

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Sanna-Kaisa Rajala, Katri Taipale & Anu Tarvainen

Tehohoitopotilaan kivun tunnistaminen ja arviointi

Opinnäytetyö 2017

Tiivistelmä

Sanna-Kaisa Rajala, Katri Taipale ja Anu Tarvainen
Tehohoitopotilaan kivun tunnistaminen ja arviointi
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö 2017
Ohjaaja: Yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tehohoitopotilaat ovat kriittisesti sairaita ja heillä voi olla useampia elintoiminnon häiriöitä. Tehohoidossa kipua voidaan tuntea monista eri syistä, jolloin kivun tunnistaminen ja arviointi ovat tärkeitä osia sairaanhoitajan ammattitaitoa. Haasteena tehohoidossa on potilaiden kriittinen tila ja mahdollinen kommunikoinnottomuus useista eri syistä johtuen. Kivun tunnistaminen ja arviointi ovat tärkeä osa kivunhoidon kokonaisvaltaista prosessia. Oikeanlainen kivun hoidon toteutuminen parantaa potilaan ennustetta.

Tämän kvalitatiivisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tehohoitopotilaiden parissa työskentelevien sairaanhoitajien menetelmiä tunnistaa ja arvioida kipua. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat ja arvioivat potilaan kipua ja minkälaisia kipumittareita he käyttävät työssään. Tavoitteena oli myös selvittää, millä tavoin he olivat kehittäneet omaa osaamistaan tehohoitopotilaiden kivunhoidossa.

Aineisto kerättiin avointen kysymysten avulla erään teho-osaston sairaanhoitajilta. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella tehohoitopotilaiden kivun arviointi oli haastavaa ja se vaati sairaanhoitajalta vankkaa ammattitaitoa. Kyseisellä teho-osastolla kivun tunnistamiseen ja arviointiin oli käytössä erilaisia menetelmiä.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla useammalle teho-osastolle tehty tutkimus liittyen kivun tunnistamiseen ja arviointiin sekä toimintatapoihin potilaan yksilöllisessä kivunhoidossa. Tällä tavoin saataisiin laajempi kuva suomalaisen tehohoidon toimintatavoista kivunhoitoon liittyen.

Asiasanat: tehohoitopotilas, kipu, arviointi, tunnistaminen

Abstract

Sanna-Kaisa Rajala, Katri Taipale, Anu Tarvainen
Identification and evaluation of intensive care patients pain.
Saimaa University of Applied Sciences
Health Care and Social Services, Lappeenranta
Degree Programme in Nursing
Bachelor's Thesis 2017
Instructor: Principal Lecturer Päivi Löfman, Saimaan University of Applied
Sciences

Intensive care unit (ICU) patients are critically ill and they have many vital function disorders. In intensive care, patients` pain can be felt for many different reasons, and the identification and assessment of pain are an important part of nurses skills. The challenge for patients` intensive care are their critical condition and the inability to communicate due to several different reasons. Identification and assessment of pain is an important part of pain management in a holistic process. The right kind of pain treatment improves the patients` prognosis.

The purpose of this qualitative study was to find out how nurses evaluate and assess pain in ICU patients. The aim of the bachelor`s thesis was to find out how nurses identify and assess patients` pain and what kind of pain indicators they use at their work. Furthermore, the objective was also to study how the nurses had developed their own expertise in the treatment of pain.

Data was collected by means of open questions from nurses in ICU. The participation in the enquiry was voluntary. Inductive content analysis was used to analysing the data.

According to the results, the assessment of pain in ICU patients was challenging and it requires solid professional skills. In this particular ICU there were a variety of methods to identify the patients` pain.

In future, there could be research of pain assessment evaluation and the individual patient`s pain treatment process in a wider selection of ICU units. This would give a broader picture of the Finnish intensive care practices in the treatment of pain.

Keywords: intensive care patient, pain, assessment, identification

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus.....	6
3	Kivun tunnistaminen ja arviointi tehohoidossa.....	7
3.1	Tehohoito ja tehohoitopotilas.....	7
3.2	Kipu.....	8
3.3	Kivun tunnistamisen ja arvioinnin menetelmiä.....	10
3.4	Kivun tunnistamisen ja arvioinnin mittareita.....	11
3.5	Kivun ennaltaehkäisy, hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kirjaaminen.....	16
4	Opinnäytetyön toteutus.....	18
4.1	Opinnäytetyön aikataulu.....	18
4.2	Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu.....	19
4.3	Sisällönanalyysi.....	20
5	Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat.....	22
6	Tulokset.....	23
6.1	Tehohoitopotilaan kivun tunnistamisen keinot.....	25
6.2	Potilaan yksilöllinen kivunhoito.....	26
6.3	Kipumittareiden käyttö ja kirjaaminen teho-osastolla.....	27
6.4	Sairaanhoitajien ammattitaidon merkitys.....	28
6.5	Tehohoitopotilaan kivun ennaltaehkäisy.....	28
6.6	Kivun tunnistamisen ja arvioinnin kehittäminen teho-osastolla.....	29
7	Pohdinta ja tulosten tarkastelu.....	30
7.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	33
7.2	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	35
7.3	Jatkotutkimusaiheet.....	37
	Kuvat.....	39
	Taulukot.....	39
	Lähteet.....	40

Liitteet

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Avoimet kysymykset
- Liite 3. Teho-osaston kansio

1 Johdanto

Kivunhoidon onnistuminen tehohoidossa edellyttää hoitohenkilökunnalta vankkaa ammattitaitoa ja jatkuvaa lisäkouluttautumista, jotta heillä on tietotaito uusimmista kivun tunnistamisen menetelmistä sekä arvioinnista ja hoidosta. Tehohoidossa hoitajat ovat vuorokauden ympäri potilaan vierellä, jolloin hoitajilla on parhaat edellytykset arvioida ja tunnistaa potilaan kipua ja tarkkailla kivunhoidon vaikuttavuutta. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010, 408.)

Tehohoidossa potilaat ovat kriittisesti sairaita ja heillä voi olla useampi elintoiminnon häiriö. Tehohoidon tarkoituksena on valvoa ja tarvittaessa ylläpitää potilaan elintoimintoja ja näin välttää potilaan hengenvaaraa. (Suomen tehohoitoyhdistys, 1997.) Potilas voi kokea kipua tehohoidossa monesta eri syystä, jolloin kivun tunnistaminen sekä arviointi voi olla haastavaa.

Peltonen & Suominen (2008, 12-13) nostavat tutkimuksessaan esille sairaanhoitajien roolin tärkeyden tehohoidossa. Sairaanhoitajat halusivat hoitaa potilaita paremmin ja kehittää omaa osaamistaan ja ammattitaitoaan, jotta he pystyisivät toimimaan potilaiden puolestapuhujina ja puolustajina.

Opinnäytetyössämme haluamme selvittää tehohoidossa olevien potilaiden kivun tunnistamisen menetelmiä ja arviointia hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tarkoituksenamme on selvittää yhden suomalaisen teho-osaston toimintatavat ja menetelmät kivunhoitoon liittyen. Opinnäytetyössämme käsittelemme teho-osastolla käytössä olevia menetelmiä kommunikoivan ja kommunikointiin kykenemättömän aikuisen tehohoitopotilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin.

Kivunhoito on erityisen tärkeä ja oleellinen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Kivun hoidossa korostuu kivun tunnistaminen ja arviointi, koska hyvällä tunnistamisella ja arvioinnilla taataan toimiva kivunhoito ja löydetään potilaan tilanteeseen sopiva kivunhoidon menetelmä. Tehohoidossa potilaan kivun tunnistaminen voi kuitenkin olla haastavaa esimerkiksi sedaation vuoksi tai jos potilas ei itse kykene syystä tai toisesta sanoin ilmaisemaan omaa kipuaan. Tämä lisää sairaanhoitajan roolin merkitystä osana potilaan kivun tunnistamista ja arviointia.

2 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää tehohoitopotilaiden parissa työskentelevien sairaanhoitajien kivun tunnistamisen ja arvioinnin menetelmiä hoitotyön näkökulmasta. Haluamme opinnäytetyössämme selvittää kommunikoivan ja kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun tunnistamisen ja arvioinnin menetelmiä teho-osastolla.

Opinnäytetyössämme haemme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat tunnistavat ja arvioivat potilaan kipua?
2. Minkälaisia kipumittareita teho-osastolla on käytössä potilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin?
3. Miten teho-osaston sairaanhoitajat kehittävät omaa osaamistaan tehohoitopotilaan kivunhoidossa?

Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää teho-osastolla työskentelevien hoitotyön ammattilaisten kivun tunnistamisen ja arvioinnin menetelmiä ja koota sairaanhoitajilta saatujen tulosten ja tutkitun tiedon pohjalta kansio teho-osastolle, mikä yhtenäistää teho-osaston käytännöt teorian tiedon kanssa. Kansiota voidaan käyttää osana uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytystä. Koottu kansion sisältö esitellään opinnäytetyön liitteenä. Teho-osastolle kansio viedään paperiversiona.

3 Kivun tunnistaminen ja arviointi tehohoidossa

Opinnäytetyössämme käsittelemme tehohoidettavan potilaan kivun tunnistamista ja arviointia erään tehohoito yksikön henkilökunnan tietotaitoa hyväksi käyttäen. Olemme avanneet opinnäytetyömme käsitteitä kuvassa 1. Opinnäytetyössämme tärkeitä käsitteitä ovat esimerkiksi tehohoitopotilas, kipu ja kivun arviointi. Tulemme opinnäytetyössämme käsittelemään teorian tietoa alla olevan käsitekartan kautta.



Kuva 1. Kivun tunnistaminen ja arviointi tehohoidossa

3.1 Tehohoito ja tehohoitopotilas

Tehohoito on kriittisesti sairaiden potilaiden hoitoa. Tehohoidon tavoitteena on välttää potilaan hengenvaaraa jatkuvalla valvonnalla ja tarpeen mukaan elintärkeiden elintoimintojen ylläpidolla. (Suomen tehohoitoyhdistys 1997.) Tehohoidossa valvotaan, ylläpidetään ja tuetaan potilaiden elintoimintoja, kuten verenkiertoa, veren hyytymistä, hengitystä, maksan ja munuaisten toimintaa. Joissakin tapauksissa tehohoito voi olla suunniteltua, esimerkiksi suurten kirurgisten toimenpiteiden jälkeen. Tehohoidossa hoidetaan ainoastaan potilaita, joiden arvioidaan selviytyvän hengenvaarallisesta tilasta ja tulevaisuudessa kykenevän laadukkaaseen ja omatoimiseen elämään (HUS 2016.)

Pyykkö (2004, 83) toteaa osan tehohoidossa olevista potilaista kuolevan hoidosta huolimatta tehohoidon lopettamisen seurauksena, elintoimintoja ylläpitävän hoidon rajoittamisen vuoksi tai äkillisesti.

Salanterän (2009, 88) mukaan tuloksellisen kivunhoidon tehohoidossa pitäisi perustua hyväksi koettuihin käytäntöihin ja tukittuun tietoon sekä olla eettisesti kestävä. Tehohoidossa olevista potilaista monikaan ei pysty itse kertomaan kivustaan, jolloin sairaanhoitajat joutuvat usein turvautumaan ennakkotietoihin, läheisten kertomaan ja omaan ammattitaitoonsa.

Tehohoidossa olevista potilaista suurin osa tarvitsee kipulääkitystä, sedaatiota tai molempia yhdessä. Hoidon tavoitteena on potilaan sopeutuminen tehohoitoympäristöön, rauhallisuus sekä kivuttomuus. Kivun lääkehoito toteutetaan jatkuvina infuusioina, enteraalisena annosteluna ja lääkeboluksina. Tehohoitopotilaiden kohdalla infektiot ja verenhiyytymishäiriöt voivat rajoittaa puudutteen käyttöä kivunhoidossa. Yleinen ongelma tehohoidon aikana on sedaation aiheuttama hengityslaitteen tarve ja pitkittynyt hengityslama. Tämän lisäksi liiallinen kivunhoito tai sedaatio voi aiheuttaa verenkiertolamaa ja verenkiertoa tukevan lääkityksen tarpeen. (Karlsson 2009, 81.)

3.2 Kipu

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen eli International association for the study of painin (2012) mukaan kipu on epämiellyttävä aistimus tai tuntemus liittyen tähänhetkiseen tai mahdolliseen kudosaivuriin ja sitä kuvaillaan kudosaivuriin liittyvin termein. Kipu on subjektiivinen kokemus. Yleisin syy hakeutua lääketieteellisiin tutkimuksiin tai hoitoon on kipu (HUS 2016).

Kivun kokemukseen vaikuttavia tekijöitä ovat aikaisemmat kokemukset kivusta, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset ja kulttuurilliset tekijät. Kipupotilaan tuntemuksia pystytään tunnistamaan paremmin, kun tiedetään kokonaiskivun tuntemukseen liittyvät tekijät. (Sailo & Vartti 2000, 30.)

Kipua voi aiheuttaa jokin elimellinen sairaus, vaurio tai vamma. Kaikkialla kehon kudoksissa on hermopäätteitä, jotka lähettävät viestiä kivusta aivoihin vaurion tapahtuessa. Kipuhermostojen kautta kivun kokemus voi aiheuttaa erilaisia

muutoksia elimistössä. Kipu vaikuttaa sympaattisen ja parasympaattisen hermoston aktivoitumiseen. Oireina sympaattisen hermoston aktivoitumisesta on esimerkiksi verenpaineen ja sydämen sykkeen nousu, myös sydämen hapenkulutus kasvaa, potilas voi olla kalpea ja hikinen, lihastonus lisääntyy ja pupillit voivat laajentua. Parasympaattisen hermoston aktivoituessa potilaalla voi ilmetä pahoinvointia, verenpaineen ja sydämen sykkeen laskua, suolentoiminnan lamaantumista ja virtsaretenttiota sekä mahanesteiden pH:n laskua. Kipu aiheuttaa usein kärsimyksen, ahdistuksen ja pelon tunteita. (Suomen kivuntutkimusyhdystys 2016; Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010b, 409-411.)

Kipu voidaan eritellä akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu on äkillistä ja ohimenevää kipua. Krooninen kipu on pitkäkestoista, toistuvaa tai yli kolme kuukautta kestävä. (HUS 2016.) Käypähoito suositusten (2015) mukaan kipu voidaan jakaa myös sen alkuperän mukaisesti nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu on kudolvauriokipua, jossa vaurio on joko tapahtunut tai vaurion uhka on olemassa. Neuropaattinen kipu on hermovauriokipua, joka johtuu hermojen järjestelmän vauriosta, tai sairauteen liittyvää kipua. Viskeraalinen kipu voi aiheuttaa heijastekipuja ja se on sisäelinperäistä, vaikeasti paikannettavaa kipua.

Tehohoidossa potilaalle kipua aiheuttavat monet eri tekijät. Näitä kipua aiheuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi potilaan sairaudet, mahdolliset traumat, erilaiset hoitotoimenpiteet, pitkä vuodelepo, sekä erilaiset kanyylit ja dreenit. Kipua potilaalle voi aiheuttaa myös liman ja eritteiden poistaminen imulla potilaan ollessa intuboituna ja hengityslaittehoidossa. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010b, 408.)

Pudas-Tähkän & Salanterän (2007, 18) mukaan tehohoidettavalle potilaalle kivun kokemuksesta voivat lisätä fyysisten traumojen ja toimenpiteiden lisäksi myös hoitoympäristö itsessään, meteli, yksityisyyden puute, kommunikoinnin vähäisyys, yksinäisyys, suru ja pelot.

3.3 Kivun tunnistamisen ja arvioinnin menetelmiä

Tehohoidettavan potilaan kivun tunnistaminen ja arviointi on vaikeaa ja haastavaa. Tehohoidossa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon yhtenä tärkeänä

osana on riittävä kivunhoito, joka usein vaikeutuu potilaan kommunikoimattomuuden takia. Suomalaisilla teho-osastoilla tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota systemaattiseen kivun tunnistamiseen ja arviointiin, jotta potilaille voitaisiin taata riittävä ja tehokas kivunhoito. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.)

Vaajoki & Haatainen (2014, 45) kertovat tutkimuksessaan kivun tunnistamisen ja arvioinnin parantuneen ja monipuolistuneen huomattavasti vuosikymmenien aikana, mutta sen olevan edelleen riittämätöntä. Syöpäkivun, kroonisen kivun ja akuutin kivun hoidon puutteista raportoidaan edelleen jatkuvasti.

Pudas-Tähkän & Salanterän (2007, 18-19) mukaan ensisijaista kipua arvioitaessa on potilaan oma ilmaisu kivusta. Usein tehohoidossa oleva potilas ei itse pysty ilmaisemaan kipuaan kommunikoimattomuuden takia, jolloin potilaan läheisten ja omaisten arvio sekä aiemmat tiedot potilaasta voivat olla hyödyksi kipua arvioitaessa. Potilaan oman arvion tukena voidaan käyttää erilaisia tutkimuksissa hyviksi ja luotettaviksi koettuja mittareita, kuten VRS, NRS ja VAS.

Kipu voi ilmetä myös fysiologisina muutoksina. Sympaattisen hermoston aktiivisuus lisääntyy kivun kautta, jolloin potilaan verenpaine, syke ja hengitystiheys voivat nousta. Toisaalta kipu voi vaikuttaa potilaan parasympaattiseen hermostoon, jolloin verenpaine ja syke laskevat, suolen toiminta lamaantuu ja mahanesteen pH laskee. Kivun aikana fysiologiset määreet voivat muuttua, mutta syynä saattaa olla myös saatu lääkitys tai muut sairaudet. Fysiologisten muutosten kautta kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa tulisi ottaa huomioon myös potilaan vointiin vaikuttavat psyykkiset tekijät, jotka voivat muuttaa fysiologisia merkkejä. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.)

Eryisesti kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa voidaan käyttää ulkoisten tekijöiden muutoksia. Potilaan kivusta voivat kertoa ilmeet, eleet, liikehdintä, ääntely sekä muut kehon muutokset. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18-19.) Taulukossa 1 olemme esitelleet potilaan kivusta kertovia muutoksia.

ILMEET JA ELEET	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kulmien kurtistaminen ja nostaminen ➤ Otsan rypistäminen ➤ Irvistäminen ➤ Jännittyneisyys silmien ja suun alueella ➤ Pelokkaat ja surulliset eleet
LIIKKEET	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Levoton liikehdintä ja elehdintä ➤ Hermostunut liikehdintä ➤ Hitaat ja varovaiset liikkeet ➤ Täysi liikkumattomuus
ÄÄNTELY	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Voihkiminen ➤ Äänekäs hengittäminen ➤ Itkeminen ➤ Vaikerointi
MUUT MUUTOKSET	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hikoilu ➤ Kehon lämpötilan muuttuminen ➤ Kalpeus ➤ Lisääntynyt lihasjännitys ➤ Kyynelehtiminen

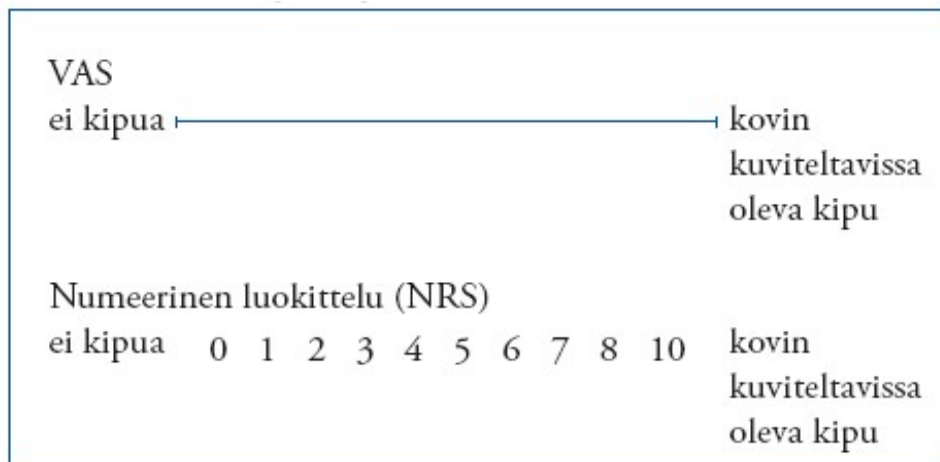
Taulukko 1. Kivun tunnistaminen ulkoisista merkeistä

3.4 Kivun tunnistamisen ja arvioinnin mittareita

Kivun tunnistamiseen on monia erilaisia mittareita ja menetelmiä. Erilaisten kipumittareiden tarkoituksena on arvioida potilaan kivun voimakkuutta, mahdollisen kipulääkityksen tarvetta sekä lääkkeiden vaikutuksia. Potilaan ollessa kykenevä itse arvioimaan omaa kipuaan ja kivun voimakkuutta tulee käyttää hyödyksi kipumittareita. Potilaan ollessa kykenemätön kommunikoidaan syystä tai toisesta tulee hoitajan käyttää kipumittaria arvioinnin tukena. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010b, 409-411.)

Kivun keston, sijainnin, laadun ja voimakkuuden arviointiin on kehitetty monia mittareita, mutta yksikään mittari ei ole toistaiseksi ollut täydellisen sopiva tehohoidettavan potilaan kivun arviointiin. Tehohoidettavan potilaan kohdalla erityisesti sedaatio ja kommunikointiin kykenemättömyys vaikeuttavat luotettavan mittarin löytymistä. (Salanterä 2009, 89.)

VAS-asteikko eli Visual analogue scale on yleisimmin käytössä oleva kipumittari. Asteikko on 10 cm:n mittainen vaakasuora jana, jonka toinen pääty kuvastaa kivuttomuutta ja toinen pääty kuvastaa pahinta mahdollista kipua. NRS-asteikko eli Numeric rating scale on mittari, jolla kipua arvioidaan asteikolla 0-10. Asteikkoa käytetään yleensä kriittisesti sairaiden potilaiden kivun tunnistamiseen ja arviointiin. Kuvassa 2 esitellään VAS- ja NRS- kipumittarit.



Kuva 2. VAS- ja NRS-kipumittarit (Terveysportti 2008)

VRS-asteikko eli Verbal rating scale on mittari, jossa kipua luokitellaan 0-4. 0 tarkoittaa, että potilaalla ei ole lainkaan kipua ja 4, että potilas kärsii sietämättömän voimakkaasta kivusta. (Pudastähkä & Kangasmäki 2010, 410-411.)

Kipukasvomittari eli Face Pain Scale – Revised (FPS-R) on soveltuva mittari sekä hoitajien että potilaan itse käytettäväksi. Suomessa kyseisen mittarin käyttö on vähäistä, vaikka sitä on laajalti tutkittu. Mittarin käyttö edellyttää tutkimusta sen hyödyllisyydestä osana hoitoa ja käytännön kokemusta. (Salanterä 2009, 89.)

CPOT eli Critical-Care Pain Observation Tool on mittari, jonka avulla havainnoidaan kasvojen ilmeitä, kehon liikehdintää, lihasten jännitystä yläraajoissa, äänen käyttöä ja sopeutumista hengityskoneeseen. Björn (2016) on tutkinut CPOT- mittarin käytön opetusta Turun yliopistossa. Tutkimuksen mukaan CPOT- mittarin opetusvideo on toimiva keino CPOT- mittarin periaatteiden oppimiseen, mutta syvempi osaaminen vaatisi lisäopastusta. Taulukossa 2. on kuvattuna CPOT- mittari. Kaikilta potilailta arvioidaan kasvojen ilmeitä ja vartalon liikkeitä asteikolla 0-3. Tämän lisäksi arvioidaan potilaan puhekykyä tai vaihtoehtoisesti hengityskoneeseen sopeutumista. Mitä enemmän potilas saa pisteitä, sitä kivuliaampi hän on.

Kasvojen ilme	rauhallinen, kasvolihakset rentona	0
	jännittynyt, "kulmat kurtussa", otsalihakset supistuneena	1
	kaikki kasvojen yläosien lihakset supistuneena, silmät tiukasti suljettuna	2
Vartalon liikkeet	rauhallinen, tarkoituksenmukainen liike	0
	hidas, jatkuva liike, huomion haku, kipeän alueen hierominen/koskettelu	1
	motorinen hyperaktiiviteetti, ei noudata kehoituksia, pyrkii poistamaan valvontalaitteita	2
Yläraajojen lihasjänteys passiivisessa fleksiossa ja ekstensiassa	ei vastusta passiivista liikettä	0
	vastustaa liikettä jnkn verran	1
	vastustaa voimakkaasti, rikiditeetti	2
*Sopeutuminen hengityskoneeseen (intuboitu potilas)	helppo ventilaatio, ei hälytyksiä hengityskoneesta	0
	hälytyksiä hengityskoneesta, mutta hoituvat spontaanisti	1
	epäsynkronia, jatkuvia hälytyksiä hengityskoneesta	2
*Puhe (intuboimaton potilas)	normaali puhe, normaali ääni	0
	vaikeutunut puheen tuotto	1
	itkee, huutaa, puheesta ei saa selvää	2
* Arvioidaan vain toinen		

Taulukko 2. CPOT- mittari (Terveysportti 2015)

CPOP-mittaria on tutkittu laajalti ja sen on todettu olevan hyvä keino potilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin sekä kommunikoivalle että kommunikointiin kykenemättömälle potilaalle tehohoidossa (Severgnini, Pelosi, Contino, Serafinelli, Novario & Chiaranda 2016, 8).

BPS-asteikko eli The Behavioral Pain scale arvioi kipua kasvojen ilmeiden ja eleiden mukaan huomioiden myös yläraajojen liikkeitä ja sopeutumista hengityskoneeseen. Severgninin ym. (2016) mukaan BPS-asteikko on erityisen tarkka tehohoidettavien potilaiden kipua arvioitaessa. Tutkimuksessa todetaan, että BPS-asteikon ja CPOP- kipumittarin yhteiskäytöstä olisi hyötyä kaikkien tehohoidettavien potilaiden kipua arvioitaessa. Mittareiden yhteiskäytöllä potilaan kipua voitaisiin arvioida tarkasti ja luotettavasti.

SAS eli Sedation-Agitation Scale arvoi sedaation syvyyttä ja potilaan olemusta. SAS-mittarin avulla seurataan potilaan sedaatio-agitaatioluokitusta. Pisteitä potilas voi saada 1-7. Tavoitetaso SAS-mittarissa on yleensä luokkaa 3-4 tehohoidossa olevalle potilaalle. Yksi piste tarkoittaa, että potilas ei ole heräteltävissä, eikä hän kommunikoi tai noudata ohjeita. Potilaan saadessa seitsemän pistettä tarkoittaa, että hän on vaarallisesti agitoitunut ja käyttäytyy levottomasti. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki, 2016b.) Alla oleva taulukko määrittelee SAS-mittarin pisteytyksen tarkemmin.

Luokka	Pistemäärä	Määrittely
Vaarallisesti agitoitunut	7	Pyrkii poistamaan intubaatioputken, kiskoo katetreista, käy käsiksi henkilökuntaan, pyrkii pois sängystä, heittelee laidalta toiselle.
Hyvin agitoitunut	6	Ei rauhoitu puheella, vaatii fyysistä puuttamista, puree putkea.
Agitoitunut	5	Tuskainen tai lievästi agitoitunut, yrittää nousta istumaan, mutta rauhoittuu puheella.
Rauhallinen ja yhteistyökykyinen	4	Rauhallinen, herää vaivatta, noudattaa pyyntöjä.
Sedatoitunut	3	Vaikea herättää, herätettävissä puheen tai ravistelun avulla, mutta nukahtaa heti uudelleen, noudattaa yksinkertaisia pyyntöjä.
Hyvin sedatoitunut	2	Fyysisen ärsyksen avulla herätettävissä, ei kommunikoi tai noudata pyyntöjä, voi liikkua spontaanisti.
Ei heräteltävissä	1	Vähäinen tai puuttuva reaktio kipuärsykkeeseen, ei kommunikoi tai noudata ohjeita.

Taulukko 3. SAS-mittari (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2016b)

RASS eli Richmond Agitation-Sedation Scale on tarkoitettu arvioimaan sedaation syvyyttä ja potilaan olemusta. Taulukossa 4 on kuvattu RASS- mittari. RASS-mittarin tavoitetason määrittää lääkäri yksilöllisesti potilaalle. Yleensä sedatoidulle potilaalle sopiva RASS-arvo on luokkaa –2-0. RASS-mittarilla tarkkaillaan potilaan olemusta, uneliaisuutta ja reagointia. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki, 2016b.)

Pudas-Tähkä & Kangasmäki (2016b) mainitsevat teho- ja valvontahoitotyön oppaassa, kuinka potilaan olemuksesta tarkkaillaan, rauhallisuutta ja levollisuutta, tapahtuuko levotonta liikehdintää, sopeutuuko potilas hengityslaitteeseen vai pyrkiikö potilas poistamaan katetreja. Lisäksi tarkkaillaan, onko potilas väkivaltainen. Nämä pisteytetään asteikolla 0-+4. 0 tarkoittaa, että potilas on rauhallinen ja +4 potilaan väkivaltaisuutta, levottomuutta, sekä mahdollista vaaraa henkilökunnalle. RASS-mittari ei ole varsinaisesti kivun mittari, mutta sen avulla pystytään riittävän sedaation lisäksi arvioimaan myös mahdollista kivun olemassaoloa.

Arviointimenetelmä	Potilaan käyttäytymisen kuvaus	Luokka	Pistemäärä
Potilaan tarkkailu	Potilas on väkivaltainen, välitön vaara henkilökunnalle.	Väkivaltainen	+4
	Pyrkii poistamaan katetrit, aggressiivinen.	Hyvin kiihtynyt	+3
	Tarkoitukseton jatkuvaa liikehdintää, ei sopeudu hengityslaitteeseen.	Kiihtynyt	+2
	Levotonta liikehdintää, ei aggressiivinen.	Levoton	+1
		Rauhallinen	0
Jos potilas on unelias, sanotaan potilaan nimi ja pyydetään avaamaan silmät ja katsomaan kohti (äänistimulaatio).	Ei täysin hereillä, helposti heräteltävissä puheella (silmiä avaus tai katsekontakti kestää yli 10 s).	Unelias	-1
	Avaa hetkeksi silmät puhuteltaessa ja ottaa alle 10 s kestävä katsekontaktin.	Kevyt sedaatio	-2
	Reagoi tai avaa silmät puhuteltaessa, mutta ei ota katsekontaktia.	Kohtalainen sedaatio	-3
Jos potilas ei reagoi puhutteluun, ravistetaan potilasta olkapäästä ja/tai painetaan potilasta rintalastasta (fyysinen stimulaatio).	Ei reagoi puheeseen, avaa silmät tai liikuttelee raajojaan spontaanisti.	Syvä sedaatio	-4
	Ei reagoi puheeseen eikä ravisteluun.	Ei heräteltävissä	-5

Taulukko 4. RASS-mittari (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2016b)

Salanterä (2012, 43) toteaa kivunhoidon kehittyneen huomattavasti viime vuosikymmenien aikana. Kehittyneinä kivunhoidon asioina hän nostaa esille esimerkiksi hyvät kipumittarit kivun tunnistamiseen, sekä tehokkaat lääkkeet ja sähköiset kirjaamisjärjestelmät. Hän kuitenkin mainitsee hyvän kivunhoidon toteutumisen esteenä olevan ihmisten ja organisaation asenteet.

Pyykkö (2004, 78-79) toteaa, että potilaan terveysongelmaa kuvaavia merkkejä, voidaan mitata erilaisin apuvälinein ja teknisten laitteiden avulla, sillä ne ovat objektiivisesti mitattavia suureita. Tällaisia mitattavia suureita ovat fysiologiset muuttujat, kuten esimerkiksi sydämen syketaajuus ja verenpaine, sekä periferian lämpötila. Oireena potilaan kokema kipu ja kivun laatu eivät ole objektiivisesti mitattavia. Osa potilaan oireista perustuu omakohtaiseen kokemukseen sekä hoitajan havainnointiin.

Lillbacka & Romppainen (2012, 29-30) nostavat esille opinnäytetyönsä tuloksissaan, että tehohoitopotilaan onnistuneen kivunhoidon toteutumiseksi sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa potilaan fysiologisia muutoksia, ilmeitä ja eleitä, sekä potilaan käyttäytymistä osana kivun tunnistamista. Tuloksissa ilmenee myös, että sairaanhoitajan hyvät vuorovaikutustaidot, sekä potilaan aikaisempi anamneesi ja tieto mahdollisesta aiemmasta kipulääkityksestä edistävät tehohoitopotilaan kivunhoitotyön toteutumista. Kivunhoidon tunnistamiseen ja arviointiin liittyy myös useita kokemuksen ja osaamisen kautta tulleita taitoja ja tietoja.

3.5 Kivun ennaltaehkäisy, hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kirjaaminen

Kivun ennaltaehkäisy on olennainen osa kriittisesti sairaiden potilaiden kivunhoidon kokonaisvaltaista prosessia. Kivunhoidon tulisi olla ennaltaehkäisevää ja suunniteltua (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2016a). Kivun Käypä hoito-suosituksissa (2015) mainitaan kivunhoidon seurannan arvioinnin eri osa-alueista. Tärkeää on seurata kivun tyyppiä, sijaintia, voimakkuutta, sen muutoksia sekä aiemmin suoritettujen hoitojen vaikutuksia ja mahdollisia haittoja.

Pudas-Tähkän & Kangasmäen (2016a) mukaan kivun säännöllisen arvioinnin kuuluisi olla osa osaston hoitokulttuuria samalla tavalla kuin fysiologisten suureiden mittaaminen. Kivun arvioinnin tulee olla jatkuvaa, ja havainnot on kirjattava vähintään kahden tunnin välein. Kipua havaitessa se tulee hoitaa välittömästi ja hoidon jälkeen kivun voimakkuus tulisi arvioida uudelleen, minkä lisäksi huomatu muutokset pitää kirjata potilasasiakirjoihin.

Laadukkaalle ja yksilölliselle kivun hoidolle kirjaaminen on välttämätön edellytys. Hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeää on, että kivun hoito on tarkasti kirjattu potilastietoihin. Kivun hoito, kipulääkkeen anto ja sen vaikuttavuus tulee kirjata selkeästi hoidon jatkuvuuden kannalta esimerkiksi työvuoron vaihtuessa tai potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen. Kirjaukset tapahtuessa onnistuneesti, voidaan valvoa potilaan kivunhoidon laatua ja tehoa. Tarvittaessa pystytään puuttumaan kivunhoidon epäkohtiin. (Sailo & Vartti 2000, 97-99.)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirja-asetuksen (2009) mukaan *Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja.*

Sairaanhoitajan hyvään ammattitaitoon kuuluu hoitotyön prosessin hallinta potilaan hoidon suunnittelussa sen toteutuksessa ja arvioinnissa. Kirjaamisen sisällön tulee alkaa hoidon tarpeesta ja sen tulee edetä hoidon suunnittelun ja toteutuksen kautta arviointiin. Kirjaamisen tulee tapahtua hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti, mikä tukee potilasasiakirja-asetusta. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2014.)

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyömme kohderyhmänä ja tiedonlähteenä aiomme hyödyntää teho-osastolla työskenteleviä sairaanhoitajia sekä heidän kokemustaan ja tietotaitoaan. Valitsimme kohderyhmäksemme teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat, sillä heillä on tietoa ja kokemusta tehohoitopotilaan kivun tunnistamisesta ja arvioinnista. Sairaanhoitajien tiedon kautta saamme laajan ja monialaisen kuvan kyseisellä teho-osastolla vallitsevista toimintamalleista ja keinoista tunnistaa potilaan kipua ja arvioida sen voimakkuutta.

Toteutamme opinnäytetyön käytännössä siten, että laadimme aiheeseemme liittyen avoimet kysymykset, joihin pyydämme teho-osastolla työskenteleviä sairaanhoitajia vastaamaan. Kysymysten ohessa annamme sairaanhoitajille laatimamme saatekirjeen (Liite 1), josta selviää opinnäytetyömme aihe ja tavoite. Toimitamme avoimet kysymykset yhdelle teho-osastolle ja pyydämme hoitajia vastaamaan kysymyksiimme aikataulun mukaisesti.

Saatujen tulosten perusteella kokoamme kansion, johon on yhdistetty kyseisen teho-osaston henkilökunnan osaaminen ja tietotaito kivunhoitoon liittyen sekä kokoamamme teoretieto aiheesta. Kansioon kokoamme selkeästi kivun tunnistamisen ja arvioinnin menetelmät, jotta sitä olisi helppo hyödyntää jokapäiväisessä työssä. Kansiota voidaan käyttää uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytykseen. Kansion sisältö löytyy opinnäytetyöhömmme Liitteenä 3.

4.1 Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyömme aikataulu on suunniteltu yhteisymmärryksessä opinnäytetyötä tekevien henkilöiden kesken tuomaan runkoa opinnäytetyöprosessin edetessä. Taulukossa 5 kuvaamme opinnäytetyömme prosessin etenemistä aiheen valinnasta valmiin työn palauttamiseen asti. Työprosessissa kuluu aikaa noin kahdeksan kuukautta. Aiheen valinta tapahtui nopeasti ja löysimme helposti meitä kaikkia miellyttävän aiheen. Haimme suunnitelmalla tutkimuslupaa opinnäytetyön toteuttamiseen, minkä jälkeen opinnäytetyöprosessi alkoi etenemään vauhdikkaasti.

Aiheen valinta ja aiheanalyysin esittäminen	Lokakuu 2016
Opinnäytetyön suunnitelman teko	Loka-Marraskuu 2016
Työelämän tapaaminen	Marraskuu 2016
Opinnäytetyön suunnitelma seminaari	Joulukuu 2016
Tutkimuslupa hakemus	Joulukuu 2016
Avoimet kysymykset työelämälle	Tammikuu 2017
Aineiston analyysi	Helmikuu 2017
Opinnäytetyön kirjoittaminen	Helmi-Huhtikuu 2017
Opinnäytetyön viimeistely	Huhtikuu 2017
Opinnäytetyön lähetys	Toukokuu 2017

Taulukko 5. Opinnäytetyön eteneminen

4.2 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Käytämme opinnäytetyössämme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen menetelmä soveltuu opinnäytetyöhömmö hyvin, sillä tutkittavana kohteenamme on ainoastaan yksi teho-osasto ja sen henkilökunta. Kvalitatiivisella tutkimustavalla saamme parhaiten kerättyä kokemuksellista tietoa teho-osaston sairaanhoitajilta. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole löytää totuutta tutkittavasta asiasta, vaan tarkoituksena on luoda toimintaperiaatteita, tietoa, ohjeita ja kuvauksia tutkittavasta asiasta (Alasuutari 1994, 34; Varto 1992, 64). Ammattitaidon myötä kehittyntä hiljaista tietotaitoa kivun arvioinnissa ei voi tutkia numeraalisesti, minkä takia valitsimme kvalitatiivisen tutkimustavan. Kivun kokemuksta ei voi yleistää, sillä kipu on aina yksilöllinen kokemus.

Vilka (2015, 150) toteaa, että laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston koolla ei ole väliä, vaan sen laadulla. Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella ei myöskään tavoitella yleistettävyyttä.

Keräämme aineiston avoimien kysymysten avulla (Liite 2). Heikkilän (2004) mukaan avoimien kysymysten tarkoituksena on saada avoimiin kysymyksiin spontaaneja mielipiteitä vastaajilta. Avoimiin kysymyksiin vastaavat teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat. Avoimet kysymykset ovat hyvä tapa kerätä tieto tutkimuskysymyksiimme, sillä avoimien kysymysten pohjalta sairaanhoitajat voivat vastata kysymyksiimme mahdollisimman laajasti, avoimesti sekä heidän kokemuksensa ja käytännön työn pohjalta. Toimitamme yhdelle teho-osastolle avoimet kysymykset, joihin toivomme mahdollisimman monen työntekijän vastaavan. Avoimia kysymyksiä on kuusi ja ne liittyvät kivun tunnistamiseen ja arviointiin tehohoitopotilaalla.

4.3 Sisällönanalyysi

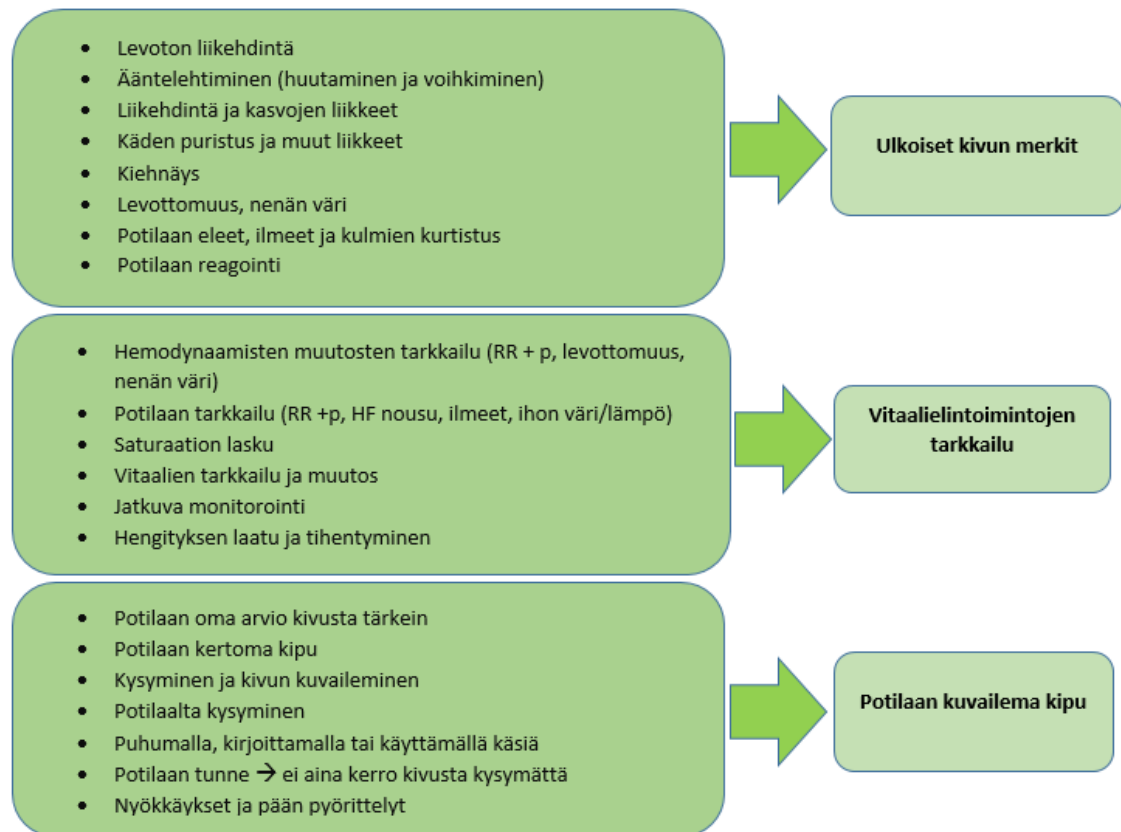
Analysoimme aineiston aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuomen ja Sarajärven (2002, 110-114) mukaan sisällönanalyysi tarkoittaa tutkimusaineiston kuvaamista sanallisessa muodossa. Induktiivinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen eri vaiheeseen. Näitä ovat aineistoin pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi.

Ennen analyysin aloittamista on määriteltävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lauseenosa tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valintaa ja määrittämistä ohjaa aineiston laatu, sekä määritetyt tutkimustehtävät. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta jätetään pois kaikki epäolennainen tieto, kuitenkin poistamatta tärkeää informaatiota, tässä vaiheessa tapahtuu myös aineiston tiivistäminen tutkimuskysymysten ja ongelman mukaisesti. Lopuksi sisällöllisesti samankaltaiset ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-113.)

Aloitimme analysoinnin lukemalla sairaanhoitajien vastaukset avoimiin kysymyksiimme useaan kertaan. Vastaajia oli yhteensä yksitoista ja kysymyksiä kuusi. Jokainen kysymys liittyi tehohoitopotilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin sen eri näkökulmista.

Poimimme vastauksista tärkeitä ja työmme aihetta kuvaavia ilmaisuja, kuitenkin poistamatta tärkeää informaatiota. Tiivistimme ja pelkistimme

vastaukset opinnäytetyömme tavoitteiden mukaisesti. Kuvassa 3 on esitelty esimerkkejä aineiston pelkistetyistä vastauksista ja ryhmittelystä. Esimerkiksi pelkistimme hoitajien vastauksista informatiiviset asiat poistamatta kuitenkaan tärkeitä elementtejä. Levoton liikehdintä, kädenpuristus ja potilaan eleet, ilmeet sekä kulmien kurtistus ryhmittyivät ulkoisiin kivun merkkeihin.



Kuva 3. Esimerkki aiheen pelkistämisestä ja ryhmittelystä.

Tuomen & Sarajärven (2002, 112-115) mukaan aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja mahdollisia eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ja pelkistetyt ilmaukset yhdistetään alaluokaksi. Tämän jälkeen nimetään alaluokat niiden sisältöä kuvaavalla yläkäsitteellä. Meidän aineistostamme alaluokkia muodostui neljätoista. Aineiston ryhmittelyn jälkeen seuraa abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Teoreettiset käsitteet luodaan aineiston perusteella kuvaaviksi yksiköiksi, jotka ovat vielä laajempia kuin ryhmittelyn yksiköt.

Aiheemme pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen teimme yläluokat ryhmiteltyjen vastausten perusteella ja nimesimme yläluokat sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Yhteensä muodostui kuusi yläluokkaa, jotka kuvaavat opinnäytetyömme tuloksia.

5 Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat

Tutkimustieteellisen neuvottelukunnan (2012a) mukaan tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain, jos tutkimus on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Näitä hyviä tieteellisiä käytäntöjä ovat muun muassa rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus tutkimustyössä, eettisesti kestävien tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmien noudattaminen, tutkimuksen huolellinen suunnittelu, toteutus ja raportointi, tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen, asianmukainen viittaaminen muiden tutkijoiden julkaisuihin ja tuloksiin sekä vastuullisuus ja avoimuus tutkimustyön tulosten julkaisussa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Vilka 2015, 41-42.)

Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2013, 219-221) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä näkökulmia ovat osallistumisen vapaaehtoisuus, osallistujien tietoinen suostumus tutkimukseen ja osallistujien anonymiteetti. Vapaaehtoinen osallistuminen on turvattava tutkimuksissa ja tutkimuksen keskeyttäminen tulee olla mahdollista missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Osallistujan tulee olla tietoinen suostumuksestaan osallistua tutkimukseen. Lisäksi osallistujan tulee täysin tietää tutkimuksen luonne. Osallistujan anonymiteetti tulee suojata, mikä on keskeinen ehto kaikessa tutkimustyössä. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille, ja tutkimuksessa saadut aineistot tulee säilyttää ja hävittää asianmukaisesti.

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittavilla on mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa. Tutkittaville on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta saatekirjeellä (Liite 1). Tutkittavilta tulee pyytää suostumus tutkimukseen. Tutkimuksessamme tutkittavat pysyvät nimettöminä, eikä heistä saada tietoon minkäänlaisia henkilötietoja, mikä takaa tutkittavien anonymiteetin. Eettisen näkökulman perusteella päädyimme pitämään tutkimukseen osallistuneen teho-osaston nimettömänä. Tällä keinolla pystymme lisäämään sairaanhoitajien sekä kyseisen osaston anonymiteettiä.

Opinnäytetyönprosessimme aikana noudatamme salassapitovelvollisuutta. Avoimet kysymykset hävitetään asianmukaisesti heti analysoinnin jälkeen, jotta ne eivät päädy ulkopuolisille. Eettisen periaatteen kannalta on tärkeää huomata,

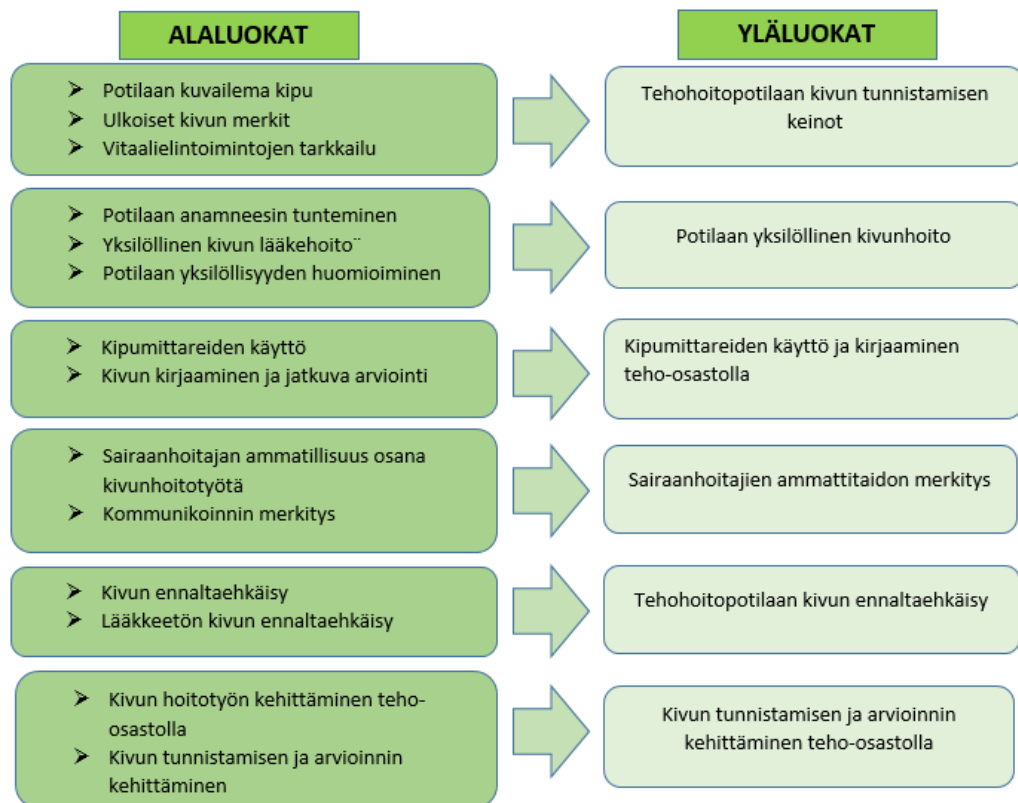
että opinnäytetyön tekijöitä on kolme, minkä takia esimerkiksi analysoinnin aikana väärinkäsitykset voivat olla mahdollisia. Kolmen tekijän avulla kuitenkin nostamme tutkimuksen luotettavuutta useampien näkökulmien ja useiden tarkastusten avulla.

6 Tulokset

Opinnäytetyömme tehtävinä oli selvittää teho-osastolla työskentelevien sairaanhoitajien kivun tunnistamisen ja arvioinnin keinoja sekä heidän keinojaan kehittää teho-hoitopotilaan kivunhoidon osaamistaan. Opinnäytetyömme aineiston keräsimme avointen kysymysten avulla, joista selvisi teho-osaston kivun arvioinnin ja tunnistamisen olevan monipuolista potilaan tarkkailua, havainnointia ja huomioimista. Haasteena kuitenkin koettiin kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun tunnistaminen luotettavan keinon ja mittarin puuttumisen vuoksi.

Halusimme tutkimuskysymystemme perusteella saada tietoa sairaanhoitajien keinoista tunnistaa ja arvioida potilaan kipua teho-osastolla, sekä heillä käytössä olevista kivun arvioinnin mittareista. Näiden kahden lisäksi halusimme tietoa teho-osastolla työskentelevien sairaanhoitajien keinoista kehittää omaa osaamistaan kivunhoitoon liittyen.

Tutkimuksessamme saadut yläluokat (Kuva 4) vastaavat tutkimuskysymyksiin. Tulokset esitetään yläluokkien mukaisessa järjestyksessä. Alaluokkia saimme yhteensä neljätoista, jotka yhdistimme yläluokiksi. Yläluokkia saimme yhteensä kuusi.



Kuva 4. Kivun tunnistamisen ja arvioinnin käsitteet tulosten perusteella

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenämme oli miten teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat tunnistavat ja arvioivat potilaan kipua. Yläluokista Tehohoitopotilaan kivun tunnistamisen keinot, Potilaan yksilöllinen kivunhoito, Sairaanhoitajan ammattitaidon merkitys ja Tehohoitopotilaan kivun ennaltaehkäisy vastasivat ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme. Toinen tutkimuskysymyksemme oli, minkälaisia kipumittareita teho-osastolla on käytössä potilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin. Tähän kysymykseen yläluokista vastasi kipumittareiden käyttö ja kirjaaminen teho-osastolla. Viimeinen tutkimuskysymyksemme oli, miten teho-osaston sairaanhoitajat kehittävät omaa osaamistaan tehohoitopotilaan kivun hoidossa. Yläluokista kivun tunnistamisen ja arvioinnin kehittäminen teho-osastolla vastaa viimeiseen tutkimuskysymykseemme.

Yksitoista teho-osaston sairaanhoitajaa vastasi kysymyksiimme, jotka liittyivät kivun tunnistamisen ja arvioinnin menetelmiin. Näiden pohjalta suoritimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Otsikoimme tulokset saatujen vastausten perusteella ja esitämme saadut tulokset yläluokkien mukaan.

6.1 Tehohoitopotilaan kivun tunnistamisen keinot

Tehohoitopotilaan kivun tunnistamisen ja arvioinnin tärkeimmäksi keinoksi koettiin potilaan oma arvio kivusta. Kipu on yksilöllinen tuntemus, minkä takia potilaan oma kertoma on aina tärkein merkki kivusta. Kipua arvioitaessa potilaalta tulisi selvittää kivun laatu, voimakkuus ja sijainti.

Potilaan oma arvio kivusta on tärkein.

Kipu on aina potilaan omaan tuntemukseen perustuvaa ja siksi vaikeaa arvioida. Ensimmäiseksi kysytään potilaalta onko kipua ja missä kipu sijaitsee.

Vastauksista korostuu kommunikoinnin monialaisuus. Kommunikaatiossa puheen sijasta pystytään käyttämään erilaisia keinoja kivun selvittämiseen, kuten käden puristuksia, pään nyökkäyksiä, sekä kirjoittamista että käsillä näyttämistä. Ulkoiset kivunmerkit koettiin myös tärkeäksi keinoksi tarkkailtaessa potilaan vointia ja kipua. Kivusta kertoviksi ulkoisiksi merkeiksi mainittiin levoton liikehdintä, hikisyys, ääntelehtiminen, ilmeet ja eleet, kuten kulmien kurtistus, sekä ihon ja nenän väri.

Vitaalielintoimintojen tarkkailun ja seurannan koettiin olevan merkittävä osa niin kommunikointiin kykenevän kuin kommunikointiin kykenemättömänkin potilaan kivun tunnistamista. Vaikka potilas kykenisi kertomaan itse kivustaan ei hän aina sitä myönnä. Mahdollisia kivun merkkejä vitaalielintoimintojen muutoksissa ovat verenpaineen nousu, sykkeen nousu, hengitystaajuuden tihentyminen, happisaturaation laskeminen ja hengityksen laadun muutokset. Tutkimuksessamme mukana olleella teho-osastolla potilaiden mahdollisia vitaalielintoimintojen muutoksia pystytään tarkkailemaan potilaan jatkuvalla monitoroinnilla.

Jos potilas ei pysty ilmaisemaan kipua, keinot sen arvioimiseksi ovat hyvin vähäiset. Monitorilta voi seurata verenpainetta, sykettä ja hengitystiheyttä, joista voi arvioida onko potilas kivulias. Hereillä olevan potilaan ilmeet esim. kulmien kurtistus voi kertoa kivusta.

6.2 Potilaan yksilöllinen kivunhoito

Kyselyn vastauksissa korostettiin potilaan yksilöllisyyttä ja sen huomiointia osana kivun tunnistamista ja arviointia. Jokainen potilas reagoi eri tavalla kipuun, jolloin sairaanhoitajan tulisi yksilöllisesti arvioida potilaan kipua ja sen merkkejä. Kivuntuntemuksen korostettiin olevan jokaisen oma tuntemus, jonka takia sitä voi olla vaikeaa arvioida. Potilaan valittaessa kipua uskotaan potilasta. Joissakin tilanteissa todettiin merkkien näyttävän selkeästi kivun olemassaolon, vaikka potilas ei itse sitä myöntäisi. Tällaisissa tilanteissa potilaalle perusteltiin kivun olevan haitallista potilaan voinnille sekä paranemiselle. Potilaan informointia kivunhoidon tärkeydestä korostettiin ja hoidon perusteltiin olevan helpompaa ennakoiden, ennen kuin kipu on liian kova. Potilaan mielipiteen huomioinnin hoitotilanteissa koettiin myös olevan osa kivunhoitoa ja ennaltaehkäisyä, esimerkiksi asennon valinnassa potilaan mielipide otetaan huomioon.

Kerron potilaalle, miten tärkeää kivun hoito on toipumisen kannalta ja kerron, että kipu on helpompi hoitaa ennakoiden kun lievenee helpommin ennen kuin on kunnolla päällä.

Kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa koettiin tarpeelliseksi huomioida potilaan peruskipulääkitys ja kipulääkityksen riittävyys, etenkin kommunikointiin kykenemättömien potilaiden kohdalla. Sedatoiduille ja hengityskoneessa olevilla potilailla lääkitys on jatkuvaa, sen lisäksi on mahdollisuus kipulääkkeen lisäannoksiin. Potilaiden kipua ennakoitiin ja heidän lähelle on varattu valmiiksi tarvittava kipulääkitys. Sedatoitujen potilaiden kohdalla korostettiin oikeanlaista kivunhoitoa ja muistutettiin, että unilääkitys ei korvaa kipulääkitystä. Osana kivun tunnistamista ja arviointia koettiin kipulääkkeen vaikutuksen tarkkailu ja arviointi jatkuvana hoidon aikana.

Myös sedatoidulla potilaalla pitää muistaa kivun olemassaolon mahdollisuus unilääke ei ole kipulääke.

Potilaan yksilöllisessä kivunhoitotyössä huomioitiin mahdolliset kivun aiheuttajat, kuten erilaiset leikkaukset ja haavat sekä vammojen vakavuus. Vastauksissa korostettiin ymmärrystä kivun aiheuttajista ja niiden vakavuudesta, jolloin pystyttiin arvioimaan realistisesti potilaan kipua. Tehohoidossa olevat potilaat

ovat usein erittäin kipeitä ja tämä otettiin huomioon kivunhoidossa. Potilaan vaikuttaessa vähänkään kipeältä kipu hoidettiin.

6.3 Kipumittareiden käyttö ja kirjaaminen teho-osastolla

Tutkimuksessa mukana olleella teho-osastolla jatkuvassa käytössä olevia mittareita olivat VAS ja NRS. Kommunikointiin kykeneville potilaille koettiin toimivaksi kivun arvioinnin mittariksi asteikkoa nollasta kymmeneen, mutta haasteena teho-osastolla oli kuitenkin kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arviointi.

Kriittisesti sairaat potilaat, jotka eivät itse pysty ilmaisemaan kipuaan, koettiin muita haasteellisimmiksi, koska luotettavaa mittaria kivun tunnistamiseen ei ole tällä hetkellä käytössä. Näissä tilanteissa korostettiin vitaalielintoimintojen ja ulkoisten merkkien havainnointia sairaanhoitajan ammattitaitoa hyödyntämällä. Osassa vastauksista mainittiin Critical Care Pain Observation Tool (CPOT), joka on tarkoitettu kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun tunnistamiseen. Sen koettiin olevan hyvä, mutta se ei ole vielä käytössä kyseisellä teho-osastolla. Vastauksissa ilmenee kahdenlaisia mielipiteitä kipumittareiden käytöstä. Osa sairaanhoitajista toivoisi luotettavan kipumittarin löytymistä kommunikointiin kykenemättömien potilaiden kivun arviointiin, toisaalta osa vastaajista koki sairaanhoitajan ammattitaidon ja vitaalielintoimintojen tarkkailun olevan riittävä kivun arvioinnin menetelmä. Osa sairaanhoitajista korosti oman ammattitaidon ja sen karttumisen merkitystä kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa.

CPOT on hyvä (kokemus), sitä voisi kokeilla myös täällä.

”Kipumittarit” on hifistelyä – katsotaan potilasta ja käyttö ei useinkaan sovi meidän tarpeeseen.

Kirjaamisen todettiin olevan keino tarkkailla potilaan kivun muutoksia ja lääkehoidon vaikuttavuutta. Vastausten perusteella kirjaaminen tapahtui hyvin oireiden ja kipulääkkeiden annon kohdalla, mutta jäi toisinaan vajaaksi hoidon vasteen kohdalta.

6.4 Sairaanhoidajien ammattitaidon merkitys

Kyselyssämme vastausten mukaan sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen on oleellista tehohoitopotilaiden parissa työskenneltäessä. Oman ammatillisuuden ja kokemuksen kautta tuleva osaaminen kivun tunnistamisessa oli avainasemassa hoidon onnistumisessa. Vastauksissa nostettiin esille osana ammattitaitoa esimerkiksi ilmeiden oikeanlainen tulkinta, jatkuva kivun arviointi ja tarvittaessa avun pyytäminen työkaverilta hoitotilanteissa, esimerkiksi potilaan asentoa vaihdettaessa on turvallisempaa tehdä se yhdessä kollegan kanssa, jotta potilaalle ei aiheuteta vahingossa lisää kipua. Lisäksi ymmärrys ja tieto käytettävistä lääkkeistä oli mainittu ammatillisuuden osana.

Vuorovaikutustaidot, rauhallisuus ja turvallisen ilmapiirin luominen nostettiin esille osana onnistunutta kivun tunnistamista ja arviointia. Vastausten mukaan näillä keinoilla pystytään lievittämään potilaan jännitystä ja ahdistusta, minkä tuloksena potilaan kiputuntemus vähenee. Kivun arvioinnissa nähtiin hyödyllisenä riittävän usein tapahtuva kivun arviointi esimerkiksi kysymällä potilaan kivusta. Potilasta tulisi informoida tulevista tapahtumista ja siitä kuinka hän itse voi vaikuttaa asioihin, jotta olo olisi mahdollisimman kivuton.

6.5 Tehohoitopotilaan kivun ennaltaehkäisy

Tehohoitopotilaan kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa korostettiin kipua ennaltaehkäisevää näkökulmaa. Näistä mainittuna vastauksissa oli asentohoito, hyvä perushoito, sekä kylmän että lämpimän käyttö ennaltaehkäisevänä kivun hoitona. Lisäksi kivun tunnistaminen ja arviointi korostuvat ennaltaehkäistyssä kivunhoidossa, sillä myös sitä tulee arvioida jatkuvasti, jotta kivunhoidon prosessi on onnistunut.

Kivun arvioinnissa tärkeänä asiana ilmeni kivun aiheuttajien huomiointi ja niiden ennaltaehkäisy, esimerkiksi hoitotoimenpiteet, asennonvaihdot ja kuntoutus, voivat aiheuttaa tehohoitopotilaille epämukavuutta ja kipua. Yhtenä ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä mainittiin kipulääkkeen varaaminen potilaan lähelle ja mahdollisuus lisäkipulääkitykseen. Vastauksissa ilmeni myös tehohoidossa olevien potilaiden kohdalla jatkuva kipulääkitys kivun ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä.

6.6 Kivun tunnistamisen ja arvioinnin kehittäminen teho-osastolla

Yhtenä tutkimuskysymyksenämme oli, miten teho-osaston sairaanhoitajat kehittävät omaa osaamistaan tehohoitopotilaan kivunhoidossa. Vastauksista selvisi, että sairaanhoitajista useat olivat kehittäneet omaa ammattitaitoaan, mutta teho-osaston toimintatapojen kehittäminen oli jäänyt vähälle. Ideoita kehittämiseen oli jonkin verran. Eniten esille vastauksissa nousi kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arvioinnin haastavuus ja siitä puuttuva luotettava kivun tunnistamisen ja arvioinnin mittari. Kehittämisehdotuksena ilmeni aiemmassa työpaikassa hyväksi todettu Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). Tätä ei kuitenkaan ole vielä käytössä kyseisellä osastolla. Mittarin käyttöä on kuitenkin ehdotettu käyttöönotettavaksi.

Jos jonkun mittarin, joka luotettavasti kertoo tajuttoman ja sedatoidun potilaan kivusta, pystyisi kehittämään niin sille olisi varmasti käyttöä.

Sedatoitujen potilaiden kivunhoito → mittarit vähissä → siinä parantamisen varaa.

Ehdotin CPOT:a (käytössä aiemmassa työpaikassa), siihen ei kuitenkaan ole vielä oikein tutustuttu.

Kirjaaminen osastolla koettiin vajavaiseksi ja sen kehittäminen koettiin ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Kirjaamisessa kehittävänä asiana mainittiin kipulääkkeen vasteen kirjaaminen ja siihen panostaminen. Lääkityksen lisäksi kivun tunnistamiseen ja arviointiin tulisi paneutua paremmin ja se koettiin erityisen merkitykselliseksi osaksi kivunhoitoa. Lisäksi moniammatillisen työyhteisön kehittäminen nähtiin tärkeäksi mainitsemalla yhteistyön ja vuorovaikutuksen paraneminen eri ammattiryhmien välillä. Sairaanhoitajien mukaan kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa kehittyä vuosien myötä työtä tehdessä.

Asiaan [kivun tunnistaminen ja arviointi] pitäisi paneutua, tärkeä! Miettiä yhdessä ja parantaa toimintaa.

Omassa toiminnassa kehittynyt vuosien myötä.

7 Pohdinta ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tulosten perusteella tehohoito potilaiden kivun tunnistaminen ja arviointi on haasteellista. Usein kivun tunnistamista vaikeuttaa potilaiden kriittinen tila ja kykenemättömyys kommunikointiin. Tuloksissa näkyy sairaanhoitajien vankka ammattitaito ja sen merkitys osana potilaan yksilöllistä hoitoa. Sairaanhoitajien ammattitaito näkyy erityisesti työn tuoman ymmärryksen ja näkemyksen kautta. Sairaanhoitajille on selkeästi kehittynyt työnteon kautta tarkkaavaisuutta kivun tunnistamiseen ja arviointiin, jota he käyttävät jokapäiväisessä työssään.

Opinnäytetyömme tuloksissa näkyi selkeästi työn kautta kertynyt osaamisen ja kokemuksen sekä ammattitaidon merkitys. Osassa vastauksista korostui laaja ammattitaito ja kiinnostus kivun hoitoa kohtaan. Näissä vastauksissa kivun tunnistamista ja arviointia oli pohdittu monesta eri näkökulmasta. Kivun tunnistamista toteutettiin näiden vastausten perusteella monenlaisilla menetelmillä.

Salanterän (2009, 88-89) mukaan kivunhoidon onnistuminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä, hyväksi koettuja käytäntöjä ja eettistä kestävyyttä, jonka pitäisi perustua tutkittuun tietoon. Tehohoidossa sairaanhoitajan tulee luottaa omaan ammattitaitoon sekä potilaan läheisten kertomaan, sillä potilas ei usein pysty itse ilmaisemaan kipua. Opinnäytetyömme tuloksissa näkyy moniammatillisen yhteistyön ja ammattitaidon merkitys onnistuneessa kivun hoitotyössä. Lisäksi sairaanhoitajat korostivat työyhteisön sisällä tapahtuvan vuorovaikutuksen tärkeyttä. Vastausten perusteella sairaanhoitajat toimivat tutkitun tiedon kautta hyödyntäen samalla omaa ammattitaitoaan.

Peltosen & Ritmala-Castrenin (2004, 47) mukaan hoitajalta edellytetään tehohoitotyössä vankkaa hoitotyön tieto- ja taitopohjaa, päätöksentekokykyä, muuttuvien tilanteiden hallintaa ja niiden ennakointia sekä vastuunottokykyä. Tutkimustuloksissamme nousi myös esille näiden piirteiden arvostus osana ammattitaitoa.

Tulostemme perusteella kivun arvioinnissa erityisen tärkeää on potilaan oma kertoma ja kuvailema kipu. Kivun kokemus on yksilöllinen, jolloin potilas itse on

tärkein kivun tunnistamisen lähde. Tuloksissamme korostuu että, jos potilas itse pystyy kertomaan kivustaan, tulee sairaanhoitajan luottaa saatuun informaatioon. Pätärin (2014, 37-38) pro gradu-tutkielmassa ilmenee myös potilaan oman arvio merkitys kivun hoidossa. Suurin osa sairaanhoitajista hyödynsi potilaan omaa kuvailua ja tuntemuksia kivustaan ja otti nämä huomioon myös kirjatessaan kivun tuntemuksista potilaan omin sanoin.

Kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arviointi koettiin tulostemme perusteella haasteelliseksi ja toisinaan jopa mahdottomaksi. Tulostemme mukaan kommunikoimattoman potilaan kipua arvioitiin laajasti erilaisin keinoin, kuten vitaalielintoimintojen muutosten, ulkoisten merkkien ja sairaanhoitajien omien näkemysten kautta. Sairanhoitajan oma arvio potilaan kivusta korostui myös Pätärin (2014, 37-38) pro gradu-tutkielmassa.

Kiljusen (2013, 28-29) kyselyn mukaan yliopistosairaaloiden teho-osastoilla käytetään kommunikoivan potilaan kivun mittareita, kuten VAS, VRS ja NRS. Kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arviointiin tarkoitettua kipumittaria käytettiin ainoastaan yhdellä teho-osastolla. Kivun arviointi näissä tapauksissa tapahtuu potilasta tarkkailemalla, havainnoimalla käyttäytymistä ja fysiologisia muutoksia seuraamalla.

Tutkimuksemme tuloksissa ilmenee teho-osastolla olevan yleisesti käytössä kipumittareista VAS (Visual analogue scale) ja NRS (Numeric rating scale). Näitä mittareita sairaanhoitajat käyttivät päivittäin työssään osana potilaan kivun tunnistamista ja arviointia. Ongelmana kuitenkin koettiin kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arviointiin tarkoitetun mittarin puuttuminen. Osassa vastauksissa mainittiin CPOT-mittari (Critical-Care Pain Observation Tool), mutta tätä ei kuitenkaan ole kyseisellä teho-osastolla käytössä.

Severgninin ym. (2016) mukaan CPOT-mittari ja BPS-mittari (Behavioral Pain Scale) on koettu erityisesti yhdessä käytettynä hyväksi keinoksi tunnistaa ja arvioida kommunikointiin kykenemättömän potilaan kipua. Kyseisen tutkimuksen mukaan nämä mittarit ovat luotettavia ja tarkkoja teho-hoitopotilaan kivun arvioinnissa ja erityisesti yhdessä käytettynä hyvä keino arvioida tehohoidettavan potilaan kipua.

Opinnäytetyömme tuloksissa selviää laajasti kivun tunnistamisen ja arvioinnin haastavuus kommunikointiin kykenemättömän potilaan kohdalla. Tällaisissa tilanteissa sairaanhoitajat turvautuivat potilaan ulkoisiin kivun merkkeihin ja fysiologisiin muutoksiin. Salanterän (2009, 88-89) mukaan fysiologiset suureet eivät ole luotettavia kivun merkkejä sympaattisen ja parasympaattisen hermoston osien vastakkaisista vaikutuksista johtuen, vaikka niiden tarkkailu on osa kivun arviointia. Myös ulkoisista merkeistä samat eleet ja ilmeet voivat merkitä kipua tai kivuttomuutta. Esimerkiksi potilaan ollessa paikallaan ulkoisten merkkien perusteella potilas on kivuton, mutta hän saattaa silti kokea kipua.

Opinnäytetyömme tuloksissa ilmeni kivun tunnistamisen ja arvioinnin monialaisuus ja sen laaja käyttö sairaanhoitajien työssä teho-osastolla. Kivun tunnistaminen ja arviointi eivät ainoastaan liity kivun lääkehoitoon ja sen arviointiin, vaan myös kivun ennaltaehkäisyyn, sen arviointiin, kirjaamiseen ja lääkkeettömiin keinoihin hoitaa ja arvioida kivun lievityksen tehokkuutta.

Selvitimme opinnäytetyössämme sairaanhoitajien oman osaamisen kehittämistä kivun tunnistamisen ja arvioinnin osalta. Suurin osa vastaajista ei ole kehittänyt omaa osaamistaan muilla keinoin kuin työn kautta. Kysyimme opinnäytetyössämme myös osaston toimintamallien kehittämistä, jota kohtaan kiinnostusta oli laajalti. Vastauksissa ilmeni, että kehittämisideoita osastolle oli jo esitetty. Vaajoki & Haatainen (2014, 46) kertovat tutkimuksessaan kivunhoidon opetuksen tärkeydestä ja merkityksestä sairaanhoitajien ammattitaidossa. Tutkimustulosten perusteella kivunhoidon osaamisen ei ole tällä hetkellä riittävää. Kivunhoidon opetuksen tulisi olla jatkuvaa ammatillista täydennyskoulutusta ja oma alansa sairaanhoitajien koulutusohjelmassa.

Tulosten tarkastelu oli erittäin mielenkiintoista ja sai meidät kiinnostumaan entistä enemmän kriittisesti sairaiden potilaiden kivun tunnistamisesta ja arvioinnista. Tuloksista ilmeni tehohoidettavan potilaan kivun tunnistamisen ja arvioinnin laajuus, johon vaaditaan sairaanhoitajilta kokonaisvaltaista osaamista. Vastausten määrä oli kohtalainen, olisimme mielellämme lukeneet niitä enemmänkin. Totesimme opinnäytetyömme aiheen olevan erittäin tärkeä ja ajankohtainen. Opinnäytetyömme tulosten mukaan teho-osaston toiminta on

yhtäläinen tutkitun tiedon kanssa. Aiheemme on jatkuvasti kehittyvä ja sitä on aina mahdollista kehittää.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 211) mukaan hoitotieteissä ja muillakin tieteen aloilla tutkimuksen eettisyys ja sen kehittäminen on erittäin olennainen osa. Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys.

Tutkimusaiheen valinta jo itsessään on tutkimuseettinen valinta. Perusteena tutkimuksen eettisyydelle sekä oikeutukselle sen tekemiselle on sen takaama hyöty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Aiheemme valitsimme sen hyödynnettävyyden kannalta, sillä kivun tunnistaminen ja arviointi on laajalti tutkittu aihe, joka kuitenkin kehittyy jatkuvasti uusien tutkimusten kautta.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012b) on koonnut eettiset periaatteet, joiden mukaan tutkittavia tulee informoida tutkimuksen aiheesta, sen käyttötarkoituksesta ja siihen kuluva ajasta. Opinnäytetyömme avointen kysymysten yhteydessä sairaanhoitajat saivat saatekirjeen ja tarkemmat ohjeet vastaamiseen. Saatekirjeessä ja ohjeissa oli mainittuna tutkimuksen aihe, aineiston keruu menetelmä ja tulosten käyttötarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkijoiden yhteystiedot. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaiset kriteerit tutkittavien informointiin liittyen toteutuvat opinnäytetyössämme.

Suomen perustuslaissa suojattuihin oikeuksiin kuuluu yksityisyyden suoja sekä anonymiteetti. Nämä ovat tärkeitä periaatteita tutkimuseettisesti. Tutkimuseettisistä periaatteista yksityisyyden suoja voidaan jakaa kolmeen osaan, jotka ovat tutkimusaineiston luottamus ja suojaus, aineiston säilyttäminen ja hävittäminen sekä tutkimuksen julkaisu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012b.)

Anonymiteetin turvaaminen opinnäytetyössämme toteutui vastaajien sekä osaston nimettömyydellä. Säilytimme saatuja vastauksia huolellisesti ja asianmukaisesti, siten että ulkopuoliset eivät päässeet aineistoomme käsiksi.

Kerätty aineisto hävitettiin lopullisesti. Opinnäytetyömme tulokset olemme ilmaisseet asianmukaisesti muuttamatta saatuja tuloksia.

Plagioinnilla tarkoitetaan joko omien tulosten toistamista tai toisen tutkijan tekstin käyttämistä ilman lähdeviitettä. Käytettäessä toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä tulee käyttää lähdeviite merkintää. Lainattaessa suoraan toisen henkilön tekstiä tulee muistaa asianmukainen lainatun tekstin merkintä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Opinnäytetyössämme olemme huolellisesti merkinneet lähteet ja niiden kirjoittajat. Suoria viittauksia tehdessämme olemme kunnioittaneet alkuperäisen kirjoittajan tekstiä ja merkinneet suoran lainauksen ohjeiden mukaisesti. Emme ole opinnäytetyötämme tehdessä käyttäneet toisen henkilön tekstiä omanamme.

Haimme tutkimuslupaa tutkimuksen kohteena olleesta organisaatiosta opinnäytetyön suunnitelmalla, jonka kyseinen organisaatio hyväksyi. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 222) mainitsevat tutkimusta tehtäessä osallistujien suostumus ja tutkimuslupa ovat pakollisia, kuitenkin eettisen toimikunnan lausunto ei ole välttämättä tarpeellinen, jos hoitohenkilökunta on tutkimuksen kohteena. Opinnäytetyössämme tutkimme hoitohenkilökuntaa, joten eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu. Suostumus osallistua opinnäytetyöhömmme oli vastata avoimiin kysymyksiimme. Tämä mainittiin saatekirjeessä, jolloin osallistuminen oli vapaaehtoista.

Saatuja tutkimustuloksia ei saa kaunistella tai muuttaa. Tulokset tulee kuvata tarkasti ja rehellisesti, myös kielteiset tulokset tulee raportoida. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 225.) Analysoimme tuloksemme huolellisesti muuttamatta saamiamme vastauksia. Mahdolliset kielteiset tulokset tulevat ilmi opinnäytetyömme tuloksissa. Olemme käyttäneet opinnäytetyömme tulososiossa sairaanhoitajien suoria lainauksia ja tämä lisää vastausten todenmukaisuutta.

Lincoln & Guba (1985, 187-189) määrittelevät tutkimuksen luotettavuuden totuusarvolla, sovellettavuudella, kiinteydellä ja neutraalisuudella. Nämä kriteerit on täsmennetty vuoden 1981 kriteereistä, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus.

Uskottavuus on yksi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset on ilmaistu selkeästi ja ymmärrettävästi. Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet, sekä analyysin tekotapa tulee tulla ilmi. Kategorioiden luominen kuvaa tutkimuksen uskottavuutta ja sitä, kuinka kattavasti aineisto on käsitelty. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 198.) Meidän opinnäytetyössämme tulokset on ilmaistu selkeästi. Analyysin vaiheet näkyvät opinnäytetyössämme, ja olemme tehneet analyysin induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti, johon sisältyy ala- ja yläkategoriat.

Tutkimuksen kiinteydellä eli riippuvuudella tarkoitetaan tutkimuksen toteuttamista yleisten periaatteiden mukaisesti (Haltian & Nieminen 2013). Opinnäytetyömme on toteutettu koulumme laatimien opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti, jolloin tutkimuksemme on luotettava.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 198) mainitsevat tekstissään tutkimuksen luotettavuuden kannalta siirrettävyyden olevan tärkeä osatekijä. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyden mahdollisuutta toisiin tutkimusympäristöihin. Tämän varmistamiseksi osallistujien taustat ja niiden selvittäminen sekä analyysin että aineistonkeruun selkeä kuvaus tulee olla osana tutkimusta. Opinnäytetyömme olisi mahdollista siirtää toisillekin teho-osastoille tai jopa muillekin osastoille. Analyysin eri vaiheet sekä aineiston keruu tulevat ilmi raportissamme, joka myös on tutkimuksen luotettavuuden kriteereiden mukaista.

Vahvistettavuus tutkimuksen luotettavuuden kohdalla tarkoittaa, että saadut tulokset saavat vahvistusta ja tukea toisten tulosten kautta tai triangulaatiosta (Willberg 2009; Guba & Lincoln 1985). Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme laajalti erilaisia tutkimuksia, jotka vahvistavat tutkimustuloksiamme.

Hirsijärvi, Remes & Sajavaara (2001, 214-215) toteavat, että tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuutta lisää tutkimuksen toteuttamisen huolellinen selostus, mikä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Tutkimuksen luotettavuutta ja validiutta lisää tutkijatriangulaatio. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuu useampi tutkija ja tuolloin tulosten analysointi, tulkinta ja kerääminen ovat laadukkaampaa.

7.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Aihe opinnäytetyöhömme syntyi melko helposti, sillä olimme kaikki kiinnostuneita erityisesti kivun hoidosta ja sen prosessin eri osa-alueista. Alussa pohdimme pitkään, minne kohdentaisimme työmme. Päädyimme tehohoidettavan potilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin sen mielenkiintoisuuden ja haasteellisuuden vuoksi. Kenelläkään meistä ei ole aiempaa kokemusta tehohoidettavan potilaan hoidosta, mutta kaikki olemme kiinnostuneita tehohoidosta.

Aloitimme opinnäytetyömme prosessin aiheanalyysillä ja opinnäytetyön suunnitelmalla, joiden pohjalta kysyimme kyseiseltä teho-osastolta heidän mielenkiinnostaan osallistua opinnäytetyöhömme. Yhteistyömme alkoi osastonhoitajan tapaamisen jälkeen, jossa selvitimme aiheemme tarkemmin ja osastonhoitaja pääsi kysymään meiltä opinnäytetyöhömme liittyviä asioita. Sen jälkeen haimme tutkimuslupaa opinnäytetyömme suunnitelman pohjalta, mikä myönnettiin kohtalaisen nopeasti. Tutkimusluvan saimme joulukuussa 2016.

Opinnäytetyön suunnitelman loppuvaiheessa saimme ensimmäisen ohjauskertamme ohjaavan opettajan kanssa. Teoriatiedon kerääminen on alkanut opinnäytetyön suunnitelman pohjalta, jonka jälkeen tietoa on kerätty opinnäytetyön prosessin aikana jatkuvasti. Loimme itsellemme suunnitelmassa aikataulun, joka on pitänyt hyvin.

Prosessi lähti käyntiin, kun veimme saatekirjeet ja avoimet kysymykset teho-osastolle. Vastausaikaa osaston henkilökunnalla oli yksi kuukausi. Saatekirjeestä selvisi, että opinnäytetyöhömme osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja suostumus osallistua oli vastata kysymyksiin. Osastolla on noin 30 hoitajaa, joista yksitoista vastasi kysymyksiimme. Vastausten analysoinnin aloitimme saatuaamme kysymykset analysoitaviksi. Pohdinnan yhteydessä saimme ohjaavalta opettajalta sähköpostitse ohjausta, jonka pohjalta pystyimme jatkamaan Pohdinta osuutta.

Olemme olleet yhteydessä tutkimukseen osallistuneen osaston osastonhoitajaan sähköpostitse aina tarvittaessa. Saimme mielestämme tarpeeksi ohjausta ja neuvoja kyseiseltä teho-osastolta ja opinnäytetyömme on otettu siellä hyvin vastaan. Mielestämme oli positiivista huomata, että meidät otettiin hyvin vastaan,

vaikka meillä ei ole tehohoidosta aiempaa kokemusta. Tämä lisäsi meidän motivaatiota etsiä tietoa ja tutkia aihetta, jotta opinnäytetyömme olisi mahdollisimman laadukas ja hyödynnettävä.

Yhteistyö opinnäytetyössämme on ollut mieluisaa ja erityisesti kaikkien kiinnostus aiheeseen on helpottanut tekemistä. Kokonaisuudessaan prosessi on ollut mielenkiintoinen ja tehtävien jako on onnistunut tekijöiden kesken hyvin. Olemme saaneet hyvin sovittua tapaamisia opinnäytetyön tekemiseen liittyen ja toisinaan olemme kirjoittaneet opinnäytetyötä itsenäisesti.

Opinnäytetyömme prosessi on edennyt vauhdikkaasti, mutta olemme silti edenneet aikataulun mukaisesti. Mielenkiinto opinnäytetyömme aihetta kohtaan on mahdollistanut tiukassa aikataulussa pysymisen. Opinnäytetyömme on valmis kokonaisuudessaan toukokuussa 2017.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tulosten kautta ilmeni useita kiinnostavia jatkotutkimusaiheita liittyen kivun tunnistamiseen ja arviointiin teho-osastolla. Sairaanhoidajien työ teho-osastolla on vaativaa kriittisesti sairaiden potilaiden hoitoa, minkä takia jatkuva kehittyminen ja oman ammattitaidon ajan tasalla pitäminen on erityisen tärkeää.

Mielestämme mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi moniammatillisen yhteistyön vaikutus kivun tunnistamiseen ja arviointiin. Jollekin teho-osastolle voitaisiin tehdä kysely tai haastattelu eri ammattiryhmien vuorovaikutuksen toteutumisesta ja sen vaikutuksesta potilaan kivun hoitoon ja työntekemiseen.

Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisi CPOT-mittarin käyttöönotto jollakin teho-osastolla ja sen toimivuuden ja hyödyn arviointi. Olisi hyvä selvittää sairaanhoidajien mielipiteitä mittarin käytön haastavuudesta ja kokemuksia mittarin käytön hyödystä.

Laajempaan jatkotutkimusaiheena olisi selvittää useamman teho-osaston toimintatapoja ja kuinka niitä on kehitetty liittyen kivunhoitoon. Näitä tuloksia voitaisiin vertailla keskenään ja niiden tuloksia voitaisiin hyödyntää kattavasti eri teho-osastojen kehittämisessä tulevaisuudessa.

Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää tulevissa opinnäytetöissä vertailun kohteena sekä tietopohjana tehohoidettavan potilaan kivun arvioinnissa. Kokoamaamme kansiota voidaan hyödyntää yleisen tietoisuuden lisäämiseen tehohoidettavan potilaan kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa sekä sen erilaisissa menetelmissä. Kansion kokoamme kyseiselle teho-osastolle heidän perehdytystään ja esimerkiksi uusia opiskelijoita varten. Kansion avulla voidaan perehtyä osaston käytäntöihin ja keinoihin tunnistaa potilaan kipua ja arvioida sen voimakkuutta.

Kuvat

Kuva 1. Kivun tunnistaminen ja arviointi tehohoidossa, s.7

Kuva 2. VAS- ja NRS-kipumittarit, s.12

Kuva 3. Esimerkki aiheen pelkistämisestä ja ryhmittelystä, s.21

Kuva 4. Kivun tunnistamisen ja arvioinnin käsitteet tulosten perusteella, s.24

Taulukot

Taulukko 1. Kivun tunnistaminen ulkoisista merkeistä, s.11

Taulukko 2. CPOT-mittari, s.13

Taulukko 3. SAS-mittari, s.14

Taulukko 4. RASS-mittari, s.15

Taulukko 5. Opinnäytetyön eteneminen, s.19

Lähteet

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/> Luettu 31.3.2017

Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Björn, A. 2016. Tehohoitajien kivun arvioinnin osaaminen – Tehohoitopotilaille kehitetyn kivunarviontimittarin käytön oppiminen video-opastuksen avulla. <http://www.doria.fi/handle/10024/122974?show=full> Luettu 6.12.2016

Guba, E. & Lincoln, Y. 1985. Naturalistic inquiry. https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=2oA9aWINEooC&oi=fnd&pg=PA7&q=lincoln+guba+1985+naturalistic+inquiry&ots=0ssuR9Tdvm&sig=fkFDLa09AdmDOfxlQKy5ZrUdVsM&redir_esc=y#v=onepage&q=lincoln%20guba%201985%20naturalistic%20inquiry&f=false Luettu 2.4.2017

Haltia, N. & Nieminen, M. 2013. Luotettavuus. Diat. users.utu.fi/rakahu/luotettavuus.ppt?viewType=Print&viewClass=Print Luettu 2.4.2017

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

HUS. 2016. Kivunhoito HUS:ssa. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivunhoito/Documents/Kivunhoito%20HUS-sairaaloissa%202016.pdf> Luettu 17.11.2016

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.-7.painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

International association for the study of pain. 2012. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> Luettu 1.12.2016

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karlsson, S. 2009. Sedaation ja kivunhoidon tavoitteet. Tehohoito 27(2), 81.

Kiljunen, K. 2013. Tehohoitopotilaan kivun arviointi. Kipuviesti. No2, 28-29. <http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%202-2013.pdf> Luettu 19.3.2017

Käypä hoito suositus. 2015. Kipu. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103> Luettu 21.3.2017

Lillbacka, A. & Romppainen, V. 2012. Tehohoitopotilaan kivun hoitotyö sairaanhoitajan kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Peltonen, P & Ritmala-Castren, M. 2004. Tehohoito 22(1), 47.

Peltonen, P & Suominen, T. 2008. Sairaanhoitaja tehohoitopotilaan edustajana. Tutkiva Hoitotyö. 6 (2), 12-13.

Pudas-Tähkä, S-M & Kangasmäki, E. 2010a. Sedaation syvyyden arviointi. http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00250&p_haku=RASS Luettu 6.12.2016

Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2010b. Kivun hoito ja sedaatio. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgren-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castren, M (toim.). 2010 Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 408-412.

Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2016a. Kivunhoidon menetelmät. Teho- ja valvontahoitotyön opas. http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=tvh00185 Luettu 1.4.2017

Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2016b. Kivun arviointi. Teho- ja valvontahoitotyön opas. <http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/aho/koti> Luettu 1.4.2017

Pudas-Tähkä, S-M & Salanterä, S. 2007. Miten tehohoitopotilaan kipua voidaan arvioida? Tehohoito 25(1), 18-21.

Pyykkö, A. 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen väitöskirja: Oulu university press.

Pätäri, J. 2014. Sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitoksen Pro gradu-tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140446/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf Luettu 19.3.2017

Sailo, E & Varti A-M (toim.). 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Salanterä, S. 2009. Tehohoitopotilaan akuutin kivun arviointi ja mittaaminen. Tehohoito 27(2), 88-89.

Salanterä, S. 2012. Asenteet kivun hoidossa. Kipuviesti. No1, 43. [http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%201-2012\(1\).pdf](http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%201-2012(1).pdf) Luettu 23.11.2016

Severgnini, P., Pelosi, P., Contino, E., Serafinelli, E., Novario, R. & Chiaranda, M. 2016. Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. Journal of Intensive Care. <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-016-0192-x> Luettu 19.3.2017

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 2009.Potilasasiakirjojen laatiminen 6§. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298> Luettu 31.3.2017

Suomen Kivuntutkimusyhdistys Ry. 2016. Miten kipu syntyy. <http://skty.org/system/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on.%20Perustietoa%20kivusta%20kaikille.pdf> Luettu 9.12.2016

Suomen Tehohoitoyhdistys. 1997. Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. <http://www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf> Luettu 28.11.2016

Terveysportti. 2008. Krooninen kipu-Yleistä. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00018 Luettu 6.12.2016

Terveysportti. 2015. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00805&p_haku=critical%20care%20observation%20tool Luettu 6.12.2016

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-2.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012a. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto> Luettu 28.11.2016

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012b. Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet> Luettu 1.4.2017

Vaajoki, A & Haatainen, V. 2014. Kivunhoito näkyviin ammattikorkeakouluihin uudistuvassa opetussuunnitelmassa. Tutkiva Hoitotyö 12(3), 45-47.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Diat. <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen> Luettu 2.4.2017

Sosiaali- ja terveysala

Hyvä teho-osaston sairaanhoitaja!

Olemme kolme sairaanhoidon opiskelijaa Saimaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme aiheesta: ”Tehohoitopotilaan kivun tunnistaminen ja arviointi sairaanhoitajan näkökulmasta.”

Tarkoituksenamme on saada selville, millä menetelmillä teho-osastolla tunnistatte ja arvioitte potilaan kipua. Keräämme tiedon avoimin kysymyksin, jotka toimitetaan yksikköönne 2. tammikuuta 2017. Vastausaikaa on 3-4 viikkoa ja vastaamiseen kuuluu aikaa noin 15- 20 minuuttia. Osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivottavaa työmmen onnistumisen kannalta. Opinnäytetyöhön osallistuminen saa keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Avoimista kysymyksistä saatujen vastausten perusteella kokoamme osastollenne kansion, joka sisältää yhteenvedon kivun tunnistamisesta, arvioinnista ja kipumittareista. Kansiota voitte käyttää työssänne esimerkiksi opiskelijoiden perehdytyksessä.

Valitsimme juuri teidän osastonne ajankohtaisimman tiedon ja aiheeseen sopivuuden kannalta. Olemme erittäin kiinnostuneita tehohoidosta ja tehohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien työnkuvasta sekä yleisesti kivunhoidon onnistumisesta kriittisesti sairaan potilaan kohdalla. Toivoisimme osallistumistanne opinnäytetyöhömmen. Osallistumalla teillä on mahdollisuus jakaa tietotaitoanne ja saada toiveenne kivunhoidon kehittämisestä muidenkin tietoon.

Opinnäytetyö toteutetaan anonymisti ja kenenkään henkilötietoja ei tule ilmi. Aineisto analysoidaan ja hävitetään tulosten valmistuttua asianmukaisesti ja luottamuksella.

Kysymykset palautetaan osastonhoitajalle 27.1.2017

Voitte ottaa yhteyttä, mikäli teillä ilmenee kysyttävää opinnäytetyöstämme.

Ystävällisin terveisin!

Sanna-Kaisa Rajala

sanna-kaisa.rajala@student.saimia.fi

Anu Tarvainen

anu.tarvainen@student.saimia.fi

Katri Taipale

katri.taipale@student.saimia.fi

Hyvä teho-osaston sairaanhoitaja!

Keräämme tietoa opinnäytetyöhömme: tehohoitopotilaan kivun tunnistaminen ja arviointi. Vastaa ystävällisesti kaikkiin kysymyksiin omin sanoin ja omaa kokemusta hyväksi käyttäen. Tarvittaessa voit jatkaa vastausta paperin kääntöpuolelle. Vastaamiseen kuluu noin 15-20 minuuttia.

1. Kuinka tunnistat ja arvioit potilaan kipua ja minkälaisia keinoja käytät?

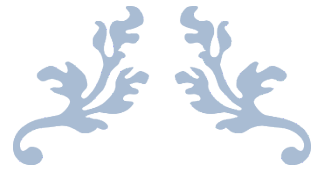
2. Kuinka arvioit ja tunnistat kommunikointiin kykenemättömän potilaan kipua?

5. Millä tavoin olet kehittänyt kivun tunnistamista ja arviointi teho-osastollanne?

6. Millä tavoin toivoisit kivun tunnistamista ja arviointia kehitettävän osastollanne tulevaisuudessa?

Kiitos osallistumisestanne!





TEHOHOIDETTAVAN POTILAAN KIVUN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI

Opinnäytetyön pohjalta



Hyvä teho-osaston sairaanhoitaja!

Tämä kansio on koottu teho-osastollenne opinnäytetyömme pohjalta. Teimme opinnäytetyön tehohoidettavan potilaan kivun tunnistamisesta ja arvioinnista, johon keräsimme tietoa avoimin kysymyksin osastonne sairaanhoitajilta.

Opinnäytetyömme pohjalta koottuun kansioon on yhdistetty tutkittua tietoa ja osastonne toimintamalleja. Kansiossa on esiteltynä opinnäytetyössämme ilmenneet kipumittarit ja erilaiset kivun tunnistamisen menetelmät.

[Opinnäytetyömme tulee kokonaisuutena kansion liitteeksi.](#)

Tätä kansiota voidaan käyttää jokapäiväisen työn apuvälineenä ja opiskelijoiden/sijaisten perehdytykseen. Toivomme, että kokoamastamme ansiosta on teille hyötyä tulevaisuudessa.

Kiittäen

Sanna-Kaisa Rajala, Katri Taipale ja Anu Tarvainen

Sisällys	
Yleistä kivun tunnistamisesta ja arvioinnista	3
Kivun fysiologiset muutokset	4
Kivun tunnistaminen ulkoisista merkeistä	5
Erialaisten kipumittareiden kuvat ja käyttöohjeet	6
VAS, VRS ja NRS	6
CPOT	8
BPS	9
Kivun kirjaaminen	10
Lähteet	11

Yleistä kivun tunnistamisesta ja arvioinnista

Kivunhoito on erityisen tärkeä ja oleellinen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa.

Kivun hoidossa korostuu kivun tunnistaminen ja arviointi, sillä hyvällä tunnistamisella ja arvioinnilla taataan toimiva kivunhoidon kokonaisvaltainen prosessi.

Kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa ensisijaista on potilaan oma kertomus kivusta. Potilaan oman arvioin tukena voidaan käyttää erilaisia hyviksi koettuja mittareita, kuten NRS, VRS ja VAS (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007)

Usein tehohoidossa oleva potilas ei itse pysty kertomaan kivusta, jolloin potilaan omaisten ja läheisten tiedoista ja avusta saattaa olla hyötyä potilaan kipua arvioitaessa. Tehohoidettavan potilaan kohdalla kivun kokemusta saattaa lisätä fyysisten traumojen ja toimenpiteiden lisäksi hoitoympäristö itsessään, meteli, yksityisyyden puute, kommunikoinnin vähäisyys, yksinäisyys, suru ja pelot. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007.)

Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun tai kivun alkuperän mukaan.

Alla olevassa taulukossa on esitetty erilaiset kivun muodot sen alkuperän mukaan.

Nosiseptiivinen kipu	Kudosvauriokipua, jossa vaurio on joko tapahtunut tai vaurion uhka on olemassa.
Neuropaattinen kipu	Hermovaurio kipua, joka johtuu hermojen järjestelmän vauriosta tai sairauteen liittyvää kipua.
Viskeraalinen kipu	Aiheuttaa heijastekipuja ja se on vaikeasti paikannettavaa sisäelinperäistä kipua.
Idiopaattinen kipu	Kivun taustalta ei ole löydetty selittävää syytä.

Kivun fysiologiset muutokset

Kivun vaikutus sympaattiseen hermostoon:

- Verenpaineen nousu
- Sykkeen nousu
- Hengitysfrekvenssin nousu
- Hengityksen pinnallisuus
- Happisaturaation lasku

Kivun vaikutus parasympaattiseen hermostoon:

- Verenpaineen ja sykkeen lasku
- Suolen toiminnan lamaantuminen
- Mahanesteen pH:n lasku

Fysiologisten muutosten kautta kivun tunnistamisessa tulisi huomioida potilaan vointiin vaikuttavat psyykkiset tekijät, jotka voivat vaikuttaa fysiologisiin muutoksiin.

Kivun tunnistaminen ulkoisista merkeistä

Erityisesti kommunikointiin kykenemättömien potilaiden kohdalla kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa voidaan käyttää hyödyksi kivun ulkoisia merkkejä (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007). Alla taulukossa on eriteltyinä monialaiset kivun ulkoiset merkit.

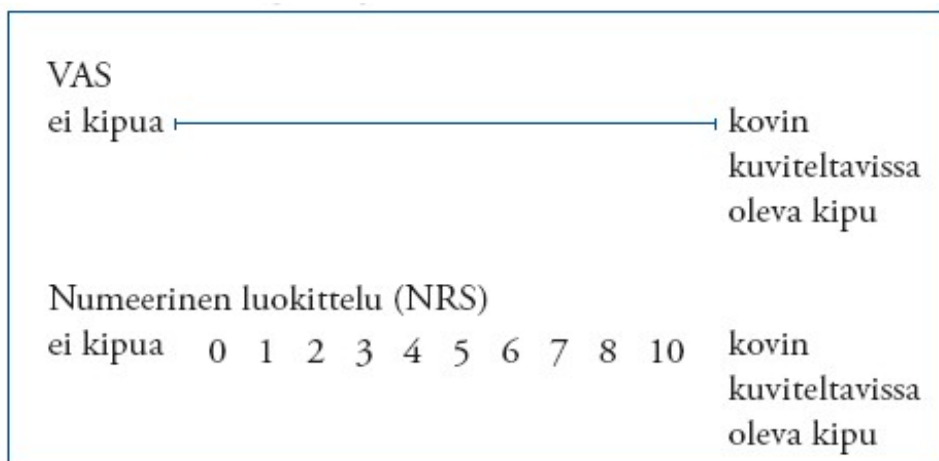
ILMEET JA ELEET	<ul style="list-style-type: none">➤ Kulmien kurtistaminen ja nostaminen➤ Otsan rypistäminen➤ Irvistäminen➤ Jännittyneisyys silmien ja suun alueella➤ Pelokkaat ja surulliset eleet
LIIKKEET	<ul style="list-style-type: none">➤ Levoton liikehdintä ja elehdintä➤ Hermostunut liikehdintä➤ Hitaat ja varovaiset liikkeet➤ Täysi liikkumattomuus
ÄÄNTELY	<ul style="list-style-type: none">➤ Voihkeminen➤ Äänekäs hengittäminen➤ Itkeminen➤ Vaikerointi
MUUT MUUTOKSET	<ul style="list-style-type: none">➤ Hikoilu➤ Kehon lämpötilan muuttuminen➤ Kalpeus➤ Lisääntynyt lihasjännitys➤ Kyynelehtiminen

Erilaisten kipumittareiden kuvat ja käyttöohjeet

Kivun tunnistamiseen on monia erilaisia mittareita ja menetelmiä. Erilaisten kipumittareiden tarkoituksena on arvioida potilaan kivun voimakkuutta, mahdollisen kipulääkityksen tarvetta, sekä lääkkeiden vaikutuksia. Potilaan ollessa kykenevä itse arvioimaan omaa kipuaan ja kivun voimakkuutta tulee tuolloin käyttää hyödyksi kipumittareita. Potilaan ollessa kykenemätön kommunikoimaan syystä tai toisesta, tulee hoitajan käyttää kipumittaria arvioinnin tukena. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.)

VAS, VRS ja NRS

VAS-asteikon (Visual analogue scale) tarkoituksena on kuvantaa kipua 10 cm mittaisen janavan avulla. Janavan toinen pää kuvaa täyttä kivuttomuutta ja toinen pääty pahinta mahdollista kipua. VAS-asteikko on yleisimmin käytössä oleva kipumittari, joka on useissa tutkimuksissa todettu luotettavaksi keinoksi tarkentaa kivun tuntemusta.

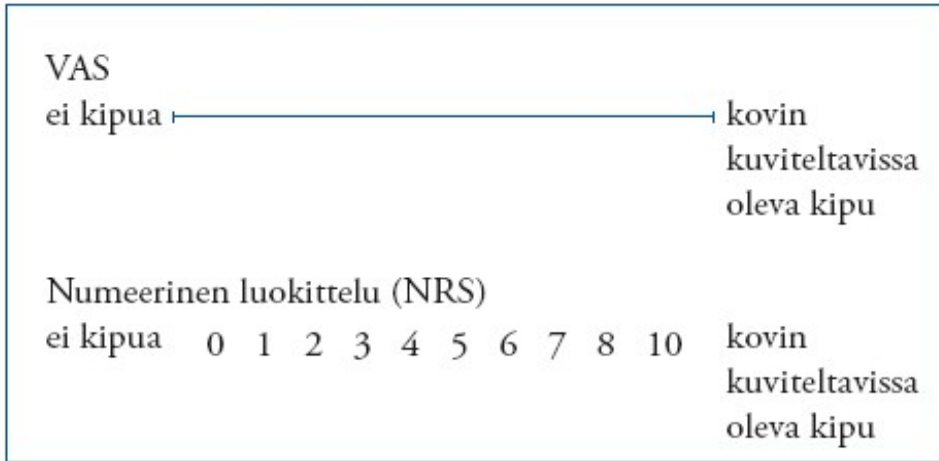


NRS-kipumittari (Numeric rating scale) on keino arvioida kipua numeraalisesti välillä 0-10. NRS-asteikko on yleisesti käytössä kriittisesti sairaiden potilaiden

kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa. NRS on nopea ja helppo keino tarkentaa kivun tuntemusta.

VRS- asteikko (Verbal rating scale) on mittari, jonka avulla kipua arvioidaan välillä 0-4. 0 tarkoittaa, että potilaalla ei ole lainkaan kipua. 4 tarkoittaa, että potilas kärsii sietämättömän voimakkaasta kivusta.

VRS (Verbal rating scale)	
0	Ei kipua
1	Lievä kipu
2	Kohtalainen kipu
3	Kova kipu
4	Sietämätön kipu



CPOT

CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool) on mittari, jonka avulla havainnoidaan ja pisteytetään kasvojen ilmeitä, kehon liikehdintää, lihasten jännitystä yläraajoissa, sopeutumista hengityskoneeseen tai äänen käyttöä. Jokainen kohta arvioidaan välillä 0-2. Mitä vähemmän potilas saa pisteitä, sitä kivuttomampi potilas on. Potilaan saadessa useammasta kohdasta pisteitä, tulee tilanteeseen puuttua ja mahdollisesti hoitaa kipua lääkkein.

**MINIMISPISTEM
ÄÄRÄ:**

0

**MAKSIMIPISTE
MÄÄRÄ**

8

Kasvojen ilme	rauhallinen, kasvolihakset rentona	0
	jännittynyt, "kulmat kurtussa", otsalihakset supistuneena	1
	kaikki kasvojen yläosien lihakset supistuneena, silmät tiukasti suljettuna	2
Vartalon liikkeet	rauhallinen, tarkoituksenmukainen liike	0
	hidas, jatkuva liike, huomion haku, kipeän alueen hierominen/koskettelu	1
	motorinen hyperaktiiviteetti, ei noudata kehoituksia, pyrkii poistamaan valvontalaitteita	2
Yläraajojen lihasjännitys passiivisessa fleksiossa ja ekstensiiossa	ei vastusta passiivista liikettä	0
	vastustaa liikettä jnk:n verran	1
	vastustaa voimakkaasti, rikiditeetti	2
*Sopeutuminen hengityskoneeseen (intuboitu potilas)	helppo ventilaatio, ei häilytyksiä hengityskoneesta	0
	häilytyksiä hengityskoneesta, mutta hoituvat spontaanisti	1
	epäsynchronia, jatkuvia häilytyksiä hengityskoneesta	2
*Puhe (intuboitamaton potilas)	normaali puhe, normaali ääni	0

CPOT-mittarin käyttöä kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on tutkittu ja se on koettu hyväksi keinoksi potilaiden kivun arvioinnissa. Tutkimuksissa on myös todettu, että CPOT:n ja BPS-mittarin yhteisellä käytöllä on todetusti ollut hyötyä kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa.

BPS

BPS-mittari (Behavioral Pain Scale) on käyttäytymiskipumittari. Mittarilla on tarkoitus arvioida kasvojen ilmeitä, yläraajojen liikkeitä sekä hengityskoneeseen sopeutumista. Jokainen pääkohta arvioidaan välillä 1-4. Mitä vähemmän pisteitä potilas saa, sitä kivuttomampi potilas on. Potilaan saadessa useita pisteitä pääkohdista, voidaan päätellä potilaan kokevan kipua.

Käyttäytymiskipumittari, BPS (Behavioral Pain Scale)		
Pääkohta	Selitys	Pisteytys
Kasvojen ilmeet	- Rentoutuneet kasvot	1
	- Osittain jännittyneet kasvot (esim. kurtistaa kulmiaan)	2
	- Jännittyneet kasvot	3
	- Irvistäminen	4
Yläraajojen liikkeet	- Liikkumattomat yläraajat	1
	- Osin taivutetut yläraajat	2
	- Kokonaan taivutetut yläraajat ja koukistetut sormet	3
	- Pysyvästi koukistetut yläraajat ja sormet	4
Hengityskoneeseen sopeutuminen	- Hyvä sopeutuminen hengityskoneeseen	1
	- Yskii, mutta sietää hengityskonetta suurimman osan ajasta	2
	- Vaikeudet sietää hengityskonetta	3
	- Kykenemätön sietää hengityskonetta	4

**MINIMISPISTEM
ÄÄRÄ:**

3

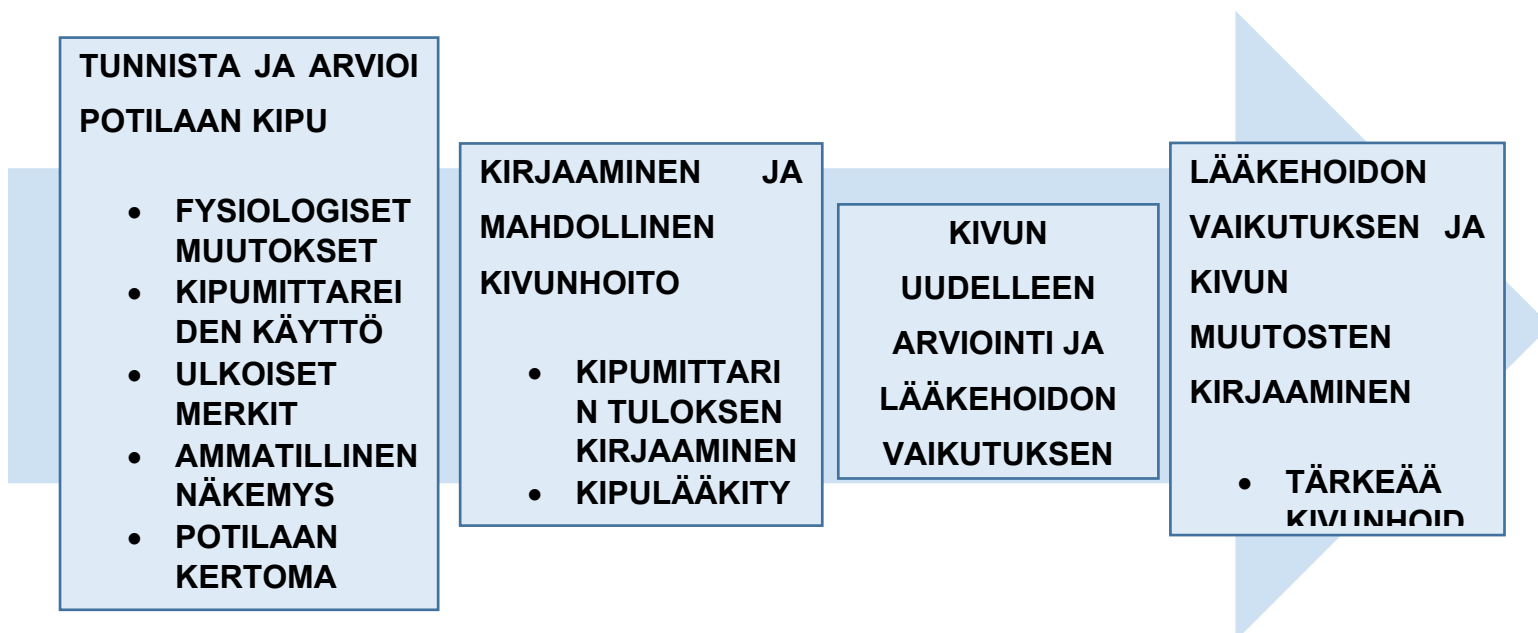
**MAKSIMIPISTE
MÄÄRÄ**

12

Kivun kirjaaminen

Laadukkaalle ja yksilölliselle kivun hoidolle kirjaaminen on välttämätön edellytys. Hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeää on, että kivun hoito on tarkasti kirjattu potilastietoihin. Kivun hoito, kipulääkkeen anto ja sen vaikuttavuus tulee kirjata selkeästi hoidon jatkuvuuden kannalta esimerkiksi työvuoron vaihtuessa tai potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen. Kirjaukset tapahtuessa onnistuneesti, voidaan valvoa potilaan kivunhoidon laatua ja tehoa. Tarvittaessa pystytään puuttumaan kivunhoidon epäkohtiin. (Sailo 2000.)

Kivun säännöllisen arvioinnin kuuluisi olla osa osaston hoitokulttuuria samalla tavalla kuin fysiologisten suureiden mittaaminen. Kivun arvioinnin tulee olla jatkuvaa ja havainnot on kirjattava vähintään kahden tunnin välein. Kipua havaitessa se tulee hoitaa välittömästi ja hoidon jälkeen kivun voimakkuus tulisi arvioida uudelleen, minkä lisäksi huomatuut muutokset pitää kirjata potilasasiakirjoihin. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2016.)



Lähteet

Pudas-Tähkä, S-M & Salanterä, S. 2007. Miten tehohoitopotilaan kipua voidaan arvioida? Tehohoito 25(1), 18-21.

Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2010. Kivun hoito ja sedaatio. Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgren-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T.& Ritmala-Castren, M (toim.). Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 408-412.

Pudas- Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2016. Kivun arviointi. Teho- ja valvontahoitotyön opas. <http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/aho/koti> Luettu 1.4.2017

Sailo, E & Vartti A-M (toim.). 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

