

Sari Suvala

KIVUN ARVIOIMINEN JA HOIDON TOTEUTUMINEN
TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA
HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

TIIVISTELMÄ

KIVUN ARVIOIMINEN JA HOIDON TOTEUTUMINEN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Suvala, Sari

Satakunnan ammattikorkeakoulu

hoitotyön koulutusohjelma

huhtikuu 2012

Ohjaaja: Tuliniemi Eija

Sivumäärä: 41

Liitteitä: 7

Asiasanat: Kipu, kivun arviointi, kipupotilaan hoitotyö

Opinnäytetyön aiheena on kipupotilaan hoitotyö terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta. Työ on toteutettu Sastamalan perusturvakuntayhtymälle, Lavian terveyskeskuksen vuodeosastolle. Aihe on tekijälle mielenkiintoinen ja keskusteluissa tuli ilmi, että aiheen kertaukselle on tarvetta. Tutkimusmenetelmänä on käytetty hoitajille osoitettua kyselyä, jossa on kartoitettu hoitohenkilökunnan käsitystä työpaikkansa kipupotilaan hoitotyön laadusta, kipumittarin tai erilaisten kivun arviointimenetelmien käytöstä. Tutkimuksen toivotaan antavan lisää haastetta hoitajille entistä parempaan hoitotyön toteuttamiseen omassa työssään.

Opinnäytetyössä on kirjoitettu ajankohtaista tietoa kivusta ja tämän päivän kivunhoidon suosituksista. Aiheesta on paljon kirjallisuutta ja tietoa saatavilla. Työssä on karistettu lähteiden tarjontaa ja valittu sellaisia aiheita, joista kyseisellä osastolla voi olla apua. Työn tavoitteena on yhtenäistää osastolla toimivien hoitajien kivun arviointimenetelmää ja kiinnittää huomiota heidän omaan suhtautumiseensa hoitaessa kivuliasta potilasta. Vastausaikaa kyselyyn oli kuukausi ja vastausprosentiksi tuli lähes 80%. Tulokset on analysoitu sekä määrällisesti että laadullisesti. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että osastolla työskentelee pitkän työkokemuksen omaavia hoitotyön asiantuntijoita, joilla on halukkuutta kehittää omaa ammattitaitoaan ja parantaa kipupotilaan hoidon laatua. Haasteellisimmiksi asioiksi vastauksissa tuli esiin kivun arviointi ja kivusta kirjaaminen.

ABSTRACT

ASSESSING PAIN AND IMPLEMENTING TREATMENT IN A HEALTH-CARE CENTER BED WARD FROM THE PERSPECTIVE OF NURSES'

Suvala, Sari

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

April 2012

Supervisor Tuliniemi, Eija

Number of pages: 41

Appendices: 7

Keywords: Pain, assessing pain, treating a painful patient

The topic of this thesis is the treatment of pain in the ward of a health-care center from the perspective of nurses. This thesis has been implemented for Saspe, for the bed ward of Lavia's health-care center. The author of this thesis found the topic interesting and realized a need for recapping the topic of treating pain. The research method that was used was a questionnaire for nurses, which mapped out the nurses' perception in regards to the quality of pain treatment in their workplace and the use of pain indicators and assessment criteria. The objective of the research is to challenge nurses to strive to better execution of pain treatment in their work.

The thesis has been written using up-to-date information on pain and recommendations on treating pain. There is plenty of literature and information available on pain and its treatment, and the supply of information has been weeded in order to use sources that are relevant to the bed ward in Lavia. The objective of this thesis is to make the pain assessing process a cohesive entity among nurses in Lavia and to make them pay attention to their own attitude while taking care of a patient in pain. The nurses had one month to answer a questionnaire and the percentage of answered questionnaires was just under 80%. The results were analyzed quantitatively as well as qualitatively. The research results show that the nurses working at the ward have an extensive work history and have the willingness to develop their professional skills and improve the quality of pain treatment in their ward. The most challenging issues according to the questionnaire were assessing pain and recording pain.

SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO	5
1 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
1.1 Kipu ja kivun muodot.....	6
1.2 Kipukokemuksen arviointi	8
2 KIPUPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO.....	11
2.1 Kivun hoito.....	11
2.2.1 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.....	13
2.2 Kipupotilaan hoitotyö.....	15
2.2.1 Hoitajan merkitys kipupotilaan hoidossa.....	15
2.2.1 Kivunhoidon periaatteita ja eettiset kysymykset	16
2.2.3 Kivun kirjaaminen kipupotilaan hoitotyössä	17
2.2.4 Kipuklinikat	18
2.2.5 Kipupotilaan sosiaaliset tukiverkostot ja kipuryhmät.....	19
3 KIPUPOTILAAN HOITOTYÖN HAASTEITA	20
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	21
5 TUTKIMUKSEN METODISET LÄHTÖKOHDAT	21
5.1 Tutkimusmenetelmä	21
5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	22
5.3 Aineiston analysointi	23
5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	24
6 TUTKIMUSTULOKSET	25
6.1 Moniammatillinen yhteistyö.....	25
6.2 Kivunhoidon toteutus	26
6.3 Kivusta kirjaaminen	26
6.4 Kipupotilaan hoitotyö.....	27
6.5 Resurssit kipupotilaan hoitotyössä	27
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	29
LÄHTEET.....	32
LIITTEET	

JOHDANTO

Potilaalla on oikeus saada hyvää ja laadukasta kivunhoitoa. Suomessa on korkeatasoinen ja hyvä koulutus, lääkkeitä, laitteita ja osaamista. Kivunhoito on siitä huolimatta osittain vajaatehoista. Tieto ja taito ovat avaintekijöitä hoitajan tekemässä kivunhoidossa. Taito arvioida ja tulkita kipua kehittyy myös työkokemuksen myötä. Potilaan antamat merkit kivusta eivät aina ole niin yksiselitteisiä. Niitä voi olla vaikea tulkita tai potilas voi jopa salata kipunsa ajatellessaan olevansa vaivaksi tai leimautuvan valittajaksi. (Sainkangas & Savolainen 2010, 17.)

Kivun arviointiin on kehitetty apuvälineitä ja –keinoja. Kipumittarin käyttö on suositeltavaa kaikissa potilaita hoitavissa yksiköissä. Kun kivunhoidon tarve on määritelty, on potilasta helpompi hoitaa ja tehdä hoitosuunnitelma. Kirjaaminen kaikissa kivunhoidon vaiheissa on ehdottoman tärkeää. Sanonta, ”mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty”, pätee myös kivun hoidossa. Sekä hoitajan että potilaan asenteet vaikuttavat kipuun. Potilas voi ajatella, että kipu kuuluu vanhuuteen ja se on hyväksyttävä oire. Hoitajan tulee luoda olemuksellaan potilaaseen luotettava hoitosuhde ja rohkaistava ilmaisemaan kipujansa. (Vainio 2009, 112-113.)

Opinnäytetyön aihe syntyi opinnäytetyöntekijän työskennellessä sijaisena Lavian terveyskeskuksen vuodeosastolla. Työyhteisön keskusteluissa ilmeni, että kivunhoitoon osastolla voisi hoitotyössä kiinnittää enemmän huomiota ja sitä voisi kehittää. Etenkin kivunarviointi ja kivusta kirjaaminen koetaan haasteelliseksi. Tutkimuksessa käytetyllä kyselylomakkeella hoitajilla oli mahdollisuus tuoda esille oma näkemyksensä työyksikössä toteutuvasta kivunhoidosta ja kertoa nimettömänä toivomuksia hoitotyön parantamiseksi kipupotilaan hoidossa.

1 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

1.1 Kipu ja kivun muodot

Kansainvälinen kivunhoitoyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio. Kipu alkaa aina akuuttina ja pitkään jatkuessaan se voi kroonistua. Suomessa on saatavilla kaikki palliatiivisessa hoidossa tarvittavat lääkkeet, laitteet ja tietotaito. Hyvä kivun ja muiden oireiden hoito syöpä- ja muissa sairauksissa ei ole ylellisyyttä, vaan potilaan perusoikeus. (Pitkälä 2006, 4.)

Jatkuva kipu hallitsee elämää ja ajatuksia. Kipu vaikuttaa vahvasti ihmisen elämänlaatuun. Se aiheuttaa sosiaalista eristäytyneisyyttä, pelkoa, masennusta, univaikeuksia, liikkumattomuutta ja toimintakyvyn heikkenemistä. Yleensä kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että kaikkein iäkkäimpien, erityisesti naisten, vähemmistöjen, dementiaa sairastavien ja laitoksissa asuvien vanhusten kivunhoito on heikommin hoidettua kuin muilla. Kivun alihoitoon on useita syitä, jotka ovat osin hoidon ammattilaisista johtuvia ja osin ikäihmisen omia valintoja. (Pitkälä 2006, 4-5.) Kipu jaetaan yleisesti akuuttiin ja krooniseen kipuun sen keston mukaan. Lisäksi voidaan erottaa subakuutti kipu, joka on kestoltaan yli kuusi viikkoa, mutta alle kroonisen kivun aikarajan. Nykyisen neurofysiologian mukaan kipu pitäisi erottaa mieluummin mekanismin kuin keston perusteella. (Järvimäki 2010.)

Akuutti kipu

Akuutilla kivulla eli äkillisellä kivulla tarkoitetaan ohimenevää kipua, joka on usein seurausta elimistöön kohdistuvasta voimakkaasta ulkoisesta ärsykkeestä, vaurioista, vammasta tai elinten toimintahäiriöstä. Akuutti kipu voi olla elintärkeä, koska se varoittaa kehoamme ja hyvinvointiamme uhkaavasta vaarasta. Sen tehtävä on viestittää, että jotain on vialla. Akuutin kivun lievittäminen lääketieteellisin keinoin onnistuu useimmiten hyvin. Suurin osa elimistön akuuteista vaurioista, niihin liittyvät tulehdusreaktiot ja

elimistön toimintahäiriöt paranevat joko itsestään tai levolla ja lääkkeillä. (Finne-Soveri & Noro 2005, 7.)

Krooninen kipu

Krooninen kipu voidaan jaotella lääketieteessä patofysiologian mukaan *kudosvauriokipuun eli nosiseptinen, hermovauriokipuun eli neuropaattinen tai tuntemattomasta syystä johtuvaan kipuun eli idiopaattinen kipu*. (Kalso, Haanpää & Vainio 2002, 88). Sisäelinperäinen kipu syntyy rintaontelon, vatsaontelon tai lantion alueen elinten venytyksestä, painuksiin joutumisesta tai vaurioitumisesta. Kipu on usein syvää, puristavaa, krampinomaista tai koliikkimaista. Kipu on vaikeasti paikannettavissa ja kipuun saattaa liittyä säteilyä esimerkiksi hartioihin, selkään tai raajoihin. Kipuun voi liittyä myös pahoinvointia tai oksentelua. (Huotari 2004.)

Hermoperäisen kivun taustalla on hermojen vaurioituminen tai venyntyminen. Kipu on usein polttavaa, puristavaa, viiltävää, terävää, sähköiskumaista tai tuikkivaa. Kipu saattaa säteillä joko vartalolle tai raajoihin. Hermoperäinen kipu saattaa myös pahentua kohtauksittain. Kipua aiheuttaa lisäksi leikkaus, sädehoito tai solusalpaajahoito. Hermoperäiseen kipuun liittyy usein myös tuntoaistin ja lihasvoiman muutoksia. (Huotari 2007.)

Moniammatillisuus korostuu osana kivunhoidon toteuttamista voimakkaasti. Erityisesti kivun ollessa kroonista on kannattavaa hyödyntää hoidon osana moniammatillisuutta. Ammattiryhmien yhdistäessä voimavaransa ja tietonsa, voidaan osaamista käyttää potilaan parhaaksi, sillä yksittäinen ammattiryhmä ei kykene hoitamaan kipupotilasta kokonaisvaltaisesti. (Pohjolainen 2009, 259.) Kipu kytkeytyy usein myös unettomuuteen ja masentuneisuuteen. Unettomuudella voi olla vaikutusta kiputilaan sitä vaikeuttaen. Väsyneisyys, joka unettomuudesta seuraa, saa kivun tuntumaan voimakkaammalta. (Elomaa & Estlander 2009, 112-113.) Kivut vaikuttavat myös kuntoutuksen viivästymiseen sekä näkyvät ikääntyneen aliravitsemuksena ja käyttäytymisen häiriöinä. (Horgas 2003, 162). Kuntoutumisen viivästyminen näkyy arkipäivän hoitotyössä ja pitkittää ikääntyneen potilaan toipumista ja siirtymistä sairaalahoidosta kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Kroonisen kivun syynä voi olla tuki- ja liikuntaelimistön sekä verenkiertoelimistön rappeutuminen, jotka liittyvät vanhenemiseen. Kroonista kipua

voivat ylläpitää muun muassa aviopuolison tai sosiaalisen aseman menetys, masennus tai muut sairaudet. Kipuna saattavat ilmetä sosiaalinen eristäytyminen ja yksinäisyys, jolloin kontaktia muihin ihmisiin haetaan kivun avulla. (Kalso 2009, 472.)

1.2 Kipukokemuksen arviointi

Riittämättömän kivunlievityksen syynä saattaa olla puuttuva kivun arviointi tai henkilökunnan ja potilaan arvioinnin erot. Verrattaessa hoitohenkilökunnan arviota potilaan omaan käsitykseen, henkilökunta on usein arvioinut potilaan kivun voimakkuuden matalammaksi. Potilaan ilmoittaessa hänellä olevan kipuja, on henkilökunnan velvollisuus hyväksyä arvio ja huolehtia asianmukaisesta hoidosta. Kivun voimakkuuden arviointi on usein vuorovaikutustilanne potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Tähän tilanteeseen saattavat vaikuttaa sekä potilaan että henkilökunnan kipuun ja kivunhoitoon liittyvät asenteet tai ennakkoluulot. Nämä voivat vaikuttaa myös hoidon lopputulokseen, jos esimerkiksi potilas ei halua valittaa tai vaivata henkilökuntaa. Hän olettaa kivun "kuuluvan asiaan" tai pelkää lääkeaineriippuvuutta tai oman kontrollin menettämistä. (Sainkangas & Savolainen, 2010, 24-25.)

Kivunhoidon arvioinnin osana voidaan hyödyntää potilastietojärjestelmiin tehtyjä kirjauksia kivunhoidosta, jotta voidaan verrata kivunhoidon keinojen käyttöä ja niiden avulla saatuja tuloksia pitkällä aikavälillä. Kivun arviointia ja kivunhoidon vaikutusta kirjataan usein puutteellisesti (Kankkunen, Palviainen & Suominen 2005, 32.) Kivun arviointiin käytetty mittaamistapa tulisi olla yhtenäinen, jolloin tulos voidaan luotettavasti kirjata ja potilas saa riittävän hoidon. Lääkäreitä voidaan konsultoida paremmin, kun kirjaaminen on ollut selkeää ja jatkuvaa. Kirjaamisen perusteella voidaan myös arvioida, onko kivunhoito ollut riittävää. (Sailo 2000, 98-99.)

Kipu on siis toisaalta puhtaasti neurofysiologinen, toisaalta kokemuksellinen ilmiö. Moderni kipututkimus on auttanut ymmärtämään, millä tavalla kipusignaalit välittyvät hermostossa. Kuitenkin kiputuntemus riippuu aina tilanteesta, jossa se koetaan. Fysiologiset mittaukset kertovat vain vähän kivun kokemisesta. Tässä kipu eroaa esimerkiksi verensokerin mittaamisesta, josta laboratoriotutkimus antaa paljon paremman informaation.

tion kuin ihmisen oma käsitys. Kipu on henkilökohtainen, yksilöllinen kokemus, jota on vaikea välittää toiselle ihmiselle. Toinen ihminen ei voi tietää, miltä kipua kokevasta henkilöstä tuntuu, ellei hän ole itse kokenut juuri samanlaista kipua. Kivun mittaamiseen ei myöskään ole suoraa menetelmää, vaan kivun mittaaminen perustuu aina ihmisen omaan ilmoitukseen kivustaan. Silti kipua voidaan mitata. Haasteellista on, miten kipua arvioidaan kommunikointikyvyiltään rajoittuneiden ikääntyneiden kohdalla. (McClagherty 2002, 58; Blomqvist 2003, 581, Yonan & Wegener 2003, 7.)

Kommunikointikykyä voi osaltaan rajoittaa kognitiivisten taitojen heikkeneminen. Kognitiivisilta kyvyiltään heikoimmat ikääntyneet eivät kykene muistamaan ja raportoimaan kivuistaan. (Horgas 2003, 162.) Kun häiriöt ovat niin vaikeita että kipumittarinen käyttö ei onnistu, arvioidaan kipua ikääntyneen potilaan käytöksestä (Yonan & Wegener 2003, 7). Käyttäytymisestä voidaan havainnoida kiputuntemuksia; kasvojen ilmeitä, levottomuutta, hampaiden kirskutusta tai ääntelyä (Closs 2005, 42; Finne-Soveri & Noro 2005, 28). Erityisesti kivun ollessa kroonista, kannattaa moniammatillisuutta hyödyntää. Ammattiryhmien yhdistäessä voimavaransa ja tietonsa, voidaan osaamista käyttää potilaan parhaaksi, sillä yksittäinen ammattiryhmä ei kykene hoitamaan kipupotilasta kokonaisvaltaisesti. (Pohjolainen 2009, 259.)

Usein hoitajien ja lääkäreiden asenteet ohjaavat kivunhoitoa, vaikka kivunhoidon lähtökohtien tulisi olla potilaan tarpeissa. Ikääntyneiden potilaiden hahmottaminen yhtenä ryhmänä aiheuttaa sen, ettei kivunlievittämisen keinoja käytetä yksilöllisen tilanteen mukaisesti. (Blomqvist 2003, 581.) Yleisesti saatetaan ymmärtää myös väärin, että iäkkäät kestäisivät kipua paremmin (Mc Clagherty 2002, 58). Hoitajat ja lääkärit eivät aina ota tosissaan ikääntyneen kertomaa kipua ja tällainen asenne voi johtaa kivunhoidon laiminlyöntiin. Ikääntyneen potilaan kohdalla on tärkeää, että potilasta itseään kuunnellaan kivunhoitokeinoa valitessa, jotta potilas kokee, että hänet otetaan huomioon, häntä kuunnellaan ja arvostetaan yksilönä. Asenteet muodostavat haasteen ikääntyneiden kivunhoidossa. Tulee huomioida, että henkilökunnan lisäksi myös potilailla on erilaisia vähätteleviä asenteita liittyen kivun kokemiseen ja hoitamiseen. Keskustelu asenteista voisi auttaa niiden tunnistamisessa ja niihin liittyvien ongelmien ratkaisemisessa. Myös asenteisiin vaikuttavaa koulutusta tulisi toteuttaa hoitohenkilökunnalle. (Sainkangas & Savolainen 2010, 18.)

Kipumittarit

Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia luokittelumittareita, joiden avulla voidaan yhdenmukaistaa kivun tulkintaa (Liite 2) (Salanterä, Hovi & Routasalo 2000, 21). Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalianalogiasteikko eli VAS. VAS on yleistymässä Suomessa ja se koetaan melko luotettavana kivun voimakkuuden mittarina. Yleisesti sitä käytetään postoperatiivisen kivun mittaamisessa. Janan rajoitus on siinä, että potilaat eivät käytä keskiosaa, vaan kuvaavat kipua pelkästään janan alku- tai loppuosioissa. Tämä johtuu siitä, että janassa ei ole selkeää asteikkoa. Potilaat kokevat, että äärimmäinen arvo "pahin mahdollinen kipu" on liian voimakas ilmaisu ja siksi koetaan että "sietämättömän voimakas kipu" on käytettävien pahin termi. (Salanterä ym. 2006, 86). Mittari on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasemmassa päässä on 0, "ei kipua" ja oikeassa 10, "pahin mahdollinen kipu". Oikein käytettynä potilas merkitsee janaan kohdan, joka vastaa hänen senhetkisen kipunsa voimakkuutta näiden kahden ääripään välillä.

Lasten kipua mitataan usein kipukasvomittarilla (Pain Faces Scale). Kipuun liittyviä tuntemuksia voidaan arvioida lapsen kehitysvaiheen perusteella (Salanterä, ym. 2000, 22.) PFS sisältää kuusi tai seitsemän erilaista kasvokuvaa iloisesta surulliseen ja niistä potilas voi näyttää niitä kasvoja, jotka parhaiten kuvaavat hänen kiputilaansa. Lisäksi voidaan käyttää myös sanallista kipuasteikkoa. Kasvoasteikkoa voidaan myös käyttää kehitysvammaisten ja vanhusten kivun arvioinnissa, mikäli se helpottaa kivun arviointia hoitotyössä.

Numeerinen kipumittari antaa tilastollisesti analysoitavaa tietoa. Tämä mittari sopii sellaisille potilaille, jotka haluavat täsmällistä ja luotettavaa kivun mittausta. Potilaat käyttävät tätä mittaria mieluummin kuin kipujanaa. Numeerinen kipumittari sisältää asteikon nolasta sataan tai nolasta kymmeneen. Potilaat kokevat vaikeaksi arvioida kivun voimakkuuden eroa esimerkiksi arvojen 4- 6 välillä. Hoitajat lääkitsevät potilaiden mielestä liian karkean asteikon avulla (Salanterä ym. 2006, 86).

Sanallinen kipumittari eli VRS, (Verbal Rating Scale) kuvaa kivun voimakkuutta termein "ei lainkaan kipua, lievää kipua, kohtalaista kipua, kovaa kipua, hyvin kovaa ki-

pua, sietämätöntä kipua”. Tällä kipumittarilla potilas voi ilmaista kipua sensorisia ja tunneperäisiä piirteitä käyttäen (Sailo 2000, 97-110.)

2 KIPUPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO

Hyvällä hoitosuunnitelmalla pystytään vaikuttamaan kivun hoitotyön toteuttamiseen. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti potilaan hoidon tarpeen lähtökohdista, johon osallistuu potilaan hoidossa mukana oleva moniammatillinen työryhmä, potilas itse ja mahdollisesti hänen omaisensa. Sovituista asioista tehdään kirjallinen suunnitelma, miten hoito kokonaisuutena aiotaan toteuttaa. Mitä arviointimenetelmiä käytetään, miten kivusta kirjataan ja raportoidaan. Miten kivunhoidon ja hoitotyön onnistumista arvioidaan. Ammatillinen taito havainnoida potilaan käyttäytymistä ja olemusta kehittyä kokemuksen myötä. Hoitajan ammattitaitoon katsotaan kuuluvan sen, ettei hoitotoimien yhteydessä aiheuta potilaalle kipua. Potilaiden kivunhoidon hahmottaminen hoitajien näkökulmasta tukeutuu kirjauksiin, hoitajien läsnäolon vaihdellessa työvuorojen mukaan. (Sailo 2000, 98-99.)

2.1 Kivun hoito

Kivun hoito, erityisesti kroonisen kivun hoito on haasteellista ja vaikeaa monista eri hoitovaihtoehtoista huolimatta. Kun kipu on jatkunut pitkään ja muuttunut krooniseksi, on kudosisaurion aiheuttaman kivun lisäksi kiputunteuksissa mukana myös toissijaisia tekijöitä. Kipuun liittyy usein erilaisia tunnetiloja. Kiputunteus jättää aina muistijäljet keskushermoston kipuratoihin ja kipuaivokuorelle. Jos kipua ei saada hallintaan ja se pitkittyy, sitä voimakkaammin kipujäljet jäävät muistiin kipuratoihin ja kivunhoito vaikeutuu. (Aho Nieminen, 2001.)

Lääkehoito on tärkein ja eniten käytetty kivun hoitomenetelmä. Kipulääkkeellä tarkoitetaan sellaista lääkelaisissa määriteltyä valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä kipua. Kipulääke saattaa sisältää yhtä tai useampaa vaikuttavaa lääkeainetta. (Salanterä ym. 2006,107.) Hoitajan tulee osata tunnistaa riippuvuus kivunhoitolääkkeeseen ja erottaa se kipulääkkeen oikeasta tarpeesta. Kivun säännöllinen mittaaminen ja kirjaaminen on tärkeää. Lääkitys valitaan kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaan. Annos määritetään vasteen mukaan yksilöllisesti. Pitkäaikaisessa kivussa lääkitystä annetaan säännöllisesti. Hoitohenkilökunnan tulee kirjata arvioinnit lääkkeen tarpeesta ja vaikutuksesta, jotta voidaan seurata auttaako kipulääke. Lääkäri pystyy merkintöjen avulla tekemään kipulääkitykseen muutoksia. Kipua tulee pyrkiä ehkäistä, ei odottaa sen tulemistä. (Vainio, 2009). Ikääntyneet käyttävät kipulääkkeitä usein liian vähän, koska heillä on liioiteltuja pelkoja niiden aiheuttamista haittavaikutuksista ja riippuvuuden kehittymisestä. Ikääntyneiden tieto kipulääkkeistä on usein puutteellista ja virheellistä. (Cowan, Fitzpatrica, While & Baldwin 2002, 294; Yonan & Wegener 2003, 6.)

Vahvat kipulääkkeet saattavat aiheuttaa ikääntyneelle potilaalle toimintakyvyn laskua ja sivuoireita, esimerkiksi väsymystä, sekavuutta, ummetusta ja pahoinvointia. Vahva kipulääkitys saattaa aiheuttaa myös tasapainon häiriöitä. Hoitajan on tunnistettava, käyttäkö potilas kipulääkitystä väärin, esimerkiksi pyytämällä lääkettä eri tarkoitukseen kuin mihin se oikeasti alun perin on määrätty. Potilas saattaa pyytää vahvaa kipulääkettä vain siksi, että on tottunut pyytämään lääkettä. Kyse on tällöin tottumuksesta. Kipuvoiteita saatetaan käyttää liikaa, toisinaan ikääntyneet käyttävät niitä kuten perusvoiteita. Kipuvoiteen oikea tarve on huomioitava, jotta saadaan hyödynnettyä kipuvoiteiden ominaisuudet osana kivunhoitoa. (Iivanainen, Jauhiainen, Pikkarainen 2002, 178–180.) Kipuja kannattaa hoitaa tehokkaasti heti niiden ilmaannuttua eikä odottaa, että ne pahenevat sietämättömiksi. Kipulääkkeet tehoavat parhaiten, kun niitä nautitaan säännöllisesti eikä vain tarvittaessa pahimpaan kipuun: kivun ennaltaehkäisy on helpompaa kuin sietämättömän kivun niskan päälle pääseminen.

Syöpään liittyvien kipujen lääkehoidossa noudatetaan WHO:n porrasteista hoitokaaviota (Liite 3). Periaatteena on nauttia kipulääkettä suun kautta, säännöllisesti ja kellon ympäri niin, että kipu pysyy poissa koko vuorokauden. Lievään

kudosvauriokipuun käytetään tulehduskipulääkettä, keskivaikeassa kivussa lääkitykseen lisätään keskivahva opioidi. Vaikeaan syöpäkipuun käytetään tulehduskipulääkkeen ja vahvan opioidin yhdistelmää. Jos mukana on hermokipua, liitetään lääkitykseen vielä joko trisyklinen masennuslääke tai epilepsialääke. Hoito on yksilöllistä ja se on räätälöitävä jokaiselle potilaalle erikseen. Sopivan lääkeannoksen löytämistä helpottaa kivun mittaaminen muutaman kerran päivässä kokeiluvaiheen aikana. Periaatteena on jälleen aloittaa lääkitys pienellä annoksella, jota suurennetaan vähitellen, kunnes saadaan aikaan hyvä kivunlievitys. Oikeaa lääkettä ja annosta ei aina löydy ensi kokeilulla, vaan valmistetta voidaan joutua vaihtamaan. Opioidit aiheuttavat monelle potilaalle väsymystä ja pahoinvointia ensimmäisinä päivinä, mutta elimistön tottuessa lääkkeeseen nämä haittavaikutukset jäävät pois. Jos pahoinvointi jatkuu, sitä voidaan helpottaa sopivalla lääkityksellä. Ummetusvaikutus on pysyvä ja tulee kaikille potilaille. Mikäli ravintojärjestelyt (riittävästi nestettä, hedelmiä, kuituja) eivät ole riittävä apu, vatsan toimintaa tulee helpottaa ulostuslääkkeillä. (Iivanainen & ym. 2002, 180.)

2.2.1 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Tavallisin hoitotyön auttamismenetelmä kivun vähentämiseksi on potilaan auttaminen tai ohjaaminen parhaaseen mahdolliseen asentoon ja asennon vaihtaminen potilaan toiveiden mukaisesti. Kipupotilaan omat kyvyt ja mahdollisuudet liikkua tulee huomioida. *Asentohoidolla* voidaan pyrkiä estämään tai vähentämään kipuja, edistämään elintoimintoja, erityisesti hengitystä ja verenkiertoa sekä estämään nivelten virheasentoja ja ihovaurioiden syntymistä. Asentohoidon apuna voidaan käyttää erilaisia tyynyjä tai tukia helpottamaan potilaan oloa. Asennoissa tulee ottaa huomioon potilaan sairauden tai vamman aiheuttamat rajoitukset. Erilaisia asentoja ovat esimerkiksi selinmakuu, päinmakuu tai kylkimakuu. (Iivanainen, ym. 2002, 178–180.) Kivunhoidossa tulisi huomioida myös *psykkisistä syistä* johtuvat kiputuntemukset. Kivun johtuessa psykkisistä syistä, kipulääkkeen sijaan apua voi antaa esimerkiksi musiikki tai jokin muu, joka saa ajatukset kohdistumaan johonkin muuhun asiaan kuin kivun ajatteluun. Kivunhallintaa helpottaa, jos mahdollinen masennus havaitaan ja hoidetaan varhaisessa vaiheessa. (Gloth 2001, 188-189.)

Lääkkeettömään kivunhoitoon kuuluvat *fysikaalinen hoito* sekä käyttäytymiseen vaikuttavat hoitomuodot. Fysikaalista hoitoa ovat *lämpö- ja kylmähoito, hieronta* sekä *liikunta*. Käyttäytymiseen vaikuttavassa hoidossa pyritään muuttamaan yksilön suhtautumista kipuun ja kivun hallitsemiseen. Keinoina käytetään *rentoutumista* ja *hypnoosia*. (Horgas 2003, 164.) Sekä terveydenhuollon ammattilaiset että ikääntyneet potilaat aliarvioivat lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vaikutuksia, joten niitä käytetään suhteellisen vähän (Yonan & Wegener 2003, 9). Kipupotilaan on hyvä huomioida myös ruokavalionsa. Ruokavaliossa tärkeää on tasapaino, sopiva kalorimäärä sekä tuoreet vihannekset ja hedelmät. Tutkimusten mukaan minkään ruoka-aineen ei ole todettu vähentävän kipua, mutta sopivan ja mieltymysten mukaisen ravinnon saanti voi antaa mielihyvää ja saattaa hetkellisesti poistaa kivun tunnetta. Potilaalla tulisi olla säännölliset ruokailuajat ja ruokahetkien tulisi olla rauhallisia. Ruokailujen jälkeen olisi hyvä pitää pieni lepoetki, jolloin ruoansulatus helpottuu. Kipu saattaa vaikuttaa kipupotilaan syömistapoihin. Hän voi joko menettää ruokahalunsa tai hänen ruokahalunsa kasvaa. (Vainio 2004, 131.) Terveilläkin ihmisillä unen puute näyttää lisäävän lihaskipuja. Aivorungon raphe-tumake, joka on mukana kivun säätelyssä, estää kipuärsyksiä saapumasta aivoihin unen aikana ja suojelee näin unta estäen pieniä kipuja herättämästä ihmistä. Hyvä kivun hoito parantaa myös unta, ja vastaavasti unettomuuden hoito lievittää myös kipuja. (Vainio 2009.)

Kivun lievitykseen käytetään erilaisia fysikaalisia hoitoja. Tunnetuin niistä on tensiohoito eli transkutaaninen hermostimulaattori, jolla annetaan sähköä ihon pinnalle asetettujen elektrodien kautta. Tavallinen hieronta ja akupunktio ovat kokeilemisen arvoisia hoitoja. Hermokudoksen käsittely ja manuaalinen lymfaterapia saattavat olla hyvä hoitoyhdistelmä hermoperäisessä säteilykivussa. Vyöhyketerapian peruseriaatteena on, että koko keho heijastuu pienoiskoossa muun muassa jalkapohjiin. Vyöhyketerapia perustuu jalkapohjissa ja koko keholla oleviin heijasteisiin sekä toimintapisteisiin ja energiakanaviin. Tietyn vyöhykkeen ärsyttäminen jalkapohjassa saa aikaan fysiologisia muutoksia samassa vyöhykkeessä muualla kehossa. (Dewar 2006, 33-35.) Kivunhoidossa vyöhyketerapian vaikutus perustuu elimistön endorfiinien tuotannon aktivoitumiseen. Kudosta painetaan voimakkaasti sormilla tai peukalolla pyörittävällä liikkeellä. Pisteiden painaminen voi tuottaa kipua, mutta lopputulos on silti rentouttava.

Kipua hoidettaessa tulisi ottaa huomioon myös psyykkisistä syistä johtuvat kiputuntemukset. Psykososiaalinen puoli tulisi huomioida kivunhallinnassa, sillä joillekin potilaille hoitajan tapaaminen voi olla yksi harvoista kontakteista, etenkin potilaan ollessa masentunut ja eristäytynyt. (Dewar, 2006, 36-38.) Hoitajan kanssa keskusteleminen ja vuorovaikutus saattavat jo osittain vaikuttaa kivun ilmenemismuotoihin. Kivusta keskusteleminen vaikuttaa yksilön käsitykseen omasta tilastaan. Kivun keskeistä asemaa ikääntyneen elämässä vähentävät aktiivisuuden ylläpito ja virikkeiden tarjoaminen (Kalso 2009, 474). Kaiken kaikkiaan kivunhoidon keinoja tulee kehittää vastaisuudessa. Kaikki tekeminen ja muutos ympäristössä, mikä potilaasta tuntuu hyvältä, voi edesauttaa myös kivunhallinnassa. Etenkin kroonisen kivun hoidossa ei pyritäkään kivun täydelliseen poistoon, koska sitä harvoin saavutetaan, vaan tärkeintä olisi, että henkilö oppisi myös menetelmiä ja keinoja kivun ja kehonsa hallintaan, jotta eläminen kipujen kanssa olisi siedettävää. Tarvitaan erilaisia hoitokombinaatioita, useampia eri terapiamenetelmiä ja jopa kipulääkkeiden yhdistämistä. Kivun hoito on vaativaa yhteistyötä eri ammattiryhmien ja potilaan välillä. Tarkka potilaan tutkiminen, röntgen ja muut kuvantamismenetelmät sekä laboratoriotutkimukset täydentävät toisiaan. Hyvin usein tarvitaan laaja-alainen ja moniammatillinen työryhmä suunnittelemaan kipupotilaan hoitoa. (Krooninen kipu 2008.)

2.2 Kipupotilaan hoitotyö

2.2.1 Hoitajan merkitys kipupotilaan hoidossa

Hoitajan läsnäolo luo potilaille turvallisuuden tunteen. Hoitajien vuorovaikutustaidot koetaan tärkeiksi potilaan hoidossa. Tärkeää on myös se, että hoitajat hyväksyvät potilaan yksilölliset tunteet. Sairaanhoitajalla täytyy olla hyvät tiedot kivusta ja sen hoidosta sekä myönteinen asennoituminen tehokkaaseen kivunhoitoon. Lisäksi on tärkeää että, hoitajalla on kykyä moniammatilliseen yhteistyöhön ja riittävästi aikaa potilaan subjek-

tiivisten tuntemusten kuuntelemiseen ja selvittämiseen. Hoitajan keinot toteuttaa hyvää kivunhoitoa ovat farmakologisen hoidon toteuttaminen ja arviointi sekä hoitotyön ei-farmakologisten kivunlievitysmenetelmien käyttö.

Vaikkakin kivunlievityksen paras keino olisi riittävä kipulääkitys, kipua lievittää myös huumori, keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa, kosketus sekä uni. Potilaille on tärkeää saada riittävästi tietoa kivun hoidosta, erilaisista kipulääkkeistä sekä kivunlievityksen menetelmistä. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu potilaiden kärsimyksen lievittäminen. Hänen tulee tukea ja auttaa potilasta selviytymään kivusta ja näin edistää hänen hyvää oloa. Kivun hoitamatta jättäminen on eettisesti ja juridisesti väärin, hoitajan tehtävänä on toimia potilaan asianajajana. Hoitajan tulee kuunnella ja havainnoida potilasta ja hänen subjektiivista kokemustaan kivusta. Kivun kokemiseen ja ilmaisemiseen vaikuttaa potilaan subjektiivisen kokemuksen lisäksi sukupuoli, ikä, koulutus, sosiaaliluokka ja kulttuuritausta. Kipua ilmaistaan joissakin kulttuureissa hyvin äänekkäästi ja toisissa taas kipua kärsitään hiljaa. Erilainen kulttuuritausta voi johtaa väärinkäsityksiin arvioitaessa kipua ja sen voimakkuutta. (Kuvaja & Solin-Laakkonen 2007, 18-22.)

2.2.1 Kivunhoidon periaatteita ja eettiset kysymykset

Onnistuneen kivun hoitotyön edellytyksenä on motivoitunut, ajatteleva ja tietävä hoitaja. Ei riitä että potilas osaa kertoa kivustaan, vaan hoitajalla tulee olla valmiudet kivun hoitotyön toteutukseen. Tietoa hyvästä kivunhoidosta on tarjolla paljon, mutta välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen kivunhoitoon sekä eri ammattiryhmien yhteistyön puute, estävät kivun hoitotyön onnistumista. Sairaalassa ja erilaisissa hoitoyksiköissä voidaan tehdä paljon kivun hoidon onnistumisen hyväksi. Selkeä vastuu- ja tehtävänjako, ajantasaiset ohjeet kivunhoidon toteutukselle, yhdenmukaiset kivun arviointimenetelmät, asianmukaiset lääke- ja hoitovälineet, riittävä koulutus ja määritellyt minimilaatukriteerit sekä niiden seuranta, edesauttavat kivunhoidon onnistumista. Hoitajien tulee tuntea kivun arviointiin ja hoitoon suunnitellut apuvälineet, osata käyttää niitä ja esitellä välineet niitä tarvitseville potilaille. (Salanterä ym. 2006, 11, 15–16.) Keskeisiä arvoja ammattieettisissä ohjeissa ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Hoidon tulee pohjau-

tua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen. Luottamuksellisten tietojen salassapitoa, kollegiaalisuutta ja muiden ammattiryhmien kunnioittamista korostetaan. Myös omasta hyvinvoinnista huolehtiminen ja omien rajojen tunnistaminen on eettisesti tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.)

Suomessa sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. (Sairaanhoitajaliitto ry. 1996.)

2.2.3 Kivun kirjaaminen kipupotilaan hoitotyössä

Säännöllinen ja asianmukaisesti toteutettu kirjaaminen on edellytyksenä potilaan hoidon jatkuvuudelle, hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Kivun kirjaaminen on tärkeä osa laadukkaasta kivunhoidosta. Kirjaamisen avulla hoitohenkilökunta kertoo toisilleen, mitä hoitoa potilaalle on annettu, miten se on auttanut ja miten hoitoa jatketaan. Asiakirjoista myös oikeanlainen tieto välittyy potilaalle henkilökunnan kautta. Kirjauksista hoito ja hoidon toteutuminen voidaan aina tarkistaa. Kivun kirjaamisen avulla myös potilaan omat kiputunteukset välittyvät henkilökunnalle. Kivun mittaamisessa hoitajalla on apunaan erilaisia kipumittareita, joiden käytön hallitessaan hoitaja voi käyttää luovuuttaan ja valita tilanteeseen parhaiten sopivan kipumittarin ja kivun mittaustavan. Potilasturvallisuuden takia kivun kirjaamisessa on tärkeää huomioida lääkeaineyliherkkyydet, edellisten hoitojen vaikutukset ja niiden tai lääkkeiden aiheuttamat mahdolliset sivuvaikutukset. Kirjaamisella taataan lisäksi myös hoidon jatkuvuus, yksilöllisyys, tyytyväisyys, potilaan oikeusturva. Hoitajan näkökulmasta kirjaus antaa hoitajalle oikeusturvan, mahdollisuuden kivunhoidon kehittämiseen ja ammatilliseen kehitykseen. Kirjaamisella on myös merkitys hoidon taloudellisuuteen ja laadun valvontaan. (Sailo, 2000, 97-98.)

2.2.4 Kipuklinikat

Kipuklinikat toimivat polikliinisesti tai vuodeosastomaisesti. Kipupotilaan kokonaisuhoidon vastuu kuuluu moniammatilliselle kipuklinikalle, joka vastaa vaikeiden kiputilojen diagnostiikasta, hoidosta, psykososiaalisten tekijöiden arvioinnista, hoitomuotojen järjestelmällisestä kokeilusta sekä fyysisestä ja psyykkisestä kuntoutuksesta. Useimmilla kipupoliklinikan potilailla on havaittu yhteisiä piirteitä. Tällaisia ovat esimerkiksi masentuneisuus, unettomuus, ruumiintoimintojen tarkkailu, liioiteltu huomion kiinnittäminen somaattisiin oireisiin, väsymys, vähäinen sosiaalinen aktiivisuus ja libidon heikkous sekä muiden elämänongelmien kieltäminen. (Rauman aluesairaala, 2008, 3-5.)

Kipuklinikoilla on myös kipupotilaan hoidon asiantuntijoita, jotka ovat velvollisia ohjeistamaan ja auttamaan kollegoitaan eri toimiyksiköissä hyvän ja laadukkaan kivun hoidon saavuttamiseksi. Aluesairaaloissa on kipuvastaanottoja, joissa on perehtyneisyyttä erityisesti syöpäkivunhoitoon ja mahdollisesti myös muiden kipu-potilasryhmien hoidon osa - alueisiin. Keskus- ja yliopistosairaaloiden kipupoliklinikoilla tehdään moniammatillista yhteistyötä kipupotilaan diagnostiikassa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Määrällisesti eniten kipupotilaita hoidetaan perusterveydenhuollossa, mutta moniammatillinen osaaminen on keskittynyt erikoissairaanhoidon. Tämän vuoksi niitä potilaita, joiden kipuongelma uhkaa pitkittyä, tulisi hoitaa tehokkaasti jo perusterveydenhuollossa. Esimerkiksi Satakunnan sairaanhoitopiirissä toimii kiputyöryhmä- ja kivunhallintaryhmä.

Kivunhoidon organisaatio kehittyy jatkuvasti potilaiden hoidon parantamiseksi. Kiputyöryhmään kuuluu asiantuntijoita eri erikoisaloilta, jota ovat psykiatria (psykiatri ja psykologi), anestesiologia (anestesiologi ja kipuhoitaja), neurologia (neurologi), fysiatria (fysiatri ja fysioterapeutti). Työryhmä käsittelee periaatteellisia kipuun liittyviä asioita, järjestää koulutusta ja huolehtii tiedon jakamisesta muihin yksiköihin. Työryhmä ottaa kantaa myös yksittäisiin potilastapauksiin asiakirjojen perusteella. Kipupoliklinikalle tullaan normaalisti sairaalalähetteellä. Ennen työryhmän käsittelyä fysiatri lukee

lähetteen ja ohjelmoi potilaalle käynnin kipuhoitajan vastaanotolle. Kipuhoitaja kartoittaa potilaan sen hetkistä kipu- ja kokonaistilannetta työryhmän käsittelyä varten. Kipuvastaavien mielestä heidän tehtäviinsä kuuluu uuden kivunhoitotiedon jakaminen, moniammatillinen yhteistyö ja kouluttautuminen kivun hoidossa. Joidenkin kipuvastaavien mielestä heidän tehtäviinsä kuuluu lisäksi kivunhoidon toteuttaminen, kivunhoidon laitteiden vastuuhenkilönä toimiminen, uusien työntekijöiden perehdytys ja opiskelijoiden ohjaus kivunhoidossa sekä kivunhoidon kehittäminen. (Rauman aluesairaala, ohjekansio, 2008, 4-6.)

2.2.5 Kipupotilaan sosiaaliset tukiverkostot ja kipuryhmät

Kroonisen kipupotilaan tukiverkoston muodostavat perhe, suku ja ystävät. Tärkeimmäksi tukijaksi koetaan yleensä puoliso. Valitettavan usein tukiverkosto kutistuu pienemmäksi tai jopa unohtuu kokonaan. Tukiverkostolta potilas saa tukea ja ymmärrystä. Kroonisen kipupotilaan tukiverkoston muodostavat perhe, suku ja ystävät. Tärkeimmäksi tukijaksi koetaan yleensä puoliso. Aktiivisen avun ja tuen merkitys potilaalle korostuu kiputilan kroonistuessa ja kivun ollessa pahimmillaan. Yhden perheenjäsenen krooninen kipu koskee aina koko perhettä, jolloin perheterapia on yksi mahdollisuus vaikuttaa perheen sisäisiin suhteisiin. Perheterapian tavoitteena on tuoda esiin uusia ajatuksia, näkökulmia ja erilaisia ongelmien ratkaisumahdollisuuksia. Perheterapiassa esiin tulleiden muutosehdotusten toteuttaminen on perheen omasta halusta kiinni. (Aho-nen, Heikkilä & Nurmi, 2007, 21.)

3 KIPUPOTILAAN HOITOTYÖN HAASTEITA

Hoitajien kiire aiheuttaa tilanteita, jolloin he eivät välttämättä ehdi kuunnella potilaidensa kiputuntemuksia tai olla potilaan vierellä niin pitkään, että pystyisi havainnoimaan kivun aiheuttamia eleitä. Toisaalta taas potilaat saattavat olla haluttomia kertomaan kivuista tai salaavat kipunsa kokonaan. Siten voi tulla virheellistä kirjaamista potilaan kivuista, koska hoitajan arvio on virheellinen eikä perustu oikeaan tietoon. Toisinaan potilas ilmoittaa kivusta hoitajalle vasta sitten, kun se on yltyntyn sietämättömäksi ennen kuin pyytävät lääkettä. Jos taas potilaat puhuvat paljon kivuistaan, se voidaan helposti mieltää huomionhakuisuudeksi tai potilas leimataan valittajaksi. Esimerkkinä potilaan kipua ei pidetä todellisena puheliaisuuden takia. Hoitotyöntekijöiden välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen, kivunhoidon vastainen toiminta ja työryhmän jäsenten välinen yhteistyön puute ovat suuria riskejä kivunhoidon onnistumisessa. (Ahonen & ym. 2007, 30-45.)

Hoitohenkilökunnalla saattaa olla erilaisia käsityksiä ja selkeää tiedon puutetta. Esimerkiksi voidaan ajatella, että krooninen kipu ei ole yhtä ankaraa kuin akuutti kipu. Mikäli kivun arviointi ei ole riittävää tai sitä ei osata tehdä tai raportoida oikein, voi kivunhoito jäädä puutteelliseksi ja potilaan riittävä kivun hoito ei toteudu. Hoitajien tulee hallita lääkehoidon osaaminen, jotta potilas saa oikeanlaisen lääkkeen oikeaan aikaan ja lääkkeen vaikutuksia osataan seurata ja arvioida. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi on tärkeää, että esimerkiksi potilaan saamat kipulääkkeet, niiden vaikutukset ja tarvittaessa määrätty kivunhoito on asiallisesti kirjattu. (Ahonen & ym. 2007, 42-45.)

Hoitohenkilökunnan työssä jaksaminen puhuttaa paljon. Hoitajat saattavat ahdistua ja kuormittua hoitaessaan jatkuvasti kivusta kärsiviä potilaita. Etenkin kroonisen kivun hoidossa ahdistusta saattaa lisätä se, että kipua ei pysty poistamaan kokonaan. Raskashoitaiset potilaat, hoitajien vähäiset resurssit ja apuvälineiden puute vaikuttavat osaltaan työssä jaksamiseen ja hoitajien työn motivoitumiseen. Työssä viihtyminen, potilaiden ja omaisten, mutta etenkin esimiehen antama positiivinen palaute auttaa hoitajia jaksamaan ja olemaan innostuneita työstään. Myös mahdollisuus päästä koulutuksiin on tärkeää kehittyvien hoitotapojen, tiedon ja ammattitaidon ylläpitämiseksi

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa erilaisia potilaan kivun arviointimenetelmiä ja kivunhoitoa toteutetaan Lavian terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin hoitajille osoitettua kyselyä, jossa kysymyksillä on kartoitettu heidän käsitystään työpaikkansa kivunhoidon laadusta sekä kivun arviointimenetelmistä. Tutkimuksen tavoitteena on auttaa vuodeosaston hoitohenkilökuntaa ymmärtämään ja selkiyttämään kivun arviointia hoitotyössään ja motivoitumaan hyvään, moniammatilliseen kivunhoitoon. Aineistonkeruussa kyselylomakkeen aiheina olivat hoitajan vaikutusmahdollisuudet, moniammatillisen kivunhoidon toteutuminen, kivunhoidon koulutus ja toivomukset, kivunhoitomuodot osastolla, hoitajan oma arviointi omasta kipuhoidon tunteesta, kirjaamisesta sekä kiireen vaikutuksesta kivunhoidon toteutuksessa.

5 TUTKIMUKSEN METODISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä on käytetty laadullista tutkimusta. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Lomakehaastattelulla, teemahaastattelulla ja syvähaastattelulla pystytään tutkimaan erilaisia ilmiöitä ja hakemaan vastauksia erilaisiin ongelmiin. Laadullisessa tutkimuksessa kysymys mahdollisuudesta ymmärtää toista on kaksisuuntainen. Toisaalta kysymys on siitä, miten esimerkiksi tutkijan on mahdollista

ymmärtää tiedonantajaa, siis toista ihmistä. Toisaalta kysymys on siitä, miten joku toinen ihminen ymmärtää tutkijan laatimaa tutkimusraporttia. Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 70-77.) Tässä tutkimuksessa menetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Lomakkeen kysymyksiin vastaamalla hoitajilla oli mahdollisuus esittää oma näkemys toteutuvasta kivunhoidosta kyseisellä osastolla.

Kyselylomakkeen kysymykset olivat pääasiassa avoimia tai puoliavoimia kysymyksiä, joihin hoitaja sai omin sanoin vastata. Kysymyksissä kysyttiin hoitajan näkökulmaa siitä, miten osastolla heidän mielestään kivun arviointi ja hoito toteutuu. Hoitajilla oli myös mahdollisuus esittää omia kehittämistoiveita ja ajatuksia kivunhoidon parantamiseksi. Kyselylomakkeessa oli yksitoista kysymystä. Osa kysymyksistä sisälsi vastausvaihtoehtoja, joista vastaajat saivat valita omasta mielestään sopivimman. Osaan kysymysten vastausvaihtoehdoista pyydettiin perustelu vastausvalinnalle. Kyselylomake saatekirjeineen löytyy tämän työn liitteenä. (Liite 4-5.)

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu

Sastamalan Perusturvakuntayhtymä myönsi tutkimusluvan 24.5.2011. Tähän mennessä opinnäytetyöntekijä oli jo kerännyt monenlaisia artikkeleita ja erilaisia kirjallisia lähteitä työtä varten. Aihe oli mielenkiintoinen. Samantyyppisiä tutkimuksia on tehty eri yksiköihin ja lähdemateriaalia löytyi paljon. Lavian vuodeosastolla ei ole sovittu yhtenäisistä kivunhoidon arviointimenetelmistä. Kyselylomakkeet hoitajille toimitettiin henkilökohtaisesti nimetyillä kirjeillä syyskuun 2011 alussa. Vastausaikaa oli syyskuun loppuun asti.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Lavian terveyskeskusken vuodeosaston hoitohenkilökunta. Tutkimusajankohtana vuodeosastolla oli 24 hoitajaa, joille kyselylomake toimitettiin. Tutkimukseen osallistui sekä sairaanhoitajat että perus-/lähihoitajat, eikä sitä tässä tutkimuksessa eritelty. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje, josta ilmeni tutkimuksen tekijä, tarkoitus ja tavoite lyhyesti sekä tutkimukselle luvan antanut taho. Saa-

tekirjeessä kannustettiin vastaamaan kyselyyn ja mainittiin luottamuksellisesta vastausten käsittelystä.

Kyselylomakkeet toimitettiin ja noudettiin henkilökohtaisesti eli kysely oli informoitu. Kirjeet oli nimetty jokaiselle hoitajalle ja lomakkeiden mukana oli vastauskuori, jossa ne palautettiin nimettömänä osastolle vietyyn laatikkoon. Vastausajan päätyttyä ne noudettiin osastolta.

5.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysistä puhuttaessa voidaan käyttää ilmauksia aineistolähtöinen eli induktiivinen ja teorialähtöinen eli deduktiivinen. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 110.) Analyysiprosessissa on käytetty kolmivaiheista prosessia, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisen käsitteiden luominen. Aineisto analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Analysoitava aineisto oli niin pieni, että tietokoneohjelman käyttö tuntui opinnäytetyöntekijän mielestä hankalalta ja ilmeisesti näin ollen olisi myös vähentänyt niiden luotettavuutta. Kyselylomakkeen määrällisen osan analyysi siis tehtiin perinteisesti laskemalla. Avoimien kysymysten analyysiprosessia opinnäytetyön tekijä teki luokittelemalla. (Liite 1). Kyselylomakkeiden vastauksissa esiintyvistä asioista koottiin yhtenäisiä ilmaisuja, jotka jakamalla alaluokkiin saatiin tutkimuksessa analysoitavat aiheet. Tutkimustuloksista saatu yhdistävä luokka muodostuu osastolla toteutuvasta kivun arvioinnista ja toteutuksesta. Tämä voidaan jakaa kahteen yläluokkaan, jotka ovat osaston toiminta ja yhteistyö sekä kivunhoidon kehittäminen ja asiantuntemus.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen reliabiliteetti eli luotettavuus ilmenee tutkimusprosessin toteuttamisessa. Tutkimuksen reliabiliteetti sisältyy tutkimuksen validiteettiin. Reliabiliteetin tarkastelussa arvioidaan, miten tutkimustulos vastaa tutkimuskohdetta ja vastaavatko tutkimuksen johtopäätökset alkuperäistä tutkimusaihetta. (Krause & Kiikkala 1996,72; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 213.) Litteroinnin jälkeen tutkimusaineistoa käsiteltiin tasavertaisena, jolloin huomiotta jätettiin litteroinnissa pois rajatut osiot. Alkuperäistä aineistoa kuitenkin käytettiin asioiden tarkisteluun ja käsitteiden tarkentamiseen koko tutkimuksen analysoinnin ajan, jolloin aineistoa luettiin läpi useita kertoja.

Tutkimusetiikka edellyttää, että tutkija huomioi toiminnassaan tutkimuksen kohteena olevat henkilöt, työyhteisönsä ja työtoverinsa. Tutkimusotteen eettiset vaatimukset edellyttävät tutkijalta eettistä vastuullisuutta. Eettinen vastuullisuus pitää sisällään laadullisen tutkimusaineiston hankinnan ja tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkka ja rehellinen toteuttaminen. Tutkijan on tuotava ilmi tutkimusaiheitaan koskevat valinnat ja niiden perustelut. Hoitotieteen tutkimusetiikan tulee olla sopusoinnussa paitsi yleisen tutkimuksen etiikan, myös hoitotyön etiikan kanssa. (Krause & Kiikkala 1996, 64 - 67.)

Aineiston keruun luotettavuutta lisättiin siten, että kyselylomakkeet toimitettiin henkilökohtaisesti ja noudettiin osastolta. Vastajat vastasivat kyselyyn nimettömänä ja he saivat palautuskuoret kyselylomakkeen mukana. Pienessä yksikössä oli myös tärkeää, että perus-/lähihoitajia ei eroteltu sairaanhoitajista, jolloin anonyymisyys olisi voinut vastauksissa vaarantua. On myös mahdollista, että kyselylomakkeen täyttöön ei ole varattu riittävästi aikaa, eikä ole kaikkien kysymysten kohdalla keskitytty vastaamaan siihen, mitä on kysytty. Vastauksista tulee myös esiin, että kaikissa kysymyksissä ei ole tutkijan ja vastaajan ajatus kohdannut ja kysymys on saatettu ymmärtää eri tavalla kuin on ollut tarkoitus.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Lavian terveystieteiden osastolle toimitettiin 24 kyselylomaketta, joista 19 palautui. Lomakkeet noudettiin osastolta, jonne ne oli palautettu sovittuun laatikkoon suljetuissa kirjekuorissa. Vastausaikaa oli kuukausi syyskuussa 2011. Vastausprosentiksi tuli 79,2%. Kyselylomake sisälsi yksitoista kysymystä. Seuraavassa esitetään kyselylomakkeesta saadut tulokset.

6.1 Moniammatillinen yhteistyö

Tutkimustuloksissa tuli esiin, että moniammatillista yhteistyötä, liittyen potilaan kivunhoitoon, tehdään eniten lääkärin kanssa. Sairaanhoitaja toteuttaa lääkärin määräämää kivun hoitoa. Muutama hoitaja oli vastauksissa maininnut yhteistyön omaisten ja fysioterapeutin kanssa. Kivunhoidosta vastaavaa hoitajaa osastolla ei ole nimetty.

”Fysioterapeuttien kanssa voisi olla kivunhoidossa enemmän yhteistyötä”

”Keskustellaan ja arvioidaan kivunhoitoa yhteisesti, myös potilas ja omainen mukana”

Kirjaamisella ja työyhteisön kommunikoinnilla koettiin myös olevan vaikutusta moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen. Lääkäri lukee hoitajan kirjauksia ja jos ne on puutteellisia, voi sillä olla merkitystä lääkärin määräämään hoitoon. Kysymys oli avoin kysymys, mihin hoitaja sai kirjoittaa oman näkemyksensä osastolla toteutuvasta moniammatillisesta kivunhoidosta. Tähän oli vastannut kahdeksantoista hoitajaa.

”Lääkäri määrää, sairaanhoitaja toteuttaa”

”Kaikki pystyvät seuraamaan potilaan kipua ja tiedottamaan eteenpäin”

6.2 Kivunhoidon toteutus

Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajat pystyvät omasta mielestään paljon vaikuttamaan potilaan saamaan kivun hoitoon. Lääkärin määräämä kipulääkitys on ensisijainen, käytössä oleva kivunhoidon muoto. Osastolla ei ole sovittu yhtenäisistä kivunarviointimenetelmistä. Hoito perustuu lähes täysin hoitajan arviointiin. Vastaajista osa ilmoittaa, että kipumittareita on, mutta ne eivät ole käytössä. Kivunhoidon vaikutuksen seuranta jää useamman hoitajan mielestä puutteelliseksi.

Tutkimuksessa kysyttiin myös osastolla käytössä olevia ei-lääkkeellisiä kivunhoitomuotoja. Näistä mainittiin käytössä olevan kylmägeelit ja -pakkaukset, asentohoito, hieronta ja fysioterapeutin antamat hoidot. Tähän kysymykseen vastauksia tuli seitsemäntoista.

”asentohoito ja läsnäolo”

6.3 Kivusta kirjaaminen

Kyselyssä kartoitettiin, toteutuuko hoitajien mielestä osastolla hyvä ja selkeä kirjaaminen liittyen kipupotilaan hoitotyöhön. Vastausvaihtoehtoina oli kyllä / ei. Molempiin vastauksiin pyydettiin perusteluja. Kyllä -vastauksissa pyydettiin kertomaan, mitä kirjaus silloin sisältää. Vastauksista ilmeni, että lääkehoidossa kirjataan selkeästi annostus, mikä lääke, kellonaika ja mihin vaivaan lääke on annettu. Ei-vastauksissa tuli esille, että enemmän tarvitsisi arvioida kipua ja auttoiko kipulääke. Kivunhoidon suunnittelussa ja lääkkeettömien hoitokeinojen kirjaamisessa koetaan olevan puutteita. Kiireellä koetaan olevan vaikutusta kirjaamiseen. Vastaajista seitsemäntoista on vastannut tähän lomakkeen kohtaan.

”Kipulääkkeen jälkeinen tila, auttoiko lääke”

”Annostus, mikä lääke, kellonaika ja mihin vaivaan lääke on annettu”

”Useimmiten hyvä kirjaaminen toteutuu. Hyvässä kirjaamisessa saa tarkan kuvan potilaasta. Pitää myös kuvata millaiselta potilaan kipu tuntuu”

6.4 Kipupotilaan hoitotyö

Hoitajilta kysyttiin ehdotuksia kivunhoidon laadun parantamiseksi. Vastauksissa esille nousi koulutus, kirjaaminen, aika potilaan kanssa keskusteluun ja läsnäoloon sekä riittävä kipulääkitys esimerkiksi syöpäpotilaan hoidossa. Lääkeannoksessa tulee huomioida, että vaikutus riittää seuraavaan annoskertaan. Myös lisäämällä apuvälineitä hoitotyöhön autetaan sekä hoitajia jaksamaan tehdä työtä että voidaan hoitaa potilasta kivuttomammin. Jos osastolle saataisiin kivunhoitoon erikoistuneita hoitajia, voisivat he opastaa toisia hoitajia ja tuoda ajanmukaista tietoa kivunhoidosta koko henkilökunnalle. Kysymyslomakkeissa kahdeksantoista hoitajaa oli kirjannut ehdotuksia kivunhoidon laadun parantamiseksi osastolla.

*”Koulutuksella, ammattiryhmien yhteistyötä tehostamalla”
”Enemmän paneutumalla potilaan kipuun”*

”Koulutus, yhteiset toimintamallit”

”Enemmän keskustelua / palaverreja eri ammattiryhmien kanssa.”

6.5 Resurssit kipupotilaan hoitotyössä

Kipupotilaan hoitotyön resursseiksi nousivat tutkimuksessa ajanhallinta, asenteet, tieto, taito ja koulutus. Kiireen todettiin olevan hoitotyön pahin vihollinen. Viisitoista hoitajaa on sitä mieltä, että kiireellä on jossain määrin vaikutusta potilaan saaman kivunhoitoon. Hoitajat ilmoittivat kiireen aiheuttavan puutteita kivun arvioinnissa, kirjaamisessa ja hoidon vaikutuksen arvioinnissa. Potilaille jää heidän mielestään liian vähän aikaa ja toisinaan potilas voi joutua odottamaan kipulääkettä. Kaikki potilaat eivät pysty ilmaistamaan kipuaan, vaan se täytyy hoitajien huomata

*”Kiireessä on helpompi antaa lääke, kuin kokeilla lääkkeettömiä keinoja.
Potilaan joutuu jättämään yksin odottamaan lääkkeen vaikutusta. Arviointi jää kiireessä huonommalle”*

Tutkimuksessa todetaan, että vuodeosastolla työskentelee pitkän työkokemuksen omavia hoitajia. Kauimmin työskennelleillä on työkokemusta yli kolmekymmentä vuotta ja tutkimukseen osallistuvista vähiten työskenneillä yli viisi vuotta. Pitkistä työsuhteista

huolimatta, hoitajilla on melko vähän koulutusta kivunhoidosta ammattitutkinnon lisäksi. Vastaajista kahdeksan ilmoitti olleensa työvuosien aikana jonkinlaisissa kivunhoidon koulutuksissa, joista ovat kertoneet. Kahdeksan vastaajaa ei ole ollut minkäänlaisessa kivunhoidon koulutuksessa.

”Saattohoitokoulutuksessa”

”lääkäreiden ja hoitajien pitämässä, keskussairaalassa ja perusterveydenhuollossa”

”Erikoissairaanhoidon järjestämiä koulutuksia joissa on ollut eri alan asiantuntijoita”

Hoitajien asenteilla, tiedolla ja taidoilla on merkitystä hoitotyön toteutukseen. Tutkimuksessa hoitajat arvioivat omaa kipuhoidon tuntemustaan. Vastaajista kymmenen on sitä mieltä, että heidän kipuhoidon tuntemus ei ole riittävää kipupotilaan hoitotyöhön. Vastauksista ilmeni, että hoitajat halusivat koulutusta kivusta ja sen hoidosta. Hoitajat toivoivat myös osastonlääkärin kanssa yhdessä tapahtuvaa ajantasaista ja monipuolista koulutusta, jossa käytäisiin lävitse eri mahdollisuudet kivunlievityksessä ja lääkkeitä kerrottaisiin perusteellisesti. Esille nousi myös toiveita työpaikalla järjestettävistä koulutuksista ja ulkopuolisten luennoitsijoiden kutumisesta niihin. Kahdeksantoista hoitajaa oli tässä kohtaa esittänyt toiveita koulutuksesta.

”Krooniseen kipuun liittyvää

”Syöpäpotilaan lääkähoidosta, hengityselinsairaiden hoito, yleensä kivusta ja sen hoidosta”

”Lääkitykseen liittyvää ja muu kuin lääkkeellinen kivunhoito”

”Kertausta kivunhoidon eri muodoista, miten niitä voidaan toteuttaa omalla osastolla”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimustuloksista ilmeni, että osastolla hoitajilla on suuri vastuu potilaiden saamasta kivunhoidosta. Enimmäkseen hoitajien informaatio lääkärille säätelee kivunhoitoa. Hoitajat kokivat vaikutusmahdollisuutensa kivunhoitoon olevan jokseenkin hyvät. Pääasiallinen kivunhoitomuoto on kipulääkitys. Kivunarviointi ei ole osastolla yhtenäistä eikä siitä ole yhteisesti sovittu. Hoitajien mukaan osastolla on kipumittari, mutta sitä ei juurikaan käytetä. Vain pari hoitajaa kertoi kyselylomakkeessa käyttävänsä sanallista kipusteikkoo. Vastauksista tuli kuitenkin vaikutelma, että hoitajat eivät ole kysymyksiin vastatessaan tiedostaneet käyttävänsä kivun sanallista arviointia työssään kyselemällä potilaalta kivun luonteesta.

Moniammatillinen yhteistyö on osastolla tulosten mukaan melko vähäistä. Lääkärin ja fysioterapeutin kanssa yhteistyötä oli, mutta muunlaista yhteistyötä ei tullut esiin kovin paljon. Osastolla ei ole nimetty kivunhoidosta vastaavaa hoitajaa eikä vastauksista ilmennyt, että työssä käytettäisiin hyödyksi esim. kipupoliklinikan konsultointia. Kivunhoidon suunnitteluun pitäisi kiinnittää enemmän huomiota ja siihen otetaan mukaan potilas ja mahdollisesti hänen omaisensa, hoitotyöntekijöiden lisäksi. Kaikilla hoitajilla ei ollut käsitystä, millaista moniammatillista yhteistyötä pienessä työyksikössä voi olla.

Tutkimustuloksista voidaan todeta, että suurin osa hoitajista koki kipuhoidon tuntemuksensa riittämättömäksi ja toivoi koulutusta aiheesta. Hoitajat ovat pitkän työkokemuksen omaavia ammattilaisia, mutta uusimmista hoitosuosituksista kaivattiin lisätietoa. Lääkehoidon lisäksi ei-lääkkeellisistä hoitomuodoista hoitajat omaksuivat tulosten perusteella vain muutamia vaihtoehtoja. Tuloksista saattoi päätellä, että kipulääkkeen vieminen potilaalle on hoitajalle helpompi vaihtoehto, kuin miettiä mitään toista tapaa lievittää kipua. Koulutus ja tiedonsaanti lisäisivät vaihtoehtoja kivunhoidon toteutukseen. Tietojen päivitykseen olisi mahdollista hyödyntää esimerkiksi oman perusturvan piirissä työskentelevien kipuhoitajien ammattiosaamista. Myös yhtenäisistä toimintatavoista sopiminen auttaisi hoitajia kivun hoidossa. Koulutusta voisi järjestää omalla työpaikalla, kutsumalla luennoitsija sinne, jolloin useampi hoitotyöntekijä pääsee osallistumaan koulutukseen. Jos osastolla olisi kivunhoidosta vastaava hoitaja, voisi hän käydä

koulutus- ja tutustumiskäynneillä ja tuoda tietoa toisille hoitajille. Myös osastokokouksissa voi yhdessä miettiä erilaisia kipua helpottavia menetelmiä kipupotilaan hoidossa.

Kivun kirjaaminen osoittautui tutkimuksen tulosten mukaan haasteelliseksi. Tuloksista ilmeni, että kirjaaminen jää usein puutteelliseksi. Kivun arviointia, millaista kipu on, ei huomata kirjauksessa kuvailla. Annettu kipulääke kirjataan hyvin, mutta kipulääkkeen tai hoidon vaikutukset saattavat jäädä kirjaamatta. Oikeanlaisen kirjaamisen tuloksena saadaan selkeä kokonaiskuva potilaan hoidollisista ongelmista, hoitotyön tavoitteista ja sen tuloksista. Hoidettaessa kipupotilasta, sen tarkka kirjaaminen on pohja yksilölliselle ja laadukkaalle kivun hoidolle

Kiireen ei tulisi vaikuttaa potilaan saamaan kivun hoitoon. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuvien hoitajien mukaan sillä kuitenkin on vaikutusta. Potilas saattaa joutua odottamaan, että kipulääke ehditään hänelle viemään. Kivun arviointi voi jäädä kokonaan tekemättä ja hoidon vaikuttavuutta ei ehditä tarkkailemaan. Myös kirjaaminen jää kiireessä huonommalle. Hoitajan läsnäolo ja potilaan kuunteleminen on osa kivunhoidon toteutusta, johon pitäisi löytyä aikaa. Hoitajan tulee osata hoitaa asioita tärkeysjärjestyksessä ja priorisoida ja jakaa työmäärää siten, että hyvä hoitotyö toteutuu. Hyvä kirjaaminen on hoidon toteutukselle ja jatkuvuudelle edellytys ja antaa myös hoitajalle oikeusturvan tekemästään työstä. Työyhteisön hyvä ilmapiiri ja työtoverien tuki hoitotyössä auttaa jaksamaan ja keskittymään työhön. Kipupotilaan hoito on vaativaa ja haasteellista työtä.

Jatkotutkimuksena tälle tutkimukselle voisi tehdä seurantakyselyn, esimerkiksi reilu vuoden kuluttua. Kyselyssä voitaisiin kartoittaa, onko kivunhoitoa osastolla saatu kehitettyä hoitajien toivomalla tavalla. Samalla voitaisiin selvittää, onko yhtenäisiä kivunarviointi menetelmiä sovittu ja onko sillä ollut vaikutusta hoidon laatuun hoitajien mielestä.

Esiin nousseita haasteita työyhteisölle tässä tutkimuksessa olivat

- koulutus
- kipuhoitaja, kipuvastaava
- käytännön hoitotyön kehitysalueet kipupotilaan hoitotyössä
 - kirjaaminen, mitä kirjataan
 - kipumittarit
 - kipupoliklinikan konsultointi
- moniammatillisuus

LÄHTEET

Ahonen, U., Heikkilä, J. & Nurmi, J. 2007. Opas Länsi-Talinnan keskussairaalan hoito-henkilökunnalle. Krooniseen kipuun sopeutuminen ja kivunhallinta. Opinnäytetyö, Hel-singin amk, viitattu 13.1.2012.

Ahoniemi, E. 2001. Kipu selkäydinvammaisella. Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskes-kus. Viitattu 13.1.2012.

http://www.invalidiliitto.fi/files/attachments/selkaydinvammatyoryhma/syv1_2001/05ki-pu.pdf

Blomqvist, K. 2003. Older people in persistent pain, nursing and paramedical staff per-ceptions and pain management. Journal of Advanced nursing Vol. 41 No. 6/2003, 575-584. Viitattu 13.1.2012.

Closs, S.J. 2005. Assessment of pain in older people - the key to effective management. Current Anesthesia & Critical Care Vol. 16 No. 1, 40-45. Viitattu 30.9.2011.

Cowan, D., Fitzpatrick, J. Roberts, J., While, A. & Baldwin, J. 2003. The assessment and management of pain among older people in care homes, current status and future directions. International Journal of Nursing Studies Vol. 40 No. 3/2003. Viitattu 13.1.2012.

Dewar, A. 2006. Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. Australian Journal of Advanced Nursing Vol. 24 No. 1/2006. Viitat-tu 13.1.2012.

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

Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2005. Miksi kivun havaitseminen on vaikeaa laitoksessa asuvalla vanhuksella? Kipuviesti 2/2005, 27-29. Viitattu 13.1.2012.

Gloth, M. 2001. Pain management in older adults, prevention and treatment. American Geriatrics Society Vol. 49 No. 2/2001.

Heinonen, M. 27.11.2007. Kivun mittaaminen ja hyvä hoito. © 2010 Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.3.2012

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00169

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Horgas, A. 2003, Pain management in elderly adults. Journal of Infusion Nursing Vol. 26 No. 5-7/2003. Viitattu 13.1.2012

Huotari, A-P., 2004. Kipu, Kipukanava. Viitattu 13.1.2012.
<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/kipu-6057545>

Huotari, A-P, 2007. Yleistä neuropaattisesta- eli hermoperäisestä kivusta, poliklinikka, viitattu 13.1.2012, <http://www.poliklinikka.fi/masennuskanava/artikkelit/yleista-neuropaattisesta-eli-hermoperaisesta-kivusta-99140>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2002, Hoitamisen taito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Järvimäki, V. 2010, Anestesiologi, kipupoliklinikka, luentomateriaali 26.4.2010, viitattu 17.1.2012.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki, Duodecim,

Kankkunen, P., Palviainen, J. & Suominen, T. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kivunhoitotyön kirjaaminen. Kipuviesti 2/2005, Viitattu 13.1.2012.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki. Kirjayhtymä

Krooninen kipu, 2008, Duodecim, viitattu 13.1.2012.
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>

Kuvaja, J. & Solin-Laakkonen, S. 2007, Postoperatiivisen kivun hoito. opas hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu, lainattu 13.3.2012.

McClagherty, L. 2002. Chronic pain, we're undertreating the elderly. Nursing homes, long term care management Vol.51, No.8, 58-59.

Pitkälä, K. 2006, vanhusten kivunhoito ja arviointi, Jansen-Cilag.

Pohjolainen, T. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kipupotilaan kuntoutuksessa. Teoksessa Kalso, E.; Haanpää, M. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim 2009.

Rauman aluesairaala, 2008, Kroonisen kivun hoito-opas, Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 97-110.

Sainkangas, S. & Savolainen, S. 2010. Ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon haasteet. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu 2010, lainattu 21.10.2011.

Sairaanhoitajaliitto ry. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. viitattu 20.1.2012. Verkkodokumentti.<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö 2000: Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002, Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä, Tammi, Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveyskirjasto, 2010. Porrastettu kivunhoitomalli, kuvatietokanta.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ima01799

Vainio, A. 2009. Kivunhallinta, artikkeli; Kipu ja unettomuus, 22.1.2009, Artikkelin tunnus: kha00055 (008.002) © 2011 Kustannus Oy Duodecim

Vainio, A. 2009. Kivunhallinta; Syöpään liittyvän kivun hoito, viitattu 13.3.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00064&p_haku=%20kivunhoito.

Vainio, A. 22.1.2009, Kivunhallinta, voiko kipua mitata? © 2010 Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.1.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

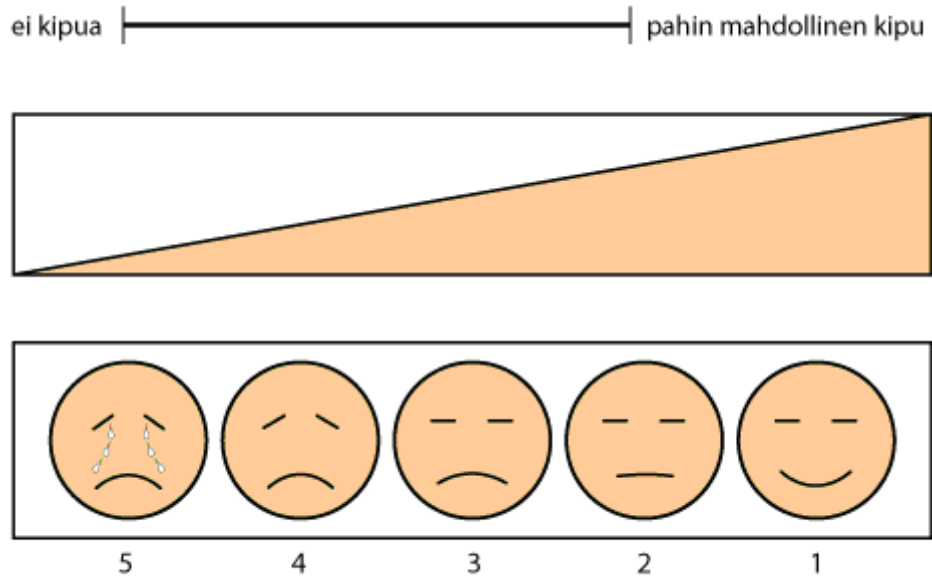
Yonan, C & Wegener, S. 2003. Assessment and management of pain in the older adult. Teoksessa Sainkangas, S. & Savolainen, S; Ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon haasteet. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu 2010, lainattu 21.10.2011.

LIITE 1

Analyysiprosessin eteneminen (luokittelu)

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
lääkäri määrää jokainen osallistuu yhteistyö kirjaaminen kommunikointi raportointi	Moniammatillinen yhteistyö		
kipulääkkeet ei-lääkkeelliset hoi- tomuodot arviointi seuranta vaikutus	Kivunhoito	Osaston toiminta ja yhteistyö	kivun arviointi ja kivunhoidon toteu- tus osastolla
oire kivun laatu kivun voimakkuus lääke lääkkeen määrä lääkkeen muoto antoaika antotapa antaja vaikuttavuus	kirjaaminen		
potilaiden saama hoito keskustelu läsnäolo muut tehtävät	hoitotyö	kivunhoidon kehit- täminen ja asiantun- temus	
ajanhallinta asenteet tieto taito koulutus	resurssit		

Malleja kipumittareista

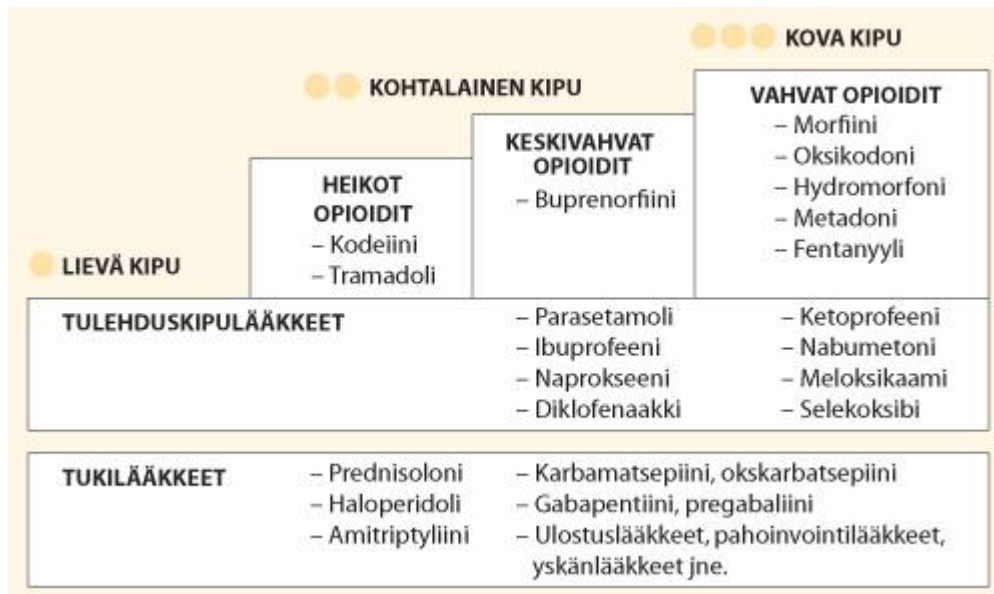


(Vainio, 2009)

Artikkelin tunnus: kha00025 (005.005)

© 2012 Kustannus Oy Duodecim

Porrastettu kivunhoitomalli



(Terveyskirjasto, 2010. Artikkelin tunnus: ima01799 (501.116)© 2011 Kustannus Oy Duodecim)

Kyselylomakkeen saatekirje

ARVOISA VASTAAJA,

Olen Satakunnan ammattikorkeakoulussa opiskeleva sairaanhoitaja (AMK)-opiskelija. Teen opinnäytetyöni kivunhoidon toteutuksesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tämä kyselylomake on tarkoitettu Sastamalan perusturvakuntayhtymän Lavian vuodeosaston hoitajille.

Työni tarkoituksena on tutkia kivun arviointimenetelmiä ja hoidon toteutusta Lavian vuodeosastolla sekä antaa hoitajille mahdollisuus pysähtyä tarkastelemaan omaa osaamistaan ja suhtautumistaan kivunhoidon kannalta. Tutkimusluvan työlleni olen saanut Sastamalan perusturvakuntayhtymän johtaja Marja-Leena Parto-Koskelta.

Toivon, että jokainen hoitaja osallistuisi tutkimukseen vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja niitä käytetään ainoastaan tässä tutkimuksessa.

Yhteistyöterveisin,

Sari Suvala, sairaanhoitaja (AMK)- opiskelija

KYSELYLOMAKE

Vastausaikaa on 30.9.2011 asti. Vastaukset palautetaan oheisessa suljetussa kirjekuoressa osastolle, josta noudan ne viimeisen vastauspäivän jälkeen.

1. Pystyykö hoitaja vaikuttamaan potilaan saamaan kivunhoitoon?

- a. erittäin hyvin
- b. jokseenkin hyvin
- c. en osaa sanoa
- d. en paljoakaan
- e. en lainkaan

2. Onko osastolla sovittu yhtenäisiä kivun arviointimenetelmiä?

a. kyllä, millaisia _____

b. ei, miksi ei

ole? _____

3. Miten moniammatillinen kivunhoito toteutuu osastolla?

4. Onko osastolla nimetty kivunhoidosta vastaava hoitaja?

a. kyllä

b. ei

5. Oletko ollut kivunhoidon koulutuksessa?

a. kyllä, millaisessa _____

b. ei

Työvuotesi hoitajana: _____ vuotta

6. Millaisia **ei-lääkkeellisiä** kivunhoidon hoitomuotoja osastolla on käytössä?

7. Koetko kipuhoidon tuntemuksesi olevan riittävää omaan hoitotyöhösi?

a. kyllä

b. en osaa sanoa

c. ei

8. Millaista koulutusta toivot kivunhoitoon liittyen?

9. Kerro tähän, millaisilla asioilla osastolla voidaan parantaa kivunhoidon laatua?

10. Hoidettaessa kipua sen tarkka kirjaaminen on pohjana yksilölliselle ja laadukkaalle kivun hoidolle. Oikeanlaisen kirjaamisen tuloksena saadaan selkeä kokonaiskuva potilaan hoidollisista ongelmista, hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Toteutuuko osastolla mielestäsi hyvä ja selkeä kirjaaminen?

a. kyllä, mitä kirjaaminen silloin sisältää?

b. ei, mitä puutteita kirjaamisessa silloin on?

11. Vaikuttaako ylikuormitettu työmäärä kiireisimpinä aikoina mielestäsi potilaan saamaan kivun hoitoon? Ehditkö silloin havainnoimaan, arvioimaan ja hoitamaan kipua yhtä hyvin kuin muulloinkin?

Lämmin kiitos osallistumisestasi kyselyyn!