaan hoidon kokonaisvaltaisesta koordinoinnista,
moniammatillisessa tiimissä toimimisesta, hoidon suunnittelusta, toteutuk-
sesta ja tuloksellisuuden arvioinnista. Hoitajalla on oltava voimavaroja ja
osaamista kohdata kuoleva potilas ja olla tukena kuolevan potilaan omai-
sille. (Heikkinen 2003, 363–366; Vähäkangas 2008, 153; Voutilainen,
Rautasalo, Isola & Tiikkainen 2008, 15–18.) Toteutettaessa lääkkeetöntä
kivunhoitoa olennaista on hoitajan asenteet ja tapa tehdä työtään. Vaikut-
tavissa hoitomalleissa oleellisia tekijöitä ovat hoitajan tuttuus, helppo lä-
hestyttävyyys ja hoidon jatkuvuus. Hoitajan tulee toimia potilaskeskeisesti.
Terveydenhuollossa ikääntynyt on usein toimenpiteiden passiivinen kohde
ja hänen toiveensa ohitetaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä. (Pitkälä 2008,
939.)

4.3 Sairaanhoitajien kokemuksia kivunhoidosta

Potilaan hyvä hoito vaatii onnistuakseen toimivaa yhteistyötä hoitajan ja lääkärin välillä. Osapuolilla tulee olla yhteinen näkemys ja päämäärä potilaan hyväksi. (Peltonen 2009, 44.) Outinen (2009) on tutkinut ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä. Yhteistyö koettiin pääasiassa onnistuneeksi, vaikka tieteenalojen erilaiset näkökulmat asioihin aiheuttivat väärinymmärryksiä ja haasteita yhteistyölle. Lisäksi tietynasteinen hierarkkinen ajattelutapa vaikeutti yhteistyötä. Osa tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä koki hoitajien mielipiteet ja kyseenalaistamisen loukkaavana.

Sairaanhoitajat kokevat potilaan ohjauksen, neuvonnan ja tukemisen olevan tärkeä osa kivunhoitoa. Kivunhoidon katsotaan kuuluvan merkittävänä osana potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Kivunhoidon toteuttamisessa hoitajat pitivät tärkeimpinä asioina kivun mittaamista, kirjaamista ja vaikeuttavuuden arviointia. (Kiuru 2003.)

Sairaanhoitajien tieto- ja asenteilla on vaikutusta siihen miten he kivunhoitoa toteuttavat. Potilaan kipuun liittyvää ahdistusta voidaan vähentää keskustelemalla kivusta ja sen erilaisista hoitokeinoista. (Hovi & Salanterä 2000, 20–22.)

4.4 Kivunhoidossa koettuja haasteita laitoshoidossa

Töölön sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin hoitajien tietoja kivunhoidosta. Hoitajien tiedot kivunhoidosta olivat pääsääntöisesti hyvät, hankalana koettiin kivun mittaaminen potilailta, jotka eivät itse kykene sitä ilmaisemaan. Vaikka kipumittarit koettiin hyväksi apuvälineeksi kivun arvioinnissa, vain neljä prosenttia vastaajista ilmoitti niitä käyttävänsä. Kokonaisvaltaisen kivunhoidon esteeksi koettiin kiire ja jatkuvat keskeytykset, joiden seurauksena tehokas kivunhoito ei ollut mahdollista. Lyhyistä hoitoajoista ja henkilökunnan vaihtuvuudesta johtuen potilaisiin ei ehdittä tutustua riittävän hyvin, jotta osattaisiin tunnistaa jokaisen tapa ilmaista kipua. (Kankkunen 2008, 251–252; Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007, 35–38; Manias, Botti & Bucknall 2002, 727–730.)

Kivunhoidon kannalta haastavan ryhmän muodostavat potilaat, jotka eivät jostain syystä pysty itse kertomaan kivusta, sen voimakkuudesta ja sijainnista. Työskenneltäessä tällaisten potilaiden kanssa on tärkeää, että hoitaja osaa seurata ja tulkita potilaan voimissa tapahtuvia muutoksia. Erilaiset ilmeet, eleet, kehonliikkeet ja vitaalielintoimintojen muutokset saattavat olla merkkejä kivusta. Potilaan aggressiivisuutta hoidetaan liian usein rauhoittavilla lääkkeillä, koska käytösoiretta ei osata tulkita kivun ilmaisuksi. (Hagelberg ym. 2006, 75–78; Kankkunen 2008, 250.)

Laitoshoidossa olevien potilaiden kivunhoito ei useinkaan ole riittävää. Yhtenä syynä tähän pidetään hoitajien asenteita ja puutteellisia tietoja. Muistisairaita pidetään huonommassa arvossa, kuin muita potilaita. Hoita-

jat ajattelevat, etteivät muistisairaudesta kärsivät potilaat kuule ja muista, vaan he ovat kuin lapsia, jotka eivät kykene ajattelemaan. Puutteellisista tiedoista ja väärinymmärryksistä johtuen hoitajat pelkäävät lääkkeiden aiheuttamia riippuvuuksia ja epäonnistuvat kivunarvioinnissa. (de Rond, de Wit, van Dam, van Campen, den Hertog & Klievink 2000, 457–458; Kankkunen 2008, 250–252.) Sairaanhoitajien tiedot ja taidot kivunhoidosta eivät välttämättä ole ajan tasalla, eikä käytännön hoitotyössä osata hyödyntää riittävästi tutkittua tietoa. Hoitotyössä esiintyvä kiire ja informaation puute kivunhoitoon osallistuvien välillä heikentää kivunhoidon laatua. (Palviainen, Kankkunen & Suominen 2005, 12–14.)

5 OPINNÄYTEYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tutkimukseen osallistuvien vuodeosastojen hoitajien kokemuksia liittyen ikääntyvien potilaiden kivunhoitoon. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla ikääntyneiden kivunhoitoa voitaisiin kehittää tutkimukseen osallistuneilla kahdella terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää:

1. Miten sairaanhoitajat toteuttavat ikääntyneiden kivunhoitotyötä terveyskeskusten vuodeosastoilla?
2. Mitä ikääntyneiden kivunhoitoon liittyviä haasteita sairaanhoitajat kohtaavat päivittäisessä hoitotyössä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä kahden Pirkanmaalla sijaitsevan terveyskeskuksen vuodeosaston kanssa. Tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden kivunhoitoa sairaanhoitajien kokemana. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat vuodeosastojen sairaanhoitajat, jotka osallistuvat ikääntyneiden kivunhoidon toteuttamiseen ja arviointiin. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla, haastatteleamalla yhdeksää vuodeosastoilla työskentelevää sairaanhoitajaa, jotka olivat antaneet tietoisuuden tutkimukseen osallistumisesta. Suostumus vahvistettiin suostumuslomakkeella. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimusmenetelmässä tähdätään kokonaisvaltaiseen tiedon hankintaan ja aineisto kerätään todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivinen tutkimus perustuu induktiiviseen eli aineistolähtöiseen

prosessiin, jossa tutkija etenee yksittäisestä tiedosta yleiseen eli kokoaa yksittäisten henkilöiden kokemukset yhteen ja vertaa niitä jo aiemmin tutkittuun tietoon. Kun tutkimuksen kohteena ovat ihmisten omat kokemukset, kutsutaan tällaista lähestymistapaa fenomenologiseksi lähestymistavaksi. Fenomenologisella lähestymistavalla pyritään tuottamaan tietoa tutkittavien kokemuksista ja kokemusten merkityksistä koskien arkielämää ja toimintaa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 25; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Teemahaastattelulla tarkoitetaan haastattelumuotoa, joka on avoimen ja strukturoidun haastattelun välimuoto eli niin sanottu puolistrukturoitu haastattelu. Tälle haastattelumuodolle on tyypillistä, että aihealueet, eli teemat on valmiiksi mietitty niin, että ne vastaavat sitä, mitä halutaan tutkia. Kysymysten tarkka rakenne ja järjestys puuttuvat. Haastattelussa olennaista on tutkijan ja tutkittavan välinen suhde. Tutkittava kuvaa omin sanoin kokemuksiaan, joista tutkija tekee omia tulkintojaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–87; Hirsjärvi & Hurme 2004, 47–48, 177.) Haastattelu valitaan aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun tutkittava henkilö nähdään tutkimustilanteen subjektina. Tutkittava tuo itselleen merkityksellisiä asioita esille haastattelun aihepiiriin liittyen ja toimii aktiivisena osapuolena. Haastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi myös silloin, kun aiheesta on ennestään vähän tietoa tai halutaan syventää aikaisempaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74; Hirsjärvi & Hurme 2004, 34; Hirsjärvi ym. 2007, 200.)

Tutkija voi yrittää vaikuttaa tutkimuksen sisältöön valmistelemalla teemahaastattelun kysymykset huolella ja tarkoin. Tärkeää on myös pohtia etukäteen, mitä teemoja voidaan syventää ja miettiä valmiiksi apukysymyksiä. Esitestaamalla haastattelu tutkijat voivat parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja valittujen kysymysten paikkansapitävyyttä. Tutkijan on tärkeää käydä läpi haastatteluja koko haastatteluvaiheen ajan, jotta mahdolliset puutteet haastateltavien vastauksissa huomataan ajoissa. Myös teknisestä välineistöstä, kuten nauhurista huolehtiminen on tärkeää. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 184.)

Tässä opinnäytetyössä pääkysymysten lisäksi suunniteltiin tarkentavia kysymyksiä, joita käytettiin tarvittaessa. Teemahaastatteluun oli valittu kolme teemaa, jotka olivat kivunhoidon toteutus ja ongelmat, kivunhoidon arviointi ja kivunhoitoon liittyvät kehittämisehdotukset (Liite 1). Kysymykset valittiin ja aseteltiin niin, etteivät ne johdatelleet osallistujaa. Haastattelulle varattiin aikaa puolesta tunnista tuntiin. Opinnäytetyössä käytetty teemahaastattelurunko esitettiin yhdellä osaston sairaanhoitajalla. Koska esitestauksena käytetty haastattelu sujui ongelmitta, eikä kysymyksiin jouduttu tekemään muutoksia, otettiin haastattelu osaksi tutkimusaineistoa.

6.2 Kohdejoukko ja aineiston keruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkkaan määrätty tutkimukseen osallistuvan otoksen kokoa. Tutkijan tulee miettiä, kuinka monta olisi välttämätöntä valita, jotta saataisiin riittävästi tietoa tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87; Hirsjärvi & Hurme 2004, 58; Hirsjärvi ym. 2007, 177.) Fenomenologisissa lähestymistavoissa haastateltaviksi pyritään valitsemaan sellaisia henkilöitä, joilla on omia kokemuksia tutkittavasta asiasta (Järvinen & Karttunen 1998, 164–173). Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat tutkimukseen osallistuvien vuodeosastojen sairaanhoitajat (N=21), joiden joukossa on sekä vakituisia työntekijöitä, että sijaisia. Suostumuslomakkeet jaettiin kaikille sairaanhoitajille. Jos halukkaita tutkimukseen osallistujia olisi ollut yli kymmenen, olisi heidän joukostaan arvottu tutkimukseen osallistuvat. Kaikista sairaanhoitajista haastatteluun suostui yhteensä kymmenen henkilöä, joista haastateltiin kahdeksan. Kaksi haastatteluun suostunutta työntekijää olivat haastattelupäivänä sairaana ja koska uusien haastatteluajkojen sopiminen oli haastavaa, päädyttiin kahdeksaan vastaajaan. Esitestaukseen käytetty haastattelu liitettiin tutkimusaineistoon sen lisäessä haastattelujen määrän yhdeksään tavoitellusta kymmenestä.

Tutkimuslupa anottiin johtavalta hoitajalta syyskuussa 2010. Yksiköiden halukkuus osallistua opinnäytetyön toteutukseen varmistettiin osastonhoitajalta. Ennen haastattelujen aloittamista opinnäytetyön tekijät kävivät molemmilla osastoilla pitämässä infotilaisuuden tutkimuksesta. Tilaisuuden lopussa henkilökunnalla oli mahdollisuus kysyä tutkimuksesta heränneitä kysymyksiä. Samalla osastoille jätettiin tutkimussuunnitelmat, saatekirje (Liite 2) sekä suostumuslomakkeet (Liite 3). Sekä tutkimussuunnitelmasta että saatekirjeestä kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus, tavoite, toteutussuunnitelma sekä opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot mahdollisten lisäkysymysten varalle. Osastojen sairaanhoitajille annettiin viikko aikaa tutustua tutkimussuunnitelmaan ja täyttää suostumuslomakkeet, minkä jälkeen opinnäytetyön tekijät hakivat ne osastoilta.

Tutkimusaineisto kerättiin yksiköiden sairaanhoitajilta teemahaastattelulla lokakuussa 2010. Haastattelut toteutettiin toimipaikkojen tiloissa, riippuen siitä, mitkä tilat olivat vapaina. Haastatteluista neljä suoritettiin osastonhoitajan huoneessa ja loput vaihtelevasti taukuhuoneessa ja tyhjissä toimitaloissa, joissa haastattelut voitiin toteuttaa ilman häiriöitä ja keskeytyksiä. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Haastattelut toteutettiin niin, että toinen opinnäytetyön tekijöistä toimi haastattelijana toisessa yksikössä ja toinen toisessa. Tähän toimintatapaan päädyttiin siitä syystä, että toinen tutkimuksen tekijöistä työskenteli opinnäytetyön teon aikaan toisella tutkimukseen osallistuneista osastoista. Tällä toiminnalla pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Toisen haastattelussa, toinen tekijöistä seurasi haastattelun kulkua ja piti päiväkirjaa, johon kirjattiin kaikki huomioonkavat kuten esimerkiksi keskeytykset, ilmeet, eleet, ilmapiiri ja pitkät mietintätauot. Haastattelut nauhoitettiin osallistujien suostumuksella ja aukikirjoitettiin eli litteroitiin sanatarkasti. Haastatteluiden pituudet vaihtelivat kuu-desta minuutista 26 minuuttiin. Aineistoa kertyi yhteensä 20 paperiarkkia.

Kirjoitustyylinä käytettiin Times New Romania, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1.

6.3 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yksi tärkeimmistä luotettavuuden kriteereistä on saadun haastatteluaineiston ja lopullisten tulosten yhdenmukaisuus. Tutkija ei voi etsiä haluamaansa totuutta, vaan hänen on hyväksyttävä, että on monia totuuksia sen mukaan mitä tutkittavat pitävät totena. Tuloksia esitettäessä on hyvä käyttää suoria lainauksia alkuperäisestä aineistosta ja sen avulla havainnollistaa kategorioiden syntyminen. (Järvinen & Karttunen 1998, 164–173.)

Opinnäytetyön haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä tarkastellaan tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja, kuten tässä tapauksessa haastatteluja. Haastatteluaineiston analysoiminen aloitettiin litteroinnilla, eli haastattelujen auki kirjoittamisella, minkä jälkeen aineisto luettiin läpi useaan kertaan. Hoitotieteitä käsittelevässä kirjallisuudessa todetaan, että kvalitatiivisen sisällönanalyysin pohjana on usein fenomenologinen tutkimusmenetelmä. Fenomenologinen menetelmä soveltuu hyvin tutkimukseen, joiden tavoitteena on ihmisten kokemusten kuvaaminen. Fenomenologiseen lähestymistapaan perustuva analysointi on sisällön erittelyä, jota ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja aineisto. (Åstedt- Kurki & Nieminen 1998, 152–163.) Sisällönanalyysin eteneminen on kuvattu tarkemmin opinnäytetyön lopusta löytyvissä liitteissä 4, 5 ja 6.

Kyngäs ja Vanhanen (1999, 3–12) käyttävät aineistopohjaisesta sisällönanalyysistä nimitystä induktiivinen sisällönanalyysi, jossa aineistoa pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistämällä, eli redusoinnilla, tarkoitetaan kaiken tutkimuksen kannalta epäolennaisen karsimista. Sillä voidaan tarkoittaa myös saadun tiedon tiivistämistä, tai pilkkomista osiin. Ryhmittelyssä, eli aineiston klusteroinnissa, aineistosta alleviivatut alkuperäisilmaukset käsitellään tarkasti. Aineiston abstrahointi tarkoittaa samansisältöisten luokkien yhdistelemistä, jolloin saadaan muodostettua pääluokkia.

Haastatteluiden analysointi aloitettiin aineiston litteroinnilla eli auki kirjoittamisella. Koko aineisto luettiin läpi useaan kertaan. Saatu aineisto ryhmiteltiin ennalta valittujen teemojen mukaan. Kaikki teeman aihetta käsittelevät asiat koottiin yhteen. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ohjasivat tekstin lajittelua ja pelkistämistä. Haastatteluaineistosta nostettiin esiin ilmauksia, jotka olennaisesti liittyivät tutkimuskysymyksiin. Turhat ilmaukset karsittiin varsinaisen aineiston ulkopuolelle.

Saadusta haastatteluaineistosta etsittiin samankaltaisia ilmauksia, jotka pelkistettiin mahdollisimman selkeään ja yksinkertaiseen muotoon. Pelkistetyt, samankaltaiset käsitteet ryhmiteltiin erilliselle paperille ja niiden kohdalle merkittiin numeroin, kuinka monta kertaa ne haastatteluissa

esiintyivät. Samaa asiaa kuvaavat ilmaukset koottiin yhteen alakategori-
oiksi. Kaikki kivun arviointiin liittyvät ilmaukset eroteltiin kivun hoitoon
liittyvistä ilmauksista, lääkkeetön kivunhoito erotettiin lääkkeellisestä ki-
vunhoidosta ja niin edelleen. Alakategoriat ryhmiteltiin ja samansisältöiset
yhdistettiin yläkategorioiksi, jotka nimettiin niitä yhdistävien tekijöiden
mukaan (Liitteet 4–5). Ala- ja yläkategorioita verrattiin alkuperäisaineis-
toon ja tarkistettiin, että ne vastasivat tutkimuksen tarkoitusta. Viimeiseksi
yläkategoriat yhdistettiin ja niistä muodostui pääkategoria (Liite 6). (Lat-
vala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–24.)

6.4 Aineiston raportointi

Opinnäytetyön tulokset voidaan raportoida suullisesti ja kirjallisesti. Laa-
dullisessa tutkimuksessa aineiston monipuolisuus pyritään tuomaan esiin
tuloksien raportoinnissa. Raportoinnissa tähdätään siihen, että ulkopuoliset
lukijat ymmärtävät tulokset ja sen, miten ne on alkuperäisestä haastattelu-
aineistosta johdettu. Tutkimuksen tuloksia verrataan teoriaan ja samasta
aiheesta ennen tehtyihin tutkimuksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 191–193;
Hirsjärvi ym. 2007, 232–235.)

Opinnäytetyön tulokset raportoitiin kirjallisesti Hämeen ammattikorkea-
koulun opinnäytetyöpohjaan sekä suullisesti loppuseminaarissa. Opinnäy-
tetyön yhteistyökumppaneille raportoidaan tuloksista osastoilla pidettävillä
osastotunneilla. Valmis kansitettu työ luovutettiin Hämeen ammattikor-
keakoulun kirjastoon, ammattikorkeakoulujen Theseus-verkkokirjastoon,
sekä yhteistyökumppanille.

6.5 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä koskevat kaksi ryhmää ovat tiedonhankintaan ja
tutkittavien suojaa käsittelevät säännöt sekä tutkijan vastuu rehellisestä
tutkimustulosten raportoinnista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006,
26.)

Helsingin julistus 1964 määrittelee ihmisiin kohdistuville tutkimuksille
asetettuja eettisiä vaatimuksia, joihin kuuluu mm. yksilön integriteetin
kunnioitus. Tutkimus on suunniteltava ja toteutettava niin, ettei siitä ai-
heudu osallistujalle mitään haittaa. Yksilöltä on pyydettävä lupa tietoon
perustuen tutkimuksen toteuttamiseen hänen kohdallaan ja tutkittava saa
lopettaa ilman mitään selitystä tutkimukseen osallistumisen oman tahtonsa
mukaan. (Helsingin julistus 1964). Tutkittavalle tehdään selväksi hänen
mahdollisuutensa keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa
tutkimusta tahansa (Etene 2009).

Osallistujien anonymiteetti turvataan. Heitä ei voida tulosten perusteella
tunnistaa. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä tutkimuksesta kiel-
täytyminen vaikuta työntekijöihin millään tavalla. (Leino-Kilpi 2003,
284–296, Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–34). Tietoisella suostumuksella

tarkoitetaan tilannetta, jossa tutkittava vapaasta tahdostaan ilmaisee halukkuutensa osallistua tutkimukseen saatuaan riittävät tiedot kaikista päätöksenteon kannalta merkittävistä seikoista. (Turun kliininen tutkimuskeskus n.d). Tutkimuksessa kertynyttä aineistoa säilytetään kunnes opinnäytetyö on valmis, jonka jälkeen se hävitetään asianmukaisesti. Kun haastattelunauhauhat on analysoitu ja niitä ei enää tarvita, ne hävitetään. Kaikki kirjallinen materiaali, jota tutkimuksen aikana muodostuu, hävitetään nauhojen mukana.

Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja ennen tutkimusta sairaanhoitajilta kerättiin suostumus haastatteluun ja sen nauhoittamiseen (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 27). Tutkittavilla oli mahdollisuus kieltää itseään koskevan aineiston käytön tutkimusaineistona tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkittavalla on oikeus tietää edellä mainitut oikeutensa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128.) Tutkimuksen alussa tutkittavalle selitettiin ymmärrettävällä ja rehellisellä tavalla tutkimuksen tarkoitus ja mitä hänen mahdollinen osallistumisensa siihen merkitsee.

Kun tutkimus toteutetaan haastattelulla, on tärkeää kiinnittää huomiota tutkijan ja tutkittavan suhteeseen. Suhteen tulee olla luottamuksellinen, tällöin keskustelusta tulee välitön ja muistuttaa arjessa tapahtuvaa vuorovaikutusta. Vaikka tutkija pyrkiikin olemaan objektiivinen, hän on osa tutkimusta ja tutkittavien maailmaa. Tällaisessa tilanteessa manipulaation vaara on suuri, vaikka tutkija pyrkisikin pitämään suhteen tasavertaisena ja itsensä objektiivisena. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–34.)

6.6 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa kerrotaan tarkasti mitä tutkimuksessa on tehty ja miten saatuihin tuloksiin on päädytty. Tutkimuksen alussa haastateltaville annettiin riittävästi tietoa tutkimuksesta, kuitenkin niin, ettei se vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20). Tutkimuksen toteutuminen on kuvattu tarkasti luotettavuuden lisäämiseksi.

Useamman tekijän osallistuminen tutkimuksen tekoon parantaa tutkimuksen luotettavuutta (Nurmela 2002.) Kahden eri opinnäytetyöntekijän yhteistyö vaikuttaa opinnäytetyön aineiston kokoamiseen, käsittelyyn, sekä analysointiin. Tällaisessa yhteistyömuodossa, jota kutsutaan tutkijatрианgulaatioksi, tutkijoiden näkemykset täydentävät tosiaan ja syventävät työn analysointia. (Davies 2007, 222–223.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisättiin esitestaamalla teemahaastattelurunko ennen haastatteluja. Esitestauksella varmistettiin, että kysymykset olivat ymmärrettäviä ja vastasivat tutkimuskysymyksiin. Litterointi tehtiin saman tien haastattelun jälkeen. Tällä saatiin tutkimukseen lisää luotettavuutta. Toisen opinnäytetyön tekijän tekemät havainnot haastatteluista kirjattiin muistiin. Koska opinnäytetyötä oli tekemässä kaksi henkilöä, saatua

aineistoa analysoitiin yhdessä ja tulokset ovat näin ollen useammasta näkökulmasta pohdittuja ja luotettavampia. Tutkimuksessa kysyttiin sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta, ja muun muassa ikääntyneiden kivunhoidon riittävyttä. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa tulee pohtia, vastasivatko sairaanhoitajat oman kokemuksensa pohjalta, vai kuten heidän oletettiin vastaavan. Osaltaan tutkimuksen luotettavuutta vähentää se, että toinen opinnäytetyön tekijöistä työskenteli haastattelujen tekohetkellä toisella tutkimukseen osallistuneista vuodeosastoista. Pelkkä työkaverin läsnäolo on saattanut vaikuttaa vastausten laatuun ja haastateltava on voinut kaunistella totuutta.

Haastatteluaineiston luotettavuutta voi lisätä pitämällä päiväkirjaa haastattelun aikana. Jotta tässä opinnäytetyössä päästiin mahdollisen luotettavaan lopputulokseen haastattelun osalta, aineisto analysoitiin seuraavalla tavalla; haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin auki yhdessä, minkä jälkeen molemmat tekijät analysoivat haastattelut ensin yksin. Tämän jälkeen analysoinnit yhdistettiin, jotta päästiin yksimielisyyteen kaikissa asioissa. Haastattelijan roolia vaihdettiin vuoron perään, jolloin toinen kirjasi ylös havainnot, tärkeimmät sanat/sanamuodot ja muut huomiota herättävät asiat. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 25, 34, 58.)

Tutkimuksen otos oli pieni, eikä tuloksia voida yleistää. Saatu tutkimusaineisto oli monipuolista ja sairaanhoitajat kertoivat esimerkkejä käytännöstä tutkimuksen teemoihin liittyen. Luotettavuuden lisäämiseksi tuloksiin on liitetty suoria lainauksia haastatteluista. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa raportoimalla tarkasti opinnäytetyöstä ja toteutuksen kulusta. Aineiston analysoinnin etenemisen tarkka ja selkeä kuvaus lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Haastattelututkimuksen ollessa kyseessä haastattelujen olosuhteet, haastattelupaikka, haastattelujen tekoon kulunut aika ja niihin liittyneet mahdolliset häiriötekijät, sekä tekijöiden oma arvio tilanteesta kuuluu raportoida. (Hirsjärvi ym. 2007, 23, 214.) Pyrimme jäsentelemään tekstin selkeästi, käyttämään otsikoita ja kappalejakoja, sekä raportoimaan opinnäytetyön tulokset selkeästi ja totuudenmukaisesti. Tutkimustuloksia raportoitaessa toimme esille asiat, jotka liittyivät opinnäytetyössä ennalta valittuihin teemoihin.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Analysoinnin perusteella sairaanhoitajien haastatteluista muodostui yksi pääkategoria, ikääntyneiden kivunhoito, sekä neljä yläkategoriaa, jotka olivat kivunhoidon toteutus, arviointi, haasteet ja kivunhoidon kehittämisen.

7.1 Kivunhoidon toteutus vuodeosastolla

Sairaanhoitajat toteuttavat ikääntyneen kivunhoitoa vuodeosastoilla sekä lääkkeellisin että lääkkeettömin menetelmin. Lievemmissä kiputiloissa sairaanhoitajat suosivat lääkkeetöntä kivunhoitoa, esimerkiksi asentohoitoa, kivun lievitystä hieronnalla tai kylmä- ja kuumahoidoilla. Myös psyykkisen hyvinvoinnin tukemista pidettiin tärkeänä osana ikääntyneiden kivunhoitoa. Kovemmissa kiputiloissa kipulääkettä annettiin herkästi.

7.1.1 Lääkkeetön kivunhoito

Sairaanhoitajat korostivat lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien merkitystä osana kokonaisvaltaista kivunhoitoa. Lähes kaikki haastatteluun osallistuneista sairaanhoitajista kertoivat käyttävänsä lääkkeetöntä kivunlievitystä osana jokapäiväistä hoitotyötä. Lääkkeiden jälkeen tärkeimpinä kivunhoidon keinoina pidettiin hierontaa, erilaisia lämpöhoitoja, asentoa, apuvälineiden käyttöä, rasvausta ja erikoispatjoja. Potilaan psyyken huomioimista korostettiin. Psyykkisen hyvinvoinnin edistämisen keinoksi sairaanhoitajat nostivat läsnäolon, keskustelun ja kuuntelun, kosketuksen, rauhoittelun, motivoinnin, sekä innostamisen.

”Asentohoito on aika tärkeä, et tehään riittävän usein käännöksiä, tuetaan tyynyillä...voidaan selkäkipua vähän helpottaa...”

”...vanhuksilla eritoten tärkeätä tää psyykkinen puoli.”

”Elikkä tota, jos ajattelee vanhuksen vuodeosastolle tulon syitä, niin siellä on usein turvattomuutta ja yksinäisyyttä. Yks niitä suurimpia syitä niitten sairauksien lisäksi, et tota, sellanen psyykkinen ja fyysinen läsnäolo on semmonen kivunhoitomuoto sen lääkityksen lisäksi.”

7.1.2 Lääkkeellinen kivunhoito

Pääasialliseksi kivunhoitomenetelmäksi sairaanhoitajat nostivat kipulääkityksen. Sairaanhoitajien vastauksista nousi esiin lääkärin rooli määräysten antajana, etenkin lääkkeellisen kivunhoidon kohdalla.

”...esimerkiks lääkärin kiertojen kautta lähetään sitten mieltimään mitä kipulääkkeitä annetaan...”

”aika pitkälle sairaanhoitajan toiminnasta määrää tietysti lääkärin määräykset”

”lääkärin määräyksestä oikeestaan... Meillä ei oo paljoo mahdollista sooloilla siinä...”

Kriteereiksi kipulääkkeen antamiselle sairaanhoitajien vastauksista nousi potilaan oma arvio kivusta, potilaan selkeä tuskaisuus, postoperatiivisen-

ja syöpäkivun hoito, sekä hoitajan oma aistimus potilaan mahdollisesta ki-
vusta.

*”...jos potilas yhtään sanoo ni tosi herkästi saa kipulääkettä, et ei niinku
hoitajien puolesta tarvii sitä kärsiä, ei niitä pihdata”*

*”kuuntelemisen ja hahmottamisen taito, niin ku et nähdään koska vanhus
on kipee...”*

7.2 Kivunhoidon onnistumista edistävät tekijät

Sairaanhoitajat pitivät hyvää ja luottamuksellista hoitosuhdetta onnistu-
neen kivunhoidon perustana. Hyvän hoitosuhteen kehittyminen vaatii sai-
raanhoitajien mukaan hyviä kommunikaatiotaitoja, aikaa tutustua potilaa-
seen, molemminpuolista luottamusta ja yhteisiä päämääriä onnistuneen ki-
vunhoidon saavuttamiseksi. Suurin osa sairaanhoitajista pyrki tarttumaan
potilaan kivunhoitoon heti, he kokivat sen lisäävän luottamusta hoitajaan.

*”... avoin, kuunteleva ja puhuva yhteys, se on se hyvä potilassuhde sekin
sitte.”*

*”Avoin hoitosuhde, siis semmonen, että potilas uskaltaa kertoa hoitajalle
miltä oikeesti tuntuu, ja ehkä sen uskalluksen tuo sillä, että uskoo sitä poti-
lasta, mitä se kertoo... Ja pyrkii sitte auttaan myöskin, et ei saa jättää sitä
asiaa siihen uskomisen varaan, vaan toimii myös...”*

*”... kun hoitaja ei sais kävellä, eikä lääkäri sais kävellä koskaan potilaan
yli... Pitäs löytää se, et tehdään yhdessä potilaan kanssa potilaan hy-
väks.”*

Kivunhoidon onnistumiseen vaikutti vastaajien mukaan myös hoitajien
oma asenne, empaattisuus, kokemus ja halu paneutua kivunhoitoon. Jo-
kainen hoitaja tekee työtään omalla persoonallaan, mikä osaltaan vaikuttaa
hoitajan kivunhoidolle antamaan painoarvoon. Sairaanhoitajien mukaan
omaan asenteeseen vaikuttavia tekijöitä ovat ammattitaito, potilaan oma
suhtautuminen hoitoon sekä omaisilta saatu palaute. Pitkän työkokemuk-
sen omaavilla sairaanhoitajilla oli paljon työn mukanaan tuomaa tietoa, jo-
ten he pystyivät toimimaan kokemuksen tuomalla varmuudella haastavien
kipupotilaiden kanssa.

” oisko kivunhoidossa sellanen empaattisuus aika tärkeä?”

*”...halu paneutua kivunhoitoon, et jos on jollain muulla tavalla suuntau-
tunu hoitaja, ni sehän hoitaa sit ehkä jotain muuta, elikkä ei nää sitä ki-
vunhoidon tärkeyttä välttämättä... No se on ihan yksilö ja hoitajakysymys,
et miten sen asian sit priorisoi.”*

*”no meikäläisellä, joka on vuosikymmeniä ollu sairaanhoitajana, on tietty
kokemuksen tuoma varmuus...”*

Potilaan omaa suhtautumista ja omaisten mukaan ottamista potilaan hoitoon pidettiin tärkeänä. Työskentely hoitoon sitoutuneen potilaan kanssa koettiin tuloksekkaimmaksi. Sairaanhoitajat pitivät ensiarvoisen tärkeänä omaisilta saatua tietoa potilaasta, etenkin muistisairaiden ja sekavien potilaiden kohdalla. Omaiset osaavat kertoa potilaan terveydentilasta, esimerkiksi viikko tai kuukausi sitten. Tietoa voidaan hyödyntää potilaan hoidon suunnittelussa.

”Omaisten mukaan ottaminen kans... Ne voi kertoo mammasta ja papasta aika paljon.”

7.3 Kivunhoidossa koettuja haasteita vuodeosastolla

Suurin osa vastaajista nosti kivunhoidon suurimmaksi haasteeksi ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja niiden vaikutukset lääkehoitoon. Sairaanhoitajat kokivat, ettei heillä ole riittävästi tietoa, miten ikääntymismuutokset vaikuttavat lääkkeiden imeytymiseen ja vaikutukseen elimistössä. Harvalla ikääntyneellä on vain yksi perussairaus, mikä tuo mukanaan haasteita muun muassa oikeiden lääkkeiden valintaan. Monilla ikääntyneillä on samanaikaisesti käytössä useita eri lääkkeitä. Sairaanhoitajat mielsivät tietyn lääkkeisiin liittyvän perustietämyksen osaksi hyvää ammattitaitoa, tällä he tarkoittivat esimerkiksi tiettyjen lääkkeiden yhteis- ja sivuvaikutuksia. Näihin haasteisiin kaivattiin eniten lisätietoa.

”...lääkkeestä tarvii olla tietty tietomäärä ja et miten ihmisen niinku elimistö muuttuu ikääntyessä, se aiheuttaa siihen lisää ongelmii ja niistä tietäminen... Tai siis tietämättömyys lähinnä on sellanen ongelma...”

”...sit täytyy tietysti ottaa huomioon mitä muita sairauksia sillä potilaalla on, eli käykö esim. Burana, vai meneekö Marevania, että annanko mieluummin Panadol grammasen.”

Haasteista kysyttäessä hoitajat nostivat esiin lääkärin merkityksen kivunhoidossa. Osa vastanneista koki, etteivät lääkärit aina näe potilaan kipua, eivätkä paneudu siihen riittävästi. Osa uskoo, että lääkäreiltä puuttuu tietynlainen rohkeus määrätä riittävä kipulääkitys. Ongelmaksi koettiin myös sairaaloista vuodeosastolle jatkohoitoon tulevien potilaiden riittämätön kipulääkitys. Joissain tapauksissa potilas saapui osastolle hyvin pienellä kipulääkityksellä. Edellä mainitut tilanteet työllistävät hoitajia heidän soittaessaan lisälääkitystä potilaalle yhteispäivystyksen lääkäriltä.

”Aina välillä lääkrillä on sellanen hälläväliä asenne... kuuntelemisen ja hahmottamisen taito puuttuu, et ei nähdä koska ihminen on kipee”

”...yllättävän paljon tulee muualta huonolla kipulääkityksellä tosi huonokuntosia potilaita... esimerkiks kerran meille tuli semmonen kolaripotilas jolla oli useammassa paikassa murtumia ja sillä oli pelkkä Panadol mikä meni kipuun, jos sitäkään...”

Potilaiden ja omaisten epäilevä suhtautuminen hoitajien ja lääkärin kykyyn arvioida kipua ja sen lääkehoitoa loi sairaanhoitajien mielestä haastetta kivunhoidolle. Kivuliaan potilaan hoito koettiin haastavana tapauksissa, joissa potilas oli lääkekielteinen. Haasteellisen potilasryhmän muodostivat potilaat jotka eivät kertoneet kivustaan. Useat haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat mainitsivat suomalaisen perusluonteen, jossa kipu kuuluu kärsiä. Varsinkin ikääntyneiden miesten kohdalla tämä on yleistä. Suurimman haasteen muodostivat muistisairaat ja sekavat potilaat, sekä potilaat, jotka eivät pystyneet sanallisesti kommunikoimaan. Sairaanhoitajat toivat esille kommunikoinnissa esiintyviä ongelmia. Kun potilas ei osaa kertoa kivustaan, eikä ymmärrä, mitä kivulla tarkoitetaan siitä kysyttäessä, on yhteistyö usein vaikeaa. Tällaisessa tilanteessa sairaanhoitajalta vaaditaan taitoa aistia potilaan kipu käyttäytymisestä ja eleistä.

”Se on ainakin, et monet vanhemmat, varsinkin miehet ei kerro et on kipua, elikkä se pitää pystyä aistimaan ja sit vielä saada heidät ottamaan sitä kipulääkettä.”

”...tänään hän valitti ja kun mä kysyin niin hän jopa pysty sanoon, et kantapää on kipeet...sit kun mä tulen kipulääkkeen kans ni hän ei ota ja mää yritin kymmenellä kauniilla kielellä, et eks sää ny ottas lääkettä siihen kipuus? Ja siinä huomaa, et ei enää ymmärrä, et se kipulääke auttaa niihin kipuihin.”

”...muistisairas reagoi tämmösellä liikkeellä, et on levoton, saattaa olla aggressiivinen, ei nuku, huijoo, lyö...elikkä sit on vähän voimakkaammat ulkoset piirteet siitä, että sitä kipua on.”

Sairaanhoitajien mukaan ajan puute asettaa haasteita ikääntyneen kivunhoidolle. Sairaanhoitajien vastauksissa nousi esille, että onnistuakseen kivunhoito vaatii aikaa perehtyä potilaaseen ja hänen kivunhoitoonsa. Kivunhoidon arviointia pidettiin tärkeänä osana kokonaisvaltaista kivunhoitoa ja juuri arvioinnille koettiin olevan liian vähän aikaa.

”Just se, et se vaatis aikaa ja vaatis rauhallisuutta ja se vaatis perehtymistä siihen kivunhoitoon. Kivun arviointi on mun mielestä haaste, se on niinkun sen ajankäytön haaste tavallaan, ne tavallaan kulkee niinku käsi kädessä.”

Yli puolet haastatteluun osallistuneista oli sitä mieltä, että ikääntyneen kivunhoito kyseisillä vuodeosastoilla oli riittämätöntä. Kivunhoito nähdään monimutkaisena, se vaatii eri ammattiryhmien yhteistyötä ja erikoisosaimista. Sairaanhoitajat kokevat, ettei kipuun reagoida tarpeeksi ajoissa. Kaivataan enemmän ennakoivaa kivunlievitystä, ettei kipua hoidettaisi vasta sitten, kun se yltyy. Ennakoivalla kivunlievityksellä sairaanhoitajat tarkoittivat esimerkiksi ennen haavahoitoa annettavaa kipulääkettä.

”...on niitä, joilla se riittää ja sit on niitä törkeitä välinputoojia...et jos on osastolla ni se ei todellakaan takaa sitä, et kivunhoito ois kohallaan”

Sairaanhoitajat mieltävät muistisairaajat ja sekavat potilaat niin sanotusti välinputoajiksi kommunikoinnin ongelmien takia. Osa hoitajista koki omaisten joissain tapauksissa vaikeuttavan riittävän kivunhoidon toteutusta, esimerkiksi vaatimalla potilaan lääkityksen vähentämistä.

”...tullaan just näihin pisteisiin, et millon omaiset tulee siihen ja sanoo, et heidän mielestään potilasta lääkittää liikaa...”

7.4 Kivunhoidon tarpeen ja vaikuttavuuden arviointi vuodeosastolla

Kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnissa sairaanhoitajat kertoivat kysyvänsä potilaalta itseltään onko heillä kipua, miten annettu kipulääke on vaikuttanut ja onko lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ollut apua. Niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty kertomaan kivusta, sairaanhoitajat tarkkailevat potilaan vitaalielintoimintojen muutoksia, potilaan olemusta, ilmeitä, eleitä ja mielialan vaihteluita. Vain pieni osa haastatteluun osallistuneista sairaanhoitajista kertoi käyttävänsä kipumittaria apuna arvioidessaan kivunhoidon vaikuttavuutta.

Potilaan omaa kertomaa kivunhoidon vaikuttavuudesta pidettiin tärkeimpänä arvioinnin mittarina. Osa haastatteluun osallistuneista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, ettei potilasta kuunnella aina tarpeeksi. Kipu mielletään subjektiiviseksi käsitteeksi, eikä sitä saisi koskaan aliarvioida.

”...mun mielestä sen pitäs vaikuttaa enemmän...”

”Mun mielestä paljon, koska mä luulen, et se potilas tietää sen oman kipunsa. Toinen on paljon kipeempi, kun mitä taas toinen vois olla samassa tilanteessa.”

Kivunhoidon tarvetta arvioidessaan sairaanhoitajat tarkkailevat raajojen lämpöä ja väriä ja mittaavat verenpainetta, lämpöä sekä pulssia. Suurin osa sairaanhoitajista koki verenpaine- ja pulssitason muutosten kuvaavan kivun vaihtelua. Myös potilaan kylmänhikisyys liitettiin kipuun. Vitaalielintoimintojen normalisoituminen kertoo sairaanhoitajille kivun lievittymisestä.

”...jos potilas hikoilee, ni voi ajatella et yks syy on kipu, pulssi voi kohota, verenpaine liikkuu tai muuttuu, ni on paljon tämmösiä...”

Esimerkiksi muistisairaiden ja sekavien potilaiden kohdalla ensisijaisen tärkeäksi asiaksi kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnissa nostettiin potilaan ulkoisen olemuksen tarkkailu. Sairaanhoitajat kokivat potilaan käytöksen antavan viitteitä kivusta. Levottomuus, tuskaisuus, itkuisuus, ruokahaluttomuus ja aggressiivisuus ovat monelle haastatteluun osallistuneelle viesti kivusta. Kivun lievittymisen merkkeinä pidettiin potilaan mieli-

alan kohoamista ja lisääntyvää aktiivisuutta. Usein potilaan liikkuminen paranee, hänestä tulee sosiaalisempi, puheliaampi ja hoitomyönteisempi.

”...melki umpi dementti, pahansisunen, ollu tosi huutavainen ja kiukkunen hoitotoimenpiteissä, käyttää rivoo kieltä ja muuta. Kas, alotettiin kipulääkitys ja hän on itse aurinko nyt.”

”...toi psyyke, tulee sosiaalisuutta ja avoimuutta. Sit lisäks fyysinen puoli, vanhus lähtee liikkumaan ja toimimaan niis rajois mis se on mahdollista.”

Sairaanhoitajat tiedostivat kipumittarin käytön edut useiden potilaiden kohdalla, silti vain muutama kertoi käyttävänsä sitä säännöllisesti. Kipumittari löytyi lähes jokaiselta hoitajalta, mutta niiden käyttöön ei ole totuttu. Suusanallisesti hoitajat kysyvät kivusta asteikolla yhdestä kymmeneen. Ikääntyneet ovat kipumittarin käytön kannalta haasteellinen potilasryhmä esimerkiksi heikentyneen näön ja kuulon vuoksi. Monet hoitajat kokivat, että muistisairaot potilaat eivät ymmärrä asteikon tarkoitusta.

”...siin ei paljoo mittarit, väriskaalat ja hymynaamat auta, koen, et ei niist sit vanhuksen kohalla oo paljoo apuu.”

7.5 Sairaanhoitajien ehdotuksia kivunhoidon kehittämiseksi

Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat toivoivat lisäkoulutusta kivunhoidosta. Yksittäisinä potilasryhminä esiin nousivat syöpäpotilaat ja tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät potilaat, joiden kivunhoidosta kaivattiin lisätietoa. Koulutusta kaivattiin lisäksi lääkkeistä ja niiden vaikutuksista ikääntyneillä.

”Kaikilla meillä on varmasti siinä parantamisen varaa, ei kai tässä koskaan voi olla valmis...”

Hoitajat uskoivat, että yhteinen tavoite, johon kaikki sitoutuvat ikääntyneen kivunhoidon kehittämiseksi tuottaisi parhaan lopputuloksen. Käytäntöjen yhtenäistäminen ja yhtenäiset kivunarviointimenetelmät nostettiin tärkeimmiksi kehittämisehdotuksiksi. Kipumittareiden käyttöä tulevaisuudessa kannatti moni sairaanhoitaja. Lääkäreiltä toivottiin enemmän paneutumista ikääntyneen kivunhoitoon. Fysioterapeutin ohjausta toivottiin siirtoihin, nostoihin ja asentohoitoihin liittyen.

”...ei oikeestaan millään muulla, kun että siitä puhutaan ja kaikki pitäis sitä, niinku, tärkeenä asiana..”

”Olis ehkä mahdollisuutta parantaa sitä osastolla siten, et tehtäs siitä iso numero, elikkä se helpottas huomattavasti, jos menis ja sanos, et mä arvioin nyt kipuu ja mä yritän nyt kartottaa tätä ja ottaa selvää, et mis menään...”

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa kuvailtiin sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta. Sairaanhoitajat mielsivät kivun olevan subjektiivista. He kertoivat potilaan taustojen ja luonteen vaikuttavan potilaan kivun kokeamiseen. Kristeri (2004) tuo tutkielmassaan esille suomalaiselle kulttuurille tyypillisen tavan suhtautua kipuun synninpalkkana. Myös tähän opinnäytetyöhön haastatellut sairaanhoitajat toivat esiin kokemuksia samasta ilmiöstä.

Kivunhoito jaettiin lääkkeellisiin ja lääkkeettömiin kivunhoitomuotoihin. Käytettävän kivunhoitomuodon sairaanhoitajat valitsivat potilaan ilmaiseman kivun voimakkuuden mukaan. Kivun ollessa lievempää, VAS-kipuasteikolla 1–3 haastatteluun osallistuneet hoitajat suosivat lääkkeettömiä keinoja. Kivun voimakkuuden lisääntyessä hoitajat käyttivät lääkkeellistä kivunhoitoa herkästi. Sairaanhoitajat toivat puheessaan esille molempien kivunhoitomenetelmien tärkeyden ja usein niitä käytettiin toisten rinnalla. (Kankkunen 2008, 261–262; Kivelä 2005, 57–58.) Muutama haastatteluun osallistunut sairaanhoitaja ei maininnut käyttävänsä muita kivunhoitokeinoja lääkehoidon lisäksi.

Lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista esiin nousivat niin sanottu toiminnallinen ja emotionaalinen kivunhoito. Toiminnallisella kivunhoidolla viitattiin muun muassa asentohoitoon, fysioterapiaan ja apuvälineiden käyttöön. Emotionaalisella kivunhoidolla tarkoitettiin potilaan tukemista, aitoa läsnäoloa, motivointia, keskustelua ja huomion viemistä pois kivusta.

Lääkkeellinen kivunhoito nousi kaikkien vastaajien keskuudessa tärkeimmäksi kivunlievitysmuodoksi. Haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat kokivat omat vaikuttamismahdollisuutensa lääkehoitoon rajallisiksi. Hoitajat kertoivat toimivansa lääkärin määräysten mukaan lääkehoitoa toteuttaessaan.

Kivunhoitoa edistävänä tekijänä pidettiin hyvää ja luottamuksellista hoitosuhdetta, hoitajan ja potilaan myönteistä asennetta kivunhoitoon, potilaan kunnioittamista ja hoitajan omaa kokemusta kivunhoitotyöstä. Sekä Kankkunen (2008), että Janes & Tilvis (2003) nostivat tutkimuksissaan esiin hoitajan ja potilaan hoitosuhteen merkityksen arvioitaessa kivun voimakkuutta, sijaintia, laatua ja kestoa. Sairaanhoitajan ja potilaan tulisi yhdessä pohtia, mihin kivunhoidolla pyritään ja mitä potilas hoidolta odottaa. Kivunhoitoa edistävänä, mutta toisaalta myös estävänä tekijänä pidettiin hoitajan omaa asennetta. Myös Pitkälä (2008) korostaa tutkimuksessaan hoitajien asenteiden vaikutusta tapaan tehdä työtä ja toteuttaa kivunhoitoa potilaan hyväksi.

Suurena yksittäisenä tekijänä ikääntyneen kivunhoidossa nousi esiin sen haasteellisuus. Haasteeksi mainittiin, muun muassa, tietämättömyys ikääntyneen ihmisen fysiologiassa tapahtuvista muutoksista. Kuten Kankkunen (2008) tutkimuksessaan toteaa, ikääntyneen lääkehoito tulisi aina suunnitella yksilöllisesti alentuneen lääkkeiden sietokyvyn vuoksi. Lääkkeiden aiheuttamat sivu- ja haittavaikutukset koettiin vaikeiksi tunnistaa, vaikka niitä kerrottiin esiintyvän paljon. Potilaan toimintakyvyn alenemisen ja lääkkeiden välistä yhteyttä ei osattu tunnistaa, saman toteaa myös Haapea ym. (2004) tutkimuksessaan.

Muita ikääntyneiden kivunhoitoon liittyviä haasteita olivat yleiset muistisairaudet, kivun ja sen hoidon vaikuttavuuden arviointi sekä sairaanhoitajien ja lääkäreiden väliset näkemyserot. Kivun ja sen hoidon arviointi koettiin erityisen haastavaksi muistisairaiden ja sekavien potilaiden kohdalla. Kommunikoinnissa esiintyvät ongelmat vaikeuttavat kivunarviointia. Tästä syystä sairaanhoitajat pitivät ensiarvoisen tärkeänä kykyä osata tulkita potilasta ja hänen olemustaan. Hagelbergin ym. (2006) mukaan erilaiset eleet, ilmeet ja kehonliikkeet saattavat olla merkkejä potilaan kivuliaisuudesta. Haastateltavat toivat esiin lääkärin roolin onnistuneessa kivunhoidossa lääkemääräysten antajana. Hoitajat kokivat, etteivät lääkärit aina paneudu potilaan kivunhoitoon sen vaatimalla tavalla. Tämä saattaa osaltaan johtua siitä, etteivät eri tieteenalojen näkökulmat aina kohtaa, kuten Outinen (2009) tutkimuksessaan toteaa.

Potilaiden ja omaisten kanssa tehty yhteistyö ei ollut aina ongelmatonta. Lääkekielteisyys ja omaisten epäilevät asenteet hoitohenkilökunnan ammattitaitoa kohtaan vaikeuttivat joissain tapauksissa kivunhoidon onnistumista. Toisaalta omaiset koettiin myös voimavarana ja kallisarvoisena tietolähteenä potilaan kivunhoidossa ja arvioinnissa. (Janes & Tilvis 2003, 293–295.) Moni haastatteluun osallistuneista hoitajista nosti esiin ajan puutteen, sekä sen, ettei tieto kulje hoitajalta toiselle. Näiden uskottiin vaikuttavan hoitotyön jokaiseen osa-alueeseen. Hoitajat kokivat kiireen ja keskeytykset haitallisiksi kivunhoidon arvioinnin ja seurannan kannalta. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet myös Lahti ym. (2007) sekä Palviainen ym. (2005).

Kaikki haastatellut sairaanhoitajat kertoivat kysyvänsä potilaan omaa arviota kivusta, mikäli se oli mahdollista. Lahden ym. (2007) tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat kivun mittaamisen hankalana potilailta, jotka eivät itse kykene sitä ilmaisemaan. Vaikka kipumittarit koettiin hyväksi apuvälineeksi kivun arvioinnissa, vain neljä prosenttia vastaajista ilmoitti niitä käyttävänsä. Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset tukevat edellisiä tuloksia, haastatteluun osallistuneista hoitajista lähes kaikki pitivät kipumittarin käyttöä suositeltavana, mutta vain muutama heistä käytti sitä työssään.

de Rond`n ym. (2000) sekä Kankkusen (2008) mukaan kivunhoidossa ei onnistuta, koska hoitajat pelkäävät lääkkeiden aiheuttamia riippuvuuksia ja epäonnistuvat kivunarvioinnissa puutteellisista tiedoista ja väärinym-

märryksistä johtuen. Tässä opinnäyteyössä sairaanhoitajat olivat päinvastoin sitä mieltä, ettei potilaita lääkittä tarpeeksi. Kankkusen (2008) mukaan yhtenä syynä ikääntyneiden kivunhoidon ongelmiin voidaan pitää sitä, että muistisairaita pidetään huonommassa arvossa, kuin muita potilaita. Hoitajat ajattelevat, etteivät muistisairaudesta kärsivät potilaat kuule ja muista, että he ovat kuin lapsia, jotka eivät kykene ajattelemaan. Haastatteluun osallistuneet hoitajat tiedostivat kyseisen ryhmän olevan heikommassa asemassa verrattuna muihin potilaisiin, mutta pitivät syynä tähän kommunikaation ongelmia ennemmin kuin omia asenteitaan.

Ainoastaan kaksi haastatteluun osallistuneista sairaanhoitajista koki omaavansa riittävät tiedot ikääntyneiden kivunhoitoon liittyen. Sairanhoitajat pitivät tärkeänä jatkuvaa kouluttautumista ja moni heistä kertoi etsivänsä työssä tarvittavaa tutkittua tietoa myös vapaa-ajallaan, mikä on ristiriidassa Palviaisen ym. (2005) tutkimustuloksiin nähden. Heidän tuloksistaan käy ilmi, ettei hoitotyössä osata hyödyntää riittävästi tutkittua tietoa.

Kehittämistarpeita kysyttäessä lähes kaikki haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat nostivat esiin lisäkoulutuksen tarpeen. Lisäkoulutusta kaivattiin etenkin lääkkeistä ja niiden vaikutuksista. Sairanhoitajat kokivat syöpä- ja tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivien potilaiden kivunhoitotyön erityisen haastavana. Näiden potilasryhmien vaatimaa erityisosaamista kaivattiin lisää vuodeosastoille. Hoitajat kaipasivat moniammatillista tiimiä kivunhoidon kehittämiseen. Heidän mukaansa yhteisen tavoitteen asettaminen ja siihen pyrkiminen voisi parantaa ikääntyneiden kivunhoitoa vuodeosastoilla.

Yllättäen vain yksi haastatteluun osallistuneista sairaanhoitajista mainitsi kirjaamisen osaksi kivunhoidon kokonaisvaltaista toteuttamista. Kankkusen (2008) mukaan kirjaaminen on yksi tärkeimmistä kivunhoidon osa-alueista, jota hoitaja työssään toteuttaa. Tieto ei kulje eteenpäin, mikäli hoitaja ei kirjaa tarkasti, miten kipua on mitattu, hoidettu ja arvioitu.

8.2 Johtopäätökset

Sairanhoitajat kuvasivat ikääntyneiden kivunhoidon olevan moniulotteista ja vaativan erityisosaamista. Heidän mukaansa siihen sisältyy kaikki kivun arvioimisesta, toteutuneen kivunhoidon kirjaamiseen ja hoidon jatkuvuuteen asti. Vaikka kivun arviointi koettiin hankalaksi, lähes kukaan sairaanhoitajista ei käyttänyt arvioinnin apuvälineiksi kehitettyjä kipumittareita.

Kirjaaminen on tärkeä osa kivunhoidon jatkuvuuden takaamisessa ja kivunhoidon arvioinnissa, mutta vain yksi sairaanhoitajista mainitsi haastatteluissa kirjaamisen osana kivunhoidon toteutusta. Kivunhoidon toteutukseen, arviointiin, sekä kirjaamiseen kaivataan selvästi yhtenäistä linjaa. Sairanhoitajat olivat pääsääntöisesti motivoituneita ja halusivat paneutua ikääntyneiden kivunhoitoon, vaikka se koettiin haasteelliseksi ja aikaa vieväksi. Suurimmiksi haasteiksi ja ongelmiksi nousivat ikääntymisestä

johtuvat fysiologiset muutokset, niiden vaikutukset lääkehoitoon sekä lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset. Tätä tarkastellessa voidaan todeta lisäkoulutuksen tarve osastoilla.

Haastateltavien mukaan työyhteisöissä tulisi yhtenäistää kivunhoitoon liittyviä käytäntöjä, käyttää aikaa ikääntyneen kivun ja sen hoidon arviointiin, sekä toteuttamiseen. Positiivisen suhtautumisen ikääntyneiden kivunhoitoon ja sen kehittämiseen uskottiin parantavan kivunhoidon laatua vuodeosastoilla. Kaikki sairaanhoitajat nostivat lääkehoidon kivunlievityksen keinona ylitse muiden, mutta myös emotionaalista kivunhoitoa pidettiin tärkeänä. Kuten osa sairaanhoitajista toi esille, monien ikääntyneiden kivun taustalta löytyy yksinäisyyttä ja turvattomuuden tunnetta. Heikkinen (2003) ja Voutilainen ym. (2008) ovat todenneet, että aito läsnäolo on tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Verrattaessa aiempiin tutkimustuloksiin, tämän opinnäytetyön tulokset olivat pääosin samankaltaisia. Merkittävänä erona voidaan huomata hoitajien lisääntynyt kiinnostus tutkitun tiedon käyttöön hoitotyössä verrattaessa tämän opinnäytetyön tuloksia Palviaisen ym. (2005) tutkimustuloksiin.

Kahta hoitajaa lukuun ottamatta sairaanhoitajat kokivat ikääntyneiden kivunhoidon olevan riittämätöntä tutkituilla vuodeosastoilla. Ikääntyneiden määrä tulee nousemaan jyrkästi tulevina vuosikymmeninä. Suomessa todetaan vuosittain noin 12 000 uutta dementia tapausta. Arvion mukaan noin 80 % muistisairaista kärsii jonkinasteisesta kivusta. Hoitajien kivun arviointiin ja hoitoon käyttämä aika ei todennäköisesti tule lisääntymään, joten kivunhoidon kehittämiseksi muutos on aikaansaattava hoitajien asenteissa ja arvoissa.

8.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyöhön osallistuneilla osastoilla olisi tarpeen kehittää sairaanhoitajien tietoa ikääntyneiden kivunhoidosta. Yhtenä keinona voisi olla ikääntymismuutoksiin ja ikääntyneiden lääkehoitoon liittyvän opetuksen lisääminen sairaanhoitajien peruskoulutuksessa. Työpaikan järjestämä säännöllinen lisäkoulutus toisi tietoa osastoilla työskenteleville sairaanhoitajille. Kivunhoidon systemaattiseen kirjaamiseen ja raportointiin tulisi kiinnittää erityishuomiota osastoilla. Koska kipumittareiden käyttö ikääntyneillä koettiin hankalaksi mm. huonontuneen näön ja kuulon vuoksi, voitaisiin kehittää kipumittari, joka on tarkoitettu juuri tälle kohderyhmälle.

Jatkotutkimusehdotuksena on ikääntyneen ja hänen omaistensa näkökulman selvittäminen kivunhoidosta. Opinnäytetyön- ja aiempien tutkimustulosten välisestä ristiriidasta johtuen olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka paljon sairaanhoitajat hyödyntävät tutkittua tietoa työssään.

LÄHTEET

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda V., Cohen, R. & Gallacher, D. 2006. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain* 4(10), 287–333.
- Davies, M, B. 2007. *Doing successful Researc project*. China: Palgrave Macmillan.
- de Rond, M., de Wit, R., van Dam, F., van Campen, B., den Hertog, Y. & Klievink, R. 2000. A Pain monitoring program for nurses: Effects on nurses’ pain knowledge and attitude. *Journal of Pain Symptom Management* 19(6), 457–465.
- Etene, 2009. Konttinen, O. Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille. Viitattu 28.10.2009. www.etene.org.
- Hagelberg, N. Kauppila, M. Närhi, M. & Salanterä, S. 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Haapea, M. Hakko, H. Hartikainen, S. Isoaho, R. Linjakumpu, T. Klaukka, T. Kivelä, S-L. Koponen, H. & Viilo, K. Iäkkäiden lääkitys on usein vahvasti sedatiivista. *Suomen lääkärilehti* 59(49–50), 4852–4854.
- Heikkinen R-L. 2003. *Gerontologinen hoitotyö*. Teoksessa: Heikkinen E. & Rantanen T. *Gerontologia*. Tampere: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hovi, S-L. Salanterä, S. & Routasalo, P. 2000. Kivunarviointi. *Sairaanhoidtaja* 1, 20–22.
- Janes R. & Tilvis R. 2003. *Vanhusten kipu*. Teoksessa: Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A. & Sulkava R. *Geriatría*. Hämeenlinna: Karisto Oy/ Kustannus Oy Duodecim.
- Järvinen, A & Karttunen, P. 1998. *Fenomenografia-käsitysten kirjon kuvaaja*. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen P. 2008. *Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt*. Teoksessa: Voutilainen P. & Tiikkainen P. *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Kalso, E. 2002. Vanhusten kipu. Teoksessa Kalso, E & Vainio, A. Kipu. Jyväskylä: Gummerus.

Kiuru, M. 2003. Sairaanhoitajille tehdyn kyselyn satoa. Viitattu 26.8.2010 <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=8&PublicArea=True>.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY

Kristeri, P. 2004. Kotisairaanhoitoasiakkaiden kivun arviointi. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11(1), 3–12.

Lahti, T. Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1, 35–38.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. 15,18. Viitattu 6.9.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus 1964. Viitattu 24.9.2009 <http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>

Manias E., Botti M., Bucknall T. 2002. Observation of pain assessment and management– the complexities of clinical practice. Journal of Clinical Nursing 11, 724–733.

Noro A., Finne-Soveri H., Björkgren M. & Vähäkangas P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus –Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Noro, A. 2005. Mitä uutta tutkimustietoa pitkäaikaisen laitoshoidon asiakasrakenteesta ja hoidon laadusta? Teoksessa: Noro A., Finne-Soveri H., Björkgren M. & Vähäkangas P. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus –Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nurmela, T. 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. Viitattu 5.11.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5321-2.pdf>

Outinen, H. 2009. Sairaanhoitajat ja lääkärit - avaimia ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämiseen. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Palviainen J., Kankkunen P. & Suominen T. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kivunhoidon esteet. *Vanhustyö* 6, 12–14.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Pitkälä, K. 2008. Voiko vanhusten lääkkeettömällä hoidoilla saavuttaa hyviä tuloksia? *Suomen lääkärilehti* 63(10), 939.

Sailo E. & Varti M-L. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Salanterä S. & Heikkinen K. 2002. Leikkauksen jälkeinen kivun hoitotyö heräämössä. *Sairaanhoitaja* 6-7, 32–34.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010. Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2008. Viitattu 16.9.2010. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/terveyskeskustenvuodeosastohoito.htm>

Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009–2060. Viitattu 16.7.2010. http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turun kliininen tutkimuskeskus n.d. Tietoinen suostumus. Viitattu 31.8.2010 <http://www.turkucrc.fi/index.phtml?s=76>

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Teoksessa Kalso, E & Vainio, A. Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, A. 2002. Kiputilojen jaottelu. Teoksessa Kalso, E & Vainio, A. Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Voutilainen P., Rautasalo, P., Isola A. & Tiikkainen P. 2008. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa: Voutilainen P. & Tiikkainen P. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Vähäkangas P. 2008. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa: Voutilainen P. & Tiikkainen P. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Åstedt-Kurki, P & Nieminen, H. 1998. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Teema 1. Kivunhoidon toteutus ja ongelmat

1. Millä keinoilla toteutat ikääntyneen kivunhoitoa vuodeosastolla?
2. Mitä haasteita kohtaat hoitotyössä toteuttaessasi ikääntyneen kivunhoitoa?
3. Miten ja mitä asioita tarkkailet potilaasta toteuttaessasi kivunhoitoa?
4. Miten potilaan oma arvio kivun laadusta vaikuttaa kivunhoidon toteutukseen?
5. Koetko laitoshoidossa olevien potilaiden kivunhoidon olevan riittävää? Perustele?
6. Mitkä tekijät mielestäsi tukevat potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyötä kivunhoidon onnistumisessa?
7. Koetko, että sinulla on riittävästi tietoa ikääntyneen kivunhoidosta? Perustele, miten olet saavuttanut riittävän tiedon?

Teema 2. Kivunhoidon arviointi

1. Miten arvioit ikääntyneen kivunhoidon vaikuttavuutta?
2. Käytätkö kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnissa jotain apuvälinettä? Mitä?
3. Miten potilaan heikentynyt kognitiivinen taso vaikuttaa arvioidessasi kipua?
 - Esimerkiksi muistisairaudet?
 - Puhekyvyttömyys? Afasia?

Teema 3. Kehittämisehdotukset

1. Millä tavoin mielestäsi ikääntyneen kivunhoitoa voitaisiin kehittää osastollasi?
2. Kaipaanko lisäkoulutusta kivunhoitoon liittyen? Minkälaista?
3. Muuta aiheeseen liittyvää?

SAATEKIRJE

Forssassa 31.8.2010

Hei!

Olemme sairaanhoitaja-opiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta Forssan yksiköstä. Tällä hetkellä olemme tekemässä opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme aiheena on ikääntyneiden kivunhoito sairaanhoitajien kokemana. Tutkimus kohdistuu Akaan terveyskeskuksen Toijalan ja Urjalan vuodeosastojen sairaanhoitajille.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten sairaanhoitajat kokevat ikääntyneiden kivunhoidon. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla ikääntyneiden kivun hoitoa voidaan tulevaisuudessa kehittää.

Tutkimustamme varten haastattelemme 8-10 sairaanhoitajaa osastoltanne. Tiedustellemme nyt Teidän halukkuuttanne osallistua tutkimukseemme. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisenne voitte perua suostumuksenne jälkeenkin. Tutkimus on luottamuksellinen ja meitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Valmiissa tutkimuksessa Teitä ei pystytä tunnistamaan tutkimustuloksista.

Haastattelu vie aikaa noin puolesta tunnista tuntiin.

Meille on hyvin tärkeää, että Te osallistutte tutkimukseemme. Sairaanhoitajien näkökulma on ensiarvoisen tärkeää hoitotyön kehittämisen kannalta. Olemme valmiita vastaamaan kysymyksiinne, mikäli Teillä on jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen. Alla on yhteystietomme kyseistä tarkoitusta varten.

Saara Heikkinen

Jenna Rintakoski

*”Ja mää yritin kymmenellä kauniilla kielellä et eks sää ny ottas lääkettä siihen ki-
puus?” - Sairaanhoidtajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta*

LIITE 3

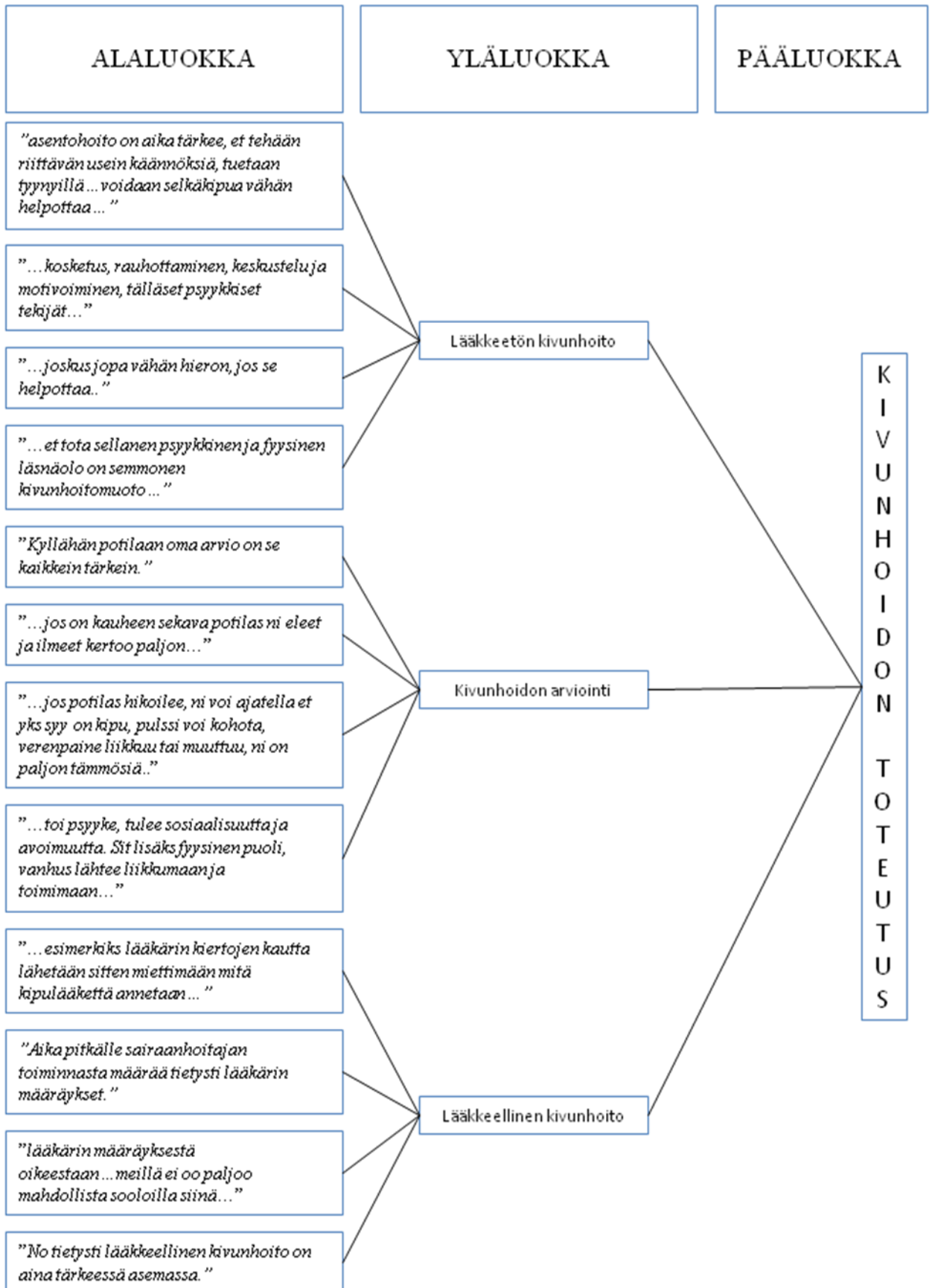
SUOSTUMUSLOMAKE

Osallistun Saara Heikkisen ja Jenna Rintakosken tutkimukseen, joka käsittelee ikääntyneiden kivunhoitoa sairaanhoidtajien kokemana. Samalla annan suostumukseni nauhoittaa haastattelun.

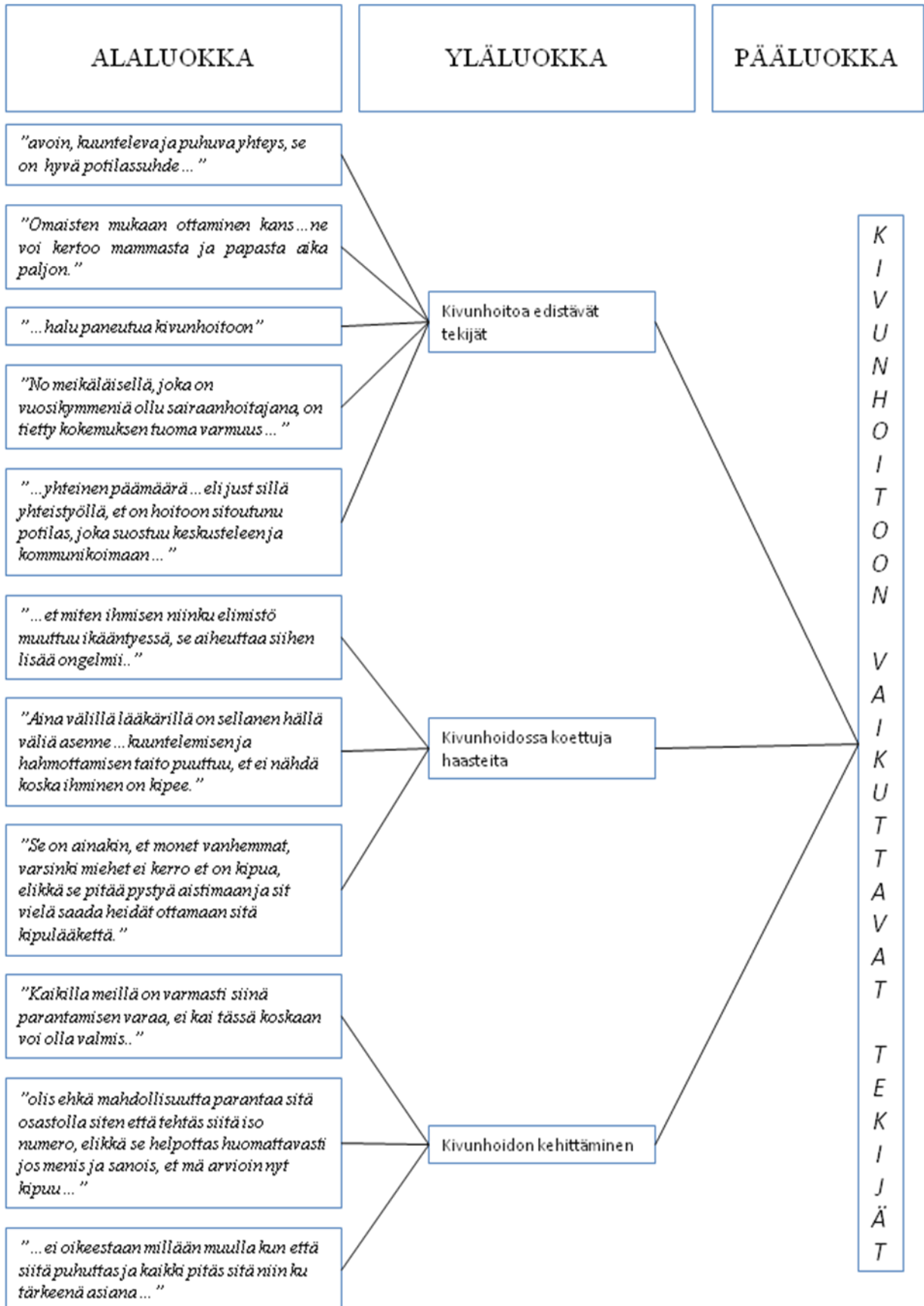
Paikka ja aika

Haastatteluun osallistuvan allekirjoitus

Kaavio 1. Ala- ja yläluokkien muodostaminen.



Kaavio 2. Ala- ja yläluokkien muodostaminen.



Kaavio 3. Miten yläkategorioista on muodostettu pääluokka.

