



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Kivunhoidon arviointi

Laiho, Saara
Markkanen, Miila

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Kivunhoidon arviointi

Laiho Saara
Markkanen Miila
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2018

Laiho, Saara
Markkanen, Miila

Kivunhoidon arviointi

Vuosi 2018 Sivumäärä 42

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kivun kirjaamista, kivun arviointia sekä potilaslähtöisyyttä ja ammattiosaamista kivunhoidossa ihotautien vuodeosastolla. Opinnäytetyön taustalla oli potilaslähtöinen kivunhoito. Tavoitteena oli arvioida kivunhoidon toimivuutta ja sen toteutusta vuodeosastolla. Opinnäytetyön tulosten avulla tilaajan on mahdollista kehittää osaston kivunhoitoa.

Tietoperusta kerättiin tutkimuskirjallisuuden ja näyttöön perustuvien lähteiden avulla. Teemat valikoituivat tilaajan antaman aiheen pohjalta, joihin myös teoria pohjautui. Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista tutkimusta. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastatteluun osallistui neljä osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Aineiston analysointi toteutettiin teema-analysimenetelmää käyttäen.

Opinnäytetyön tuloksien perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että osaston kivunhoito toimii pääsääntöisesti hyvin. Kipu huomioidaan aina yksilöllisesti ja lääkehoitoa toteutetaan potilaskohtaisesti. Kirjaamisen tärkeys korostui myös haastattelussa ja sitä hyödynnetään säännöllisesti jokapäiväisessä hoitotyössä. Kirjaamiseen liittyen tuli esille myös parannettavaa. Kirjaamisesta puuttuu yhteneväinen kaava, jonka mukaan kirjaus toteutettaisiin. Haastattelussa korostui myös sanallisen kivunarvioinnin tärkeys, jonka takia kipumittareiden käyttö jää ajoittain vähäiseksi.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta kipumittareiden käyttöä voitaisiin tehostaa potilastyytyväisyyskyselyiden avulla. Kipumittareiden käyttöä tulisi tehostaa ja niiden käyttö tulisi ottaa vielä enemmän osaksi kokonaisvaltaista kivunhoitoa. Kehittämisehdotuksena ilmeni myös kipuluennon järjestäminen, jonka avulla voitaisiin innostaa osaston henkilökuntaa uudella tavalla. Opinnäytetyön pohjalta jatkotutkimuksena voisi jatkossa arvioida potilastyytyväisyyttä kivunhoidossa potilastyytyväisyyskyselyiden avulla.

Asiasanat: kivunhoito, dokumentaatio, kivun mittaaminen, potilaskeskeinen hoito, ammattitaito

Laiho, Saara
Markkanen, Miila

Evaluation of pain treatment

Year	2018	Pages	42
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to evaluate the pain recording, pain assessment, patient orientation and professional skills in pain management in the dermatology ward. The thesis approached the subject from the perspective of patient oriented pain management. The aim was to evaluate the effectiveness of pain management and its implementation in the ward. The results of the thesis enable the commissioner to develop pain management in the department.

The theoretical basis of the thesis was collected through research literature and evidence-based sources. The themes were selected based on the topic provided by the commissioner and the theoretical section was also based on it. Qualitative research was used as the research method. The material was collected in a theme interview. The interview was attended by four nurses working in the department. The analysis of the material was carried out using the thematic analysis method.

According to the results of this thesis we can draw a conclusion that pain treatment in the ward works relatively well. Pain is always taken individually into account and pain medication is planned in a patient-oriented way. The importance of documentation was highlighted in the interview and it is used regularly in everyday nursing. But there was also some room for improvement regarding documentation. Documentation lacks a consistent pattern according to which documentation is carried out. Verbal pain assessment was also highlighted in the interview which is why the pain subscales are not used so often.

The results of this thesis could be used to intensify the use of pain subscales by the help of patient satisfaction survey. The use of pain subscales should be intensified and the usage of them should be a part of the comprehensive pain treatment. As a development proposal a lecture in pain management was raised. Such lectures could inspire staff members in a new kind of way. As a new development idea, we propose research to improve the communication between nurses and patients with verbal disabilities.

Keywords: analgesia, documentation, pain measurement, patient-centered care, professional competence

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kivunhoidon arviointi	7
2.1	Kipu.....	7
2.2	Haavakipu ja sen hoito.....	8
2.3	Kivunhoito	9
2.4	Kivun lääkehoito	9
2.5	Lääkkeetön kivunhoito	12
2.6	Kivunhoidon kirjaaminen	12
2.7	Kivun arviointi	14
2.8	Potilaslähtöisyys kivunhoidossa.....	15
2.9	Ammattiosaaminen kivunhoidossa	17
3	Tutkimusmenetelmät	17
3.1	Tutkimusongelmat	18
3.2	Laadullinen tutkimus	18
3.3	Haastattelu.....	18
3.4	Teema-analyysi.....	20
4	Tutkimuksen tulokset	21
4.1	Kivunhoidon kirjaaminen	22
4.2	Kivun arviointi	23
4.3	Potilaslähtöisyys kivunhoidossa.....	24
4.4	Ammattiosaaminen kivunhoidossa	25
5	Pohdinta.....	27
5.1	Tulosten tarkastelu	27
5.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	29
5.3	Johtopäätökset	32
5.4	Tulosten hyödyntäminen	33
	Lähteet	34
	Liitteet.....	36

1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli arvioida ihotautien vuodeosaston kivunhoitoa. Ihotautien vuodeosastolla potilaat ovat pääsääntöisesti ikääntyneitä, minkä takia potilaslähtöistä hoitoa on tarkasteltu ikääntyneiden hoitotyön näkökulmasta. Haavanhoito on vahvasti osa vuodeosaston toimintaa, minkä vuoksi tässä opinnäytetyössä on teoriaosuudessa keskitytty myös sen pohdintaan. Arviointi tässä opinnäytetyössä tarkoittaa kivunhoidon nykytilan kartoitusta ja nykytilan arviointia kerätyn teorian pohjalta. Tilaa antaman aiheen pohjalta valikoitiin teemat, joiden pohjalta kivunhoitoa on lähdetty vuodeosastolla arvioimaan.

Kipu on yksilöllinen kokemus, jota jokainen kokee ja aistii omalla tavallaan. Kivun yksilölliset kokemukset luovat haasteita kivunhoidolle ja näin ollen hoitohenkilökunnan tulee löytää jokaiselle potilaalle toimivat kivunhallintakeinot. Kivunhoidossa keskeisiä asioita ovat potilaan kuunteleminen, empaattinen kohtaaminen, potilasohjaus ja vuorovaikutuksellinen hoidonsuunnittelu. (Miranda 2016, 8.)

Terveystieteiden ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on muun muassa kärsimyksen lievittäminen, mikä korostuu myös sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15 §). Haavan hoidossa tehokas kivunhoito on välttämätöntä ja se tulee muistaa aina huomioida (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 230).

Kivunhoidosta löytyy paljon tutkittua tietoa. Kivunhoidosta on myös tehty aikaisempia opinnäytetöitä, joissa kivunhoitoa on tutkittu eri näkökulmista. Kipumittareita ja niihin liittyvää kirjallisuutta on myös jonkin aikaa hyödynnetty hoitotyössä, mutta niiden hyödyntäminen on edelleen liian vähäistä. Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään näyttöön perustuvaa tietoa, monipuolista kirjallisuutta ja myös eri tietokantoja.

Työn tarkoituksena oli kartoittaa kivunhoidon vuodeosaston käytäntöjä kivun arvioinnissa ja kirjallisissa ja kivunhoidon potilaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön taustalla on potilaslähtöinen kivunhoito. Tavoitteena oli arvioida kivunhoidon toimivuutta ja toteutusta vuodeosastolla. Opinnäytetyön pohjalta pidetään osastotunti vuodeosaston henkilökunnalle. Opinnäytetyön tulosten pohjalta annetaan kehitysideoita kivunhoidon arviointiin, joiden pohjalta osaston on mahdollista kehittää kivunhoitoa.

2 Kivunhoidon arviointi

Etenkin haavakivun arviointi ja haavakivun lääkehoito kuuluvat tärkeänä osana ihotautipotilaan kivunarviointiin. Tästä syystä kivunhoitoa on pyritty arvioimaan pääasiassa nosiseptiivisen kivun näkökulmasta. Myös sekamuotoista kivunhoitoa ja sen tärkeyttä halutaan korostaa kivunhoidossa.

Arvioinnin tarkoituksena on tuottaa havaintoja ja johtopäätöksiä arvioitavan kohteen vahvuuksista ja heikkouksista sekä antaa kehittämisideoita parannusta vaativiin alueisiin. Arvioinnin tekijän on luotava teorian pohjalta kriteeristö, jonka avulla voidaan arvioida kohdetta. (Virtanen 2007, 25-37.)

2.1 Kipu

Kipu on esimerkki mielen, ruumin ja hengen monimutkaisesta suhteesta. Kipu voi aiheuttaa elämänlaadun ja toimintakyvyn heikkenemistä. Hoitotieteen näkökulmasta kipu nähdään subjektiivisena ja kokonaisvaltaisena kokemuksena. Kipu on yksilöllistä ja kaikki potilaan kokemat kivuntuntemukset ovat totta ja ne tulee huomioida kokonaisvaltaisessa hoidossa. Potilas itse on oman kipunsa ensisijainen asiantuntija ja hoitohenkilökunta toissijainen. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 84.)

Kipu on suojamekanismi, joka varoittaa elimistöä vaarasta. Akuutti kipu varoittaa äkillisestä vammasta tai tulehduksesta, kun taas krooninen kipu on pitkittynyttä kipuratojen aktivoitumista. Akuutti kipu vaikuttaa pulssiin, verenpaineeseen, hengitystiheyteen, ruumiinlämpöön ja voidaan havaita myös muista ulkoisista merkeistä kuten hikoilusta ja ilmeistä. (Brook, Pickering & Connell, 2011, 28.)

Akuutissa kivussa hoidetaan kivun lisäksi kivun aiheuttajaa, esimerkiksi vammaa, kun taas kroonisen kivun hoidossa keskitetään kivunhoitoon (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 565-566). Kipu luokitellaan krooniseksi, kun sitä on kestänyt yli 6 kuukautta, tai kipua aiheuttava tekijä on jatkuva (Paakkari, 2013).

Pitkäkestoinen kipu on yhdistelmä potilaan omia kokemuksia, minkä takia sitä on vaikeaa määrittellä ja mitata. Se sisältää aisti- ja ympäristötason ulottuvuuden sekä psykologisen ja fysiologisen ulottuvuuden. Ei ole olemassa objektiivista mittaa määrittelemään potilaan pitkäaikaista kipua, koska kivun arviointi riippuu siitä, miten potilas kykenee ilmaisemaan itseään sekä verbalisesti että käytöksellään. Jotta voidaan ymmärtää kroonisen kivun laaja-alaista vaikutusta fyysisiin, emotionaalisiin ja sosiaalisiin elämänalueisiin, tulee käyttää elämänlaadun arviointia ja laaja-alaisia kvalitatiivisia mittareita. Kaikissa arvioinneissa tulisi myös huomioida muut tekijät kuten kognitiivinen vajaavaisuus tai kulttuuritausta. Kipua voidaan arvioida näillä alueilla:

kivun intensiteetti, fyysisen toimintakyvyn mittarit, kipukäyttäytyminen ja kivun kokemus. (Brook ym. 2011,156.)

2.2 Haavakipu ja sen hoito

Haavapotilaat ovat yleensä monisairaita potilaita. Tavallisesti kroonisten alaraajahaavojen esiintyvyys myös lisääntyy iän myötä. Laskimovajaatoiminta ja heikko verenkierto raajassa aiheuttavat suurimman osan kroonisista alaraajahaavoista. Muita sisäisiä aiheuttajia ovat vaskuliitti, siidekudossairaudet ja kasvaimet sekä diabetes. Ulkoinen kudostasitus, kuten pitkäaikainen vuodelepo voi myös aiheuttaa kroonisia haavoja. Haava luokitellaan krooniseksi kun se on ollut parantumattomana yli neljä viikkoa. Haavan hoito on aloitettava heti haavan ilmetessä. (Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito- suositus 2014.)

Haavan kliiniseen perustutkimukseen kuuluu huomioida haavan koko ja mahdolliset muutokset. Haavaa ympäröivä iho ja mahdollinen turvotus tulee aina huomioida kliinisessä tutkimuksessa. Kohoasentoa käytetään ensiapuna vaikeasti turvonneen ja erittävän raajan hoidossa. Turvotuksenesto on laskimohaavan tärkein hoitotoimenpide ja laskimohaavoista suurin osa paranee muutamassa kuukaudessa, jos hoito toteutuu oikeaoppisesti. Tukisidokset toimivat hoitona alussa ja kun pahin turvotus on saatu poistettua, voidaan siirtyä lääkinällisten hoitosukkien käyttöön. Alaraajahaava tulee pitää puhtaana ja ihon lämpötila sekä kosteus tulee olla optimaalinen. Runsaasti erittävä haava on puhdistettava säännöllisesti. Haava tulee puhdistaa keittosuolalla tai haavan puhdistukseen tarkoitetuilla tuotteilla. Mekaanista poistoa käytetään, jos haavassa on kuollutta kudosta. Haavan puhdistuksen yhteydessä aiheutuvaa kipua voidaan tarvittaessa lievittää puuduteliuksella tai voiteella. (Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito-suositus 2014.)

Haavan hoidossa tehokas kivunhoito on välttämätöntä ja se tulee muistaa aina huomioida. Kroonisia haavoja tulee hoitaa syynmukaisesti, sekä useammalla valmisteella ja menetelmällä toivotun lopputuloksen saamiseksi. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 230.) Haavojen parantuminen hidastuu potilaan kokeman kivun takia, minkä vuoksi kipu tulee huomioida haavan hoidossa (Formisto 2017, 8).

2.3 Kivunhoito

Terveydenhuoltolaissa toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin. Toiminta terveydenhuollossa tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 8 §.)

Ensimmäinen monialainen kipuklinikka käynnistettiin Washingtonin yliopistossa vuonna 1960. Nykyisin on yleisesti hyväksytty, että kivun tehokkaan helpotuksen olisi oltava kaikkien terveydenhuoltopalvelujen perustavanlaatuinen tavoite. (Brook ym. 2011, 163.)

Kaikilla sairaaloilla ei ole erillistä kipuklinikkaa, mutta usein saatavilla on konsultoitava taho, joka on erikoistunut kivunhoitoon. Myös muut terveydenhuollon ammattilaiset ovat yhtä tärkeitä mukaan lukien psykologit, sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Näitä tiimejä tulee tukea riittäväällä hallinnolla sekä ajantasaisilla tietojärjestelmillä. (Brook ym. 2011, 164.)

Kattava, yksilöllinen ja monitieteellinen lähestymistapa on välttämätön kroonisen kivun hoidossa, jotta mahdollistetaan yksilön elämänlaatu ja toimintakyky. Hyvä viestintä on välttämätöntä kivunhoitopalvelujen ja muiden terveydenhuollon ryhmien, kuten perusterveydenhuollon, palliatiivisen hoidon ja asiaankuuluvien ulkoisten resurssien välillä. Kivunhoito tulee järjestää niin, että kaikki potilasryhmät koko eliniän ajan voidaan saavuttaa kaikilla toimintakyvyn ja ymmärryksen tasoilla, mukaan lukien fyysisesti ja älyllisesti vammaiset sekä vieraskieliset. (Brook ym. 2011, 164.)

2.4 Kivun lääkehoito

Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti kipuongelman ja muiden sairauksien sekä niiden aiheuttamien mahdollisten riskitekijöiden mukaan. Kivun lääkehoito valitaan kipumekanismiin ja kivun voimakkuuden mukaan. Kipulääkkeiden porrastus on esitetty kuviossa 1. Lääkehoidon tavoitteena on, että toimintakyky palautuu ja kivun aiheuttamat haitalliset vaikutukset lievenevät. (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017.) Kivunhoito toimii parhaiten, kun toimintakyky parantuu ja olotila kohenee (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiitanen 2015, 57). Kivunhoidossa lääkehoitojen tehosta on eniten näyttöä. Kroonisen kivun hoidossa myös psykologisten hoitomuotojen tiedetään toimivan. (Kalso ym. 2009, 175.)



Kuvio 1: Kipulääkkeiden porrastus (mukaihen Saano & Taam-Ukkonen 2015, 575).

Tulehduskipulääkkeet ovat Suomessa yleisimmin käytettyjä kipulääkkeitä. Kipu yhdessä kuumotuksen, punoituksen, turvotuksen ja toimintakyvyn heikkenemisen kanssa ovat tulehdusreaktion oireita. Tulehduskipulääkkeet, kuten ibuprofeeni, naprokseeni tai asetyylisalisyylihappo, lievitävät kaikkia näitä tulehduksen oireita mukaan lukien kipua. Tulehduskipulääkkeiden haittavaikutukset kohdistuvat ruuansulatuskanavaan, sydämeen, munuaisiin ja keuhkoihin. Ne voivat myös lisätä verenvuototaipumusta. Iäkkäät potilaat ovat herkimpiä haittavaikutuksille. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 568-571.)

Parasetamolilla ei ole tulehdusta poistavaa vaikutusta, mutta se lieventää kuumetta ja kipua. Parasetamoli on erinomainen kipulääke, sillä se sopii lapsille, ikääntyneille, raskaana oleville sekä imettäville. Parasetamoli ei kuitenkaan ole täysin vaaraton. Parasetamolilla on maksatoksisia vaikutuksia, jos sen vuorokausiannos ylittää aikuisella 4 gramman rajan. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 571.)

Huumavia kipulääkkeitä käytetään akuutin kivun ja pitkäkestoisten kiputilojen hoidossa. Niiden vaikutus perustuu kykyyn estää kipuviestin syntyä salpaamalla kipureseptoreita ja estämällä kipua välittävien hermoimpulssien kulkeutumista keskushermostoon. Potilaan hoitoa tulee seurata huolellisesti, koska huumaavien lääkkeiden käytössä toleranssi kasvaa ja lääkeriippuvuus kehittyy jo ensimmäisen käyttökerran jälkeen. Huumaavien kipulääkkeiden käytön lopettamisessa on varauduttava mahdollisiin vieroitusoireisiin. Jatkuvan opioidilääkityksen lopetus yhtäkkiä aiheuttaa aina vieroitusoireita, minkä takia se tulee lopettaa aina asteittain (Kalso ym. 2009, 193). Yleisimmät haittavaikutukset kohdistuvat keskushermostoon, hengitykseen ja ruuansulatuskanavaan (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 572).

Etenkin potilaan hengitystä on aina seurattava hoidon aikana mahdollisen hengityslaman varalta. Opioidit ovat riskilääkkeitä, joiden käytössä tulee olla tarkkana mahdollisten lääke- ja annostusmuutosten varalta. Huumaavat kipulääkkeet eli opioidit jaetaan heikosti riippuvuutta

aiheuttaviin, keskivahvasti riippuvuutta aiheuttaviin ja vahvasti riippuvuutta aiheuttaviin. Huumausaineiksi eli N-lääkkeiksi luetaan vahvasti riippuvuutta aiheuttavat opioidit. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 572.)

Heikosti riippuvuutta aiheuttava kipulääke on esimerkiksi Kodeiini, koska lääkkeen haittavaikutukset estävät suurentamasta annostusta. Käytössä on myös yhdistelmävalmisteita, joissa Kodeiini toimii joko tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin kanssa. Yhdistelmävalmiste on tehokas akuutin kivun lyhytkestoiseen hoitoon. Toinen heikko opioidi on tramadoli, joka on mahdollista annostella monessa eri muodossa esimerkiksi kapsleina, tippoina, peräpuikkona ja parenteraalisesti laskimoon. Tramadoli aiheuttaa muita opioideja vähemmän hengityslamaa. Pahoinvointia sen sijaan voi esiintyä useammin kyseisen opioidin käytössä. Morfiinia hieman pitkävaikutteisempi keskivahva opioidi on buprenorfiini ja se sopii leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Lääke annostellaan tavallisesti resoritablletina, lihas- ja laskimoinjektiona sekä kipulaastarina. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 573.)

Morfiini on vahvasti riippuvuutta aiheuttava kipulääke. Morfiinia voidaan annostella usealla eri tavalla esimerkiksi suun kautta tai lihakseen ja laskimoon. Tyypillisiä haittavaikutuksia lääkkeestä ovat ummetus, pahoinvointi, väsymys, hikoilu ja harhat. Lääke vapauttaa myös histamiinia ja voi sen takia aiheuttaa kutinaa. Oksikodoni on toinen vahva opioidi, jota käytetään akuuteissa ja vaikeissa kiputilanteissa. Haittavaikutukset ovat lähes samat kuin morfiinilla, mutta oksikodoni ei aiheuta yhtä paljon harhoja eikä se vapauta niin paljon histamiinia potilaan elimistössä. Osa kroonisista kivuista kärsivistä potilaista saa apua vahvoista opioideista. Lisäksi tutkimustoimenpiteiden ja fysioterapian yhteydessä voidaan käyttää kivunhoitona erilaisia puudutuksia. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 574- 578.)

lääkkäiden kivunhoidossa tulee muistaa, että lääkkeiden haittavaikutukset voimistuvat. Lääkkeiden annostus tulee olla pieninä määrinä annettu ja yksilöllisesti arvioitu. Lääkkeen vastetta ja mahdollisia haittoja tulee arvioida säännöllisesti. Potilasohjaus on kipulääkkeiden ja onnistuneen kivunhoidon kulmakivi. Hoidon seurannan apuna voidaan käyttää kipupäiväkirjaa, jota potilas itse täyttää. Kivun lievittämisen ohella on tarkoitus myös lisätä potilaan toimintakykyä. Moniammatillinen työryhmä osallistuu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 573- 578.)

Lääkkeitä käytetään kivunhoidossa paljon, mutta lääkkeet yksinään eivät ratkaise kivusta aiheutuvaa ongelmaa (Talvitie & Ruokoniemi 2015). Kivun lievittämisessä tärkeitä toimintatapoja ovat lisäksi läsnäolo, kosketus, rauhoittava puhe ja fyysiset toimintatavat. Jokainen näistä auttaa vähentämään kivun kokemusta. (Crome, Main & Lally 2014, 171.)

2.5 Lääkkeetön kivunhoito

Potilaan oma arvio tilanteestaan on lähtökohtana kivun arvioinnissa sekä hoidossa. Potilaan oma osallistuminen ja panos hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen ovat oleellinen osa hyvän hoitotuloksen saavuttamisessa. (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017.)

Kivunhoidossa on hyvä myös lääkehoidon lisäksi käyttää lääkkeetöntä hoitoa. Kivunhoidossa parhaimmat tulokset saavutetaan moniammatillisella lähestymistavalla. Kivunhoidossa mukana olevia ammattiryhmiä ovat lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Kaikki ammattilaiset eivät kuitenkaan ole mukana jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa. Tärkeää kuitenkin on, että erilaiset ammattilaiset ovat yhteydessä keskenään, jotta muodostuu yhteinen käsitys siitä, miten kipua ja sen ympärille kertyneitä muita ongelmia hoidetaan. Moniammatillisuuden kautta saadaan mukaan useita tiedon ja osaamisen näkökulmia, joilla muodostetaan hoidon kokonaisuus. Moniammatillisen yhteistyön myötä mahdollistetaan myös yhdessä oppiminen. (Kelo ym. 2015, 57, 242-243.)

Lääkkeettömät menetelmät ovat kivunhoidon perusta, oireenmukaisen hoidon lisäksi tulisi tähdätä elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen. Keskeisiä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä ovat muun muassa liikunta ja terapeuttinen harjoittelu, kuten mielikuvaharjoitukset sekä kylmä- ja lämpöhoito. (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017.)

Viime vuosina on hyvin tullut esille se, kuinka suuri merkitys psyykellä on kivun lievitykseen ja kivun kokemuksiin. On tutkittu, että terapeuttiset keinot voivat auttaa kroonisen kivun lievityksessä, kivun hyväksymisessä ja sitä mukaa osaamisessa elää kivun kanssa. Henkinen itsepohdiskelu ja itsetutkiskelu sekä psykoterapiat auttavat siirtämään myös ajatukset hetkellisesti pois kivusta, jolloin elämänlaatu saattaa parantua. (Vanhaudenhuuse, Gillet, Malaise, Salamun, Grosdent, Maquet, Nyssen, & Faymonville 2018.)

2.6 Kivunhoidon kirjaaminen

Kirjaamisella tarkoitetaan prosessia, jonka avulla luodaan kokonaisvaltainen asiakirja potilaan hoidosta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Oikeaoppinen kirjaaminen osoittaa hoidon tarpeen, potilaalle annetun hoidon laadun, hoidon tulokset sekä toimenpiteet, joita potilas tulee vielä tarvitsemaan hoitotaksallaan. (Lippincott & Wilkins 2003, 7.)

Kirjaaminen on tärkeä viesti terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Kuviossa 2 on esitelty tärkein kirjaamista ohjaavat lainsäädäntö. Potilaan hoidossa tehtävät päätökset ovat aina kytköksissä kirjauksiin, joita ovat tehneet hoitoon osallistuneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kun kirjaaminen tehdään selkeästi ja tarkasti, turvataan sillä myös hoitohenkilökunnan oi-

keudet. Kirjaamisilla voidaan todistaa potilaan hoitoon liittyviä asioita. Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että vain se mitä on kirjattu, on tehty. (Lippincott Williams & Wilkins 2003, 7-8.)

159/2007 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
559/1994 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä
785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
1326/2010 Terveydenhuoltolaki

Kuvio 2: Kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö

Lainsäädäntö, asetukset, hoitajan eettiset velvoitteet sekä organisaation sisäiset kirjaamisohjeet ohjaavat hoitotyön kirjaamisesta. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) ohjeistaa ja neuvoo asiakastietojen sähköistä tietoturvallista käsittelyä. Kirjaamisessa potilaan yksityisyys tulee olla aina turvattuna. Potilasasiakirjoihin merkitään oleelliset asiat hoidosta. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 40.)

Potilas voi nykyään myös itse käydä lukemassa tietojaan Omakanta-järjestelmästä, johon terveydenhuollon kirjaamat tiedot tulevat näkyviin. Hoitajan tulee olla kirjaamisessa tarkka. Hänen tulee kirjata ainoastaan hoitoon olennaisesti liittyvät asiat. Hoitajan tulee myös varmistaa, että kirjaaminen on asiallista, jotta se ei loukkaa potilasta. (Omakanta 2017.)

Potilaan ajantasaisia terveystietoja selvitettäessä saatetaan usein joutua selvittämään myös potilaan aikaisempia tutkimustietoja ja muuta taustatietoa liittyen potilaaseen. Tästä syystä on äärimmäisen tärkeä muistaa potilastietojen kirjaamisessa, ettei potilasasiakirjoissa ole potilasta leimaavia merkintöjä. Potilaan yksityisyyttä tulee aina muistaa kunnioittaa. Tietoja ei saa joutua ulkopuolisten tietoon. (Leino-Kilpi ym. 2014, 151.)

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluntarjoajan tulee pitää rekisteriä omien asiakastietojärjestelmiensä käyttäjistä. Kun asiakastietojen käyttäjien käyttöoikeustietoja ei enää tarvita, tulee ne hävittää asiakastietojen käytön ja luovutuksen lainmukaisuuden seuraamiseksi. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 5 §.)

Terveydenhuoltojärjestelmä luo paljon eettisiä kysymyksiä, koska se sisältää valtavasti yksityistietoja ihmisistä. Teknologian kehittymisen myötä potilaiden tietous omasta hoidosta on lisääntynyt ja hoitokäytänteet ovat samalla monipuolistuneet. Hoitohenkilökunnan tuleekin

osata vastaanottaa erilaisia kysymyksiä ja perustella niitä näyttöön perustuvalla tiedolla. (Leino-Kilpi ym. 2014,14-16.)

2.7 Kivun arviointi

Tärkeintä kivun arvioinnissa on huomioida potilaan yksilöllisyys. Tulee tietää, miten hyvin potilas pystyy kommunikoimaan ja kuinka ammattitaitoista henkilökunta on tulkitsemaan potilaan kipua ja fysiologiaa. (Brook ym. 2011, 89.)

Kipukynnys tarkoittaa rajaa, jonka ylittäminen luo kivun tunteen. Kipukynnys on hyvinkin yksilöllinen ja siihen vaikuttavat monet tekijät. Kivunhoidon kulmakivenä toimii potilaan yksilöllisen kipukynnyksen ja kivunsietokyvyn arvioiminen. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 84.) Ihminen on jo lapsuudessaan oppinut kivun kokemuksen ja kipua kuvailevat sanat erilaisten vammojen ja loukkaantumisten yhteydessä. Kivun aiheuttaja eli kiputyyppejä, sekä myös potilaan aikaisemmat kipukokemukset, kipukynnys, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät voivat aiheuttaa kivun tuntemuksen. Taustalla vaikuttavat myös potilaan oma asenne, uskomukset ja persoonallisuus. (Kelo ym. 2015, 53-54.)

Vaaditaan tietoa, taitoa ja rohkeutta, jotta voi ymmärtää toisen ihmisen kivun. Taitava kivunarvioija huomioi myös potilaan fyysiset muutokset ja tunnusmerkit kivusta, esimerkiksi kyynelleet, hikoilun, ilmeet ja eleet. (Rautava-nurmi ym. 2015, 84.)

Kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa käytetään kipumittareita ja -piirroksia (Implementisuunnitelma: kipu, 2015). Kivunarvioinnin tulisi olla jokapäiväinen osa potilaan elintoimintojen seuranta, samalla tavalla kuin esimerkiksi verenpaineen seuranta. Kivun arvioinnissa tulee ottaa huomioon monta eri asiaa, jotka esitetty taulukkona kuviossa 3. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 89.)



Kuvio 3: Kivunarvioinnin taulukko (mukaillen Rautava-Nurmi ym. 2015, 89).

Ennen kivunhoidon aloittamista tehdään potilaalle perusteellinen anamneesi. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää VAS-kipujanaa eli visuaalianalogiasteikkoa, NRS-mittaria tai VRS-asteikkoa. VAS-kipujanalla potilas asettaa merkin kokemansa kivun voimakkuuden kohtaan. Vasemmassa reunassa kipua ei tunnu ollenkaan, kun taas oikeassa reunassa kipu on sietämätöntä. VAS-kipujanoja on erilaisia eri kohderyhmille. (Rautava-nurmi ym. 2015, 87.) NRS-mittarilla kipua arvioidaan numeraalisesti. Nolla tarkoittaa kivutonta, kymmenen tarkoittaa pahinta mahdollista kipua, jota potilas on kokenut. VRS-asteikolla potilasta pyydetään kuvailemaan kipua sanallisesti, tätä asteikkoa käytetään useimmiten lapsilla tai muistamattomilla, joille numeroiden tai janan hahmottaminen on hankalaa. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Suomen sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet rakentuvat hoitotyön keskeisiin eettisiin ohjeisiin, jotka määräytyvät Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton eettisten ohjeiden perusteella. Näiden eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävä on kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, tukea potilasta ja lievittää kärsimystä. (Ranta 2012, 52-54.)

2.8 Potilaslähtöisyys kivunhoidossa

Usein potilaat hakevat apua kipuun vasta, kun se on kroonistunut. Kipupotilaat ovat yleensä myös psykososiaalisesti rasittuneita, kun hoidot ja kuntoutus eivät ole tuottaneet haluttua tulosta. Jotta potilas voi arvioida kipuaan realistisesti, tulee potilasta auttaa kipukäyttäytymisensä ymmärtämisessä. (Soini 2015.)

Toimivassa kivunhoidossa potilaan oma motivaatio on keskeisessä asemassa. Sitoutuakseen hoitoon, potilaalla tulee olla kattava ymmärrys ja käsitys hoidostaan. Tästä määrää myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), jonka mukaan potilaalle on annettava täysi selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista. Potilaan epätietoisuus saattaa ilmetä pelkona kivunhoitoa kohtaan. Pelon käsiteltyään ja opittuaan toimivat itsehoitokeinot, vahvistuu potilaan itseluottamus sekä hänen motivaationsa ja sitoutumisensa kivunhoitoon. (Soini 2015.)

Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta. Jos potilas kieltäytyy, on häntä hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla mahdollisella hoitomuodolla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 6§.) Erinomaisia kivunhoidon työkaluja ovat avoin vuorovaikutus ja yhteistyö potilaan kanssa (Soini 2015).

Potilaan lääkehoitoa suunnitellessa on aina huomioitava potilaan ikä, koska ikääntyneillä potilailla lääkkeiden haittavaikutusten todennäköisyydet kasvavat. Taustatekijöinä saattavat olla

monetkin ikääntymisestä johtuvat elimistön muutokset, esimerkiksi maksan ja munuaisten toiminnassa. Useiden lääkkeiden haittavaikutusten tunnetaan olevan yhteydessä munuaisten ja maksan vajaatoiminnan kanssa. Tämä tuleekin osata huomioida lääkevalinnoissa. Lääketurvallisuuden yleisperiaatteena on ehkäistä lääkkeiden haittavaikutuksia ja käyttää lääkkeitä mahdollisimman pieninä ja tehokkaina annoksina ja ainoastaan tarvittava aika. Lääkehaittoja voidaan ennaltaehkäistä tehokkaalla kirjaamisella. Potilaan lääkehistoriaan huolellisesti perehtyminen auttaa ennaltaehkäisemään haittatapahtumia. Haittavaikutusten sekä vaaratapahtumien sattua tulee aina ilmoittaa terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmään HaiPro:hon, mikä on kaikkien työntekijöiden velvollisuus. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 32- 35, 45.)

Kivunhoidossa käytettyjen lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset vaikuttavat voimakkaammin vanhusten keskushermostoon. Lääkehoidossa tulee tästä syystä huomioida erityisen tarkasti elinvaurioiden, lääkityksen sekä muuttuneen metabolian toiminta. Vanhuspotilailla dementia, afasia ja depressio saattavat myös vaikuttaa hoitoratkaisuihin. (Kalso ym. 2009, 470-473.) Myös kipujärjestelmässä tapahtuu iän myötä muutoksia. Tästä on päätelty, että myös kivuntunto olisi heikempi kuin nuoremmilla potilailla. Keskushermoston hidastuminen vaikuttaa kivun kognitiiviseen käsittelyyn ja hidastunut keskushermosto on myös alttiimpi vaikeiden neuropaattisten kiputilojen kehittymiselle. Toisaalta vanhuksilla on todettu pitkittynyt herkistyminen mekaanisille ärsykeille ja ärsykkeet vaikuttavat pidempään kuin nuoremmilla. Toleranssi voimakkaalle kivulle kärsii vanhemmiten. (Kalso ym. 2009, 470-473.) Iäkkäiden ihmisten kipua voidaan arvioida PAINADista eli Pain assessment in advanced dementia scale avulla, joka perustuu kehon kielen, hengityksen, ääntelyn, ilmeiden ja lohduttamisen arviointiin (Molander 2014, 169).

Aistit heikkenevät vanhetessa. Ikääntyneiden kanssa tulisi kiinnittää huomiota näön, kuulon ja hienomotoriikan vaikutukseen kipumittarin valinnassa ja sen käytössä. Jos ikääntynyt henkilö valitsee numeraalisen kivunarvioinnin, olisi hyvä huomioida esimerkiksi millaiseen asteikkoon he ovat koulumaailmassaan tottuneet. (Kelo ym. 2015, 56.)

Hoitajan ja potilaan erilainen viestintätyyli hoitotyössä voi aiheuttaa väärinkäsityksiä ja näin myös vaikeuksia ymmärtää toisen tarkoitusta (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 117). Kulttuurien välisen osaamisen tavoitteena on ymmärtää, miten ikääntynyt maahanmuuttaja käsittää oman tilanteensa ja miten hän ymmärtää asiat liittyen hänen hoitoonsa (Kelo ym. 2015, 233-235). Ihmisten liikkuvuus on lisääntynyt, mistä johtuen myös maailmanlaajuiset muutokset näkyvät aikaisempaa voimakkaammin jokapäiväisessä työssä. Tästä syystä on tärkeää osata huomioida eettiset kysymykset myös monikulttuurisesta näkökulmasta. (Leino-Kilpi ym. 2014, 21.)

2.9 Ammattiosaaminen kivunhoidossa

Terveysthuollon laissa toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin (Terveysthuoltolaki 2010/1326, 8§). Terveysthuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on muun muassa terveyden ylläpitäminen, sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Ammattitoiminnassa tulee soveltaa yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisesti perusteltuja menettelytapoja. Ammattitoiminnassaan henkilön tulee ottaa tasapuolisesti huomioon potilaalle koitua hyöty ja mahdolliset haitat. (Laki terveysthuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15 §.)

Moniammatillinen työskentely ryhmissä, tiimeissä tai työparityöskentelynä on keskeinen osa terveysthoidon ammattilaistyötä. Nykyään pyritään potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon, joka mahdollistetaan usean erikoisalan ammattilaisen yhteistyöllä. Potilasturvallisuus kärsii toimimattoman yhteistyön takia. Monissa tutkimuksissa on myös huomioitu hoitovirheiden taustalla olevan usein viestinnän ja ryhmän sisällä tapahtuvan työskentelyn puutteita. (Aaltonen ym. 2013, 303- 304.) Ammattitaitoisella henkilöstöllä voidaan turvata potilasturvallisuus. Rekrytointivaiheessa tarkastetaan henkilöstön pätevyys ja koulutus alaa varten. Työntekijöiden osaamista seurataan ja arvioidaan potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Mahdollisia täydennys- ja lisäkoulutuksia järjestetään aina tarvittaessa työntekijöiden ammattitaidon kehittämiseksi. (Aaltonen ym. 2013, 316- 317.)

Kivunhoidossa korostuu moniammatillinen osaaminen. Lääkärin, hoitajan, ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin sekä monien muiden ammattiryhmien tietotaito korostuu eri tavalla eri vaiheissa kivunhoitoa (Paakkari 2013). Jatkuva hoitosuhde on edellytys hyvälle kivunhoidolle (Implementointisuunnitelma: kipu 2015).

3 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kivun kirjaamista, kivun arviointia sekä kivunhoidon potilaslähtöisyyttä ja ammattiosaamista ihotautien vuodeosastolla. Tutkimuksen taustalla on potilaslähtöinen kivunhoito. Tavoitteena oli arvioida kivunhoidon toimivuus ja toteutus vuodeosastolla. Tästä syystä opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä. Opinnäytetyössä käytetään kyseistä tutkimusmenetelmää, sillä kokemusten pohjalta voidaan arvioida parhaiten kivunhoidon tehokkuutta ja yksilöllisyyttä.

3.1 Tutkimusongelmat

Millainen on kivunhoito osastolla?

Miten kipumittareiden käyttö näkyy jokapäiväisessä työskentelyssä?

Millä tavalla kipu kirjataan osastolla?

Onko kivun arviointi ja hoito potilaslähtöistä?

3.2 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus perustuu ihmisten kokemuksiin ja tuntemuksiin tutkittavasta ilmiöstä. Laadullinen tutkimus on hyvä vaihtoehto silloin, kun halutaan saada muutosta aikaan. (Holloway & Galvin 2016, 3.) Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on kuvata ilmiö moninaisuudessaan ja useimmiten tutkimuksen osallistujiksi valikoituu ihmisiä, jotka ilmaisevat itseään hyvin ja haluavat osallistua tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen ei ole olemassa niin selkeitä kriteereitä kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään monin tavoin. Haastatteluissa käytetään usein avoimia kysymyksiä tai käydään keskustelua. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on saada esille tutkittavan oma näkemys käsiteltävästä asiasta. Haastattelukysymykset eivät saa olla liian suppeita tai kapealle alueelle suunnattuja, koska silloin tutkimuksen luotettavuus vähenee. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan hyödyntää, kun halutun tiedon laatu ja määrä ovat tärkeämpiä, kuin tutkimukseen osallistuvien määrä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 216-217.)

3.3 Haastattelu

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin haastattelua, johon kerättiin osastolta työryhmä, joka on asiasta kiinnostunut ja haluaa kehittää kivunhoidon osaamista. Haastattelu toteutettiin teemamuotoisena ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelu valittiin, jotta saadaan aikaan vapaata keskustelua hoitajien välille. Teemahaastattelun tarkoituksena on, että tutkijalla ei ole valmiina tarkkoja kysymyksiä, vaan hän määrittää keskeiset teemat, joita käsitellään haastattelussa. Teemahaastattelu on suhteellisen strukturoitu vaihtoehto, koska siinä painottuvat tutkijan laatimat teemat ja niistä johdetut kysymykset. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017, 21-22.) Teemahaastattelussa pyritään saamaan oleellisia vastauksia tutkimuksen tarkoituksen kannalta. Teemat ovat valikoituneet etukäteen olemassa olevan tutkimustiedon pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Ryhmähaastatteluja on pidetty tehokkaampina, kuin yksilöhaastatteluja. Ryhmässä voidaan haastatella samanaikaisesti useita vastaajia. Nykyisin käytetään termiä ryhmäkeskustelu, josta aikaisemmin käytettiin nimitystä ryhmähaastattelu. Ryhmäkeskustelulla viitataan tavallisesti

5-10 hengen ryhmässä tehtävään, johonkin tiettyyn teemaan keskittyvään, haastatteluun. Tällöin haastattelija on ohjaamassa keskustelua, mutta antaa tilaa ryhmän vuorovaikutukselle. Ryhmäkeskusteluiden hyvänä puoleena on, että niiden avulla voidaan tutkia, millaisia ajatuksia ryhmässä esiintyy, miten vuorovaikutus rakentuu ja miten erilaiset kuvaukset ja käsitykset ryhmässä tuotetaan. Tämän tyyppinen haastattelu sopii erityisesti tutkimukseen, jossa kiinnostuksena ovat ihmisten monimuotoiset tulkintatavat, merkitysten vaihtelut ja argumentaatiot. Ryhmäkeskustelussa osallistujat pyrkivät pääsemään yhteisymmärrykseen yksilöllisistä käsityksistään, kokemuksistaan ja erimielisyyksistään huolimatta. Tutkimuksen kannalta mielenkiintoista on nähdä, miten osallistujat pyrkivät yhdessä rakentamaan yhteisiä tulkintatapoja ja kyseenalaistamaan niitä. (Hyvärinen ym. 2017, 111- 114.)

Ryhmäkeskustelu on monen osallistujan vuorovaikutustilanne, joten tavallisesti sen aikana ilmenee joitakin ennalta arvaamattomia ja odottamattomia tilanteita. Ryhmän dynamiikan tekijöillä voi olla heikentävä vaikutus aineiston monipuolisuuteen. Esimerkiksi liian dominoivat tai liian arat osallistujat tai rönsyilevä ja aiheesta poikkeava keskustelu kaventavat näkökulmien kirjoa. Ongelmaksi voi myös muodostua keskustelun hajanaisuus ja varovaisuus. Mielipiteitä voidaan kyllä esittää, mutta niistä ei synny ajatuksenvaihtoa. Erityisesti ryhmäkeskustelun alussa tyypillisesti tunnustellaan keskustelua ja osallistujat hakevat tuntumaa ryhmässä tapahtuvaan ajatusten vaihtoon. Osallistujilla voi myös olla epävarmuutta, mitä tutkija heidän vastauksiltaan odottaa. Esimerkiksi terveystutkijan oletetaan helposti odottavan osallistujien korostavan terveellisiä elintapoja. (Hyvärinen ym. 2017, 115-116.)

Tutkijan asema ryhmäkeskustelussa on heikompi, kuin yksilöhaastattelussa. Tutkijan tehtävä on tukea osallistujien aktiivista keskinäistä vuorovaikutusta ja suunnata keskustelua niin, että erilaiset näkökannat nousevat monipuolisesti esille. Tutkijan on pohdittava ryhmän otanta ennen ryhmäkeskusteluaineistoa. Haastateltavien henkilöiden valinta liittyy olennaisesti tutkimuskysymyksiin, joista muodostetaan tutkimuksen teoreettinen otos. Tutkimuskysymysten kohteena voi olla jokin tietty ihmisryhmä. Tutkijan kiinnostus voi perustua esimerkiksi heidän kokemuksiinsa ja mieltymyksiinsä. Ryhmä voidaan muodostaa monella eri tavalla. Olennaista ryhmän muodostamisessa on se, että osallistujilla on tarpeeksi yhteistä tietoutta ja he pystyvät keskustelemaan puheenaiheesta. Erilaisista kokemuksista ja näkökulmista on myös paljon apua vaihtelevien mielipiteiden luomisessa. On hyvä huomioida tuntevatko osallistujat entuudestaan toisensa, jolloin keskustelu on yleensä helpompi aloittaa. Haittapuolena taas entuudestaan tuttujen ihmisten keskustellessa, on se, että ilmaistaan helposti monenlaista ääneen lausumatonta viestintää. Tutkijan tulee tällaisissa tilanteissa osata seurata tarkasti keskustelua ja esittää selvittäviä kysymyksiä. Ryhmäkeskusteluissa osallistujat pyrkivät muodostamaan yhteisen käsityksen siitä, keitä he ryhmänä edustavat. (Hyvärinen ym. 2017, 114-120.)

Ryhmäkeskustelua ohjaavat tutkimuksen tavoitteet ja kysymykset, kuten myös se, miten tutkija johdattaa osallistujat keskustelunaiheisiin. Ryhmäkeskustelussa pohjana on teemarunko, jonka

tutkija on laatinut. On myös tärkeää tietää, kuinka keskustelu tallennetaan. Tutkimuksessa, jossa vuorovaikutusta ei eritellä yksityiskohtaisesti, riittää äänentallennus. Osallistujien tunnistaminen pelkästä äänestä ei aina ole helppoa ja tästä syystä tutkijan on hyvä pohtia, miten tunnistettavuutta voisi parantaa. Tapaamisen alussa tutkija voi myös piirtää istumakartan omaksi avukseen. Puheenvuorojen tunnistaminen ja havaintojen kirjaaminen helpottuvat myös, jos toimitaan useamman tutkijan tiimityönä. (Hyvärinen ym. 2017, 123-125.)

3.4 Teema-analyysi

Laadullisen aineiston analyysi on monimutkainen prosessi, mutta se on myös hyvin systemaattinen, strukturoitu ja jäsenelty prosessi. Kaikkeen laadulliseen aineistoon ei voi käyttää samaa analysointimenetelmää, vaan menetelmä valitaan tutkimusaineiston mukaan. Tyyllillä ei niinkään ole väliä, kunhan kerätty aineisto ja haastateltavien vastaukset ovat keskiössä ja pysyvät totuudenmukaisina. Tutkijan tulee huolehtia, että hän ei analysoidessaan muuta haastateltavien puheenvuoroja ja niiden sisältöä. Laadullisen tutkimuksen analysoinnin vaiheita ovat haastattelun litterointi, aineiston organisointi ja jäsenitys sekä aineiston kuuntelu tai lukeminen uudelleen useita kertoja. (Holloway & Wheeler 2010, 281-282.)

Ensimmäinen askel analyysissä on haastatteluaineiston litterointi. Litterointiin kannattaa varata hyvin aikaa, sillä yksi tunti haastattelua voi viedä kuusi tuntia aikaa litteroida. (Holloway & Wheeler 2010, 282.) On tärkeää osata poimia tutkittavat asiat haastatteluista ja karsia pois tieto, joka ei ole tarpeellista tutkimuksen kannalta (Leino-Kilpi ym. 2014, 366).

Tutkimuskysymykset määrittävät miten tarkkaan ryhmäkeskustelua analysoidaan ja miten tarkasti raportissa ilmiöt kuvataan. Tutkijan muistiinpanot toimivat hyvänä apuna litteroinnissa. Analysoidessa ryhmäkeskustelua on hyvä muistaa, ettei yksittäisten osallistujien puheenvuoroja käsitellä ryhmätilanteesta erillisenä, sillä ne kuuluvat ryhmäkontekstiin. Keskustelua on siksi hyvä kuvata raportissa riittävän laajasti, jotta nähdään miten vuorovaikutus vaikuttaa osallistujien toimintaan ja mielipiteisiin. Laadullisessa analyysissä tulee kiinnittää huomiota tapauksiin, jotka eivät sovi tavanomaiseen kuvaukseen. Tutkijan tulee silloin etsiä selityksiä myös tällaisiin tapauksiin. Vuorovaikutusta analysoidessa on hyödyllistä analysoida, kuinka yksittäiset ja koko ryhmän esittämät näkökannat saattavat muuttua keskustelun myötä. (Hyvärinen ym. 2017, 126-127.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin teema-analyysia, jossa aineisto teemoitellaan ja otsikoidaan teoriaan perustuvien teemojen mukaan. Esimerkkejä teemoista ovat kivunlaatu, kipumittareiden käyttö ja kirjaamiskäytänteet. Tavoitteena on aineiston tiivistäminen. Kyseisessä analyysissä tarkoituksena on purkaa ja koota luotettava sisältö. Aineistosta tehdään lopuksi selkeä yhteenveto, joka on yleistettävissä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2017.) Tämän opinnäytetyön aineiston analysointi on esitetty liitteessä 1.

Teemoittelu on suositeltava analysointitapa, jos kaivataan ratkaisua käytännön ongelmaan. Teemoittelun avulla tutkija pääsee vertailemaan teemojen ja aiheiden esiintymistä aineistossa. Se vaatii tutkijan silmää siihen, mikä on tutkimusongelman kannalta hyödyllistä tietoa. Tutkijan tulee osata erotella tieto teemojen mukaan. Teemoittelussa tärkeää on myös hyvin rakennettu teoria, sillä teorialla ja tutkimusaineistolla on oltava yhteys ja teorian ja tutkimusongelman pohjalta luodaan teemat aineiston keruu- ja -analyysimenetelmään. Teemoittelu antaa tutkijalle myös mahdollisuuden käyttää irrallisia sitaatteja aineistosta, mikä tekee tutkimustulosten lukemisesta usein mielenkiintoista. (Eskola & Suoranta 2008, 174-180.)

Teemojen rakentaminen on tärkeä osa tutkimusaineiston jäsentelyä. Se tuo selkeyttä aineistoon ja saa selkeästi esille tutkittavat asiat, jolloin epäoleellinen tieto jää vähemmälle huomiolle eikä vie tutkijan energiaa. (Holloway & Wheeler 2010, 282-284.)

4 Tutkimuksen tulokset

Haastattelun teemat valittiin opinnäytetyön teorian pohjalta. Teemat olivat asiasanoja, jotka tulivat esille aiemmissa tutkimustuloksissa hyvän kivunhoidon toteutuksesta. Jokaiseen teemaan saatiin haastattelulla kattavasti tietoa. Alla taulukko 1. haastattelun teemoista. Apukysymykset toimivat haastattelijoiden apuna täydentämään teemoja. Teemat rytmittivät haastattelua ja toimivat aineistoanalyysin runkona.

Teemat	Apukysymykset
Kivunhoidon kirjaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Millaista kivunhoidon kirjaaminen osastolla on? • Mikä on haasteellisinta kirjaamisessa?
Kivun arviointi	<ul style="list-style-type: none"> • Mitä kipumittaria käytetään eniten? • Mikä kipumittari toimii mielestäsi parhaiten ja missä tilanteessa? • Miten usein kipumittaria käytetään? • Kuinka säännöllisesti osastolla arvioidaan kipua?

<p>Potilaslähtöisyys kivunhoidossa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miten ohjaat potilasta kivunarvioinnissa ja kuvailemisessa? • Kuinka usein potilaita otetaan vastaan palautetta kipumittarin käytöstä? • Miten palaute käydään työryhmässä läpi?
<p>Ammattiosaaminen kivunhoidossa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Miten sinut on perehdytetty kivunhoitoon ja arviointiin? • Millaisena koet perehdytyksen? • Onko tapoja, joilla kivun arvioinnista saisi säännöllistä tulevaisuudessa?

Taulukko 1: Haastattelun runko

Haastattelun jälkeen nauhoitettu haastattelu litteroitiin ja asiat luokiteltiin teemojen mukaan. Vaikeuksia ilmeni keskeneräisten lauseiden kanssa, mikä johtui haastateltavien päällekkäisistä puheenvuoroista. Analysointivaiheessa käytettiin suoria lainauksia haastattelusta ja kirjoitettiin kirjakielellä selkeämmin haastattelussa esiin tulleita asioita. Pohdintavaiheessa tuloksia vertailtiin aikaisempiin tutkimuksiin.

4.1 Kivunhoidon kirjaaminen

Osastolla kipu kirjataan valmiilla VAS-asteikolla. Lisäksi vapaalla tekstillä kuvaillaan kivun tuntemuksia, kiputyyppäjä, kivun sijaintia ja arvioidaan mihin suuntaan kipu kehittyy. Vapaalla tekstillä kirjatessa kuvaillaan potilaan omia tuntemuksia ja kokemuksia kivusta.

Kivun lääkehoito, sisältäen miedommat kipulääkkeet, N-lääkkeet ja tarvittavat lääkkeet kirjataan osastolla aina oman otsikon alle, joka näkyy punaisella hoitopäivän kohdalla. Myös antamatta jääneet tai unohtuneet lääkkeet on kirjattu potilaan tietoihin ylös. Kirjaamalla kipulääkkeet, voidaan seurata potilaan lääkityksen tarvetta. Kirjaamisen haasteellisuudessa esille nousi ajan puute ja toivomus siitä, että kirjaaminen kaikkien hoitajien kesken olisi yhteneväistä sekä olisi selkeä otsikko, jonka alle kirjata.

Osastolla kirjaukset ovat osa raportointia. Suulliseen raportointiin ei aina ole aikaa, joten tehokkaalla kirjaamisella viesti ja tiedot välittyisivät eteenpäin. Kirjauksien avulla taataan se, että asiat ovat huomioitu.

”Me merkataan se VAS-asteikko...”

”...kirjaaminen on siinä tärkeää, että se on viesti ja tieto välittyy eteenpäin...”

”...kuvaillaan, että potilaalla ollut kova kipu...”

”...kirjoitetaan siitä, mitä potilas on kokenut.”

4.2 Kivun arviointi

Kivun arvioinnissa käytetään apuna kipumittareita, joita ovat numeraalinen kivun arviointi eli NRS-mittari, sanallinen eli VRS-mittari ja visuaalinen kipukäyrä eli VAS-mittari. Kipumittareiden avulla arvioidaan kivun voimakkuutta. Kivun arviointia tehdään osastolla päivittäin.

Osastolla on huomattu suullisen numeraalisen NRS-asteikon olevan yksinkertaisin ja tästä syystä eniten käytetty. Yhdellä potilaalla on tärkeää käyttää samaa valittua kivunarviointi menetelmää, joka on valittu potilaan kanssa yhdessä. Aina ei kuitenkaan kysytä mittarin mukaisia arvoja, vaan potilasta pyydetään kuvailemaan kipua sanallisesti, esimerkiksi kutinan tunnetta tai onko kipu häiritsevää, sietämätöntä tai muuttuvaa.

Kivun arvioinnissa kirjaaminen on myös tärkeää. Sen avulla pystyy nopeasti esimerkiksi näkemään potilaan aikaisemman tilan. Haasteellisuutta kivun arviointiin tuovat myös esimerkiksi eri kieli ja kommunikaatio-ongelmat. Jos potilaalla on vaikeita kommunikaatio-ongelmia, silloin hoitajan ammattitaitoa tarvitaan, jotta voidaan esimerkiksi arvioida kipua potilaan yleisvoimista. Vaikeasti kommunikoivat potilaat, kuten potilaat, jotka ovat kuuroja, mykkiä tai sokeita eivätkä tästä syystä osaa ilmaista itseään, koetaan haastavaksi potilasryhmäksi kivunarvioinnissa.

”Yhdestä kymppiin on aika hyvä, koska kaikki ymmärtää sen.”

”...ei kysy monella eri tapaa sitä kipua...”

”...samaa menetelmää sen saman potilaan kohdalla...”

”...päätetty yhdessä potilaan kanssa...”

”...ei nyt välttämättä tätä mittaria, mut sitä mikä kulkee meillä sanallisessa arkussa mukana...”

4.3 Potilaslähtöisyys kivunhoidossa

Potilaat huomioidaan osastolla aina subjektiivisesti. Kun hoitajilta kysyttiin, miten ohjaat potilasta kivun arvioinnissa ja kuvailemisessa, hoitajat pitivät tärkeänä kysymysten esittämistä potilailta.

”...ensinnäkin pyydetään paikallistamaan et missä se kipu on ja milloin se kipu on alkanu...onko voimistuvaa...toistuvaa”

”...saadaan se kuva siitä kivuntunteesta...”

”...meijän on pakko vähän tietää että mistä se kipu johtuu ja millast se kipu on...”

Kysyttäessä, hoitajat toivat vastauksissaan esille kiputuntemusten monimuotoisuuden. Toiset potilaat kokevat kivun voimakkaammin ja herkemmin kuin toiset. Hoitajan on kuitenkin pidettävä ammatillinen silmä kivun arvioinnissa muun muassa kipulääkkeitä annostellessa, suhteellisuus huomioiden. Tarvittaessa annettavat kipulääkkeet annetaan potilaan pyynnöstä. Toisille potilaille menee suuri määrä kipulääkkeitä ja silti he pyytävät lisää lääkettä kipuunsa. Tällöin tulee osata arvioida potilaan lääketilanne, koska lääkkeitä ei tule syödä määräänsä enempää, sillä potilaalle voi aiheutua haittavaikutuksia.

Potilaan kivusta ja yleisestä tilasta saadaan kokonaiskuva kyselemällä kivusta ja arvioimalla potilaan antamia vastauksia sekä seuraamalla potilaan vointia. Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti iäkkäitä ja erittäin huonokuntoisia potilailta, minkä takia kysymysten esittämisen tärkeys korostuu. Potilasta pyydetään paikallistamaan kipu ja kuvailemaan milloin kipu on alkanut, onko se voimistunut, minkä tyyppistä kipu on ja missä tilanteessa kipu esiintyy. Potilaan toipumisen kannalta kipu tulee aina huomioida ja lääkityä yksilöllisen tarpeen mukaan. Potilaita tulee ohjeistaa kertomaan kivusta. Osa potilaista on lääkekielteisiä, eivätkä he millään haluaisi käyttää kipulääkkeitä. Tällainen tilanne haittaa potilasta itseään, koska hoito viivästyy eikä etene halutulla tavalla.

”...meillä on aika paljon iäkkäitä ja erittäin huonokuntoisia...”

”...ku toiset voi vähätellä kipuu ja sit taas toiset voi tuntee sen paljon voimakkaammin...”

”tottakai se on subjektiivinen siis ei kenenkään kipuu saa vähätellä...”

”...alkaa tulla sit muita haittoja niist kipulääkkeistä ne pitää aina arvioida sit taas toiset ei halua missään nimessä niitä kipulääkkeitä..,on hyvin lääkekielteisiä ja silloin taas ei edistä sitä potilaan tilannetta koska jos sä oot kokoajan kipee nii se ei sillo niinku parane se tilanne...”

Kysyessä hoitajilta, kuinka usein potilailta otetaan vastaan palautetta kipumittareiden käytöstä, saatiin vastauksena, että potilastyössä käytetään osastolla kipumittareita, mutta suoraa palautetta mittareiden toimivuudesta sekä käytöstä ei potilailta ole saatu tai edes huomioitu kokonaisvaltaisessa palautekyselyssä. Hyvin kommunikoivan ja aikaan sekä paikkaan orientoituneen potilaan kanssa on osastolla ajoittain hyödynnetty omatekoista kivunarviointitaulukkoa kivun hoidossa. Taulukkoon on merkattu kahden tunnin välein kellonajat ja potilas itse merkitsee numeraalisen arvion sen hetkisestä kivusta. Taulukkoon on merkattu myös erillinen sarake potilaan tarvitsemista kipulääkkeistä. Joku potilas on saattanut myös joskus kokea kipumittarin palautteen annon raskaaksi, jos heidän tilanteensa ei muutu.

”...et mitä me kysytään kyl kohdistuu enemmän niihin kipulääkkeisiin jotka joko toimii tai joko ne ei toimi emmä muista et mä olisin jutellut kipumittareista potilaan kanssa...”

”...mut ehk joku on saattanut kokee sen joskus raskaaks nii useesti jos tilanne ei muutu tai jotain...”

4.4 Ammattiosaaminen kivunhoidossa

Kivunhoitoon ei osastolla ole varsinaisesti perehdytetty. Kivunhoidon katsotaan olevan osa sairaanhoitajakoulutusta ja ammatillista osaamista jo alusta alkaen. Osastolla kuitenkin perehdytetään lääkehoitosuunnitelmaan sekä lääkekaappiin ja N-lääkekaappiin.

Jokainen työssä oleva hoitaja suorittaa myös viiden vuoden välein LOVE-tentin, joka testaa hoitajan osaamista. Hyväksytysti suoritettu LOVE-tentti antaa hoitajalle oikeuden lääkittää potilaita. Organisaation taholta järjestetään ajoittain kipupäiviä ja kipuluentoja. Luentojen jälkeen pidetään omalla osastolla kertausta opitusta. Kivunhoitoon kouluttautumisessa oma-aloitteisuus on tärkeää.

Osastolta on ajoittain myös konsultoitu kipupolia ja lääkäreitä epäselvissä tilanteissa. Haastattelussa korostui moniammatillinen yhteistyö. Osaston moniammatilliseen yhteisöön kuuluvat sairaanhoitajat, lääkärit, fysioterapeutit sekä kuntohoitajat. Useiden eri ammattikuntien ihmisiä pyörii potilaan hoidon ympärillä ja potilastilanteet osastolla arvioidaan yhdessä moniammatillisen yhteisön kanssa.

”...ja kaikki joutuu suorittaa ainakin sairaanhoitajat sen love tentin ja niin siinhän on se kivunhoito mutta en sanois että ku oon tullu tänne töihin nii et erikseen olis kivunhoitoon perehdytetty...”

”...nyt on niin huonosti luentoi...mun mielest semmonen luento ois sinäänsä ihan hyvä vaihteen vuoks koska ei love tenttiin lukeminen sehän on sellast pakkopulaa et eihän sul avaudu suuresti siitä...”

”...se on niinku yleinen perehdytys noihin osaston lääkehoitosuunnitelmaan ja sitten tota ni yleiset i.v luvat eli love koulutukset missä on kivunhoidosta...”

”mut tietty sellanen suullinen niinkun kollegojen välinen kommunikaatio niinku kylhän silleen niinkun keskustellaan just niinkun kivunarvioinnista et miten pitää tehdä ja näin..”

” kaikkihan me ollaan saatu siit kivusta sellanen oma koulutuksensa ihan sairaanhoitajakoulun myötä”

Kysyttäessä hoitajilta, onko tapoja jolla kivunarvioinnista saisi säännöllistä tulevaisuudessa, hoitajat vastasivat, että joka vuorossa on säännöllinen raportointi. Raportoinnin yhteydessä arvioidaan myös säännöllinen kivunarviointi, jota hoitajat korostivat oleelliseksi asiaksi jokaisessa työvuorossa. Ideaalisena tilanteena pidettiin tilannetta, jossa on tarpeeksi hoitajia suhteessa potilasiin, mikä helpottaisi kipumittareiden säännöllistä hyödyntämistä potilastyössä. Kehitettävänä ideana nostettiin esille myös vaikeasti kommunikoiva potilasryhmä ja kielimuuri hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa.

”...mut ehk simmonen et just vois pitää vaikka jonkun erillisen niinkun kipuluennon muistutuksena sairaanhoitajille...”

” nii taikka ehkä sit jos sellanen vois ku potilas lähtee pois hoitajaksolta nii vois se joskus tehdä semmosen kyselyn et miten kivunhoito osastolla on toteutunut...”

” nii tai et samalla lailla me tehdään potilastyytyväisyyskyselyitä et niin vois tehdä potilaskiputytyväisyyskyselyn...tai joku sellanen”

”...kehittää että jos on just vaik kielimuuri potilaan kanssa et miten sitä kipua pystyis arvioimaan paremmin tai jos on vaikka potilas ketä on kuuro, sokea, mykkä tai muuten ei pysty kommunikoimaan millään tavalla...”

5 Pohdinta

5.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida kivunhoidon toimivuutta ja sen toteutusta vuodeosastolla. Rautava-Nurmi ym. (2015, 84) mukaan kipu on yksilöllisen kokemus ja kaikki potilaan kokemat kivuntuntemukset ovat totta ja ne tulee huomioida kokonaisvaltaisessa hoidossa. Tulosten perusteella voidaan todeta, että osastolla tiedostetaan, että kipu on subjektiivista ja tästä syystä kivunhoidon kirjaamisessa kirjataan se, mitä potilas on itse kertonut kivusta, sen laadusta, paikasta ja voimakkuudesta. Kivunhoidon kirjaamisessa tärkeä osa on myös annettujen kipulääkkeiden kirjaaminen, jotta nähdään, miten potilaan kiputilaan on reagoitu. Jos potilaalta on kysytty kipumittari-arvoa, myös tämä tulee kirjata.

Haastattelussa käy ilmi, että kirjaamisen ja kivunhoidon jatkuvuus ei aina toteudu ideaalisesti. Potilaalta ei välttämättä aina muisteta kysyä kipulääkkeen vaikutuksista ja potilasta ei aina pyydetä kertomaan kipumittarin uusinta arvoa lääkkeen oton jälkeen. Lippincott ym. (2003, 7-8) sanoo, että potilaan hoidossa tehtävät päätökset ovat aina kytköksissä kirjauksiin. Selkeä ja tarkka kirjaus turvaa myös hoitohenkilökunnan selustan.

Osastolla lääkehoito kirjataan aina erillisen punaisen otsikon alle, jolloin nähdään helposti potilaan saamat kipulääkkeet. Muussa kirjaamisessa ei toteudu samalla tavalla yhteneväinen kaava, jonka mukaan kaikki osastolla kirjaisivat. Haastattelussa ilmeni, että otsikoita ei aina ole helppo valita ja hoitohenkilökunnan jäsenet saattavat kirjata kivunhoitoa eri otsikoiden alle, jolloin yhteneväinen tila potilaan kivunhoidosta ei aina tule esille. Varsinkin, jos yhdellä potilaalla esiintyy useammanlaista kipua, haavakipua, pääkipua ja nivelkipua. Eri kipujen takia on tärkeää merkitä mihin kipuun esimerkiksi tarvittava kipulääke on annettu.

Kipulääkkeet mainittiin useasti haastattelussa, mutta psyykkisiä keinoja hallita kipua ei mainittu juuri lainkaan. Vanhaudenhuyse ym. (2018) ovat tutkineet sitä kuinka psyykkiset keinot, kuten terapiat ovat auttaneet kipupotilaita saamaan myös lääkehoidosta parempia tuloksia.

Haastattelussa tuli esille kipumittareiden käyttö potilaslähtöisessä kivunhoidossa. Etenkin hyvin kommunikoivan potilaan kanssa kivun arviointi mittareiden avulla sujuu hyvin ja tätä käytetään kivunhoidon arvioinnissa potilaiden kanssa. Niin kuin Brook ym. (2011, 89) kirjassaan sanoo, on kivun arvioinnissa tärkeintä huomioida potilaan yksilöllisyys ja tulee tietää, miten hyvin potilas

pystyy kommunikoimaan. Osastolla ymmärretään kivun arvioinnin tarkoitus ja sitä tehdään paljon. Osastolla ei kuitenkaan keskitytä niinkään virallisiin kipumittareihin, vaan turvaudutaan potilaan sanalliseen kertomaan siitä, miten potilas kokee kipua juuri sillä hetkellä. Kipumittareista käytetään eniten numeraalista kivunarviointia, sillä se on helpposelkoinen hoitajille ja useimmille potilaille. VRS-asteikolla potilasta pyydetään kuvailemaan kipua sanallisesti. Tätä asteikkoa käytetään esimerkiksi muistamattomilla, joille numeroiden hahmottaminen on hankalaa (Kontinen & Hammen 2015).

Kivunarvioinnissa potilasta pyydetään paikallistamaan kipu, milloin kipu on alkanut, onko se voimistunut, minkä tyyppistä kipu on ja missä tilanteissa sitä esiintyy. Kysymysten sisällöllä on merkitystä. Potilaan kivun yksilöllinen huomiointi ja tarpeen mukainen lääkitseminen mainittiin haastattelussa moneen kertaan. Myös ohjeistuksen tärkeys haluttiin tuoda esille. Tästä määrää myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), jonka mukaan potilaalle on annettava täysi selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista. Kivunhoidon arvioinnissa osaston henkilökunta käyttää apunaan kipumittareita. Palautetta mittareista ei ole potilailta saatu. Potilas on myös esimerkiksi saattanut kokea palautteenannon raskaaksi, jos tilanne ei ole viimeisen kyselyn jälkeen muuttunut. Kokonaisvaltaisissa potilaiden palautekyselyissä ei ole huomioitu palautetta kipumittareista.

Potilaslähtöisen kivunhoidon tärkeys korostuu osastolla. Haastattelussa tuli esille, että osastolla hoidetaan pääsääntöisesti iäkkäitä ja erittäin huonokuntoisia. Kalso ym. (2009, 470-473) ovat todenneet kivunhoidossa ikääntyneiden olevan haastava potilasryhmä, koska esimerkiksi lääkkeiden haittavaikutukset voimistuvat, mikä on oleellinen asia huomioida potilaslähtöisessä kivunhoidossa. Iän myötä monet aistit myös heikkenevät, joka vaikuttaa myös kivunarviointiin.

Myös potilaan voinnin seuraaminen on osa potilaan kivunhoitoa. Potilaiden välillä on eroja siinä, kuinka paljon he tuntevat tarvitsevansa kipulääkkeitä. Osa potilaista on jopa lääkekielteisiä, mikä vaikuttaa kielteisesti hoitoprosessiin. Osa potilaista saattaa sen sijaan jatkuvasti pyytää kipulääkkeitä, jolloin lääkkeen mahdolliset haittavaikutukset tulee osata arvioida potilaskohteisesti.

Osa jo olemassa olevista kipumittareista toimii osastolla, mutta vaikeuksia tuottavat vieraskieliset ja vaikeasti kommunikoivat potilaat, joiden kohdalla kivunarviointi on ainoastaan sairaanhoitajien omakohtaisen tulkinnan varassa potilaan sen hetkisistä kiputuntemuksista. Tänä päivänä monikulttuurisuus on tavallista ja se tulee huomioida myös hoitotyössä. Jos potilaan ja hoitajan välillä on kielimuuri, se vaikuttaa potilaiden kivunarvioinnissa ja siihen toivottiin osastolla tulevaisuudessa parannusta, jotta myös kielellisesti haastavien potilaiden kanssa saataisiin kivunarvioinnista toimivampaa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992/785/1998 sanoo, että jokaisella potilaalla on oikeus hyvään laadulliseen hoitoon ja myös tiedonsaantioikeus

tulee olla taattu. Potilaan hoidon kannalta on tärkeää, että molemmat osapuolet haluavat onnistua vuorovaikutuksessa.

Osastolla hoito on yksilöllisen hoidon näkökulmasta huomioitua ja haastattelussa näkyi halu kehittää kivunhoitoa vielä yksilöllisemmäksi. Potilaat tuntevat kiputuntemukset eri tavoin ja myös kivun voimakkuus eroaa potilaiden keskuudessa. Viitaten Kelo ym. (2015, 53) kivun kokeamiseen vaikuttavat monet eri tekijät, joita ihminen on oppinut ja kokenut elämänsä aikana. Tämän takia hoitajien on osattava arvioida tilanteita ammatillisen osaamisensa kautta.

Ammattiosaaminen kivunhoidossa on osastolla moniammatillista. Moniammatillinen työyhteisön toimivuus korostui haastattelussa, kuten myös sen tärkeä merkitys hoitotyössä. Osaston moniammatillisessa työyhteisössä toimivat sairaanhoitajien lisäksi lääkärit, fysioterapeutit ja kuntohoitajat. Suullinen kommunikaatio ja pohdinta yhdessä kollegoiden ja lääkäreiden kanssa kuuluu jokapäiväiseen kivunhoidon arviointiin.

Hoitajat eivät osastolla ole saaneet erikseen perehdytystä kivunhoitoon, vaan sen ajatellaan olevan osa sairaanhoitajan ammatillista perusosaamista, johon on saatu osaaminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Osaston perehdytykseen kuuluu osaston lääkehoitosuunnitelma. Myös lääkekaappiin ja N-lääkkeisiin on oma perehdytyksensä. Jokainen työssä oleva hoitaja suorittaa viiden vuoden välein LOVE-tentin, jonka avulla varmistetaan hoitajan osaaminen. Kokeen suorittaneella hoitajalla on oikeus lääkittää osaston potilaita. Organisaation taholta järjestetään ajoittain kipupäiviä ja kipuluentoja. Luentojen jälkeen kerrataan opittu asia osastolla. Haastattelussa korostui myös kivunhoidon kouluttautumisessa oma aktiivisuus. Niin kuin myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 15 § sanoo, tulee ammattitoiminnassa soveltaa yleisesti hyväksytyjä menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Myös eri yhteistyötahojen kuten kipupolin ja lääkäreiden merkitykset korostuivat epäselvissä tilanteissa.

5.2 Luotettavuus ja eettisyys

Etiikalla on iso rooli missä tahansa tutkimuksessa. Tutkijan tulee olla tietoinen eettisistä ”säännöistä” jo ennen tutkimuksen aloittamista. (Holloway & Wheeler 2010, 53.) Tutkimusetiikalla varmistetaan hyvä ja luotettava tutkimus. Normit säätelevät tutkimusetiikkaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 362-363.) Eettisen tutkimuksen tulee sisältää tutkittavien henkilöiden intimitteettisuoja ja toimintaympäristönä toimivan organisaation suostumus, luottamuksellisuus ja mahdolliset haittavaikutukset (Paunonen ym. 2006, 44).

Koska tutkimuskohteena on potilaslähtöinen kivunhoito, liittyy tutkimukseen monia eettisiä kysymyksiä, joita pyritään opinnäytetyössä arvioimaan mahdollisemman eettisellä lähestymistavalla. Kysymysten avulla saadaan oleelliset asiat poimittua. Opinnäytetyössä on hyödynnetty tieteeseen pohjautuvaa teoriatietoa ja mahdollisemman monipuolisia lähteitä. Opinnäytetyön

alussa allekirjoitettiin sopimus yhdessä tilaajan kanssa, jolla saatiin lupa suunnitteluvaiheeseen. Koko opinnäytetyön ajan on huolehdittu siitä, että työ on luottamuksellisesti tehty ja toimintaympäristönä toimivan organisaation säännöt on huomioitu.

Tutkimusaihe ei saa loukata ketään. Tutkijan tulee osata arvioida, täyttääkö tutkimus eettiset kriteerit, jotka vastaavat myös tutkijan omia moraalisia käsityksiä. Tiedon saamisessa on harvittava huolellisesti, voitaisiinko tieto saada aikaisemmasta kirjallisuudesta tai vähemmän haavoittuvalta ryhmältä. Tutkimukseen tulee saada suostumus tutkittavilta. Näin tutkija kunnioittaa tutkittavia henkilöitä ja tutkimus on rehellinen. Tutkimuksesta informoidaan etukäteen ja oikeudet kuvataan mahdollisimman totuudenmukaisesti. (Leino-Kilpi ym. 2014, 367-368.)

Tutkijan tulee pitää huoli siitä, että tutkittavilla henkilöillä on koko ajan autonomia, joka mahdollistaa esimerkiksi poistumisen tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Tutkittaville tulee myös selventää, että heillä on oikeus vastata juuri niin kuin haluavat eikä tutkija ei saa johdella kysymyksillään haluamaansa vastaukseen. Lisäksi tutkittavilla on yksityisyysuoja, jonka tutkija takaa tutkittavalle. Tutkimus tehdään luottamuksellisesti niin, ettei yhtäkään tutkittavaa henkilöä ole tunnistettavissa tutkimuksessa. (Holloway & Galvin 2016, 53-54.)

Haastateltavien henkilöiden anonymiteetti on otettu huomioon koko tutkimusprosessin ajan. Ennen haastattelua haastateltavat saivat luettavaksi saatekirjeen, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta. Haastateltavat myös allekirjoittivat suostumuslomakkeet, joiden ehtoihin kuului, että heidän anonymiteettinsa säilyy ja he voivat keskeyttää osallisuutensa missä vaiheessa tutkimusprosessia tahansa. Saatekirje ja suostumuslomake ovat nähtävissä liitteessä 2. Luvan saaminen on tärkeä osa tutkimuksen tekoa. Tutkijan tulee saada lupa haastatella, seurata tai lukea tiedostoja. Virallisen luvan saaminen haastatteluun on edellytys. Se suojaa sekä tutkittavaa että tutkijaa tutkimusprosessissa. (Holloway & Wheeler 2010, 46.)

Koska haastattelu tehtiin ryhmälle, voi tämän tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa ryhmäpaine ja esimerkiksi sen aiheuttama taipumus vastata samalla tavalla kuin työoveri. Eriäviä mielipiteitä saattaa olla vaikea saada. Tosin ryhmähaastattelussa voidaan saada aikaan keskustelua aiheesta, joka auttaa saamaan enemmän aineistoa ja mielipiteitä kuin yksilöhaastattelussa.

Tutkimuksen luotettavuus heikkenee, jos kysymykset haastattelussa ovat liian suppeita, eikä niiden avulla saada tarpeeksi laajaa näkemystä asiaan. Tässä tilanteessa haastattelija on laatinut kysymykset omasta näkökulmastaan parhaiksi ja tutkittavan henkilön näkemykset jäävät vähäisiksi. Tämä vaikuttaa kielteisellä tavalla tutkimuksen luotettavuuteen. (Paunonen ym. 2006, 217.)

Jos tutkimuksen haastattelun teemat ovat siis liian rajattuja, voi jäädä oleellista tietoa saamatta. Jos taas teemat ovat liian väljiä, litterointi ja oleellisen tiedon löytäminen voi olla hankalaa. Teemojen tarkka ja monipuolinen miettiminen haastattelua varten lisää analyysin luotettavuutta ja laatua.

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla osaston neljää sairaanhoitajaa. Hoitajat valikoituivat haastatteluun satunnaisesti. Haastattelu nauhoitettiin. Haastattelun alussa opinnäytetyön tekijät nimesivät anonyymisti henkilöt kirjaimilla A, B, C ja D, jotta hoitajien anonymiteetti säilyisi. Kirjaimista oli myös apua litterointi vaiheessa. Kysymykset tehtiin avoimina ja tutkimukseen liittyvien teemojen mukaan. Haastattelu sujui suunnitelmien mukaan lukuun ottamatta yhtä keskeytystä, jolloin yksi haastateltavista joutui hetkeksi poistumaan.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidessa mietittiin, kuinka luotettavaa aineistoa saatiin kerättyä pelkän haastattelun avulla. Oli tärkeää saada joukko alalla työskenteleviä ihmisiä, joilla oli kiinnostusta kivunhoitoon. Hyvärinen ym. (2017, 114-120) korostaa, että osallistujilla tulisi olla tarpeeksi yleistä tietoutta aiheesta, jotta heidän olisi helppo keskustella siitä. Tähän liittyen pohdittiin, saataisiinko opinnäytetyöhön tarpeeksi monipuolista tietoa, vai jäisikö se liian suppeaksi. Haastateltavat olivat monessa asiassa samaa mieltä vastatessaan kysymyksiin. Toisaalta löytyi myös pieniä erimielisyyksiä, jotka tekivät vastauksista mielenkiintoisempia ja monipuolisempia.

Haastattelun litteroinnissakin voi olla luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä. Kun haastattelu litteroitiin ja sen jälkeen äänite poistettiin, hävisivät myös mahdollisuudet kuunnella haastateltavien äänenpainoja uudelleen. Silloin tekijän oma tulkinta siitä miten haastateltava on sanonut asian saattaa vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin.

Laadullisessa tutkimuksessa on olennaista raportoida ja kuvata selkeästi sekä yksityiskohtaisesti tutkimusmenetelmä ja analysointitapa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusvälineenä toimii tutkija itse, joten raportissa tulee pohtia myös, miten tutkijan oma persoona ja ennako-oletukset vaikuttavat tutkimustuloksiin ja analysointiin. Haastatteluaineisto on luottamuksellista tietoa, joten tutkijoiden on huolehdittava luottamuksellisuuden säilymisestä. Laadullisen tutkimuksen aineisto valitaan harkinnanvaraisesti tutkimuskysymysten mukaan. Tärkeää on löytää mahdollisimman monia erilaisia näkökulmia tutkittavaan asiaan, jotta saadaan monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä ja tutkimuksen luotettavuudesta. Luotettavuuden lisäämiseksi pidetään suotavana, että analysoijia on useampia. Laadullisessa tutkimuksessa tulokset esitetään usein teema-alueina. Tuloksiin voidaan myös liittää suoria lainauksia aineistosta, jotta lukija voi muodostaa käsityksen aineiston laadusta ja analyysin osuvuudesta. (Aira 2005, 1073-1076.)

Luotettavuutta tässä opinnäytetyössä lisäsi se, että tekijöitä oli useampi kuin yksi, jolloin aineiston luotettavuutta voitiin arvioida yhdessä. Analysointivaiheessa molemmat tekijät kävivät

huolellisesti nauhoitetun aineiston läpi, jonka jälkeen tekijät lukivat toistensa tuotokset läpi. Lopullinen versio analysoitiin yhdessä teemakohtaisesti. Teema-analyysi toimi selkeänä menetelmänä opinnäytetyössä.

5.3 Johtopäätökset

Kivunhoitoa arvioidessa potilaan kokonaiskuvan määrittely on osa osaston kivunhoitoa. Potilaiden kiputuntemuksia arvioidaan heille esitettävien kysymysten ja niiden vastausten mukaisesti, mikä näyttää toimivan osastolla hyvin.

Sanallisessa arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota selkeään termien käyttöön, jotta henkilö varmasti ymmärtää sanojen merkityksen. Ikääntyneiden hoidossa hymynaamoihin pohjautuva VAS-jana sopii hyvin kivunarviointiin. (Kelo ym. 2015, 56.)

Kivunhoidon kirjaamisessa käytetään potilaan omia sanoja ja kipulääkkeiden anto kirjataan oman otsikkonsa alle. Osastolla toivotaan lisää otsikoita luokittelemaan erilaista kipua ja että kirjaamisesta saataisiin yhtenäisempää.

Ammattiosaaminen kivunhoidossa toimii pääsääntöisesti todella hyvin osastolla. Moniammatilliseen työyhteisöön kuuluvat sairaanhoitajien lisäksi lääkärit, fysioterapeutit ja kuntohoitajat. Suullinen kommunikaatio yhdessä muiden kollegoiden ja lääkärien kanssa potilaan kivunhoidosta toimii osastolla hyvin ja sen tärkeyttä haluttiin myös haastattelussa nostaa esille.

Opinnäytetyö aloitettiin keväällä 2017 ja se tehtiin parityönä. Työ oli alkuun suunniteltu tehtävän kehitystyönä, jolloin tekijät olisivat itse saaneet enemmän vaikuttaa kivunhoidon kehittämiseen. Työn aihe kuitenkin muuttui kesken suunnitteluvaiheen tilaajan toivomuksesta ja kehitystyö muuttui arvioinniksi, mikä vaikutti opinnäytetyön sisältöön.

Yhteistyö tekijöiden välillä on toiminut hyvin. Opinnäytetyötä on pääasiassa työstetty yhdessä, mutta aihealueita jouduttiin myös jakamaan. Tällöin molemmat kirjoittivat oman osuutensa, jotka lopuksi katsottiin yhdessä läpi. Opinnäytetyö on vienyt enemmän aikaa, kuin olimme osanneet kuvitella. Olemme tyytyväisiä lopputulokseen ja ammatilliseen kehittymiseemme työprosessin myötä. Uskomme saaneemme myös valmiuksia työskennellä jatkossa osana moniammatillista työyhteisöä.

5.4 Tulosten hyödyntäminen

Opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla on mahdollista kehittää osaston kivunhoitoa. Tämä opinnäytetyö voisi toimia mahdollisesti apuna tarvittavien kehittämiskohteiden arvioinnissa. Tulevaisuudessa voisi mahdollisesti tehdä osastokohtaisen kehittämistyön kirjaamisesta ja näin saada yhtenäisempi kirjaamiskäytäntö osastolle. Myös vaikeasti kommunikoiavaa potilasryhmää ja kielimuuria hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa pidettiin hyvinä kohteina jatkotutkimukselle.

Haastattelussa nostettiin esille ehdotus järjestää kysely potilaille heidän hoitojaksonsa päätteeksi, esimerkiksi kivunhoitoon liittyvä potilastyytyväisyyskysely. Kysymyksinä voisi esimerkiksi olla miten potilaan kivunhoito on osastolla toteutunut ja huomioitiinko potilaan kivunhoito yksilöllisesti.

Tuloksissa ilmeni myös hoitajien toivomus osastokohtaiselle kipuluennolle, joka toimisi innoittavana tekijänä työn tekoon. Opinnäytetyön tuloksia voisi hyödyntää apuna kipuluennon suunnittelussa. Jatkotutkimuksena ehdotetaan kivunhoidon arvioinnin kehittämistä vaikeasti kommunikoiden potilaiden kanssa.

Lähteet

Painetut lähteet:

- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. WSOY. Helsinki
- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Brook,P., Pickering,T. and Connell, J. 2011. Oxford handbook of pain management.
- Crome, P., Main, C. & Lally, F. 2014. Pain in older people. Oxford university press. UK.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Jyväskylä.
- Holloway, I. & Galvin, K. 2016. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. Wiley Blackwell. UK.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. Qualitative Reasearch in Nursing and Healthcare. Wiley-Blackwell. UK
- Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Duodecim. Helsinki
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Sanoma Pro Oy. Helsinki
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. WSOY. Helsinki.
- Lippincott, W. & Wilkins. 2003. Skillmasters Better Documentation. 1st edition. Philadelphia.
- Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Otava. Helsinki.
- Molander, G. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Jyväskylä
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki.

Ranta, I. 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Sairaanhoidajaliitto Fioca Oy. Helsinki.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanomapro. Helsinki.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Sähköiset lähteet:

Formisto, K. 2017. Kivun arviointi ja mittaaminen Yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 26.03.2018
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100904/GRADU-1491826398.pdf?...1>

Implemointisuunnitelma: kipu. 2015. käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 03.03.2017 <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/121701/kipu.pdf>

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 17.4.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Duodecim. Viitattu 03.03.2017 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12492.pdf>

Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu 28.02.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Omakanta. 2017. Kanta. Viitattu 17.4.2017
<http://www.kanta.fi/omakanta>

Paakkari, P. 2013. Krooninen (pitkäaikainen) kipu - lääkehoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 03.03.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2017. 7.3 Analyysi ja tulkinta. Kvalimotv. yhteiskuntatieteellinen arkisto. Viitattu 20.06.2017 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html

Soini, P. 2015. Kivun hoitoon sitoutumisen kulmakivet: tieto, aktiivinen itsehoito ja positiivinen asenne. Sic! lääketietoa Fimeasta. Viitattu 06.03.2017 https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kivun-hoitoon-sitoutumisen-kulmakivet

Talvitie, T. & Ruokoniemi, P. 2015 Onnistunut kivunhoito on monen tekijän summa. Sic! lääketietoa Fimeasta. Viitattu 06.03.2017 https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/onnistunut-kivunhoito-on-monen-tekijan-summa

Vanhauthuyse, A., Gillet, A., Malaise, N., Salamun, N., Grosdent, S., Maquet, D., Nyssen, A-S. & Faymonville, M-E. 2018. Psychological interventions influence patients' attitudes and beliefs about their chronic pain. Journal of Traditional and Complementary Medicine. Viitattu 20.04.2018 <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S2225411016302656>

Liitteet

Liite 1: Analysointi.....	37
Liite 2: Saatekirje ja suostumuslomake.....	41

Liite 1: Analysointi

Kivunhoidon kirjaaminen	<p>KIRJATAAN SANALLISESTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuvaillaan potilaan omia kokemuksia - Kirjataan eri otsikoiden alle - Kuvaillaan vapailla sanoilla - Kipu on subjektiivista - tarvittavat lääkkeet kirjataan punaisen otsikon alle - unohtunut antaa lääke kirjataan antamatta jääneeksi - kipumittarin arvoa ei aina kirjata <p>RAPORTOINTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - kirjaukset ovat viesti - tieto välittyy eteenpäin - suullisesti raportoidaan - se on kirjattu, niin se on huomioitu - kirjaukset antavat nopeasti kuvan potilaan tilasta <p>KIRJAAMISEN HAASTEELLISUUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ajanpuute - yhteneväisyys - otsikot joiden alle kirjata
Kivun arviointi	
	<p>KIPUMITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> - VAS-asteikko - visuaalinen käyrä - NRS-kipumittari on eniten käytetty - VRS-kipumittari - kivun voimakkuus - kipumittaria ei välttämättä käytetä - potilasta pyydetään kuvailemaan samaa menetelmää samalla potilaalla - menetelmä päätetty yhdessä potilaan kanssa - kipu arvioidaan päivittäin
Potilaslähtöisyys kivunhoidossa	

	<p>POTILASRYHMÄT</p> <ul style="list-style-type: none"> - iäkkäät - erittäin huonokuntoiset - kipupotilaat - haavapotilaat - ihopotilaat - muistisairaus - joka ei kykenen kommunikoimaan - kuuro, sokea, mykkä - kulttuurimuuri - kielimuuri <p>POTILAIEN KIPU ARVIOIDAAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - pyydetään paikallistamaan - milloin kipu on alkanut - minkälaista kipu on - milloin kipu tuntuu - onko kipu voimistuvaa <p>KIVUNHOITO</p> <ul style="list-style-type: none"> - tarvittavat kipulääkkeet - puudutteet - ennalta ehkäistään - ohjataan - mikä kiputilanne - palautetta - kysymyksillä - vastauksilla - ollaanko saatu tietyllä toimenpiteellä lievitettyä - lääkärin pyynnöstä - potilaan pyynnöstä - suhteellisuus - pyytää lisää - hoito viivästyy - muita haittoja kipulääkkeistä - pitää aina arvioida - moniammatillinen työyhteisö - sairaanhoitajat - fysioterapeutti - konsultoida - kipupolille - tuntee ittensä hirveen kipeäksi - kokonaiskuva <p>LÄÄKKEELLINEN KIVUNHOITO</p> <ul style="list-style-type: none"> - jokasen kipulääkkeen kohdalle - mihin kipuun - saadaan kuva siitä kivuntunteesta - potilaan omasta pyynnöstä - nähdään et hän selkeästi kärsii kivusta - kipukin on tosi henkilökohtainen tunne - tietynlainen ammatillinen silmä kivunarvioinnissa
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - ei voi vähätellä kipua - toiset voi tuntee sen paljon voimakkaammin <p>KIVUN MÄÄRITTELY/TUNTEMUKSET</p> <ul style="list-style-type: none"> - kipuja on erilaisia - toistuvaa - jomottavaa - satunnaista - Vihlova - kuumotusta - punoitusta - ikävä tunne - yöllä - päivällä - levossa - liikkeessä - koko ajan kipeä - harvemmin - pahentunut - pysynyt samana - voimakasta - Haavakipu - Pääkipu - Nivelkipuja - Virhe asennosta johtuvaa - toimenpiteen yhteydessä -
Ammattiosaaminen kivunhoidossa	

	<p>PEREHTYMINEN KIVUNHOITOON</p> <ul style="list-style-type: none">- kuuluu koulutukseen ja ammatillisuuteen- kaikkien mitata sitä kipua- yleinen perehdytys- osastotunti- huonosti luento- ei osastolla perehdytystä kivunhoitoon- osastolla oma lääkehoitosuunnitelman- loppu koulutukset- perehdytys tohon meidän lääkekaappiin ja N kaappiin- potilaskohtaisesti- ihotautienvuodeosastolla <p>TOIMINTATAVAT</p> <ul style="list-style-type: none">- oma aloitteisesti- kipupolille ja kysytty neuvoo- kipulääkkeitä- luento- kivunhoito- lääkehoitosuunnitelma- kommunikaatio- moniammatillinen työyhteisö- keskustelu- kivunarviointi- keskustellaan lääkärin- yleistä linjaa- tapauskohtaista- joka vuorossa- tiedustellaan kipua- raportoidaan- sidoksista- ei saa tuottaa kipua potilaalle- olennainen osa- vassi mittari- kivunhallintatalo <p>MITÄ KIPUA HOIDETAAN</p> <ul style="list-style-type: none">- haavoja <p>TOIVOMUKSIA</p> <ul style="list-style-type: none">- erillinen kipuluento- muistutuksena- tarpeeksi hoitajia suhteessa potilaisiin- potilastyytyväisyyskyselyitä- miten kokenut sen kivunhoidon- kirjataan- kielimuuri- pieni tietoisuus- psykologinen keino- hyvä luennoitsia- uutta intoa työhön
--	---

Liite 2: Saatekirje ja suostumuslomake

SAATEKIRJE
15.11.2017

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme opinnäytetyötä kivunhoidon arvioimisesta vuodeosastolla. Tutkimuksen tavoitteena on tehostaa kipumittarin käyttöä ja kivun sekä sen hoidon kirjaamista.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla 4-5 sairaanhoitajan ryhmää. Haastatteluun varataan aikaa noin 1-1,5 tuntia. Haastattelu tullaan äänittämään. Äänite tullaan hävittämään heti, kun haastattelu on kirjoitettu puhtaaksi. Puhtaaksi kirjoituksen jälkeen haastattelu analysoidaan. Haastattelulla kartoitamme nykytilanteen kivunhoidossa. Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Lähetämme haastattelun teemat teille etukäteen. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin terveisin

Saara Laiho & Miila Markkanen

saara.laiho@student.laurea.fi, miila.markkanen@student.laurea.fi

Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat

SUOSTUMUSLOMAKE
15.11.2017

Olen lukenut yllä olevan saatekirjeen ja olen tietoinen haastattelun tarkoituksesta. Olen tietoinen, että kaikki luovuttamani tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä. Henkilöllisyyteni ei tule esille millään tavalla tutkimuksessa. Allekirjoittamalla tämän liitteen, suostun osalliseksi haastatteluun.

Allekirjoitus, aika ja paikka

nimenselvennys

Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista ja suostumuksen voi peruuttaa halutessa tutkimuksen aikana tai myöhemmin.

Tämä suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, joista toinen jää haastattelutavalle ja toinen opinnäytetyön tekijöille.