



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Päivystyksessä toimivien hoitajien näkemys lonkkamurtumapotilaiden kivunhoidosta

Silvennoinen, Jenni
Viklund, Jenni
Kilpikari, Hanna

2015 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Päivystyksessä toimivien hoitajien näkemys lonkkamurtumapotilaiden kivunhoidosta

Silvennoinen Jenni
Viklund Jenni
Kilpikari Hanna
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Lokakuu 2015

Silvennoinen Jenni, Viklund Jenni, Kilpikari Hanna

Päivystyksessä toimivien hoitajien näkemys lonkkamurtumapotilaiden kivunhoidosta

Vuosi 2015 Sivumäärä 35

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päivystyksessä toimivien hoitajien näkemyksiä lonkkamurtumapotilaan kivunhoidosta ja arvioinnista sekä kivunhoidon haasteista. Aineiston keruu toteutettiin Lohjan sairaalan päivystyksessä kyselylomakkeiden avulla.

Teoriaosuus sisältää tietoa akuutista kivusta ja sen hoidosta sekä lonkkamurtumista yleisesti. Tutkimuksellisessa osuudessa saimme vastaukset kahdeksalta hoitajalta kyselylomakkeen avulla. Lomakkeen kysymykset rakensimme tutkimuskysymystemme pohjalta ja se sisälsi avoimia ja suljettuja kysymyksiä.

Saadun aineiston avulla voidaan päätellä, että lonkkamurtumapotilaan kipua arvioidaan aktiivisesti, mutta kivunarvioinnin keinot vaihtelevat. Osa hoitajista käyttää kivunarviointiin vain numeerista kipuasteikkoa ja toiset arvioivat kipua myös kysymällä siitä ja pyytämällä kivusta sanallista arviointia. Kaikki hoitajat vastasivat hoitavansa kipua usealla tavalla, kuten lääkkeillä ja hyvällä asennolla. Tästä huolimatta kivunhoitoa ei aina koettu kuitenkaan riittäväksi. Kivunhoidon haasteeksi vastauksissa mainittiin kivun voimakkuuden arviointi sekä kivunhoidon riittävyys. Vastausten perusteella hoitajat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä lonkkamurtumapotilaiden kivunhoidon kokonaisuuteen.

Silvennoinen Jenni, Viklund Jenni, Kilpikari Hanna

Pain management of hip fracture patients (the nurses' perspective)

Year	2015	Pages	35
------	------	-------	----

This thesis seeks to examine the views of nurses working in the emergency department on pain assessment and treatment of patients with hip fracture, and the challenges they face in their work concerning pain management. The research was conducted at the emergency department of the Lohja Hospital by a questionnaire.

The theoretical section of this thesis concerns the experience of acute pain and its management while also giving background information on hip fractures. The research part is based on the answers of eight nurses. The questions asked in the questionnaire included both open-ended and close-ended ones and were based on our research questions.

Based on the answers, it is evident that the nurses actively assess the level of pain experienced, but the methods of assessment vary. Some of the nurses only use a numerical scale whereas others also utilise verbal assessment. Although all of the interviewed nurses employ various methods of pain management, such as medication and improved posture, in their work, at times they feel that it does not sufficiently address the level of pain felt by patients. Accordingly, the challenges of pain management include the difficulty of objectively assessing the level of pain and its sufficient treatment. All in all, it can be concluded that the nurses interviewed were content with the treatment of hip fracture patients.

Keywords: pain, hip fracture, nurse, nursing

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kipu	7
2.1	Kivun fysiologia ja mekanismit	7
2.2	Kivun vaikutus elimistöön	9
2.3	Kivun psykologia	9
2.4	Kipu ja kulttuuri	10
2.5	Kivun arviointi	11
2.6	Kipupotilaan ohjaus	14
3	Lonkkamurtuma	14
3.1	Riskitekijät ja ehkäisy	14
3.2	Oireet ja diagnoosi	15
3.3	Hoito	15
3.4	Sairaanhoitajan rooli kivunhoidossa	17
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	19
5	Tutkimuksen toteutus	19
6	Tutkimustulokset	20
7	Pohdinta	24
7.1	Tutkimuksen eettisyys	26
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	26
	Kuvat	31
	Taulukot	32
	Liitteet	33

1 Johdanto

Lonkkamurtumalla tarkoitetaan reisiluun yläosan murtumaa. Yleisimmin murtuma sijaitsee reisiluun kaulan alueella tai sarvennoisten eli reisiluun luukyhmyjen välissä tai alapuoella. Murtuma voi syntyä trauman aiheuttamana tai spontaanisti ilman traumaa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 676.) Kun potilas on saanut diagnoosin lonkkamurtumasta, pyritään hänet leikkaamaan mahdollisimman nopeasti. Näin vähennetään potilaan kivusta aiheutuvaa kärsimystä. Leikkaus suoritetaan yleensä myös potilaille, jotka eivät liikuntakykynsä tai elinajan ennusteensa puolesta muuten olisi leikkauskelpoisia. Tällöin puhutaan palliatiivisesta hoidosta eli oireita ja kärsimystä lieventävästä hoidosta. (Lonkkamurtuma 2011.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet velvoittavat hoitajaa lievittämään potilaan kärsimystä ja kipua. Lonkkamurtumapotilaat ovat erittäin kivuliaita ja heidän kivunhoitonsa on haasteellista, koska murtunut raaja ei siedä liikuttelua ollessaan esimerkiksi uloskiertynyt. Suomessa tapahtuu vuosittain noin 7000 lonkkamurtumaa, tavallisimmin kaatumisen seurauksena. Lonkkamurtumista aiheutuu yhteiskunnalle huomattavia kustannuksia. (Lonkkamurtuma 2011.) Akuutin kivun tarkoituksena on varoittaa kudოსvauriosta, estää lisävaurioiden syntymistä sekä edistää parantumista (Kalso 2009, 104).

Opinnäytetyömme aiheena on lonkkamurtumapotilaan kivunhoito päivystyksessä toimivien hoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on selvittää hoitajien näkemyksiä lonkkamurtumapotilaan kivunarvioinnista, -hoidosta ja kivunhoidon haasteista. Aihe valikoitui mielenkiinnostamme kivunhoitotyötä kohtaan ja kohdentui lonkkamurtumapotilaisiin traumaperäisyyden vuoksi.

Opinnäytetyömme rakentui siten, että ensin keräsimme teoriatietoa kivunhoidosta ja lonkkamurtumasta, jonka pohjalta laadimme kyselylomakkeen lonkkamurtumapotilaille. Aineiston keruu lonkkamurtumapotilailta osoittautui haasteelliseksi ja tämän vuoksi teimme opinnäytetyössämme näkökulman vaihdoksen ja laadimme uuden kyselylomakkeen hoitajille sekä täydensimme teoreettista viitekehystä. Teoreettisessa viitekehyksessä käsittelemme kivunhoitoa varsin laajasti, koska kipu on hyvin yksilöllistä ja monimuotoista.

Aineiston keruu toteutettiin Lohjan sairaalan päivystyksessä kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastasi kahdeksan sairaan- ja lähihoitajaa, jotka työskentelivät yhden päivän aikana aamu- ja iltavuorossa. Näin varmistimme, että saamme tehokkaasti tarvittavan määrän vastauksia. Tässä työssä käytämme sairaan- ja lähihoitajista nimitystä hoitaja. Saadun aineiston perusteella saimme vastauksen tutkimuskysymyksiimme.

2 Kipu

Kiputiloja voi luokitella kivun mekanismiin perustuen kudosaauriokipuun, hermovauriokipuun eli hermon vauriosta johtuvaan kipuun ja idiopaattiseen kipuun eli kipuun, jolle ei ole selittävää vauriota. Tässä opinnäytetyössä keskitymme kudosaauriokipuun. Kudosaauriokipu eli nosiseptiivinen kipu syntyy voimakkaasta ja mahdollisesti vaurioita aiheuttavasta ärsykkeestä kudokseen, kuten lonkan murtumasta. Ärsyke voi olla myös kudoksen prosessi kuten tulehdus tai tuumori, osa hermopäätteistä reagoi vain paineeseen, osa aistii lämpöä ja biokemiallisia muutoksia. Biokemialliset muutokset voivat olla maitohapon ja hiilidioksidin havaitsemista kudoksessa pH:n laskun kautta tai algogeenisten aineiden havaitsemisesta. Algogeenisiä aineita kuten prostaglandiinia esiintyy esimerkiksi tulehduksissa. Myös sisäelin- eli viskeraalinen kipu luokitellaan yleensä nosiseptiiviseksi kivuksi. (Vainio 2009a, 154-156.)

Kipu voidaan jakaa myös ajan mukaan. Akuutti kipu on äkillinen, lyhytaikainen ja yleisesti alle kolme kuukautta kestävä kiputila, joka johtuu useimmiten kudosaauriosta. Ihmisen kokiessa akuuttia kipua, elimistö varoittaa näin vaarasta ja estää lisävaurioiden syntymisen väistöhajasteen avulla, jolloin kipua aiheuttavasta ärsykkeestä vetäydytään pois. Tuki- ja liikuntaelinten sekä sisäelinten vaurioista aiheutuu reflektorinen lihasspasmi, joka immobilisaation avulla pyrkii antamaan vaurioalueelle mahdollisuuden parantua. Akuutti kipu aiheuttaa elimistössä neurohumoraalisia vasteita, joiden avulla elimistö ylläpitää tärkeitä elintoimintoja kriittisellä hetkellä. Esimerkiksi verenpainetta hypovolemian aikana elimistö pitää yllä kivun aiheuttamien katekoliamiinien vapautumisen seurauksena. (Kalso, Elomaa, Estlander, Granström 2009, 105-106.)

Akuutti kipu ja vaurio yhdessä aiheuttavat elimistössä hormonaalisia ja metabolisia muutoksia (Hamunen, Kalso 2009, 278). Mikäli akuuttia kipua ei hoideta tai hoito on huonosti toteutettu, se hidastaa toipumista vaurioista sekä aiheuttaa psyykkistä kuormitusta. Akuutti kipu aiheuttaa jatkuessaan haitallisia seurauksia elimistölle. Mahdollisia seurauksia ovat esimerkiksi hengityslama, verenpaineen ja pulssin nousu, stressihormonien erityksen lisääntyminen sekä vatsa- ja pohjukaissuolihaavan riskin nousu. Lisäksi se voi aiheuttaa lihasspasmeja, veren hyytymisen lisääntymistä liikkumattomuuden takia sekä psykososiaalisia ongelmia kuten unettomuutta ja ärtyneisyyttä. (Pöyhä 2012, 139.)

2.1 Kivun fysiologia ja mekanismit

Ennen kuin ihminen aistii kudosaauriosta aiheutuvan kivun, tapahtuu monia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia, jotka voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Ensin kudokseen kohdistuva är-

syke aiheuttaa hermopäätteiden sähkökemiallista aktivoitumista, jonka jälkeen kipuviesti siirtyy keskushermostoon, tapahtuu kivun muuntelua ja lopuksi syntyy subjektiivinen aistimus neuronien aktivoitumisen johdosta. (Kalso & Kontinen 2009, 76.)

Akuutti kipu syntyy yleensä kudonsvauriosta, kuten luunmurtumasta ja se on helposti paikannettavissa (Pöyhiä 2014). Kipuaistimus riippuu kudoksen sisältämistä hermopäätteistä, jotka reagoivat tietynlaiseen ärsykkeeseen kuten lämpöön, mekaaniseen tai kemialliseen ärsykkeeseen (Kalso & Kontinen 2009, 77). Jotkin hermopäätteet reagoivat vasta patologisiin ärsykkeisiin (Pöyhiä 2014). Ärsykkeen tuovissa ääreishermoissa tapahtuu hermopäätteiden sähkökemiallinen aktivoituminen ja kipuviestin siirtyminen keskushermostoon. Kudoksen ärsyke aiheuttaa aktiopotentiaalin, jonka taajuus kertoo ärsykkeen voimakkuuden ja keston. Sen jälkeen tieto siirtyy ensin selkäyttimeen, jossa tuovat hermosolut aktivoivat selkäytimen neuroneja, jotka vievät viestin aivoissa talamukseen, edelleen aivokuorelle ja somatisensoriselle aivokuorelle. (Kalso & Kontinen 2009, 77.)

Ääreishermot ovat joko myeliinitupellisia tai tupettomia ja niiden läpimitta vaihtelee huomattavasti. Näiden ominaisuuksien perusteella tuovat ääreishermit jaetaan paksumpiin myeliinitupellisiin A-syihin ja ohuempaan myeliinitupettomiin C-syihin. A-syyt jaetaan lisäksi A-alfa (lihasten proprioseptio), A-beeta (ihon mekanoreseptio) ja A-delta-syihin (ihon mekano- ja nosiseptorit). Suurin osa kipua rekisteröivistä hermosoluista on A-delta- tai C-syitä, koska ne pystyvät erottamaan kudonsvaurioita aiheuttavat ärsykkeet muista ärsykkeistä. Tähän eivät A-beetta-säikeet pysty. Esimerkiksi lyhyt ja voimakas ärsytys aiheuttaa ensin lyhytkestoisen pistävän kivun (A-delta-syyt) ja tylpän pidempikestoisen kivun (C-syyt). (Kalso & Kontinen 2009, 77-78.)

Kudonsvaurion synnyttyä alueen happamuus lisääntyy ja vapautuu biokemiallisia aineita (Pöyhiä 2014). Kemialliset välittäjäaineet saattavat lisätä kudoksen herkkyyttä aistia kipua tai ne voivat suoraan aiheuttaa kipua. Jotkin välittäjäaineet vaikuttavat muualle hermosoluun eri tavoin tai ne saattavat kontrolloida muiden välittäjäaineiden toimintaa. Kipuun vaikuttavia välittäjäaineita ovat mm. protonit, adenosini ja adenosinifosfaatit, 5-HT, bradykiniini, histamiini, eikosanoidit, sytokiinit, eksitatoriset aminohapot, hermokasvutekijä, vanilloidireseptorien ligandit ja asetyylikoliini. (Kalso & Kontinen 2009, 80-83.)

Toisin kuin periferiassa, keskushermostossa hermosolut ottavat vastaan erilaisia viestejä monista eri lähteistä. Kivun aiheuttama ärsyke välittyy periferiasta tuojahermoja myöten selkäytimen takasarveen. Sieltä viesti nousee aivorunkoon ja edelleen aivokuorelle. Tuovan hermon ja talamukseen tietoa vievän hermon välillä aktivaatio voi välittyä joko nopeasti tai hitaammin riippuen käytetystä välittäjäaineesta. Hitaampi signaalinvälitys aktivoituu vasta tois-

tuvassa simulaatiossa. Aivoista selkäyttimeen laskeutuvat kipua estävät radat tarvitsevat toimiakseen välittäjäaineita kuten opioidipeptidejä, 5-HT:tä sekä noradrenaliinia, joita sijaitsevat eri kohdissa rataa. Myös psyykellä on vaikutusta ja esimerkiksi voimakkaasti keskittyessä laskevat hermoradat vähentävät kivun kokemusta välittäjäaineiden avulla. Myös sähköllä stimuloiminen aktivoivat nämä radat ja vähentävät kipua. (Kalso & Kontinen 2009, 97-98.)

Kipumatriisi on aivoissa kipua käsittelevien alueiden verkosto, jonka avulla muodostetaan aikaisempien kokemusten ja perinnöllisen alttiuden pohjalta yksilön kipukokemus. Kipukokemukseen kuuluu kivun laatu, sijainti ja voimakkuus sekä arvio kivun aiheuttamasta uhasta. Aivokuorelle voidaan ajatella johtavan radat, jotka voidaan jakaa sensoris-diskriminatiivisiin ja affektiivis-motivatiivisiin osiin, vaikkakaan kaikkia rakenteita ei pysty luokittelemaan vain toiseen kuuluvaksi. Sensoris-diskriminatiivisten järjestelmien avulla voidaan havainnoida ja paikallistaa kudonvaurioon johtava ärsyke. Affektiivis-motivatiivisessa järjestelmässä koetaan kivun epämiellyttävyys ja pakenemistarve. Affektiivis-motivatiivisessa järjestelmässä on enemmän eroja yksilöiden välillä verrattuna sensoris-diskriminatiivisiin järjestelmiin. (Kalso & Kontinen 2009, 90-92.)

2.2 Kivun vaikutus elimistöön

Kivun tarkoituksena on suojata elimistöä vammautumiselta ja lisävaurioilta. Näiden lisäksi kivulla on negatiivisia vaikutuksia, jotka ovat sitä vaikeampia mitä vaikeampi tila potilaalla on. Voimakas kipu aiheuttaa elimistöön mm. verisuonten supistumista ja vähentää näin verenvirtausta ja sitä kautta kudosten hapensaantia. (Kalso 2009.) Akuutin kivun on todettu olevan stressitekijä, joka vaikuttaa myös immuunijärjestelmään (Carr 2005, 3). Lisäksi eri hormonit aiheuttavat virtsan erittymisen vähenemistä ja glukoositasapainon häiriöitä. (Kalso 2009.) Kipu saattaa aiheuttaa myös esimerkiksi lihasten jännittymistä (Suomen kivuntutkimusyhdystys, 1). Hoitamattomana kipu saattaa johtaa ns. kipusokkiin eli verenkiertoa vaikeuttavaan tilaan, jonka vuoksi kipua ja elintoimintoja tulee tarkkailla (Kotovainio & Mäenpää 2013.) Akuutin kivun haitallisia vaikutuksia ovat myös mm. erilaiset rytmihäiriöt, liian korkea tai matala verenpaine, hengitystilavuuden pieneneminen, hengityselimistön infektiot, virtsaretentio, suoliston poikkeava supistelu, erilaisten hormonien erityksen lisääntyminen, lihasspasmit sekä psykologiset vaikutukset. Lisäksi pitkittyessä kipu hidastaa toipumista ja heikentää toimintakykyä. (Lehtomäki & Hoikka, 2013.)

2.3 Kivun psykologia

Kivun kokemiselle tyypillisintä on sen epämiellyttävyys, kivun lisääntyminen sekä sen lävistävä, tunkeutuva piirre. Kipu voidaankin kokea hyökkäyksenä omaa kehoa vastaan. Kipua tuntiessaan ihminen haluaa päästä siitä nopeasti eroon, välttää kivun aiheuttajaa, vastustaa kipua tai kieltää kipu kokonaan. Elimistön toimintaan vaikuttavat psyykkiset tapahtumat ja

päinvastoin. Mielen sisäiset ja ulkoiset tapahtumat vaikuttavat hermoverkkojen toimintaan, jolloin kivun voimakkuus riippuu siitä, millaisen merkityksen ihminen kivullensa antaa. Kipu voidaan kokea positiiviseksi koettuna haasteena tai se voi vastaavasti olla nujertavaa. (Vainio 2004, 67, 99.)

Kipuun vaikuttavia psykologisia tekijöitä ovat huomion kohdentaminen kipuun tai siitä pois-päin, kipuun liittyvät uskomukset, tunteet sekä käyttäytyminen (Salanterä, Hagelberg, Kaup-pila & Närhi 2006, 21). Ihmisen kivulleen antama merkitys riippuu hänen elämänhistoriastaan, kokemuksistaan ja persoonallisuudestaan. Akuuttiin kipuun ja kipua aiheuttaviin hoitotoimen-piteisiin liittyy usein ahdistus ja pelko. Voimakas kipu voi olla potilaalle traumatisoiva koke-mus, joka vaikuttaa potilaan myöhemmässä elämässä. Kipuun liittyvän ahdistuksen hoitami-nen on yhtä tärkeää kuin itse kivun hoitaminen. Kivun ja katastrofijätusten yhteydestä on julkaistu useita tutkimuksia. Katastrofijätuksilla tarkoitetaan kielteisiä ahdistuksen, hädän ja epätoivon kokemuksia sekä ajatuksia, että kipu on liian voimakasta ja ettei siitä voi selvitä. Kipupotilailla aggressiivisuus on tilannesidonnainen ilmiö ja onkin esitetty, että kipupotilailla se on yhtä yleistä kuin masennus. (Estlander 2003, 17, 79-80, 82-83.)

Kivun kokeminen on subjektiivista. Jokaisella on oma yksilöllinen tapansa kokea ja tiedostaa kipua. Aikaisemmat kokemukset kivusta muovaavat ihmisen tapaa reagoida kipuun, aikaisem-min koettu voimakas kipu koetaan herkästi uudelleen voimakkaana. Kipukynnykseen ja kivun-sietokykyyn vaikuttavat henkilökohtaiset ominaisuudet. (Salanterä ym. 2006, 9-10, 56-57.) Ku-vantamistutkimuksilla on pystytty todentamaan, että samalla ihmisellä samansuuruisen ärsyk-keen aiheuttama kipu vaihtelee. Esimerkiksi, jos henkilö on tietoinen tulevasta kivusta tai ei kiinnitä kipuun huomiota, aivoissa tapahtuu pienempi neuronaktivaatio. (Kalso & Kontinen 2009, 97-98.)

Akuuttia kipua on haastavaa pukea sanoiksi, kipukokemus ilmaistaan kiljaisuin, huudoin ja äh-käisyin (Sarlio 2000, 27). Kivun laajuutta, voimakkuutta ja sijaintia ei voida objektiivisesti mi-tata, vaan kipu ja sen aiheuttama kärsimys on tunnistettava potilaan käyttäytymisen ja ilmai-semisen perusteella. Kivun kokemisen, ilmaisun ja seuraamusten taustalla voi olla myös erilai-sia psyykkisiä ilmiöitä. Potilaan kokemukset, odotukset, uskomukset sekä suhtautumis- ja toi-mintatavat vaikuttavat kipukäyttäytymiseen. Kipuongelmaan vaikuttavat myös hoitosuhtee-seen ja hoitotoimenpiteistä aiheutuvat tekijät. (Estlander 2003, 9, 12.) Akuuttiin kipuun liit-tyvistä tunteista sekä potilaiden toiveista kivunhoitoaan kohtaan on vähän tutkimustietoa (Kauppila, Salanterä & Heikkinen 2006, 33).

2.4 Kipu ja kulttuuri

Erilaisissa kulttuureissa ja sosiaalisissa ryhmissä kipu koetaan, siihen reagoidaan ja suhtaudutaan eri tavoin. Varhain lapsuudessa saadut mallit vaikuttavat siihen, miten ihminen myöhemmin ilmaisee kipuaan ja miten haluaa siihen reagoitavan. Kipu on kokemuksena yleensä yksityinen ja yksityiseksi se myös jää kulttuureissa, joissa arvostetaan kivun ja vaikeuksien kohtaamista niitä ilmaisematta. Kipu saatetaan kokea epäonnena, joka tuo elämään vaikeuksia. Joissakin kulttuureissa se koetaan myös rangaistuksena, jolloin ihminen ei välttämättä halua hakeutua hoitoon, koska kokee, että kipu on ansaittua. (Sarlio 2000, 24-25.)

Kulttuuri säätelee kipukäyttäytymistä, jolloin käytöksen muutokset, kasvojen ilmeet, äänne-lyt, sanat ja tapa, jolla kipukokemukseen pyydetään helpotusta, ovat erilaisia. On olemassa kulttuureja, joissa ei hyväksytä psyykkisten oireiden tuomista esiin, jolloin imitointi voi olla keino ilmaista kipua. Monissa kulttuureissa kivusta kärsivä ihminen kääntyy ensimmäisenä lähipiiriin puoleen ja etsii sitä kautta selitystä oireilleen sekä selvittää, millaisia toisten kokemukset ovat vastaavanlaisessa tilanteessa. Jos vastauksia ei löydy lähipiiristä, turvaututaan seuraavaksi erilaisiin parantajiin ja vasta viimeisenä tullaan ammattilaissektorille. (Sarlio 2000, 26-28.) Aasialaiset ja Arabimaista tulevat potilaat ilmaisevat kipuaan sanallisesti, afrikkalaistaustaiset puolestaan voivat pyrkiä kieltämään kipunsa. Jossain kulttuureissa kivunsietokykyä pidetään miehekkyyden osoituksena, jolloin kivun ilmaisua pidetään merkinä häpeällisestä heikkoudesta. (Ware, Epps, Herr & Packard 2006.)

Suomalaisen terveydenhuollon piiriin tulee yhä enemmän maahanmuuttajia, jolloin taustaan erilaisista kulttuureista tulevien ihmisten välillä saattaa esiintyä väärinkäsityksiä esimerkiksi hoitotilanteissa. Ongelmatilanteissa tulisi selvittää, johtuuko esimerkiksi suomalaiseen kulttuuriin nähden erilainen käyttäytyminen potilaan kulttuuritaustasta. Väärinkäsityksiä voivat aiheuttaa muun muassa uskomukset lääkityksen suhteen, kommunikaatiotapa kuten käntely ja silmiin katsominen sekä suhtautuminen sairauteen. (Vainio 2009b, 32.) Kivunhoito on hyvin haasteellista, jos hoitohenkilökunnalla ja potilaalla ei ole yhteistä kieltä. Tällöin esimerkiksi kipumittarien käyttö on hankalaa ja usein potilaan kipua voidaan arvioida ainoastaan hänen käyttäytymisensä perusteella. (Ware ym. 2006.)

2.5 Kivun arviointi

Kivun arvioinnissa yhtenä osana on potilaan tarkkailu ja havainnointi. Potilasta voidaan tarkkailla fysiologisesti sekä havainnoida käyttäytymisessä ilmeneviä muutoksia. Potilaan hengitystä tarkkaillaan ja kiinnitetään huomiota hengityksen tiheyteen ja syvyyteen, hengitysäniin, apulihasten käyttöön, potilaan tuntemuksiin sekä mahdollisten eritteiden laatuun ja määrään. Potilaan tajunnantaso tarkkaillaan ja mahdollisesti arvioidaan Glasgow'n koomasteikolla. Ihon lämpöä, kosteutta, väriä, kimmoisuutta ja turvotuksia seurataan. Potilaalla

voi esiintyä pahoinvointia, jolloin mahdollisia eritteitä arvioidaan ja huomioidaan oksentamisen tai ulostamisen vaikutus kipuun. Lisäksi tarkkaillaan vitaalielintoiminnoista verenpainetta, pulssia sekä happisaturaatiota. (Kotovainio & Mäenpää 2013.)

Potilaan asento otetaan huomioon kivun arvioinnissa ja pyritään etsimään potilaalle kipua helpottava asento. Mahdolliset virheasennot ja kehon jäykkyys huomioidaan. Potilaan ilmeisiin ja eleisiin kiinnitetään erityistä huomiota, jolloin potilaan kivun voimakkuutta ja sijaintia pystytään arvioimaan. Lisäksi mielialaa ja käyttäytymistä seurataan. Kipeä potilas voi olla ärtyinen, tuskainen, levoton, ääntelevä, itkevä sekä hän voi väistää, torjua ja puolustautua hoitotoimenpiteissä. (Kotovainio & Mäenpää 2013.)

Potilaan ollessa hyvin kivulias, häneltä kysytään kivun alkamisajankohtaa, laatua eli millaista kipu on ja onko kipu muuttunut ajan kuluessa, kivun paikkaa ja sitä pahentavia tekijöitä sekä muita oireita kivun lisäksi. Vitaalielintoimintojen tarkkailun lisäksi huolehditaan nestetasapainosta, sillä virtsaneritys vähenee kivun ollessa kovaa. Pupillien koko ja symmetrisyys tarkistetaan. Pupillit laajenevat potilaan ollessa kivulias. (Kotovainio & Mäenpää 2013.)

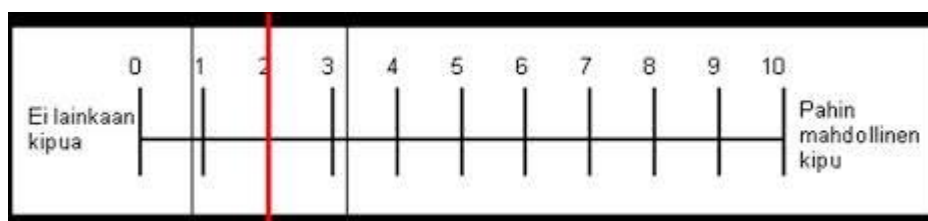
Kivun arvioinnissa lähtökohtana ovat potilaan omat tuntemukset ja kokemukset kivusta. Kivun kokeminen on yksilöllistä, joten potilaalta kysytään kivun määrää ja hänen kokemukset otetaan huomioon. Potilas voi kuvata kivun laatua esimerkiksi adjektiiveilla. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 83.) Kivun arvioinnin avuksi on kehitetty erilaisia kipumittareita. Suurin osa kipumittareista on yksiulotteisia ja ne mittaavat yleensä kivun voimakkuutta. Käytetyimpiä kivun voimakkuutta arvioivia mittareita ovat VAS eli visuaalianalogiasteikko, NRS eli numeerinen kipuasteikko sekä VDS eli verbaalinen kipuasteikko. Lapsille on erikseen kehitetty kipukasvomittareita, joissa kasvojen ilmeet kuvaavat kivun voimakkuutta. Potilaan mieltymys sekä kipumittarin luotettavuus vaikuttavat käytettävän mittarin valintaan. Valittua kipumittaria käytetään aina kyseisen potilaan kipua arvioitaessa ja se kirjataan potilastietojärjestelmään. (Salanterä ym. 2006, 83-84.) Kirjaamisen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Potilaasta kirjataan vain hänen hoitonsa kannalta välttämättömät asiat. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013.)

Kipujana on kymmenen senttimetriä pitkä liuska, jonka toinen pää merkitsee kivuttomuutta ja toinen pahinta mahdollista kipua. Sitä pidetään melko luotettavana kipumittarina. Potilas osoittaa janalta, kuinka voimakasta kipua hän kokee. Janan toisella puolella olevasta mittaasteikosta näkee kuinka voimakasta kipu on lukuna. Kliinisessä työssä kipu ilmoitetaan asteikolla 0-10. (Salanterä ym. 2006, 84-85.)



Kuva 1: Kipujana

Numeerisella kipumittarilla mitataan kivun voimakkuutta, joka on asteikoltaan 0-10 tai 0-100. Tässä tapauksessa 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 tai 100 pahinta mahdollista kipua. Mittari on potilasystävällinen, sillä se on yksinkertainen ja helppo käyttää. Ennen käyttöä potilaalle ohjataan mittarin käyttö. (Salanterä ym. 2006, 85.)



Kuva 2: NRS-kipuasteikko

Kasvomittarin avulla mitataan myös kivun voimakkuutta. Se on kehitetty erityisesti lapsille ja niissä on kasvojen kuvia kolme tai useampi. Leikki-ikäiset lapset osaavat opastuksen jälkeen usein käyttää kipukasvoja kivun arvioinnissa. Käytön ohjaaminen on kuitenkin erityisen tärkeää lapselle, sillä lapset saattavat sekoittaa muita tunteita kivun voimakkuuteen. (Salanterä ym. 2006, 86-87.)

Moniulotteisissa kipumittareissa selvitetään kivun voimakkuuden lisäksi kivun sijaintia esimerkiksi kehon kuvan avulla. Keho on kuvattuna edestä ja takaa ja potilasta ohjataan merkitsemään kipualueet. Myös kivun voimakkuus, laatu ja säteily muualle kehoon voidaan merkitä kuvaan. Kipusanoja voidaan käyttää apuna ja sanat, jotka kuvaavat kivun laatua ovat tärkeitä, sillä niiden avulla voidaan kivun syy saada selville. (Salanterä ym. 2006, 87-89.)

Muistisairaana ja kommunikointiin kykenemättömän potilaan kipua voidaan arvioida havainnointimittareiden avulla. Niitä ovat CNPI, Doloplus-2, PAINAD, PACSLAC, ADD sekä NOPPAIN. CNPI:ssä arvioidaan ääntelyä, kasvojen ilmeitä, valittamista, levottomuutta, tuen tarvetta sekä kipualan mahdollista hieromista. Doloplus-2:n avulla arvioidaan kipua fyysisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä, kasvojen ilmeistä, ääntelystä sekä syömisestä ja nukkumisesta.

PAINAD on helppokäyttöinen ja lyhyt mittari, jossa arviointi koostuu hengityksestä, äänte-lystä, kehon kielestä, kasvojen ilmeistä sekä lohdutuksen tarpeesta. PACSLAC koostuu kehon kielen, aktiivisuuden, kasvojen ilmeiden, mielialan ja fysiologisten tekijöiden arvioinnista. ADD:lla arvioidaan käyttäytymistä, kehon kieltä, ääntelyä, mielialaa ja kasvojen ilmeitä. NOP-PAIN koostuu neljästä osa-alueesta kivun arvioinnissa. Niitä ovat hoitotilanteet, joissa arvioidaan kipukäyttäytymistä, kipukäyttäytymisen esiintymistä esimerkiksi äänteleekö tai ilmeileekö potilas tai onko hän levoton, kipukäyttäytymisen voimakkuutta sekä kokonaisarviointia kivun voimakkuudesta. (Salanterä ym. 2013, 15.)

2.6 Kipupotilaan ohjaus

Potilaan ohjaus lähtee potilaan tarpeiden huomioon ottamisesta ja kuuntelemisesta. Ohjauksella pyritään lisäämään potilaan ja omaisten tietoisuutta kivusta sekä kipuun vaikuttavista tekijöistä ja kivun hoitomenetelmistä. Potilaalla on oikeus tehdä kivunhoitoonsa liittyviä päätöksiä. Jos potilaille annetaan kirjallista materiaalia, se on hyvä käydä läpi myös suullisesti, sillä ajantasaisen tiedon antaminen ja tiedon ymmärtäminen ovat askel hyvään kivunhoitoon. Akuutista kivusta kärsivän potilaan tulee myös saada tietoa keinoista, joilla hän voi itse lievittää kipua. Potilaan ohjaus on erityisen tärkeää silloin, kun kipu liittyy elämäntilanteeseen, jota ei ole ennalta suunniteltu, esimerkiksi onnettomuuteen. Tällöin ohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon stressireaktio, josta potilas mahdollisesti kärsii sekä tiedon ymmärtämisen ja käsittelyn puutteet kriisin seurauksena. (Salanterä ym. 2006, 91-93.)

3 Lonkkamurtuma

Lonkkamurtuma tarkoittaa reisiluun yläosan eli proksimaalisen reisiluun murtumaa. Murtuma sijaitsee yleensä joko reisiluun kaulan alueella, sarvennoisten välissä tai sarvennoisten alapuolella. Murtuma voi syntyä joko trauman aiheuttamana tai spontaanisti ilman traumaa osteoporoosin tai luussa olevan kasvaimen takia. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 676.)

3.1 Riskitekijät ja ehkäisy

90 % lonkkamurtumista tapahtuu kaatumisen vuoksi, joten osteoporoosin ja kaatumisen ehkäisy ovat tärkeimpiä vältettäviä riskitekijöitä. Kaatumista ja osteoporoosia ja näin lonkkamurtumia lisäävät vähäinen fyysinen aktiivisuus, korkea ikä ja aiemmat murtumat. (Lonkkamurtuma 2011.) Myös pieni painoindeksi lisää lonkkamurtuman riskiä (Tilvis 2010).

Osteoporoosin ehkäisyssä ja hoidossa tärkeintä on riittävän kalsiumin ja D-vitamiinin saannin turvaaminen. Kalsiumia tarvitsisi vuorokaudessa 1000 mg ja D-vitamiinia 20 mikrog. Lisäksi

säännöllinen liikkuminen ja tupakoimattomuus ovat tärkeitä. Lääkitystä, kuten alendronaattia, tulisi kohdentaa vain iäkkäille, joilla on pienentynyt luun tiheys ja jotka ovat saaneet aiemmin murtumia. Näin varmistetaan lääkehoidon tehokkuus. (Lonkkamurtuma 2011.)

Myös kaatumisen ehkäisyssä monipuolinen liikunta on tärkeää, eikä liikkumista kannattaisi rajoittaa laitoksissakaan. Tehokkainta kaatumisen ehkäisyssä on ollut monialainen interventio, joka sisältää liikkumista, kalsium- ja D-vitamiinilisää, kaatumista lisäävien lääkkeiden vähentämistä ja esimerkiksi tarvittaessa kaihihoitoa. Pelkän neuvonnan ja kohdentamattomien terveystarkastusten ei ole todettu olevan tehokkaita, sen vuoksi kaatumisen ehkäisy tulisi suunnitella osana yksilöllistä hoitoa ottaen huomioon kognitiiviset valmiudet, lääkityksen ja käytöshäiriöt. Terveystarkastuksissa tulee arvioida kaatumis- ja murtumariskiä. (Lonkkamurtuma 2011.)

Lonkkasuojaimia olisi hyvä käyttää ikääntyneillä, jotka siirtyvät laitoshoitoon pitemmäksi aikaa, koska laitokseen siirtyminen lisää tutkimusten mukaan riskiä kaatua ja saada lonkkamurtuma. Suojainten käyttö on perusteltua myös kotona asuvilla, joilla on korkea riski saada lonkkamurtuma. Suojainten käyttöä tulisi seurata, koska vain jatkuvasti käytetty lonkkasuojain suojaaa murtumalta. (Lonkkamurtuma 2011.) Monet vanhukset kokevat suojaimen käytön vaihalloiseksi ja sen vuoksi sen käyttö kotona vaarantuu (Tilvis 2010).

3.2 Oireet ja diagnoosi

Lonkkamurtuman oireita ovat virheasennot ja kipu. Mikäli lonkkamurtumassa on tapahtunut dislokaatio eli siirtymä, raajassa voi olla havaittavissa lyhentymä ja terveeseen raajaan verrattuna murtumakohta on uloskiertynyt. Murtunut lonkka on todella kivulias, eikä kestä liikuttelua, jolloin jalalle varaaminen on mahdotonta. Lonkkamurtuma, jossa ei ole tapahtunut siirtymää, voi olla kivuttomampi kuin murtuma, jossa siirtymä on tapahtunut. (Ahonen ym. 2012, 678.)

Anamneesissa määritellään potilaan vammamekanismi sekä selvitetään potilaan toimintakyky ennen lonkkamurtumaa. Lisäksi kartoitetaan potilaan perussairaudet, lääkitys, ruokavalio ja ravitsemustila. Potilaan vitaalielintoiminnot, virtsarakon toiminta, nestetasapaino sekä mahdollinen anemia otetaan huomioon. Lisäksi otetaan tarvittavat verikokeet anestesia- ja leikkaukselpoisuuden arviointia varten. Potilaan painehaavariski tulee määrittellä heti sairaalaan tultaessa sekä suojataan lantio ja kantapää hoidon alussa. (Ahonen ym. 2012, 678.)

3.3 Hoito

Lonkkamurtumassa päädytään yleensä aina leikkaushoitoon. Leikkaus pyritään tekemään alle vuorokauden sisällä tapaturmasta. (Ahonen ym. 2012, 678.) Ennen leikkausta potilaan elektrolyyttitasapainon häiriöt korjataan, hoidetaan merkittävä anemia sekä pyritään saamaan sydämen vajaatoiminta ja diabetes hoitotasapainoon mahdollisuuksien mukaan. Toimenpide voidaan tehdä myös kivunhoidon näkökulmasta palliatiivisena hoitona, jos potilas on toimintakyvytön ja hänen elinajan ennusteensa on lyhyt. Murtuma voidaan myös hoitaa konservatiivisesti, jolloin on tärkeää huolehtia hyvästä kivunhoidosta. (Lonkkamurtuma 2011.)

Heti sairaalaan tullessa potilaalle aloitetaan tromboosiprofylaksi laskimotukosten ehkäisemiseksi. Hoito aloitetaan joko daltepariinilla tai enoksapariinilla. Leikkauksen jälkeen profylaksihoitoa jatketaan neljän viikon ajan. Mikäli potilaalla on useita tukosvaaraa lisääviä riskitekijöitä ja hoito kestää yli neljä viikkoa, suositellaan varfariinia. Potilaalle ohjataan hengitysharjoitukset sekä nilkkojen pumppaavat liikkeet laskimotukosten ehkäisemiseksi. Lisäksi käytetään hoitosukkaa koko sairaalahoidon ajan. Potilaalle annetaan myös antibioottiprofylaksi kerta-annoksena infektioiden ehkäisemiseksi. Mikäli leikkaus pitkittyy, suositellaan potilaalle annettavaksi uusi annos antibioottiprofylaksia. (Lonkkamurtuma 2011.)

Leikkauksessa murtuman kiinnitysmenetelmä valitaan murtumalinjan sijainnin sekä potilaan iän ja yleiskunnon perusteella. Leikkausmenetelmä valitaan niin, että potilas kykenee leikkauksen jälkeen heti varaamaan leikatulle jalalle täydellä painolla. Leikkausmenetelmän valinnassa tulee ottaa huomioon myös murtuman vuoksi lakannut verenkierto reisiluun päässä. Mikäli verenkierto on vaurioitunut, reisiluu menee kuolioon. Tällöin reisiluun pää korvataan leikkauksessa puolitekonivelellä. Sarvennoistason murtumissa alue hoidetaan ruuveilla ja levyllä. Sarvennoistason alapuolella sijaitseva murtuma taas hoidetaan liukuruuvi-ydinnaulauksella eli niin sanotulla gammanaulalla. (Ahonen ym. 2012, 678-679.)

Lonkkamurtumapotilaan mobilisointi aloitetaan leikkauksesta seuraavana päivänä. Toimintakyky palautuu ja komplikaatioita pystytään ehkäisemään paremmin varhaisella mobilisoinnilla. Myös kävelykyky palautuu täten nopeammin. Päivittäinen harjoittelu on tärkeää ja sen tulee lähteä potilaan omista toiveista ja tavoitteista. Harjoittelua on hyvä jatkaa useita kuukausia, jotta se on tehokasta ja sillä kyetään ehkäisemään kipua ja ylläpitämään nivelten liikkuuutta. (Lonkkamurtuma 2011.)

Potilaan neste- ja elektrolyyttitasapainoa seurataan säännöllisesti ja nesteiden saanti varmistetaan. Näin ehkäistään kuivumista ja elektrolyyttitasapainon häiriöitä, jotka voivat aiheuttaa lihaskouristusta ja väsymystä sekä heikentää elimistön puolustusjärjestelmää, jolloin sairaalajakso pitenee. Oraalisia ravintovalmisteita tulisi käyttää näiden häiriöiden korjaamiseen. lääkäillä potilailla voidaan joskus käyttää anabolista steroidia 6-12 kuukauden ajan leikkauksen

jälkeen parantamaan ravitsemustilaa, liikuntakykyä ja lihassmassaa. (Ahonen ym. 2012, 680-681.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet velvoittavat sairaanhoitajaa lievittämään potilaan kärsimystä kliiniseen kivunhoitotyön osaamiseen hoitajalla on oltava käytännön kokemusta hoitotyöstä sekä kykyä käyttää eri lähteistä saamaansa tietoa kivunhoidosta. Tietoa potilaan kivusta hoitaja saa havainnoimalla ja keskustelemalla potilaan kanssa. (Kauppila ym. 2006.) Ikääntyneet saattavat kokea kipulääkkeen pyytämisen vaikeaksi, jonka vuoksi kipulääkityksen säännöllisyydestä on huolehdittava (Bergroth 2010, 683). Erityisesti dementoituneiden potilaiden kivunhoito jää tutkimusten mukaan riittämättömäksi (Iivanainen & Tikkanen 2010).

Lonkkamurtumapotilaat ovat erittäin kivuliaita ja murtuneen raajan liikuttelu lisää kipua. Komplikaatioiden riskit sekä kuntoutumisen edistyminen hidastuvat, jos kivunhoito on riittämätöntä. Lonkkamurtuman aiheuttaman kivun hoitoon suositellaan käytettäväksi opioideja suun kautta tai lihakseen annosteltuna. Niiden käyttö tulee kuitenkin lopettaa annoksia vähentäen kun leikkauskipu helpottaa. (Lonkkamurtuma 2011) Opiaattien etuja ovat niiden nopeasti alkava vaikutus sekä niiden teho kovassakin kivussa. Parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä ei ole voimakkaassa kivussa riittävästi tehoa. Lisäksi ne ovat vasta-aiheisia etenkin iäkkäillä potilailla heikentämällä munuaisten verenkiertoa sekä lisäämällä vuototaipumusta. (Hoppu 2007.) Raajan asettaminen vetoon ennen leikkausta ei vähennä kipua (Lonkkamurtuma 2011). Johtopuudutusten on todettu vähentävän lonkkamurtumapotilaiden kipulääkityksen tarvetta (Parker 2001).

Lonkkamurtumapotilaista suurin osa on ikääntyneitä, joiden kivun lääkehoidosta saatu tutkimustieto on edelleen puutteellista. Erilaiset sairaudet, heikentynyt toimintakyky, alentunut lääkkeiden sieto sekä interaktioiden riskit vaikeuttavat ikääntyneiden turvallista lääkehoitoa. (Iivanainen & Tikkanen 2010.) Tärkeä osa kivun hoitoa on myös potilaan henkinen tukeminen läsnäololla, keskustelemalla ja kuuntelemalla (Sailo & Vartti 2000). Potilaan kipuun liittyvää pelkoa ja ahdistusta voidaan lievittää rauhoittamalla potilasta kertomalla hoitoon liittyviä asioita (Salanterä, Hagelberg, Kauppila, Närhi 2006). Suomalaisia hoitotieteellisiä tutkimuksia kivunhoidosta päivystyspoliklinikoilla on tehty varsin vähän (Pätäri 2014).

3.4 Sairaanhoitajan rooli kivunhoidossa

Sairaanhoitajan tulee työskennellä eettisten periaatteiden ja hyväksytyjen toimintatapojen mukaisesti (Välimäki 2010a, 19). Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan, hänen tulee lievittää potilaan kärsimystä ja hän on vastuussa hoidosta ennen kaikkea hoidettavalle potilaalle. Välimäen (2010b, 137-158) mukaan eettisiä lähtökohtia potilashoidossa ovat autono-

mia, yksityisyys ja tietoisesti annettu suostumus. Näiden kolmen tulisi toteutua potilaan hoidossa. Näiden toteutuminen on kirjattu myös lakiin, samoin kuin potilaan oikeus laadukkaaseen hoitoon (L 1992/785).

Kivun hoitotyön onnistumisen edellytyksenä on työhönsä motivoitunut, kivunhoidon hallitseva hoitaja. Välinpitämättömyys ja vähättelevä asenne kivunhoitoon sekä yhteistyön puute potilaan kanssa sekä eri ammattiryhmien välillä heikentävät kivunhoidon onnistumista. Tärkeää on lisäksi hoitajien kivunhoidon tietojen ja taitojen ylläpitäminen ja täydennyskoulutus. Kivun hoitotyön onnistumisen vaatii myös selkeää vastuunjakoa, jolloin jokainen hoitotyöhön osallistuja tietää oman vastuualueensa. Kivun hoitotyö onnistuu parhaiten kun mahdollisuuksien mukaan ennalta sovitaan miten kivunhoito kokonaisuutena toteutetaan, miten kipua arvioidaan ja miten kivunhoito toteutetaan. Tärkeää on myös huolellinen kirjaaminen sekä raportointi. (Salanterä ym. 2006, 11.)

Organisaation hoitokulttuuri vaikuttaa kivun hoitoon liittyviin asenteisiin ja kuinka tärkeäksi se koetaan. Hoitokulttuurin tulee tukea laadukasta ja näyttöön perustuvaa kivun hoitoa. Yksittäinen hoitaja pystyy vaikuttamaan vain omien potilaidensa kivun hoidon onnistumiseen, joten koko organisaation on luotava yhtenäiset käytännöt kivun hoidosta, jotta hyvä kivun hoito toteutuisi kaikkien potilaiden kohdalla. (Axelin & Niela, 2011.)

Päivystyspoliklinikalla työskentelevältä hoitajalta edellytetään yhteistyötaitoja toimia kiireissä olosuhteissa ja toisaalta kykyä toimia hyvinkin itsenäisesti. Päivystystyössä korostuvat nopea ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky. Sairaanhoitajalla tulee olla myös valmiuksia havaita potilaan psyykkisen tuen tarve. Sairaanhoitajalla on oltava perustiedot kivusta ja sen arvioinnista päivystystilanteissa. Päivystysolosuhteissa pääasiallinen kivunhoitomuoto on lääkehoito. Traumatilanteissa lääkkeettömiä keinoja ovat lisäksi mm. immobilisaatio ja asentohoito. (Salanterä ym. 2006, 180-181.)

Jenni Pätärin pro gradu tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat kivun arvioinnin haastavaksi päivystyspotilailla. Sairaanhoitajat kuvailivat tärkeimmiksi kivun arvioinnin menetelmiksi potilaan havainnoinnin ja haastattelun. Haastavinta kivun arviointi oli erityisesti muistisairailta ja desorientoituneilta potilailta. Tutkimuksesta kävi myös ilmi työvuosien myötä tuleva kokemus kivun arvioinnista. Kipua hoidetaan lääkkeillä ja lääkkeettömästi kuten asento- hoidolla. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat korostivat myös psyykkisen tuen antamista esim. läsnäolon, rauhoittelun ja kuuntelun keinoin. Päivystyspotilaiden kivunhoidon haasteiksi tutkimuksessa kävi ilmi suuret potilasmäärät, kiire ja ruuhka. Oleellisesti kivunhoidon laatuun vaikuttivat hoitajien suuri työmäärä ja lyhyet hoitoajat. Hoitajat myös kertoivat, että omalla ammattitaidolla, rauhallisuudella sekä kivusta kertomalla voidaan helpottaa potilaan ahdistusta ja kipua sekä luoda samalla turvallisuuden tunnetta. (Pätäri 2014.)

Akuuteissa kivunhoitotilanteissa hoitajien toiminnan toteutuksessa painottuu intuitiivinen päätöksenteon ajatteluprosessi, jossa hoitajan toimintaan vaikuttavat enemmän potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset kuin hoitosuunnitelman noudattaminen. Intuitiivisessa ajatteluprosessissa päätöksenteko tapahtuu nopean kokonaistilanteen hahmottamisen jälkeen. Intuitio on osa hoitajan omaa persoonallista tietoa ja hoitotyössä sen on yhdistetty erityisesti kokeneiden hoitajien ominaisuudeksi. Kivunhoidossa hoitajan työkokemuksella, koulutuksella, sekä kivunhoitotilanteiden yleisyydellä on suora yhteys siihen millaiseen päätöksentekoon hoitaja kivunhoidossa päätyy. (Keskinen 2007.)

Aino Kainulaisen (2015) pro gradu käsitteli kuinka hoitohenkilökunta tunnistaa muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kipua kehonkielen ja käyttäytymisen perusteella. Tuloksista kävi ilmi, että kipua arvioitiin kasvojen ilmeiden perusteella etenkin kulmien kurtistamisen, irvistämisen, otsan rypistämisen tai minkä tahansa poikkeavan ilmeen esiintyessä potilaan kasvoilla. Kivuksi arvioitiin myös käytösoireet kuten potilaan riitaisuus, aggressiivisuus ja hoidon vastustaminen sekä psyykkisistä oireista lisääntynyt sekavuus, ärtyisyys ja ahdistuneisuus.

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää lonkkamurtumapotilaiden kivun hoitoa hoitajien näkökulmasta Lohjan sairaalan päivystyksessä. Tiedonkeruussa käytimme kyselylomaketta, johon päivystyksessä työskentelevät hoitajat vastasivat.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten potilaan kipua arvioidaan?
2. Miten kipua hoidetaan?
3. Mitkä ovat kivunhoidon haasteet?

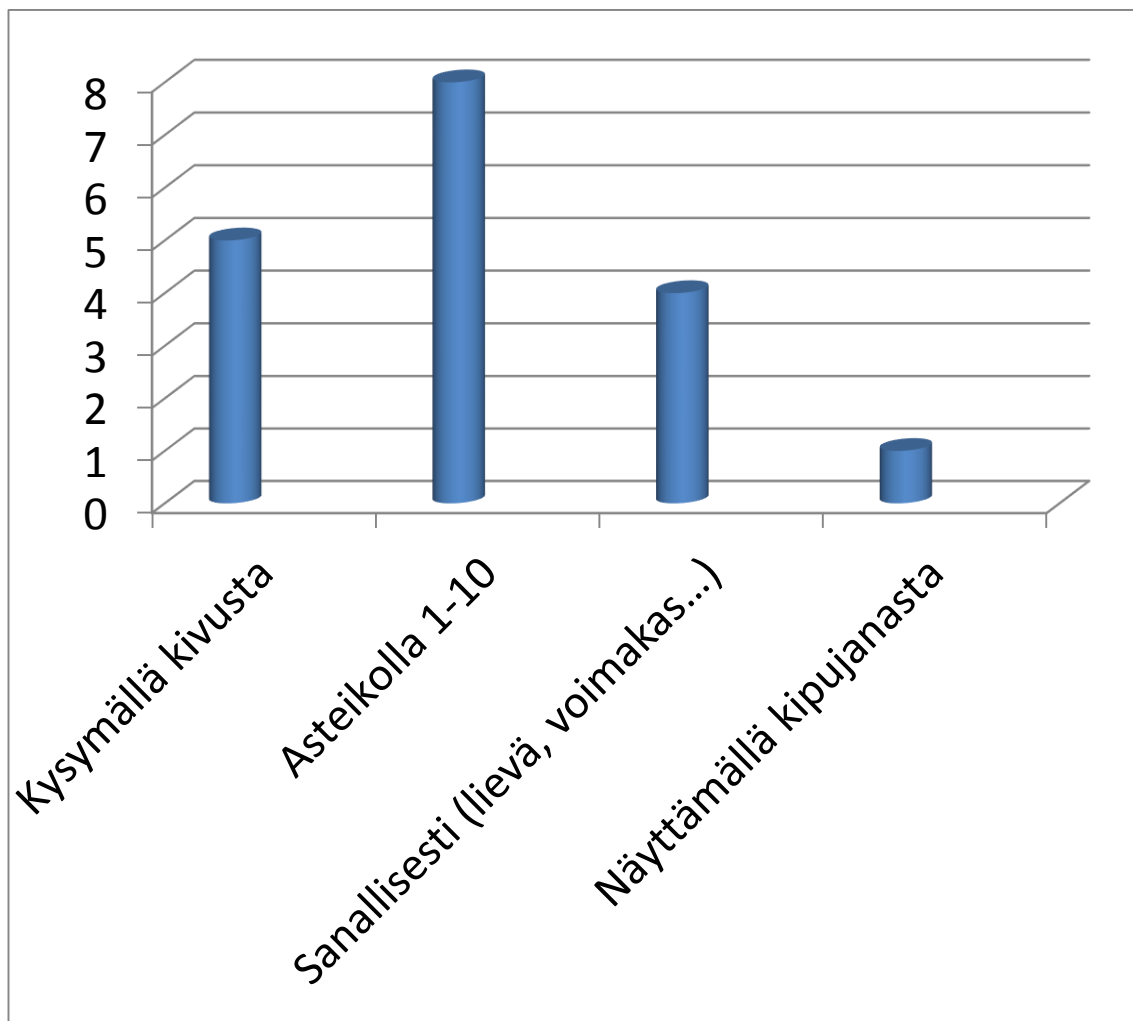
5 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä käytimme kyselylomaketta, koska sillä saimme hyvin vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Kyselylomakkeessa oli sekä suljettuja kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot oli annettu valmiiksi sekä avoimia kysymyksiä, joihin hoitajat vastasivat omin sanoin. Lisäksi kahdessa suljetussa kysymyksessä oli lisäksi vastausvaihtoehto ”muulloin ja milloin?”, joissa vastaaja voi vastata omin sanoin. Tutkimusotteemme oli laadullinen, koska halusimme selvittää millaista kivun hoito ja arviointi ovat ja tämä näkyy jo tutkimuskysymyksistämme. Tulosten tarkastelussa olemme kuitenkin käyttäneet määrällisiä taulukoita selkeyttämään vastausten yhdensuuntaisuutta ja eroja.

Tutkimusympäristönä oli Lohjan sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikka, jossa hoidetaan akuutisti sairastuneita, kiireellistä erikoissairaanhoidoa vaativia potilaita. Kohde-ryhmänä oli Lohjan sairaalan päivystyksessä työskentelevät hoitajat. Tavoitteemme oli saada otannaksi vähintään viisi hoitajaa, jotta esille tulisi useampia näkökulmia kivunhoitoon ja -arviointiin. Opinnäytetyön teoriaosuuden työstäminen alkoi loppuvuodesta 2014, jonka pohjalta laadimme tutkimuskysymykset sekä teimme kyselylomakkeen. Tutkimusluvan saimme kesäkuussa ja kyselyn toteutimme elokuussa 2015. Kyselylomakkeiden yhteydessä hoitajille annettiin myös saatekirje, jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta. Kyselylomakkeiden vastaukset analysoimme välittömästi riittävän otannan saamisen jälkeen ja opinnäytetyömme oli valmis syyskuussa 2015.

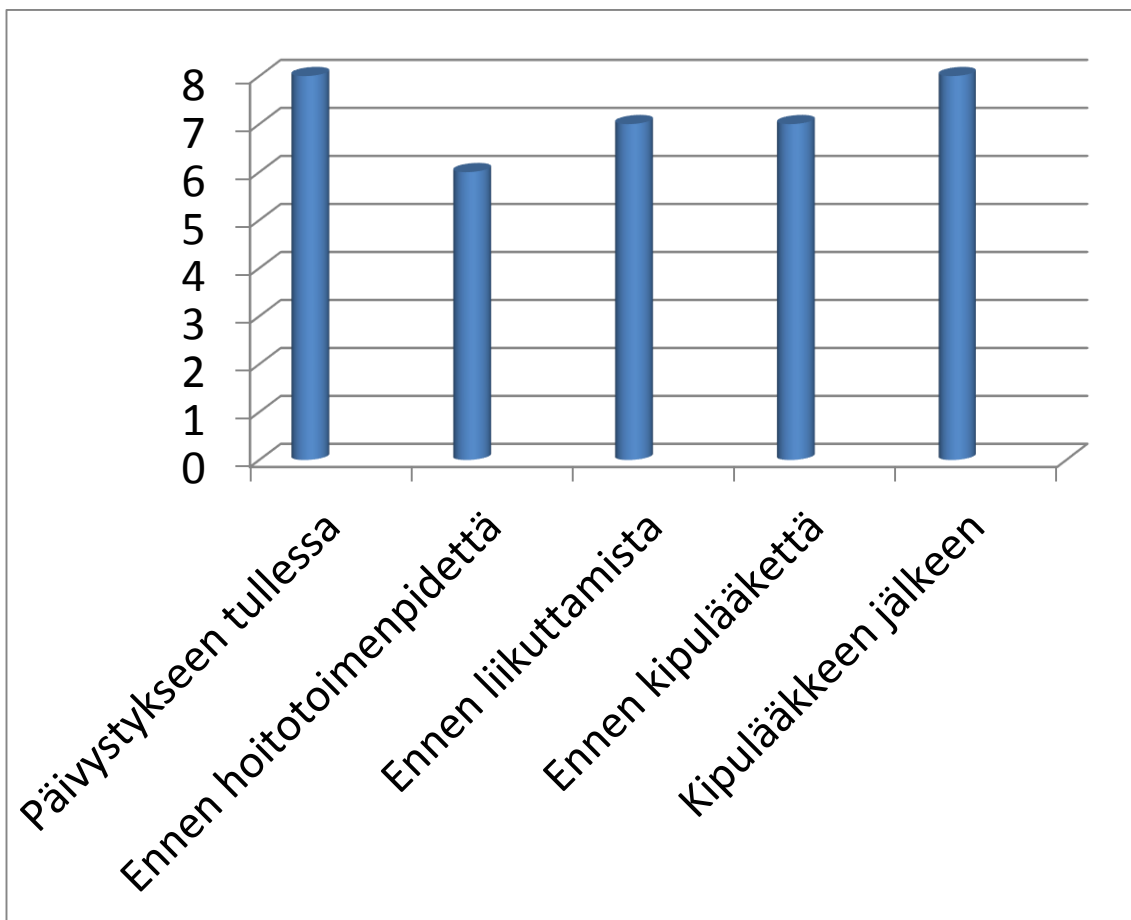
6 Tutkimustulokset

Kyselylomakkeeseen vastasi kahdeksan päivystyksessä työskentelevää hoitajaa. Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme käsitteli lonkkamurtumapotilaan kivun arviointia. Vastausten perusteella hoitajat suhtautuvat potilaan kipuihin vakavasti ja kaikki hoitajat käyttivät kivun arvioinnissa numeerista kipuasteikkoa. Lisäksi osa hoitajista arvioi kysymällä kivusta ja pyysi myös sanallista arviota. Vain yksi vastasi käyttävänsä kivun arvioinnissa apunaan kipujanaa. Pienempi osa hoitajista vastasi arvioivansa kipua vain numeerisella kipuasteikolla ja vain yksi vastasi käyttävänsä kaikkia tarjottuja menetelmiä. Vastausten perusteella hoitajien keskuudessa on hajontaa siinä, miten kipua arvioidaan.



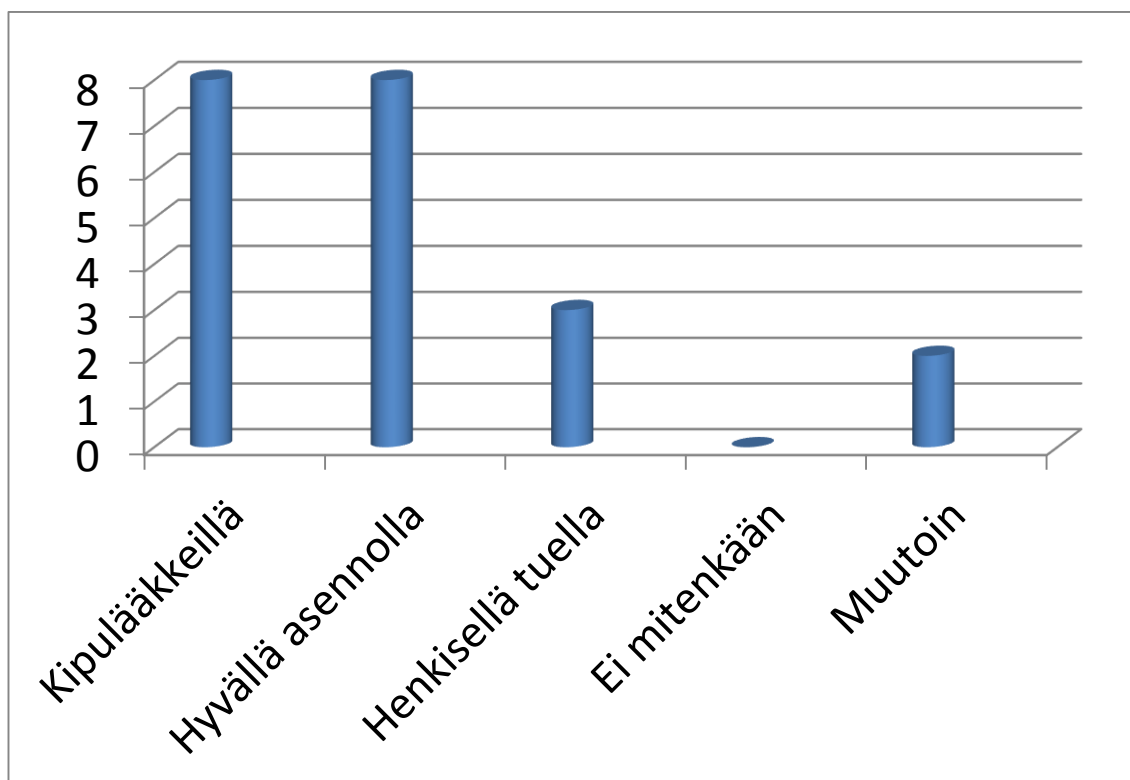
Taulukko 1: Miten kipua arvioidaan?

Kaikki hoitajat arvioivat kipua potilaan tullessa päivystykseen sekä kipulääkkeen antamisen jälkeen. Lisäksi kipua arvioidaan usein ennen hoitotoimenpiteitä, ennen potilaan liikuttamista sekä ennen kipulääkkeen antamista. Kysyimme myös arvioidaanko kipua muulloinkin, mutta emme saaneet siihen vastauksia. Puolet hoitajista vastasi arvioivansa kipua kaikissa annetuissa vaihtoehdoissa.



Taulukko 2: Milloin kipua arvioidaan?

Halusimme myös tietää, miten lonkkamurtumapotilaan kipua hoidetaan. Kaikki hoitajat vastasivat hoitavansa kipua kipulääkkeillä ja hyvällä asennolla. Alle puolet vastasi hoitavansa kipua henkisellä tuella. Ei mitenkään - vaihtoehto ei saanut yhtään vastausta. Näiden lisäksi kipua hoidettiin myös lääkärin suorittamalla femoralis hermon puudutuksella sekä kipulääkkeen vaikutusta seuraamalla.



Taulukko 3: Miten kipua hoidetaan?

Kolmen hoitajan mielestä kivun hoito ei ole riittävää. Siihen kerrottiin syyksi:

”Kokemattomat lääkärit.”

”Joskus jää lääkkeen riittävyys huomioimatta, eli lääke annetaan, mutta aina ei kysytä kipuja sen jälkeen.”

”On selkeästi tilanteita, jolloin kivunhoito väistyy sairaalan rutiinien tieltä. Se hoidetaan kyllä aina, mutta aktiivisuus riippuu hoitajan suhtautumisesta asiaan.”

Kaksi hoitajaa vastasi sekä kyllä että ei.

”Joillekin potilaille ei saada tarpeeksi tehokasta kivunlievitystä murtuman asennosta johdun, vaikka laitetaan potilaalle esim femoralisblokki puudute + muuta kivunlievitystä.”

Loput vastasivat kysymykseen kyllä, eli heidän mielestään kivunhoito oli riittävää.

Viimeisessä tutkimuskysymyksessä kivunhoidon haasteiksi vastauksissa mainittiin kivun voimakkuuden arviointi sekä kivunhoidon riittävyys.

”Ajoittain kivun arviointi.”

”Saada potilas kivuttomaksi. Kipu yksilöllistä/murtuma-asento vaikuttaa.”

”Kivun voimakkuuden arviointi, toisten on esimerkiksi vaikea ymmärtää numeraalista kivun arviointia.”

”Mikäli potilas on iäkäs, saattaa dementia tms. vaikeuttaa haastattelua, jolloin kivun vahvuutta voi olla vaikea tietää.”

”Jos potilas on sekava, hoitotoimet vaikeutuvat. Obeesi potilas on raskas siirtää ja hän tarvitsee paljon kipulääkkeitä, mutta fyysinen sietokyky on usein heikko.”

”Useimmiten vanhoja ja laihoja vanhuksia, jolloin lääkkeitä (huumaavia) ei uskalleta antaa suuria määriä. Joskus myös vanhemmat mieshenkilöt eivät tahdo myöntää kipua.”

”Erilaisia potilasryhmiä, ikä, miten trauma on tapahtunut, erilaiset sairaudet.”

Kivunhoidon kokonaisuuden onnistumisesta hoitajat vastasivat seuraavasti:

”Hyvin!”

”Kivun huomioidaan mielestäni hyvin ppkl:lla. Mikäli tiedetään, että leikkausajankohta pitkittyy, niin laitetaan yleensä nykyään myös femoralisblokkipuudutus potilaalle heti ppkl:lla.”

”Kohtalaisen hyvin.”

”Kokonaisuudessa aika hyvin. Paremmin voisi mennä.”

”Mielestäni suhteellisen hyvin”.

”Hyvin mutta siinä voisi olla jokin protokolla miten ne toteutetaan jotta kivunhoito tulisi aina oikeaan kohtaan”.

7 Pohdinta

Saadun aineiston avulla saimme vastakset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Saimme tietoa miten hoitajat arvioivat lonkkamurtumapotilaan kipua, kuinka usein kipua arvioidaan sekä millä tavoilla kipua hoidetaan. Lisäksi saimme tietoa hoitajien kokemista haasteista sekä miten kivunhoitoa voisi kehittää.

Osa hoitajista vaikuttaa arvioivan ja hoitavan kipua oikein hyvin ja kattavasti, mutta osan kohdalla tulee tunne vaillinaisuudesta. Kipua kyllä hoidetaan, mutta onko kyseessä pakollinen suoritus? Kivun arvioinnin menetelmiä tulisi käyttää monipuolisemmin, jotta saadaan myös sekavilta potilailta hyvä arvio kivusta ja kivunhoidon onnistumisesta. Useimmiten potilaat ovat iäkkäitä ja sekavia, mikä tulee ilmi vastauksissa sekä keskusteluissa päivystyksen hoitajien kanssa. Pätärin (2014) pro gradun mukaan haastavinta kivun arviointi on etenkin muistisairailta ja sekavilla potilailta. Päivystyksessä tulisi lisätä muistisairaille tarkoitettujen mittareiden käyttöä ja arvioida aktiivisemmin potilaan sanatonta viestintää. Dementiaa sairastavat saattavat ilmaista kipuaan käytösoirein tai levottomuutena.

Kipua arvioidaan päivystyksessä kiitettävän usein. Tärkeää on arvioida kipua riittävän usein ja havainnoida potilaan vointia, jotta kivun hoito olisi oikea-aikaista ja tehokasta. Potilas saattaa elein ja ilmein ilmaista kivun lisääntymistä jo ennen kuin kertoo hoitajille asiasta. Kivun arvioinnin tiheyskin saattaa kertoa hoitajan asenteesta kivunhoitoa kohtaan.

Aineiston perusteella potilaiden kipua halutaan hoitaa hyvin, vaikka se ei aina onnistukaan. Onnistumattomuus voi johtua mm. hoitajan aktiivisuudesta kivunhoitoa kohtaan, potilaan iästä tai kiireestä päivystyspoliklinikalla. Axelin ja Niela (2011) mainitsevat, että hoitokulttuuri vaikuttaa kivunhoitoon liittyviin asenteisiin ja yhdessä päivystyksen hoitajan vastauksessa tuotiin esille myös yksittäisen hoitajan asenteen vaikutus kivun hoitoa kohtaan.

Kaikki hoitajat eivät vastanneet käyttävänsä henkistä tukea kivunhoidon menetelmänä. Se saattaa tarkoittaa sitä, ettei hoitaja käytä henkistä tukea tietoisesti. Kyselylomakkeessa emme avanneet käsitettä henkinen tuki, mutta ajatteleimme sen olevan esimerkiksi sitä, että potilaan olo tehdään turvalliseksi rauhallisella ja ystävällisellä käytöksellä. Vaikka päivystystyö on hektistä, on otettava potilaan kokonaistilanne huomioon, eikä mennä jäykästi suunnitellun aikataulun mukaan.

Lonkkamurtuma itsessään on haastava kivuliaisuutensa vuoksi ja lisähaasteita tuo kivun yksilöllinen luonne ja ihmisten erilaiset tavat ilmaista kipua. Hoitajalla on oltava riittävästi tietoja ja taitoja kivunhoidosta helpottamaan työtä sen parissa. Teoriassamme mm. Salanterä ym. (2006) tuovat esille riittävän osaamisen, asenteen ja täydennyskoulutuksen tärkeyden kivun hoidossa. Lisäkoulutusta olisi hyvä saada esimerkiksi vähemmän käytössä olevista arviointimenetelmistä. Pääsääntöisesti hoitajat vaikuttivat olevan tyytyväisiä lonkkamurtumapotilaiden kivunhoidon kokonaisuuteen, vaikka hoidon riittävyden vastauksissa tuodaankin esille epäkohtia. Kehitettävääkin siis on.

Vastauksissa tuli esille toive kivunhoidon protokollasta, jotta kivunhoito olisi oikea-aikaista ja tehokasta. Tämän perusteella kehitysehdotuksemme on, että päivystykseen luotaisiin yhtenäiset ohjeet miten ja kuinka usein lonkkamurtumakipua arvioidaan sekä miten kipua tulisi hoitaa, jotta se olisi tarpeeksi tehokasta. Jälkikäteen ajateltuna kehittämisideasta olisi pitänyt olla oma avoin kysymyksensä. Jatkotutkimusideana voisi olla laajempi kysely päivystyksen hoitajille miten hoitajat arvioivat omaa kivunhoidon osaamistaan, kuinka tyytyväisiä he ovat kivunhoidon koulutusmahdollisuuksiinsa ja omaan osuuteensa kivun hoidossa. Kysely antoi tietoa kivunarvioinnin ja -hoidon käytänteistä Lohjan sairaalan päivystyksessä, mutta hoitajien ammattitaitoa edistävää tietoa se ei antanut. Otannan pienuudesta johtuen opinnäytetyön tuloksia ei voida yleistää muissa päivystyksissä.

Työtä tehdessä oma osaamisemme kivun arvioinnista ja hoidosta kehittyi ja lisäsi valmiuksiamme toimia sairaanhoitajina. Olemme myös oppineet paljon tutkimuksen teon perusteista ja yleisesti opinnäytetyöprosessista. Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut pitkäjänteisyyttä ja joustavuutta. Kaiken on palkinnut onnistumisen ilo valmistuvasta työstä. Opinnäytetyötä tehdessä hankaluuksia aiheuttivat kokemuksen puute tutkimuksen teosta sekä lonkkamurtumapo-

tilaiden hoidosta. Teimme aluksi kyselyn potilaille emmekä ymmärtäneet, että lonkkamurtumapotilaat ovat hyvin kivuliaita ja sen vuoksi monesti sekavia ja siten kyvyttömiä vastaamaan kyselyyn. Lopulta vaihdoimme opinnäytetyön näkökulmaa ja laadimme uuden kyselylomakkeen hoitajille, jotta saimme vastaukset voimassa olevan tutkimusluvan puitteissa.

Alkuperäinen tarkoituksemme oli tehdä opinnäytetyö Hyvinkään sairaalan päivystykseen ja käsitellä työssä potilaiden näkökulmaa lonkkamurtuman kivunhoidosta sekä saada kyselylomakkeilla tutkittua potilaiden mielipiteitä heidän saamastaan kivunhoidosta. Tutkimusluvan saimme maaliskuussa 2015, mutta syystä tai toisesta emme saaneet kyselyymme vastauksia maaliskuuhun aikana. Seuraavaksi päätimme suorittaa kyselyn Lohjan sairaalan päivystyksessä ja tutkimusluvan saimme kesäkuussa. Kyselyihin keräsimme vastauksia kesä-elokuun aikana tuloksetta. Tämän jälkeen vaihdoimme potilaiden näkökannan hoitajiin ja heidän näkemyksiinsä lonkkamurtumapotilaan kivunhoidosta. Tämä muutos kannatti ja saimme nopeasti toteutettua aineistonkeruun päivystyksessä toimivilta hoitajilta. Lisäksi päivitimme työn teoriaosuutta. Onneksi Lohjan sairaalassa joustettiin ja saimme suorittaa kyselyn hoitajille potilaiden sijaan samalla tutkimusluvalla. Opinnäytetyön tuloksista teemme yhteenvedon, jonka lähetämme Lohjan sairaalan päivystykseen sekä tutkimusluvan antajalle.

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Eettisesti tehdyssä tutkimuksessa tutkijan on selvitettävä tutkimukseen osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja kuinka tutkimuksessa saatua tietoa käytetään. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla täysin vapaaehtoista ja siihen osallistumiseen voi halutessaan kieltäytyä tai osallistumisen keskeyttää kesken tutkimuksen teon. Tutkimukseen osallistuminen ei saa aiheuttaa osallistujalle vahinkoa. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia eikä niitä saa luovuttaa ulkopuolisille. Lisäksi tutkimustulokset tulee käsitellä niin, ettei yksittäistä vastaajaa pystytä tunnistamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Ennen tutkimuksen suorittamista tutkijalla tulee olla tutkimuslupa tutkimuksen kohteena olevalta organisaatiolta. Opinnäytetyön saatekirjeessä kyselylomakkeeseen vastanneille hoitajille kerrottiin työn tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, kyselyyn vastaamisesta nimettömästi sekä aineiston käytöstä. Lisäksi asioista keskusteltiin myös suullisesti. Kyselyn suorittamisen aikana Lohjan sairaanhoitopiirin johtavalta lääkäriltä saamamme tutkimuslupa oli voimassa. Kyselylomakkeista ei yksittäistä vastaajaa voitu tunnistaa. Kyselylomakkeet tulivat vain opinnäytetyön tekijöiden käyttöön ja ne hävitettiin opinnäytetyön prosessin lopussa.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kyselylomakkeen luotettavuutta pohdittaessa tulee erottaa toisistaan validiteetti ja realiteetti. Validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä ja realiteetilla luotettavuutta sekä toistettavuutta. Validiteetti ilmaisee tutkittiinko sitä mitä pitikin ja reaaliteetti kuinka tarkasti. Tutkimuksen kannalta validiteetti on luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste, koska jos oikeaa asiaa ei mitata, ei reaaliteetilla ole merkitystä. Tästä syystä huolellisesti laadittu kyselylomake on tutkimuksen onnistumisen edellytys. (Vehkalahti 2014, 40-41.) Kyselylomakkeella haimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja saimmekin niihin hyvin vastauksia. Näin ollen opinnäytetyön voidaan ajatella olevan luotettava.

Lähteet

Painetut lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma.

Bergroth, V. 2010. Vanhus traumapotilaana. Teoksessa H. Kröger (toim.) Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus, 681-684.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Helsinki: WSOY.

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Otava.

Hoppu, S. 2007. Kivun lääkitseminen voi aiheuttaa ongelmia oikein toteutettunakin. Lääkäri-lehti 62, (47), 4434-4435.

Iivanainen, A. & Tikkanen, M. 2010. Lonkkamurtuman hoidossa kaikki lähtee potilaan tarpeesta. Pinsetti 22, (2) 20-21.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Otava.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Otava.

Kauppila, M., Salanterä, S. & Heikkinen, K. 2006. Akuuttiin toimenpiteeseen liittyvän kivunhoitotyön suositukset. Sairaanhoidaja 79, (12) 32-35.

Keskinen, S. 2007. Hoitajien päätöksenteko kahdessa eri kivunhoitotilanteessa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Pöyhä, R. 2012. Akuutti kipu. Teoksessa E. Niemi-Murola, J. Jalonen, E. Junttila & R. Pöyhä (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Duodecim.

Sailo, E. & Vertti, A-M. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

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

Sarljo, J. 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa E. Sailo & A-M. Vartti (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vainio, A. 2009a. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa E. Kalso, A-M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Otava.

Vainio, A. 2009b. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa E. Kalso, A-M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Otava.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.

Välimäki, M. 2010a. Johdanto. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Välämäki, M. 2010b. Potilasta ja hoitotyötä koskevat eettiset lähtökohdat. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välämäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Ware, L.J., Epps, C.D., Herr, K. & Packard A. 2006. Evaluation of the revised faces pain scale, verbal descriptor scale, numeric rating scale, and Iowa pain thermometer in older minority adults. *Pain Manag Nurs* 7: 117-25.

Sähköiset lähteet

Axelin, A. & Niela, H. 2011. Hoitokulttuurin vaikutus akuutin kivun hoitoon. Kipuviesti. Viitattu 1.3.2015.

http://www.skty.org/system/files/files/2-2011%203_versio.pdf

Carr, D. 2005. Acute pain and immune impairment. *Pain: Clinical updates* 13, (1). International Association for the study of the pain. Viitattu 10.12.2014.

http://iasp.files.cmsplus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU05-1_1390264282942_27.pdf

Heiskanen, T. 2014. Kivunvälitysjärjestelmä. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola, & E. Ruokonen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Viitattu 17.12.2014.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661

Kainulainen, A. 2015. Muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kivun tunnistaminen hoitohenkilökunnan arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 30.8.2015.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150448/urn_nbn_fi_uef-20150448.pdf

Kalso, E. 2009. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Viitattu 9.12.2014. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2013. Kipusokin hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 29.11.2014.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03310&p_haku=kipusokin%20hoito

Kurkela, R. 2014. Tilastollinen tiedonkeruu verkko-opas. Tietoteoreettiset lähtökohdat. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen ero. Tilastokeskus. Viitattu 24.3.2015.

<http://tilastokeskus.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

L 1992/785 = Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 15.11.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>

Lehtomäki, P & Hoikka, A. 2013. Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet. Teoksessa T. Ilola Anestesiahoitotyön käsikirja. Viitattu 9.12.2014. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

Lonkkamurtuma. 2011. Käypä hoito. Viitattu 25.11.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=40FF9C9755BF2487B71900B97BC6093A?id=hoi50040>

Parker, M.J. 2001. Nerve blocks (subcostal, lateral cutaneous, femoral, triple, psoas) for hip fractures. PubMed. Viitattu 25.11.2014.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869594>

Pätäri, J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu. Viitattu 26.2.2015 ja 27.8.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140446/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf

Pöyhä, R. 2014. Akuutin kivun mekanismit. Teoksessa E. Niemi-Murola, J. Jalonen, E. Junttila & R. Pöyhä (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Viitattu 10.12.2014. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04596&p_selaus=87063

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoidajaliitto 2014. Viitattu 18.11.2014. <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus. Viitattu 25.1.2015. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Suomen kivuntutkimusyhdystys. Mitä kipu on. Perustietoa kivusta kaikille. Viitattu 7.10.2015. <http://skty.org/system/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on.%20Perustietoa%20kivusta%20kai-kille.pdf#overlay-context=node/329>

Tilvis, R. 2010. Osteoporoottiset murtumat. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Viitattu 10.12.2014. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=186_61

Kuvat

Kuva 1: Kipujana	13
Kuva 2: NRS-kipuasteikko.....	13

Taulukot

Taulukko 1: Miten kipua arvioidaan?	21
Taulukko 2: Milloin kipua arvioidaan?	22
Taulukko 3: Miten kipua hoidetaan?	23

Liitteet

Liite 1 Kyselylomake	33
----------------------------	----

Liite 1 Kyselylomake

Vastatkaa laittamalla rasti yhteen tai useampaan Teille sopivaan vaihtoehtoon.

Millä keinoin arvioitte lonkkamurtumapotilaan kipua?

- Kysymällä kivuista
- Kysymällä kivun voimakkuudesta asteikolla 1-10
- Kysymällä kivun voimakkuudesta sanallisesti (ei kipua, lievä, kohtalainen, voimakas)
- Pyytämällä näyttämään kivun voimakkuus kipujanasta

Milloin kipua arvioidaan?

- Potilaan tullessa päivystykseen
 - Ennen hoitotoimenpiteitä
 - Ennen potilaan liikuttamista
 - Ennen kipulääkkeen antamista
 - Kipulääkkeen antamisen jälkeen
 - Muulloin? Miten?
-

Onko lonkkamurtumapotilaiden kivunhoito mielestänne riittävää?

- Kyllä
- Ei

Miksi?

Miten lonkkamurtumakipua hoidetaan?

- Kipulääkkeillä
 - Hyvällä asennolla
 - Hoitajan henkisellä tuella
 - Ei mitenkään
 - Muutoin, miten?
-

Suhtautuvatko hoitajat potilaan kipuihin vakavasti?

- Kyllä
- Ei

Mikä on mielestänne haastavinta lonkkamurtumapotilaan kivunhoidossa?

Miten lonkkamurtumapotilaiden kivunhoito mielestänne kokonaisuutena onnistuu?

Kiitos vastauksestanne!