



Neurokirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito

Julia Hollmén

Ilona Hämäläinen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JULIA HOLLMÉN & ILONA HÄMÄLÄINEN:
Neurokirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito

Opinnäytetyö 59 sivua, joista liitteitä 18 sivua
Lokakuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat postoperatiivisen kivunhoidon toteutumisen neurokirurgisilla potilailla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda kehitysehdotuksia neurokirurgisten potilaiden postoperatiivisen kivunhoidon kehittämiseen. Opinnäytetyön aihe oli työelämälähtöinen.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista menetelmää. Haastattelimme erään neurokirurgisen vuodeosaston neljää sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluinä, joihin olimme valinneet kolme teemaa etukäteen. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavaa aineiston analysointia apuna käyttäen.

Tuloksista kävi ilmi, että osastolla kivunhoito toteutui pääsääntöisesti sairaanhoitajien ja lääkärin välisenä yhteistyönä. Työnjako osastolla oli selkeä, mutta sen toteutumisessa oli puutteita. Sairanhoitajat kokivat, että kivunhoito oli osastolla tärkeässä roolissa ja potilaan kipua huomioitiin hoitotyössä. Osastolla käytettiin sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Potilaan kipua ja sen voimakkuutta arvioitiin pääsääntöisesti suullisesti yhdessä potilaan kanssa. Osastolla ei käytetty juurikaan kipumittareita hoitotyönä apuna. Tulosten mukaan osaston sairaanhoitajat kirjasivat lääkkeen annon, mutta antoindikaatio ja lääkkeen vaikuttavuus eivät aina näkyneet kirjaamisessa. Kirjaamista on pyritty tehostamaan osastolla.

Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia millaista kivunhoidon osaamista osastolla on kroonisten kipupotilaiden suhteen ja millaisia koulutustarpeita hoitajilla on. Myös kipuvaikuttavan toimintaa ja sen kehittämistä olisi mielenkiintoista tutkia.

Asiasanat: kivunhoito, postoperatiivinen kipu, neurokirurginen potilas

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

JULIA HOLLMÉN & ILONA HÄMÄLÄINEN:
Post-operative pain management of neurosurgical patient

Bachelor's thesis 59 pages, appendices 18 pages
October 2013

The purpose of this study was to realize and evaluate how nurses experience post-operative pain treatment for neurosurgical patients. Our objective was to provide improvement options for the nursing ward, in how they could improve neurosurgical patient's post-operative pain management and treatment. The study was working life oriented.

The approach of the study was qualitative. We interviewed four nurses in the neurosurgical ward. We used a theme-based interview in which three themes were pre-decided. The data given were analysed with the theory-based material as a prime resource.

From the results of our study we found that in the neurosurgical ward the pain management was primarily a collaboration of work by the nurses and doctors. Nurses' experiences were that pain management was a crucial factor in the ward and was noted during treatment. Treatment given in the ward was both drug based and non-drug based. The nature of pain a patient was in was primarily done through discussions with the patient. Pain measurement tools were not used that much on the ward. Based on the results the nurses recorded the administration of medication, but the reason for giving medication and the effectiveness of the medication were not always recorded. Attempts have been made to improve recording on the ward.

Suggestions for further studies could be a similar study from the perspective of chronic pain. It would also be interesting to study the actions and responsibilities of the persons responsible for pain management and it's improvement.

Key words: pain management, neurosurgical patient

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
4	NEUROKIRURGINEN POTILAS.....	9
	4.1 Neurokirurgisen potilaan postoperatiivinen hoitotyö.....	9
	4.2 Neurokirurgisen potilaan tajunnantason tarkkailu.....	10
5	KIPU.....	13
	5.1 Kivun määrittelyä.....	14
	5.2 Postoperatiivinen kivunhoito.....	16
	5.2.1 Lääkkeellinen kivunhoito.....	16
	5.2.2 Ei-lääkkeellinen kivunhoito.....	18
	5.3 Kivun voimakkuuden arviointi.....	20
	5.4 Kivunhoidon kirjaaminen.....	21
6	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	23
	6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	23
	6.2 Aineiston keruu ja analysointi.....	24
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	26
	7.1 Ammattiryhmien välinen yhteistyö kivunhoidossa.....	26
	7.2 Kivunhoidon toteutuminen osastolla.....	27
	7.3 Kivun arviointi.....	29
	7.4 Kivunhoidon kirjaaminen.....	30
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	32
	8.1 Tulosten tarkastelua.....	32
	8.2 Luotettavuus ja eettisyys.....	34
	8.3 Pohdinta ja kehittämissuhteet.....	36
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET.....	42
	Liite 1. Saatekirje.....	42
	Liite 2. Suostumuskaavake.....	43
	Liite 3. Teemahaastattelun runko.....	44
	Liite 4. Glasgow Coma Scale (GCS).....	45
	Liite 5. Tutkimustaulukko.....	46
	Liite 6. Aineiston luokittelu.....	52

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) todetaan, että sairaanhoitajan tehtävänä on kärsimyksen lievittäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä väestön terveyden ylläpitäminen että edistäminen. Jokaisella potilaalla on siis oikeus laadukkaaseen kivunhoitoon. Mielestämme kivunhoito on yksi keskeisimmistä postoperatiivisen hoitotyön osa-alueista. Toimiva moniammatillinen yhteistyö on merkittävässä roolissa potilaan kivunhoidon onnistumisen kannalta. Jokaisen sairaanhoitajan tulee ylläpitää jo opittuja taitoja sekä hankkia ajankohtaista ja uutta tietoa kivunhoidosta.

Lahden, Nordbergin ja Ruhtilan (2007) tutkimuksessa kyseltiin sairaanhoitajien ja perushoitajien tietoja sekä asenteita kivusta ja kivunhoidosta. Kyselyssä kävi ilmi, että hoitajilla on hyvät tiedot kivunhoidosta, mutta asenteet kivunhoidon suhteen olivat ristiriitaisia. Vastaajista vain vajaa neljäs osa koki olevansa kivunhoidon asiantuntija. Kivunhoitoa oltiin valmiita suunnittelemaan yhdessä potilaan kanssa, mutta 35 % ei kuitenkaan uskonut potilaan ilmaisemaan kipuun. (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007, 36–38.) Laadukkaan kivunhoidon kannalta olisi tärkeää, että hoitajat kokisivat olevansa päteviä kivunhoidon asiantuntijoita. Hoitajien osaamista voidaan vahvistaa monipuolisella koulutuksella.

Opinnäytetyössä käsittelemme neurokirurgisen potilaan postoperatiivista kivunhoitoa. Neurokirurgisia potilaita hoidetaan Suomessa kaikissa yliopistosairaaloissa. Kukin sairaala vastaa omasta erityisvastuualueestaan. Vuonna 2007 Suomessa leikattiin 8500 neurokirurgista potilasta, joista 40% oli akuuttihoitoa vaativia. Neurokirurgiaa tehdään usein yhteistyössä muiden erikoisalojen kanssa, kuten esimerkiksi neurologian, traumatologian ja ortopedian. Potilaan hoitoaika neurokirurgisella osastolla on keskimäärin alle neljä päivää. Neurokirurgisista sairauksista yleisimmät ovat spinaalikanavan sairaudet ja vammat sekä kalloaivovammat ja aivokasvaimet. (Jääskeläinen 2010c, 1114–1115.)

Valitsimme opinnäytetyön aiheeksemme neurokirurgisen potilaan kivunhoidon, koska aihe kiinnostaa meitä molempia. Kivunhoidon osaaminen kuuluu mielestämme erittäin tärkeänä osana laadukkaaseen hoitotyöhön. Valitsimme aiheen valmiiden aiheiden jou-

kosta. Aihe tarkentui työelämäpalaverissa molempien osapuolten ehdotuksia vastaavaksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat postoperatiivisen kivunhoidon toteutumisen neurokirurgisilla potilailla. Rajasimme aihetta kipuun ja postoperatiiviseen kivunhoitoon neurokirurgisilla potilailla. Tarkastelemme opinnäytetyössä kivunhoidon prosessia, kirjaamista ja kivun voimakkuuden arviointia. Neurokirurgisen potilaan kohdalla käsittelemme yleisesti neurokirurgista potilasta, hoitotyön pääkohtia ja tajunnantason tarkkailua.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

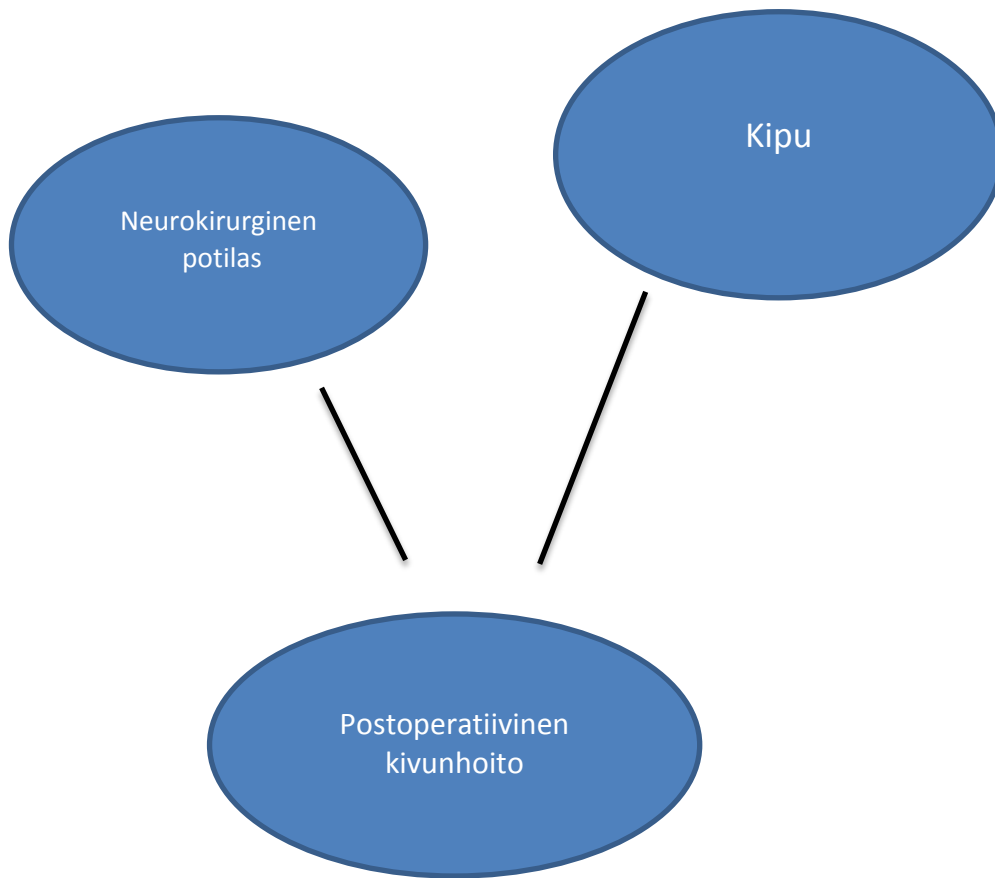
Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitajat kokevat postoperatiivisen kivunhoidon toteutumisen neurokirurgisilla potilailla.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten neurokirurgisilla potilailla toteutetaan postoperatiivista kivunhoitoa?
2. Miten sairaanhoitajat kokevat postoperatiivisen kivunhoidon prosessin toteutumisen?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda kehitysehdotuksia neurokirurgisten potilaiden postoperatiivisen kivunhoidon kehittämiseen. Tavoitteenamme on myös itse oppia neurokirurgista potilaista sekä postoperatiivisesta kivunhoidosta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT



Kuvio 1. Neurokirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito

Opinnäytetyössämme pääteemana on kipu (kuvio 1). Kipua käsittelemme tarkemmin postoperatiivisen kivunhoidon kautta. Käymme läpi myös kivunhoidon kirjaamista ja vaikuttavuuden arviointia. Toisena teemana opinnäytetyössä on neurokirurginen potilas, jonka kohdalla tarkastelemme siihen liittyviä hoitotyön erityispiirteitä ja neurokirurgisen potilaan tajunnan tarkkailua.

4 NEUROKIRURGINEN POTILAS

Opinnäytetyössä tarkastelemme aikuisia neurokirurgisia potilaita postoperatiivisen hoitotyön kannalta. Neurokirurgisen potilaan leikkaukset voidaan jakaa karkeasti neljään eri luokkaan; aivoihin kohdistuvat toimenpiteet, aivo-selkäydinnestekierto-häiriöihin kohdistuvat toimenpiteet, selkärankaan kohdistuvat toimenpiteet ja muut toimenpiteet (esimerkiksi aivolisäkekasvainleikkaukset) (Tuominen 2002, 223–224).

Yleisimpiä neurokirurgisia sairauksia ovat aivokasvaimet, aivovammat, aivoverisuonisairaudet, likvorkierron häiriöt sekä spinaalikanavan sairaudet. Myös neurologisia sairauksia kuten epilepsiaa voidaan hoitaa neurokirurgisesti. (Jääskeläinen 2010b, 1114–1115.) Neurokirurgisilla potilailla käytetään diagnosoinnissa erilaisia kuvantamismenetelmiä kuten tietokonetomografiaa (TT), magneettikuvausta (MRI) sekä angiografiaa. TT-tutkimus on nopeampi ja usein paremmin saatavilla kuin MRI-tutkimus. (Jääskeläinen 2010c, 1123–1124; Mäenpää 2006, 13–15.) Neurokirurgisilla potilailla käytetään hoitomuotona yleisimmin mikrokirurgista leikkaushoitoa tai esimerkiksi subaraknoidaalivuodossa endovaskulaarista hoitoa (Niemelä, Kangasniemi, Jääskeläinen, Randell & Hernesniemi 2004, 14, 22, 31).

4.1 Neurokirurgisen potilaan postoperatiivinen hoitotyö

Neurokirurgisen potilaan postoperatiiviseen hoitotyöhön sisältyy samoja piirteitä kuin muidenkin kirurgisten potilaiden postoperatiiviseen hoitoon. Kirurgisen potilaan postoperatiivisessa hoitotyössä tulee tarkkailla vitaalinelintoimintoja, kuten verenpainetta, pulssia, lämpöä ja hengitystä. Verenpaineen seuranta on tärkeää varsinkin subaraknoidaalivuodon saaneilla potilailla. Heillä on riski saada verisuonispasmi, jolle liian alhainen verenpaine on riskitekijä. Liian korkeaa verenpainetta on myös vältettävä, koska se on riski uudelle vuodolle. (Hiltunen, Nevalainen & Takala 2002, 242; Pylväläinen, Mannio & Schröderus 2002, 274.) Neurokirurginen potilas saattaa siirtyä teho-osastolta vuodeosastolle trakeostomoituna, esimerkiksi vaikean aivovamman vuoksi. Tällöin hoitoon liittyy omat erityispiirteensä: hengityksen seuranta, limaisuuden seuranta ja tarvit-

taessa hengitysteiden imeminen, trakeestooman ja sitä ympäröivän ihon seuranta sekä hoito. (Tauru & Koponen 2010, 709–710.)

Neurologisen tilan tarkkailu on yksi keskeisimmistä hoitotyön tehtävistä neurokirurgisen potilaan hoidossa. Tähän sisältyy tajunnantason tarkkailu sekä raajojen toiminnan, silmien mustuaisten koon ja valolle reagoinnin tarkkailu ja arviointi. Potilaille voi lisäksi ilmetä kielellisiä häiriöitä, tasapainon ja liikkeiden yhteistoiminnan vaikeutta, näkökenttäpuutoksia sekä hajua- ja kuulohermon vaurioita tai niskajäykkyyttä. Aivokasvainpotilaat ovat saattaneet saada aikaisemmin epileptisiä kohtauksia, joita voi ilmetä vielä myöhemminkin osastohoidossa lääkityksen aloittamisesta huolimatta. Kaikista uusista muutoksista, esimerkiksi raajaparien puolioireista, tulee tiedottaa lääkäriä. (Hiltunen ym. 2002, 252; Kuisma 2008, 304–305.)

Aivovamman saanut potilas voi vammansa vuoksi olla sekava tai aggressiivinen ja hänellä voi olla sairaudentunnettomuutta. Hoitajien tulee olla valppaina näitä tilanteita varten, ettei potilas pääse vahingoittamaan itseään tai muita. Potilaalla voi olla aistiharhoja kuten kuulo- ja näköharhoja, jotka johtuvat hänen saamastaan vammasta. Sekavaa potilasta varten on hyvä olla lääkeluvat tarvittaessa annettavaan rauhoittavaan lääkkeeseen. Myös lepoavain käyttö voi joissakin tilanteissa tulla tarpeelliseksi. (Hiltunen ym. 2002, 250–252; Saastamoinen & Salmenperä 2005, 266.)

Leikkaushaavojen seuranta on tärkeä osa hoitotyötä. Esimerkiksi pään alueen leikkaushaavoista seurataan turvotusta tai pullotusta tai tyypillisiä infektion merkkejä. Usein pään alueen leikkauspotilaille laitetaan leikkaussalissa kierreside estämään pullotusta ja turvotusta. Jos haava-alue kuitenkin pullottaa postoperatiivisesti, voi se olla merkki ihon alle tihkuneesta aivoselkäydinnesteestä. Tarvittaessa lääkäri voi punktoida leikkaushaavan alta likvoria. (Pylväläinen ym. 2002, 276.)

4.2 Neurokirurgisen potilaan tajunnantason tarkkailu

Tajunta on tietoisuutta itsestä ja ympäristöstä. Se voidaan jakaa tajunnan tasoon ja sisältöön. Sisältöön kuuluvat esimerkiksi aistimukset, kokemukset ja muistot. Tajunnan sisällön häiriöt tarkoittavat usein potilaan sekavuutta ja muita kognitiivisia häiriöitä. Ta-

juttomalla ihmisellä ei ole tietoisuutta, joten hän ei pysty yhdistämään muistissa olevaa aineistoa ulkoisiin ja sisäisiin ärsykkeisiin. (Kaira & Kivelä 2002, 355.)

Tajunnantason muutokseen liittyvät tilat on määritelty hoitotyön ja diagnosoinnin helpottamiseksi (Lindsberg & Soinila 2006, 145–146). Aluksi tajunnantason lasku johtaa somnolenssiin eli uneliaisuuteen, joka muistuttaa unen puutteesta johtuvaa tilaa. Potilas on heräteltävissä normaaleilla ärsykkeillä, kuten kosketus tai puhe, mutta hänen on vaikea pitää yllä normaalia vireystilaa. Kun potilaan tajunnantaso alenee enemmän, hän on yhä vaikeammin heräteltävissä. Herättelyyn joudutaan käyttämään toistuvia ja voimakkaita aistiärsyksiä esimerkiksi huutaminen tai kipu. Potilaan tilaa on helpointa kuvata kirjaamalla ylös hoitokertomukseen, miten hän reagoi kuhunkin ärsykkeeseen. Samalla kun potilaan tajunnantaso laskee, tapahtuu usein hänen tajunnan sisällössä häiriöitä. Lievimmillään potilaan puhe hidastuu ja ajattelu muuttuu epäjohdonmukaiseksi. Vaikeimmillaan potilas örisee tai vastailee yksisanaisesti kysymyksiin eikä noudata käskyjä. (Lindsberg & Soinila 2006, 146.)

Tajuttomuus tai kooma tarkoittaa sitä, ettei potilas ole enää heräteltävissä. Silti potilas saattaa reagoida ärsykkeisiin raajoillaan niitä liikuttamalla. Myös pitkään jatkunut tajuttomuus voi johtaa siihen, että potilaan vireystila seuraa univalverytmiä ja hän kykenee avaamaan silmänsä. Tästä tilasta käytetään nimitystä pysyvä tiedottomuus. Potilas ei kykene kommunikoimaan, mutta autonominen hermosto toimii normaalisti. (Lindsberg & Soinila 2006, 146.) Peruuttamaton ja syvin tajuttomuuden aste on aivokuolema. Aivokuolemalle on määritelty omat kriteerinsä vuonna 1971 Lääkintähallituksen yleiskirjeessä 1508. (Lindsberg & Roine 2006, 267–268.)

Potilaan tajuttomuuden taustalla voi olla erilaisia syitä, jotka voidaan jakaa fokaalisiin eli paikallisiin ja nonfokaalisiin eli yleisiin syihin. Fokaalisia syitä ovat muun muassa spontaani aivoverenvuoto, aivoverenkierron häiriö, aivokasvain tai infektio. Nonfokaalisia syitä tajuttomuudelle ovat vammat, hapenpuute ja kohonnut kallonsisäinen paine. Tajuttomuuden syy vaikuttaa myös potilaan toipumisennusteeseen. Potilaalla, jonka tajuttomuus johtuu kallonsisäisistä syistä, on yleensä huonoin ennuste toipumisen kannalta. (Alaspää 2008, 289–290, 302–303.)

Tajunnan tasoa voidaan mitata erilaisilla mittareilla, tunnetuimpia niistä on Glasgow'n kooma asteikko (GCS) (ks. Liite 4.). Tajunnantason tarkka määrittäminen on tärkeää potilailla, joiden tajunnantaso on madaltunut. Tarkat määritelmät helpottavat potilaan tilan arviointia, muutosten huomaamista tajunnantasossa ja hoitopäätösten tekoa. Asteikossa tajunnantasoä määritellään kolmella osa-alueella: silmien avaamisella, puhe- ja liikevasteilla. Jokainen osa-alue pisteytetään erikseen. Huonoin yhteenlaskettu pistemäärä on kolme ja paras 15. Mitä matalampi potilaan saama pistemäärä on, sitä matalampi on hänen tajuntansa. Jos potilaan testistä saamat pisteet ovat 8 tai alle, on hänen tajunnantasonsa madaltunut merkittävästi. Tällöin potilas tulee intuboida ja turvata riittävä hengitys. Vaikka hoitohenkilökunnalla ei olisi käytössä pistemäärätaulukkoa potilaan vierellä, voi potilaan reaktioita eri ärsykkeille sanallisesti kuvailemalla saada tarkan kuvan potilaan tajunnantasosta. (Lindsberg & Sojnila 2006, 151; Kuisma 2008, 306; Saastamoinen, Lehtomäki, & Ruohomäki 2010, 259–261; Ahonen 2012, 346.)

5 KIPU

McCafferyn määritelmän mukaan (1968) kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän (McCaffery & Pasero 1999, 17). Määritelmä auttaa ymmärtämään kivun subjektiivisen luonteen ja sen, että potilas on itse kipunsa paras asiantuntija. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun olevan ”epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudsvaurioon tai jota kuvataan kudsvaurion käsittein” (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sanotaan, että potilaalla on oikeus laadullisesti hyvään terveyden –ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava yksilöllisesti ja ihmisarvoa loukkaamatta. Nämä tulee ottaa huomioon laadukkaan ja turvallisen kivunhoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Myös sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) sanotaan, että sairaanhoitajan on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta ja toimittava oikeudenmukaisesti potilaan erilaisista taustoista huolimatta.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa ammattilaisia pitämään yllä ja kehittämään ammattitaitoaan. Samalla laki velvoittaa työnantajaa luomaan edellytykset työntekijän täydennyskoulutuksiin, esimerkiksi mahdollistamalla kouluttautumisen työaikana. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.) Nykyajan kiireinen työtahti estää kuitenkin usein uuden tiedon hankkimisen työaikana. Työntekijä, joka haluaa kehittyä ammatissaan, joutuu usein uhraamaan aiemmin vapaa-aikana pidettyä aikaa esimerkiksi koulutuksille. (Hildén 2002, 79.) Hoitotyö muuttuu jatkuvasti ja uuden tiedon hallinta vaatii sairaanhoitajalta muutosvalmiutta ja innovatiivisuutta. Sairaanhoitajien työnkuva on muuttunut hoitotyön kehittyessä itsenäisemmäksi ja vastuullisemmaksi. Samalla sairaanhoitajien pitää pystyä mukautumaan työpaikalla tapahtuviin muutoksiin. (Eriksson ym. 2005, 8–10.)

5.1 Kivun määrittelyä

Kivun taustalla on usein jokin elimellinen sairaus, vamma tai vaurio. Vaurion sattuessa kehon kudoksissa olevat hermopäätteet alkavat lähettää viestiä kivusta eteenpäin. Viesti etenee ääreiskipubermoissa selkäyttimeen ja sieltä edelleen kipuratoja pitkin aivoihin. Aivoissa viesti leviää eri alueille; esimerkiksi tuntemuksen kestosta, voimakkuudesta ja kivun sijainnista vastaavalle tuntoaivokuorelle. Kivun seurauksena voi esiintyä verenpaineen nousua, hikoilua ja lihasjännitystä. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry.) Kipu varoittaa aina jostakin vaarasta ja kipuaisti onkin ihmiselle hengissä selviämisen ehto. (Vainio 2009a, 16.)

Kipua voidaan luokitella eri tavoin. Yksi tärkein kivun luokittelutapa on jakaa kipu akuuttiin ja krooniseen. Akuutin kivun tarkoitus on varoittaa elimistöä kudonvauriosta, jonka aiheuttaa ulkoinen ärsyke, vamma, vaurio tai elinten toimintahäiriö. Elimistö käyttää suojaheijastetta välttääkseen lisävaurioiden syntyä eli ihminen vetää esimerkiksi sormen pois liekeistä. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granstöm 2009a, 104–105; Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry.) Krooninen kipu määritellään usein keston mukaan. Kroonisesta kivusta puhutaan, kun kipu on kestänyt yli 3-6 kuukautta. Tyypillinen kroonisen kivun aiheuttaja on nivelreuma, jossa jatkuva tulehdustila aiheuttaa kipua. Leikkauksen jälkeinen akuutti kipu voi kroonistua, jos se ei parane 3-6 kuukauden kuluessa. Krooninen kipu on usein vaikeampi poistaa ja lievittää kuin akuutti kipu. (Kalso ym. 2009a, 106.)

Leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen kipu on useimmiten akuuttia kipua. Sen aiheuttaa leikkauksen aiheuttama kudonvaurio. Kivun voimakkuuteen ja kestoon vaikuttavat leikkausalue, leikkauksen kesto, haavan koko ja leikkaustekniikka. Rintaonteloon, ylämahaan ja munuaisiin kohdistuvien leikkauksien ajatellaan aiheuttavan eniten postoperatiivista kipua. Myös anestesiamenetelmät ja potilaan yksilölliset tekijät vaikuttavat. Kipu on usein voimakkaimmillaan kolmen vuorokauden ajan leikkauksen jälkeen. (Koukkula 2001, 8; Salanterä 2006, 20.) Neurokirurgisilla potilailla aivoverenvuodot kuten subaraknoidaalivuoto voi aiheuttaa voimakasta päänsärkyä. Päänsärky aiheutuu siitä, kun veri joutuu likvorkiertoon ja näin ärsyttää aivokalvoja. Päänsärky voi kestää useitakin päiviä. (Jääskeläinen, 2010a.)

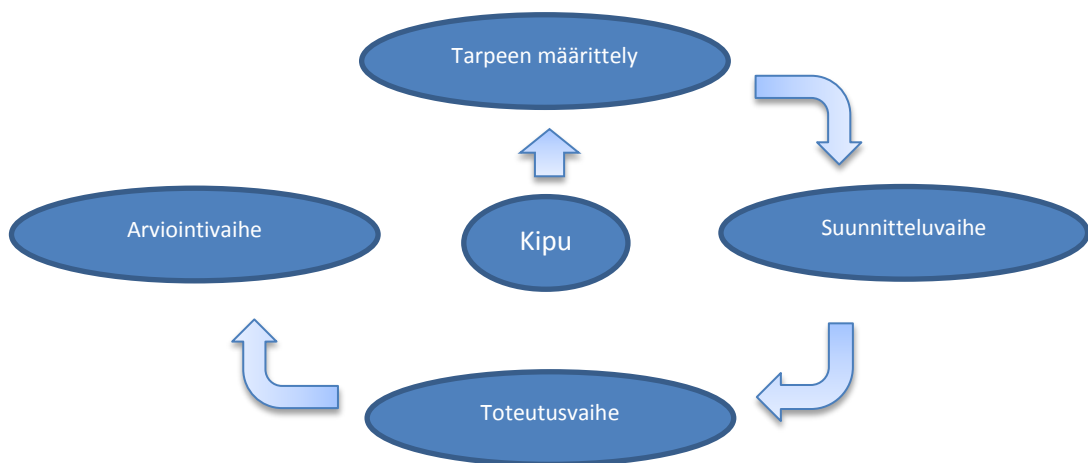
Kipua voidaan jakaa syntymekanisminsa mukaan joko nosiseptiiviseen tai neuropaattiseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu jaetaan vielä somaattiseen eli kudosaivuriosta johtuvaan (esimerkiksi lihas, luusto tai iho) ja viskeraaliseen eli sisäelimestä aiheutuvaan kipuun. Somaattinen kipu aiheutuu esimerkiksi tulehdusreaktiosta, iskemiasta tai kasvaimesta. Kasvain voi venyttää ja painaa ympärillä olevaa kudosta ja näin aiheuttaa kipua. Viskeraalinen kipu eroaa somaattisesta kivusta monin tavoin. Se on usein vaikeasti paikannettavissa ja kipu tuntuu laajemmalla alueella kuin mistä se on oikeasti lähtöisin. Tyypillistä on myös kaukokipu eli kipu tuntuu iholla elimelle tyypillisellä alueella. Sisäelinkipuun liittyy usein hikoilua, sydämen tykytystä, kalpeutta ja pahoinvointia. Postoperatiivinen kipu on enimmäkseen nosiseptiivistä leikkausalueen kipua. (Sailo 2000, 30-33; Vainio 2009b, 154–156.)

Neuropaattinen kipu syntyy, kun kipua välittävä hermo on vaurioitunut. Neuropaattinen kipu voi olla joko perifeeristä, joka ilmenee esimerkiksi diabeettisena neuropatiana tai sentraalista, jota esiintyy aivoverenkiertohäiriöiden jälkeen. Neuropaattiselle kivulle on tyypillistä epämääräiset tuntemukset, kuten pistely ja polttava tunne kipualueella. Myös tuntohäiriöitä ja puutuneisuutta esiintyy. Neuropaattinen kipu reagoi huonommin kipulääkkeisiin kuin nosiseptiivinen kipu. Leikkauksen jälkeen onkin tärkeää hoitaa akuutti kipu hyvin, jotta kipu ei kroonistu ja muutu vaikeammin hoidettavaksi. Potilaalla voi myös olla idiopaattista kipua, jolloin potilaasta ei löydy mitään kipua aiheuttavaa kudosaivuriota. (Sailo 2000, 33–34; Vainio 2009b, 156–157.)

Potilaat kokevat eri tavoin kipua. Kivun kokemista voidaan jakaa yksilölliseen ja yhteisölliseen. Potilaan aikaisemmat kipukokemukset vaikuttavat kivun kokemiseen; esimerkiksi aikaisemmat epämiellyttävät kipukokemukset lisäävät potilaan pelkoa ja ahdistusta. Pelko kivusta voi lisätä stressiä, joka taas alentaa kivunsietokykyä. Huonot kipukokemukset voivat nostaa potilaan kynnystä hakeutua hoitoon. Potilailla voi olla psyykkistä kipua, jota voidaan sanoa myös sielun kivuksi. Psyykkinen kipu on pelkoa, ahdistusta, surua. Tätä esiintyy varsinkin silloin, kun potilas kuulee sairastavansa jotakin vakavaa sairautta ja menettää hallinnan otteen elämästään. Potilaalla voi myös olla sosiaalista kipua, jota aiheuttaa esimerkiksi huono taloudellinen tilanne, työttömyys tai jokin sairaus. Potilaan kulttuuri vaikuttaa kivun kokemiseen ja sen ilmaisemiseen. (Sailo 2000, 37; Ala-Hynnälä & Ruohomäki 2002, 370–371.)

5.2 Postoperatiivinen kivunhoito

Postoperatiivinen kivunhoito perustuu hoitotyön prosessiin (kuvio 2), johon sisältyy kivunhoidon prosessi. Kivunhoidon prosessiin kuuluvat tarpeen määrittely, suunnitteluvaihe, toteutusvaihe sekä arviointivaihe. (Syväoja & Äijälä 2009, 69.) Kivunhoidossa tarpeen määrittely lähtee potilaan kivun tunnistamisesta ja arvioimisesta. Kipua arvioidaan, tarkkaillaan ja mitataan eri keinoin. Potilaan subjektiivinen kokemus kivusta on hoidon lähtökohta. Potilaan yksilölliset taustatekijät tulee ottaa huomioon suunnitteluvaiheessa. Näitä ovat esimerkiksi allergiat, perussairaudet ja kotilääkitys. Kivunhoidon suunnitteluvaiheessa mietitään moniammatillisesti tavoitteet kivunhoidolle sekä parhaat kivunhoitomenetelmät. Lääkärin oikeuksiin kuuluu määrätä lääkkeitä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559). Toteutusvaiheessa kipua hoidetaan sopivilla kivunlievitysmenetelmillä, esimerkiksi kipulääkkeillä. Arviointivaiheessa arvioidaan annetun kivunhoidon vaikuttavuutta ja sopivuutta. Jokaisessa prosessin vaiheessa tulee kaikki olennainen asia kirjata potilastietojärjestelmään. (Kauppila 2006, 27–28; Kivunhoito ensihoidossa 2009.)



Kuvio 2. Kivunhoidon prosessi

5.2.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Neurokirurgisen potilaan ensisijainen kivunhoitomenetelmä postoperatiivisessa kivussa on lääkehoito. Se on oikein ja säännöllisesti annosteltuna tehokas ja turvallinen kivunlievitysmenetelmä. (Jäntti 2000, 123–126.) Kipulääkkeen valintaan vaikuttavat potilaan

sairaudet, muut käytössä olevat lääkkeet ja potilaan mahdolliset allergiat. Neurokirurgisen potilaan postoperatiiviseen kipuun käytetään suun kautta otettavia, lihakseen ja subcutikseen pistettäviä sekä laskimonsisäisesti annettavia lääkkeitä. Myös epiduraaltilaan annosteltavia lääkkeitä sekä PCA-pumppuja voidaan käyttää. Postoperatiiviseen kipuun käytettäviä lääkeaineryhmiä ovat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli sekä opioidit. Sairaanhoitajan tehtävänä on toteuttaa kivunhoitoa lääkärin määräysten mukaisesti. Usein potilaalle määrätään jo heräämössä tarvittava kipulääkitys. (Ala-Hynnillä & Ruohomäki 2002, 384–385; Nurminen 2011, 300.)

Tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla on molemmilla analgeettinen eli kipua lievittävä sekä antipyreettinen eli lämpöä alentava vaikutus. Tulehduskipulääkkeillä on anti-inflammatorinen eli tulehdusta estävä vaikutus, mitä taas parasetamolilla ei juurikaan ole. Parasetamolin käyttö on leikkauspotilailta yleisempää kuin tulehduskipulääkkeiden kuten esimerkiksi ibuprofeinin, koska parasetamolilla on vähemmän haitta- ja sivuvaikutuksia kuin tulehduskipulääkkeillä. Tulehduskipulääkkeiden tyypillisiä haittavaikutuksia ovat ruuansulatuskanavan ärsytysoireet, esimerkiksi mahahaavan riski kasvaa. Verenvuodot, allergiset reaktiot ja munuaisten vajaatoiminta ovat myös mahdollisia haittavaikutuksia. Haitat ilmenevät herkemmin suurten annosten ja pitkäaikaisen käytön yhteydessä. Vasta-aiheita tulehduskipulääkkeille ovat vuoto- ja hyytymishäiriö, astma, yliherkkyys, munuaisten- ja sydämen vajaatoiminta, hypovolemia ja mahahaava. (Ala-Hynnillä & Ruohomäki 2002, 384–385; Nurminen 2011, 300.)

Parasetamoli on hyvä peruslääke potilaille, joilla on vasta-aiheita tulehduskipulääkkeille. Parasetamolia pidetään turvallisena lääkkeenä, koska sillä on hyvin vähän haittoja. Lääke on kuitenkin maksatoksinen ja voi suurilla kerta-annoksilla aiheuttaa maksavaurion. Myrkyllisenä kerta-annoksena pidetään yli kuutta grammaa ja mahdollisesti kuolemaan johtavana 15 grammaa. Runsas alkoholin käyttö lisää parasetamolin maksatoksisuutta. Postoperatiivisessa kivunhoidossa annokset ovat turvallisia. (Ala-Hynnillä & Ruohomäki 2002, 384–385; Nurminen 2011, 300.)

Parasetamoli määrätään usein säännöllisesti otettavaksi peruslääkkeeksi neurokirurgisen potilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa. Jos epäillään, että potilas tulee olemaan kivulias leikkauksen jälkeen, voidaan parasetamolin rinnalle määrätä myös tulehduskipulääke tai jokin vahvempi lääkevalmiste kuten opioidi. Opioidit voidaan myös laittaa

tarvittaessa otettaviin lääkkeisiin. Opioidit ovat euforisoivia analgeetteja, jotka vaikuttavat keskushermostoon estämällä kivun välittymisen aivoissa, selkäytimessä ja ääreishermostoissa. Opioidit vähentävät tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta luomalla hyvänolon tunteen eli euforian. Opioidit ovat tehokas lääkeaineryhmä akuuteissa kiputiloissa, kuten postoperatiivisen kivunhoidossa. Tuolloin kipu johtuu usein kudonsvauriosta ja tulehduksesta. (Ala-Hynniliä & Ruohomäki 2002, 385; Kalso 2011, 192–193.)

Opioideja käytetään tabletteina, lihaksen sisäisesti sekä suonensisäisesti. Ensisijaisesti pyritään kuitenkin antamaan suun kautta. Opioidit jaetaan kolmeen ryhmään analgeettisen tehonsa perusteella: heikkoihin (tramadoli, kodeiini), keskivahvoihin (bubrenorfiini) sekä vahvoihin opioideihin (morfiini, oksikodoni, metadoni, fentanylili). Neurokirurgisen potilaan kivunhoidossa opioideja annostellaan kivun voimakkuuden mukaan kaikkia ryhmiä käyttäen. (Ala-Hynniliä & Ruohomäki 2002, 386; Kalso 2011, 193–195.)

Opioideilla on kuitenkin paljon haittavaikutuksia, joista pitää kertoa potilaalle. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, suun kuivuminen, ummetus, väsymys, sekavuus sekä hengityslama. Hengityslamaa esiintyy kuitenkin harvoin oikein annosteltuna. Neurokirurgisilla potilailla pitää pystyä tarkkailemaan tajunnantasoja, joten opioidien käyttö on rajatumpaa kuin muilla kirurgisilla potilailla. Erityistä varovaisuutta tulee käyttää, jos potilaalla on hengitysvaikeuksia aiheuttava keuhkosairaus, maksan tai munuaisen sairaus tai kohonnut kallonsisäinen paine, joka on tyypillistä neurokirurgiselle potilaalle. (Ala-Hynniliä & Ruohomäki 2002, 386; Kalso 2011, 193–195.)

5.2.2 Ei-lääkkeellinen kivunhoito

Hoitotyön menetelmiä ovat muun muassa asentohoito, kylmähoito, liikkuminen tietyin rajoituksin sekä keskustelu ja kuuntelu (Jäntti 2000, 123–126). Koukkulan (2001) tekemän tutkimuksen mukaan ei-lääkkeellisillä kivunlievitysmenetelmillä voidaan hoitaa kipu siedettäväksi, mutta ne eivät korvaa lääkehoitoa. Ei-lääkkeellisillä menetelmillä voidaan tukea postoperatiivista lääkehoitoa lievittämällä potilaan kärsimystä sekä auttaa potilasta selviytymään kipukokemuksesta. Koukkulan tutkimustuloksista nousi myös esille neljä eri käsitystä postoperatiivisen kivunhoidon tavoitteista: kivuttomuus, kivun

lievittyminen siedettäväksi, hyvän olon ja turvallisuuden tunteen tuottaminen sekä hyvä vuorovaikutus. (Koukkula 2001, 77–79.)

Kipua voidaan hoitaa erilaisilla fysioterapeuttisilla hoitomenetelmillä. Fysioterapeuttisiin hoitomenetelmiin kuuluu erilaisia fysikaalisia hoitoja ja terapeuttista harjoittelua. Tällaisia menetelmiä ovat muun muassa kylmä- ja lämpöhoidot sekä hieronta. Näitä hoitomuotoja ja niiden vaikuttavuutta ei ole tutkittu kovinkaan laajasti. (Pohjolainen 2009, 237.)

Kylmähoitoa voidaan käyttää neurokirurgisilla potilailla, esimerkiksi kaularankaleikailla. Kylmähoidot hidastavat aineenvaihduntaa, laskevat turvotusta, rentouttavat sekä vähentävät kipua. Kylmähoidon vaikuttavuus perustuu kudoksen lämpötilan laskemiseen ja tämä johtaa yhdessä hermo-lihasliitosten kanssa lihaksen rentoutumiseen. (Pohjolainen 2009, 238.) Kun aineenvaihdunta kudoksessa hidastuu kylmän vaikutuksesta, ravinnon ja hapen tarve vähenee ja aineenvaihduntatuotteita muodostuu vähemmän. Turvotus taas vähenee pienten verisuonien supistumisen seurauksena. Kylmä on tehokkaimmillaan voimakkaan kivun hoidossa ja tuoreissa vammoissa. Kylmä hidastaa hermojen toimintaa, mikä vaikuttaa kiputuntemuksiin. Kylmähoidossa pitää ottaa huomioon se, että esimerkiksi kylmäpussia ei saa laittaa suoraan paljaalle iholle paleltumariskin vuoksi. Välissä pitää olla pyyhe tai muuta kangasta. Sopiva hoitoaika on 15 minuuttia useita kertoja päivässä. Kylmää ei suositella käytettäväksi, jos hoidettava ihoalue on tunnoton tai siinä on ihomuutoksia. (Ala-Hynnälä & Ruohomäki 2002, 389.)

Toinen hyvä ei-lääkkeellinen kivunhoitokeino neurokirurgisilla potilailla on asentohoito. Asentohoito kuuluu potilaan hyvään perushoittoon. Se tulee pitää mielessä myös potilaan kipuja hoidettaessa. Hyvällä asentohoidolla saadaan potilaalle rento makuu- tai istuma-asento, joka auttaa kipujen hallintaan. Asentoa tulee vaihtaa riittävän usein, jottei potilaan iho painaudu mistään kohtaa. Asentoa valittaessa tulee huomioida potilas-kohtaiset rajoitukset. Potilasta tuettaessa asentoon on tärkeää käyttää oikeanlaisia tyynyjä, mielellään asentohoitotyynyjä, joilla saa potilaan asennon tukeväksi. Vartalon linjojen tulee olla luonnolliset ja hoitajien tulee tarkistaa, ettei potilaan mikään vartalonosa joudu puristuksen tai venytyksen kohteeksi. (Lähdesmäki-Mäkinen 2013.)

Neurokirurginen potilas on hyvä kehottaa liikkeelle voinnin mukaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Liikkumisen ohjauksessa käytetään tarvittaessa fysioterapeutin apua. Liikkuminen leikkauksen jälkeen estää leikkausalueen jäykkyyttä sekä estää lihaskunnan rappeutumista ja auttaa potilasta pääsemään taas normaaliin toimintaan. Potilaan kanssa keskustelu, kuuntelu ja läsnäolo ovat myös tärkeitä kivunhoitomenetelmiä. Potilaalta on riittävän usein kysyttävä hänen vointiaan. Tarvittaessa pyydetään esimerkiksi sosiaalityöntekijää tai psykologia keskustelemaan potilaan kanssa. (Jäntti 2000, 125–126.)

5.3 Kivun voimakkuuden arviointi

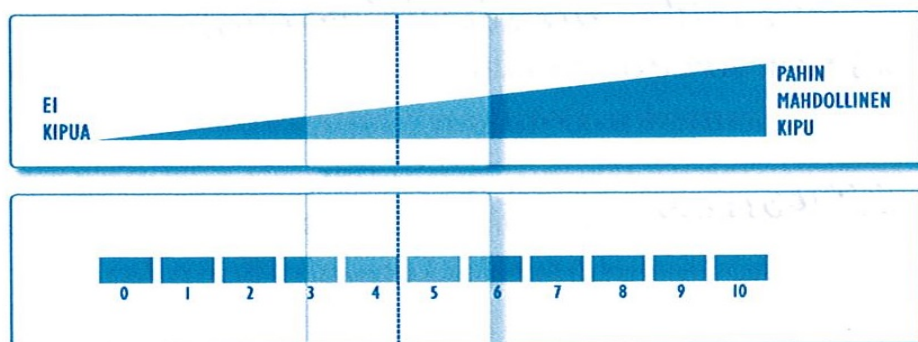
Kivunhoidon menetelmien vaikuttavuutta on tutkittu 1990-luvulta lähtien. Tutkimusten tuloksena syntyneet hoitosuosituksot ohjeistavat, millaista näyttöön perustuvaa hoitoa potilaille suositellaan. Kivun arviointi kuuluu hoitotyön rutiineihin ja kivun seuraamisesta on tehty yhtä tärkeää kuin potilaan hengityksen seuraaminen (Kalso, Vaino & Haanpää 2009b, 173–175.)

Potilaan kivun voimakkuutta arvioidaan usein jollakin käytössä olevista kipumittareista. Kipumittarin käyttö tulisi olla potilaalle luontevaa ja helpon tuntuista, joten potilaan tulisi saada valita parista eri vaihtoehtoehdosta hänelle parhaiten sopiva kipumittari. Potilasta tulisi ohjata mittarin käytössä ennen kuin sitä käytetään. Leikkauspotilaan tapauksessa ohjauksen tulisi tapahtua ennen leikkausta. Kipumittarin tulisi pysyä samana koko hoitajakson ajan, jotta potilaan antamat vastaukset olisivat vertailukelpoisia. Näin pystytään vertailemaan eri hoitomuotojen tehokkuutta. (Lehtomäki 2008, 14–15.)

Lehtomäen (2008) tutkimuksesta käy ilmi, että suurin osa sairaanhoitajaopiskelijoista arvioi kipua huomioimalla potilaan käyttäytymistä tai kysymällä sitä suoraan. Samassa tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat arvioivat kipumittarien käytön harjoittelua myös luento-opetuksen aikana. Sairanhoitajaopiskelijoista 70% (n= 95) ei ollut harjoitellut lainkaan tai vähän kipujanahan käyttöä korkeakoulussa. Teoriatietoa janan käytöstä melko paljon koki saaneensa 72% vastaajista. (Lehtomäki 2008, 14–15, 33–34, 42.)

Yksi yleisimmin käytetyistä kipumittareista on VAS eli visuaalinen analogiasteikko (visual analogue scale). Jana kuvaa kivun voimakkuutta. Vasemmassa laidassa on täysin kivuton tila ja oikea reuna kuvaa pahinta mahdollista kipua. Janasta on tehty useita eri versioita, mutta sen perusidea on säilynyt samana. Aikuisille asteikko voidaan esittää numeerisena. Lapsille kehitetyssä asteikossa numeroiden tukena käytetään ilmeasteikkoa, joka helpottaa lapsen kivun arviointia. (Kalso & Konttinen 2009, 55.)

Kipukiilassa (kuva 1) potilas siirtää itse mittarin poikkiviivan eli osoittimen siihen kohtaan, jossa hän ajattelee kipunsa olevan. Kipumittarin antama tulos luetaan janan kääntöpuolelta olevasta asteikosta. Asteikko on 0,5 senttimetrin tarkkuudella ja sen käyttö on todettu helpoksi, luotettavaksi ja herkäksi havaitsemaan kiputilan muutokset. (Lehtomäki 2008, 15.)



Kuva 1. Kipukiila. (Heikkinen 2005, 223)

5.4 Kivunhoidon kirjaaminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilaan potilasasiakirjoihin kaikki hoitoon liittyvä. Kirjaamisessa tulee näkyä hoidon suunnittelu, toteutuminen ja suunnitelmat jatkohoidosta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Kirjaamisen tulee olla kattavaa jokaisella hoitotyön alueella. Hoitotyön kirjaamisen tulee olla säännöllistä ja monipuolista. Asioiden tulee ilmetä selkeästi. Hyvä kirjaaminen antaa kuvan potilaan hoitotyön ongelmista,

hoidon toteutumisesta ja tavoitteista. (Sailo 2000, 97; Ala-Hynnilä & Ruohomäki 2002, 379.)

Potilaan kannalta kirjaamisessa tärkeää on yksilöllisyys, jatkuvuus ja turvallisuus. Tarkka kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuus ilmenee kirjaamisesta esimerkiksi, kun siinä otetaan huomioon lääkeaineiden aiheuttamat sivuvaikutukset, lääkeaineiden vaikuttavuus ja potilaan lääkeaineallergiat. Kivunhoidon kirjaamisessa on tärkeää muistaa kirjata potilaan saama lääke ja antoajankohta tarkasti, samoin kuin lääkkeen vaste kipuun. On tärkeää kirjata kipu niin kuin potilas on sen kuvaillut eikä henkilökunnan omien mielikuvien mukaan. Tässä kirjaamista auttavat erilaiset kipumittarit, joiden tulokseen ei kenenkään henkilökunnan jäsenen henkilökohtainen tulkinta voi vaikuttaa. Hoitajan kannalta kivunhoidon kirjaamisessa on tärkeää kivunhoidon jatkuvuus, laadun valvonta, kivunhoidon kehittäminen ja oikeusturva. Hyvästä kivunhoidon kirjaamisesta löytää helposti potilaan hoidossa usein käytetyt ja hyvin toimineet hoidot ja niiden mahdolliset haittavaikutukset. (Sailo 2000, 97–99.)

Kivunhoidossa on tärkeää sen jatkuvuus. Jatkuvuuden takaamiseksi on osastolla sovittava yhteiset säännöt kivunhoitoon liittyen. Lääkärien lääkemääräykset tulee olla merkittyinä potilastietoihin. Antokirjaukset ja lääkkeen vaikuttavuus on oltava kirjattuina. Lääkkeen vaikutusta on hyvä arvioida noin puoli tuntia lääkkeen annon jälkeen. Kirjauksissa tulee näkyä potilaan kivun syy ja kipukohta. Lisäksi on tärkeää kuvailla potilaan omia tuntemuksia. Hyvä kirjaaminen helpottaa kivunhoidon laadun parantamista, esimerkiksi tehottomat lääkkeet voidaan poistaa potilaan lääkelistalta. Selkeästi ja säännöllisesti kirjatusta potilasasiakirjoista pystytään tekemään tieteellistä tutkimusta kivunhoidon laadusta. Jokainen hoitaja voi halutessaan kehittää omaa kivunhoidon kirjaamistaan. (Sailo 2000, 99, 109–110.)

6 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Käytämme opinnäytetyössämme kvalitatiivista eli laadullista menetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan ihmisen omaa koettua todellisuutta. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole totuuden löytyminen, vaan tehdä tulkintoja haastateltavien kokemusten ja käsitysten avulla. (Vilkkä 2005, 97–98.) Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska sen avulla saamme tarkasteltua paremmin tietoa hoitajien kokemuksista kivun hoidon suhteen. Kvalitatiivinen menetelmä oli osaston toive.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan tutkimusaineisto kerätä monella tapaa. Yleisimmät menetelmät ovat erilaiset haastattelut, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Käytimme opinnäytetyössämme aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Teemahaastattelussa määritellään tutkimustehtävien kannalta olennaiset teemat ja teemoihin liitetään tarkentavia kysymyksiä. Kysymykset asetellaan niin, että ne vastaavat riittävän laajasti tutkimustehtäviin. Teemahaastatteluissa korostuu ihmisten tulkinnat asioista ja merkitysten syntyminen vuorovaikutuksessa. (Vilkkä 2005, 101–102; Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–75.)

Teemahaastattelusta voidaan käyttää termiä puolistrukturoitu haastattelu, sillä haastattelussa syvennytään ennalta valittuihin teemoihin, mutta kysymysten muoto tai esittämisjärjestys ei ole ennalta päätetty. Puolistrukturoitua haastattelua voidaan käyttää intiimien ja arkojen aiheiden tutkimiseen tai kun selvitetään heikosti tiedostettuja asioita, esimerkiksi kokemuksia ja arvostuksia. (Metsämuuronen 2001, 42.) Teemahaastattelu sopii työhömmme, sillä tutkimme sairaanhoitajien kokemuksia ja ajatuksia kivunhoidon toteutumisesta. Haastatteluissa nousee esille jokaisen hoitajan oma kokemus ja mielipide aiheesta.

6.2 Aineiston keruu ja analysointi

Teimme haastattelut maalisi- ja huhtikuussa 2013. Haastattelimme neljää sairaanhoitajaa, joiden työkokemukset neurokirurgisella osastolla olivat erimittaisia. Haastateltavat valikoituvat oman kiinnostuksensa ja työkokemuksensa perusteella mukaan tutkimukseen. Haastattelut tehtiin haastateltavien työajalla osastolla tai poliklinikalla ja ne nauhoitettiin. Jokainen haastateltava sai ennen haastattelua saatekirjeen (ks. Liite 1.), jossa avasimme opinnäytetyön aihetta. Keräsimme jokaiselta haastateltavalta suostumuslomakkeen (ks. Liite 2.), jossa pyydettiin lupa haastattelun nauhoittamiseen ja kerrottiin tarkemmin tutkimuksen tarkoituksesta. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelurungon (ks. Liite 3.) mukaan.

Ennen aineiston analyysiä pitää aineisto litteroida eli kirjoittaa puhtaaksi. Tämän teimme kuukauden sisällä haastatteluista. Litteroinnin tarkoitus on helpottaa aineiston analysointia ja litterointi lisää tutkijan ja aineiston välistä vuoropuhelua. Ennen litteroinnin aloittamista tulee keskustella siitä, kuinka tarkkaan aineisto litteroidaan. Se, kuinka tarkasti haastateltavan puhe on litteroitu, määrittelee tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston keruu ja analysointi yhdistyvät helposti samaan aikaan tehtäväksi kokonaisuudeksi. Välillä on tosin hankalaa vetää rajaa niiden välille. On tärkeää, ettei tutkijalla ole valmiiksi vahvoja mielikuvia saadusta aineistosta, vaan hän pystyy käsittelemään ja lukemaan aineistoa objektiivisesti (Vilkkä 2005, 115–116; Metsämuuronen (toim.) 2006, 122–124.) Haastattelut analysoimme sisällönanalyysiä käyttäen, jossa on tarkoitus karsia kaikki ylimääräinen ulkopuolelle. Analysoitavaksi valikoituvat tutkimustehtäviin vastaavat kohdat aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Käytämme teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Analyysissä käytettävät analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto ohjaa niiden valintaa. Analysointi tapahtuu muuten sisällönanalyysiä mukaillen, mutta abstrahointivaiheessa teoreettiset käsitteet luodaan sisällönanalyysistä poiketen teoriaan pohjautuen. Analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisenä on redusointi eli aineiston pelkistäminen. Tässä vaiheessa aineistosta kerätään oleelliset asiat esimerkiksi alleviivaamalla ne litteroidusta tekstistä. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimustehtävät. Toisena vaiheena tulee klusterointi eli ryhmittely. Klusterointivaiheessa pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään keskenään samankaltaisten kanssa ja ryhmille keksitään kuvaavat otsikot. Viimeisenä vai-

heena tulee abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Abstrahoinnissa yhdistellään luokituksia ja edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97, 108–117.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Ammattiryhmien välinen yhteistyö kivunhoidossa

Haastateltavat toivat esille hoitohenkilökunnan työnjaon ja ammattiryhmien välisen yhteistyön kivunhoidon prosessissa. Osastolla potilaan kivunhoitoon osallistuvat lääkäreiden ja sairaanhoitajien lisäksi lähihoitajat sekä fysio- ja toimintaterapeutit. Lääkärit ja hoitajat arvioivat yhdessä kipulääkkeen tarvetta ja suunnittelevat antotapaa.

”...hoitaja kun on toki potilaan kanssa enemmän tekemisissä, nii kun kysyy lääkäriltä ja kertoo lääkärille, nii lääkäri aika hyvin siihen ottaa kantaa ja luottaa hoitajaan.”

”Lääkärit ensijaisesti, nehän määrää lääkkeet ja sitten hoitajat toteuttaa niitä ja käyttää sitten omia keinojansa sitten muita ja sitten varmaan fysioterapeutit osaltansa.”

Lääkkeen antomuoto määräytyy potilaskohtaisesti niin, että lääkkeestä saadaan paras mahdollinen vaste potilaalle. Yhdessä haastattelussa kävi ilmi, että hoitajat keskustelivat kipulääkityksen vaihtoehtoista raporteillaan.

Kivunhoidon yhteistyön haasteiksi osastolla nousivat lääkkeen määräämiseen liittyvät asiat. Hoitajat kokivat, että lääkäreiden lääkemääräykset olivat puutteellisia; lääkärit eivät vieneet lääkkeitä potilastietojärjestelmän lääkeosioon sekä lääkärit määräävät suullisesti lääkkeitä.

”Se on välillä vähän hankalaa, että kun lääkärit ei määrää suoraan niitä lääkkeitä, et me joudutaan aina ne melkee niinku kysymään ja jälkikäteen.”

7.2 Kivunhoidon toteutuminen osastolla

Osastolla sairaanhoitajat toteuttavat lääkehoitoa lääkärin määräysten mukaan. Samalla he käyttävät muita hoitotyön keinoja. Sairaanhoitajat arvioivat myös potilaan kipulääkkeen tarvetta. Potilaiden kipulääkitys pyritään hoitamaan ensisijaisesti suun kautta. Lihakseen pistettävät injektiot ovat myös käytössä. Osaston käytännön mukaan opioideja ei anneta suonensisäisesti. Erään haastateltavan mukaan neurokirurgisten potilaiden lääkkeellinen kivunhoito eroaa muista kirurgisista potilaista opioidien käytön määrässä.

”Mutta neurokirurgisen potilaan kivunhoitohan on sillain vähän erikoista kun ei voida ihan hirveesti opiaatteja käyttää kallopotilailla kun sitä tajuntaa pitää pystyä seuraamaan.”

Osastolla käytetään lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä lääkehoidon rinnalla. Käytetyimpiä lääkkeettömiä menetelmiä ovat asentohoito, kylmähoito sekä liikkumiseen kehoittaminen. Näiden lisäksi esille nousi hoitajan läsnäolo, kuuntelu ja keskustelu.

”No just se kylmäpakkaukset, ne on hyvin suosittuja ja sitten, asennot ja asentohoidot ja semmoi tarkoittaa toki kyljeltä toiselle mut myös päätyä ylös päätyä alaspäin, ja yks on tietenkin liikkuminen, että se vuoteessa olo tuottaa kipua ni sitä mahdollisimman mukaa liikkeelle...”

”Hoitajahan voi käyttää tämmöstä, läsnäolohan on yks semmonen, keskustelu jos vaan on aikaa tarpeeksi niin potilasta pystyy kyllä aika paljon rauhoittelee. Sitten kosketus.”

Haastatteluissa nousi ilmi, että osastolla ei ole olemassa sovittua kivunhoidon toimintamallia. Yksi haastateltavista tosin ei ollut varma, onko osastolla olemassa kivunhoidon toimintamallia. Eräs haastateltava sanoi toimintamallien olevan sisäisiä johtuen pitkästä työkokemuksesta. Haastateltavien mukaan osastolta löytyy kipuvastaava, jonka toiminnan laajuus riippuu siitä kuka henkilö tehtävässä kulloinkin toimii. Haastateltavat toivoivat näkyvämpää roolia kipuvastaavalta.

”Tää työ on täällä niin hektistä että meillä nää vastuualueet varmaan jää niinku kipuvastaavanki toiminta on aika vaatimatonta. Vois olla suurempi rooli siinä jos ois osoittaa enemmän resursseja.”

Haasteltavien mielestä osaston kivunhoito on pääosin hyvää ja kivunhoito on tärkeässä roolissa. Kipu huomioidaan hyvin potilaan hoidossa ja hoitajien mielestä se kuuluu kokonaisvaltaiseen hoitoon. Sairaanhoitajat tiedostavat oman aktiivisuuden tärkeyden uuden tiedon hankinnassa ja sen sisäistämisessä. Haastateltavat olivat valmiita kehittämään osaamistaan kivunhoidon suhteen.

”Ainakin hoitotyön osalta me kaikki niinku yritetään ja sit kysytään et se on niinku iha ensimmäisiä kysymyksiä, et miten voit ootko kipeä?”

Haastatellut sairaanhoitajat kokivat, että osaston kivunhoidon osaaminen ei ole riittävän laajaa. Kivunhoitoa tulisi kehittää esimerkiksi niiden potilaiden kohdalla, joiden tajunnan taso on madaltunut. Erään haastateltavan mukaan hoitajat tarvitsisivat enemmän uskallusta käyttää tarvittaessa käytettäviä kipulääkkeitä. Haastateltavan mielestä hoitajat pelkäävät lääkitsevänsä potilaita liikaa ja tämän vuoksi jättävät käyttämättä tarvittavia kipulääkkeitä.

”Lähinnä enemmän hoitajilta uskallusta, jos sulla on tarvittavia lääkkeitä niin käytä niitä... Et sun pitää uskoo mitä sä näät tai mitä se potilas kokee. Jos sulla on lupa siihen, eikä pelätä että sitten tulee sitä tai tätä.”

Haastattelussa nousi esille työkokemuksen vaikutus kivunhoidon osaamiseen. Sairaanhoitajat kokivat oppineensa kivunhoitoa erilaisia potilaita hoitaessaan. Kokeneemmat hoitajat kokivat potilaan ohjaustaidot paremmaksi vähemmän kokemusta omaaviin verrattuna. Haastateltavia pyydettiin arvioimaan omaa kivunhoidon osaamistaan ja antamaan sille kouluarvosana (4-10). Pidemmän työuran tehneet arvioivat osaamisensa paremmaksi kuin pari vuotta työskennelleet. Haastateltavista pisimmän aikaa sairaanhoitajana neurokirurgisessa yksikössä toiminut arvioi osaamisensa korkeammalla arvosanalla muihin haastateltaviin verrattuna. Hän perusteli korkeaa arvosanaa kokemuksen tuomalla tiedolla ja varmuudella kivunhoidossa.

”Missään ei oo koskaan valmis että en oo tarpeeks hyvä. Haluan kehittyä. Mutta kyllä mä aika hyvä silti oon, näitten perusneurokirurgisten potilaitten kanssa. Mutta aina tulee haasteita ja kyl mä haluan lisää siitä oppia.”

Hoitajat toivoivat lisää kipuun liittyviä koulutuksia ja kokivat, että lääkäreillä on paremmat koulutusmahdollisuudet kuin heillä. Hoitajat kokivat ongelmaksi sen, että lääkkeiden kaupanimet muuttuvat usein. Haastatteluissa nousi esille koulutustarve vähemmän käytettyjen lääkkeiden sekä kroonisten kipupotilaiden kivunhoidon suhteen.

”...mun mielestä hoitajillaki pitäs olla enempi niinku semmosta kipukohdennettua koulutusta, että nyt tää koulutus missä mä olin niin oli todella hyvä koulutus... Et semmosiin pitäs olla enempi mahdollisuutta hoitajilla.”

7.3 Kivun arviointi

Hoitajat arvioivat potilaan kivun voimakkuutta yhdessä potilaan kanssa enimmäkseen suullisesti. Osa hoitajista käytti työssään vas-asteikkoa. Kaikki haastateltavat tiesivät asteikon olemassa olosta, ja että sitä olisi hyvä käyttää kivun voimakkuuden arvioinnin tukena. Hoitajat, jotka käyttivät vas-asteikkoa, kirjasivat arvon myös potilastietojärjestelmään. Hoitajat käyttivät asteikkoa sanallisesti ilman varsinaista apuvälinettä.

”No se vas-mittari on oikeestaa ainut mitä käyttää sillai suusanallisesti ja onhan meillä niitä mittareita varsinaisesti tuolla. Et joskus oon käyttäny kyllä niitä. Enemmänki vois käyttää, koska siinä se potilaski pystyy ite vertailemaan sitä asteikon käyttöä ja siinä ois tavallaan sitten vertailukelpoisuutta päivienki välillä.”

Sairaanhoitajat kertoivat tarkkailevansa potilaan eleitä ja ilmeitä havainnoidessaan merkkejä kivusta potilaalla, jonka tajunnantaso on madaltunut. Kaikki mainitsivat myös vitaalielintoimintojen muutokset mahdollisena kivun merkinä. Vitaalielintoimintojen muutokset eivät kuitenkaan aina johdu pelkästään kivusta. Hoitajien mielestä kivun tunnistaminen helpottui hoitosuhteen edetessä, kun potilasta oppi tuntemaan paremmin.

Haastateltavien mielestä kokemus auttaa kivun tunnistamisessa potilailla, joiden tajunnantaso on madaltunut. Vain hetken aikaa työelämässä ollut sairaanhoitaja kaipasi lisää tietoa tällaisista potilaista.

”Se on joskus vähän hankalaa.. Jollei potilasta tunne yhtää nii se on todella vaikee kipuasteikkoo varsinkin arvioida sitten jos ei oo hoitanu häntä aiemmin.”

Hoitajien mielestä kivunhoidon toteuttaminen potilaan kanssa, joka ei kykene kommunikoimaan selkeästi, on haastavampaa kuin potilaan, joka pystyy selkeään kommunikointiin. Kivun voimakkuuden arviointi on haastavaa silloin, kun potilas ei itse pysty kuvailemaan kipuaan. Potilaan kivun huomiointi jää herkästi muun hoitotyön varjoon, jos potilas ei itse kykene ilmaisemaan kipuaan. Kivusta kertovien merkkien havainnointi ei aina ole hoitajilla ensimmäisenä mielessä. Potilasta lääkittäessä tulee pitää mielessä lääkeaineen mahdollinen vaikutus potilaan tajunnantasaan.

”Ku meillä sitä tajuntaa pitää kuitenkin seurata, että sitä ei voi niillä lääkkeillä madalluttaa entisestää koska sit se johtuu siitä, eikä niistä päänvammoista että se on vaikeeta välillä, saada sitä kipua, levottomuutta ja ahdistusta pois, mutta että ei sitten tajunta alenis kuitenkaan et se on hankalaa.”

7.4 Kivunhoidon kirjaaminen

Haastatteluissa nousi esille erilaisia toimintatapoja kivunhoidon kirjaamisen suhteen. Kivunhoidon kirjaamisen hyviä puolia oli se, että osa sairaanhoitajista kirjasi kipulääkkeen antoindikaation, antoajankohdan ja lääkkeen vasteen.

”Nii kirjaan siis ajankohdan millon oon antanu sitä ja mihin kipuun, ja..myöhemmin siihen sit tekstiin tai antokirjaukseen et onko siitä ollu vastetta.”

Kivunhoidon kirjaamisen todettiin olevan ajoittain puutteellista. Hoitajat kirjasivat kipulääkkeen annon, mutta lääkkeen vaikuttavuutta ei juurikaan kirjattu. Kipulääkkeen antoindikaatio ei aina näkynyt kirjauksissa. Haastateltavat tiedostivat kirjaamisen puutteellisuuden. Kivunhoidon prosessin eri vaiheet eivät näy kunnolla kirjaamisessa. Kivunhoidon kirjaamisen parantamisella turvattaisiin hoidon jatkuvuus paremmin.

”No ylipäätään, meillä näkyy kauheen vähän mutta että jossakin tekstissä yrittää mainita että mihin se on se annettu lääke.”

Haastattelussa nousi ilmi, että kivunhoidon kirjaamista on pyritty tehostamaan. Haastateltavat kirjasivat toteuttamaansa kivunhoitoa eri tavoin. Osa hoitajista kirjasi lääkkeen annon jälkeen sen vaikuttavuuden, osa hoitajista taas ei.

” Just tätä kategoriaa hoitajista, et kun sä saat kipulääkkeen niin jos se auttaa niin sitä ei sitten kirjata tai sitten jos sä saat seuraavan niin se ei oo auttanu. Ja näinhän se ei varmaan nykyäisyyksen mukaan pitäisi mennä.”

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimustehtävämme olivat ”Miten neurokirurgisilla potilailla toteutetaan postoperatiivista kivunhoitoa?” ja ”Miten sairaanhoitajat kokevat postoperatiivisen kivunhoidon prosessin toteutumisen?”. Mielestämme tutkimustulokset vastaavat tehtäviin melko hyvin. Saimme paljon vastauksia siihen, miten neurokirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito toteutuu osastolla. Sairaanhoitajien kokemukset kivunhoidon toteutumisesta liittyvät kivunhoidon toteutumiseen, mutta ne eivät nousseet vastauksissa niin selkeästi esille. Laadullisesta tutkimusmenetelmästä johtuen aineistomme on suppea, joten tuloksia ei voida yleistää. Tutkimukset, joihin olemme tuloksiamme vertailleet, ovat enimmäkseen määrällisiä tutkimuksia ja tutkimusjoukko on ollut suurempi.

Haastatteluissa sairaanhoitajat nostivat lääkärin ja hoitajan välisen yhteistyön tärkeäksi osa-alueeksi kivunhoidon prosessissa. Hoitajat mainitsivat myös moniammatillisen tiimin merkityksen kivunhoidon toteutuksessa. Hoitajat kokivat, että lääkärit kuuntelivat heidän mielipiteitään ja kivunhoitoa suunniteltiin yhdessä. Haasteeksi nousivat lääkkeiden määräämiseen liittyvät asiat. Lääkärit määräisivät lääkkeitä suullisesti, mutta eivät tehneet riittäviä merkintöjä potilastietojärjestelmän lääkeosioon. Aiemmat tutkimukset tukevat tutkimustuloksia. Töölön sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa hoitajilta kysyttiin ketkä vastasivat potilaan kivunhoidosta osastolla. Hoitajista 36% koki sairaanhoitajien olevan vastuussa potilaan kivunhoidosta itsenäisesti ja 27% koki lääkärin ja sairaanhoitajien olevan yhdessä vastuussa kivunhoidosta. Tutkimuksessa hoitajat myös toivoivat enemmän tarkkuutta ja selkeyttä lääkemääräyksiin. (Lahti ym. 2007, 37) Toisessa tutkimuksessa suurin osa sairaanhoitajista oli täysin samaa mieltä (51,5%) tai osittain samaa mieltä (42,4%) siitä, että sairaanhoitajat ja lääkärit tekevät yhteistyötä kivunhoidon suhteen (Sandh & Boström 2012, 46).

Sairaanhoitajat toivat ilmi, ettei osastolla ole yhteisiä toimintamalleja kivunhoidon suhteen. Yksi haastateltavista kertoi kivunhoidon toimintamallien olevan kokemuksen tuomia sisäisiä malleja. Sandhin ja Boströmin (2012) tutkimuksessa kävi ilmi, että 33,3%

sairaanhoitajista käytti olemassa olevia kivunhoidon toimintamalleja. (Sandh & Boström 2012, 45.)

Kivunhoidon kirjaamiseen oli osastolla jo kiinnitetty huomiota ja sitä oltiin kehittämässä. Tulosten perusteella osaston kivunhoidon kirjaaminen oli vaihtelevaa. Osa hoitajista kirjasi potilaan kivunhoidon hyvin potilastietojärjestelmään. Tutkimustuloksista käy kuitenkin myös ilmi kivunhoidon kirjaamisen puutteet. Kirjaaminen jäi usein pelkkään kipulääkkeen kirjaamisen eikä lääkkeen antoindikaatiota tai vaikuttavuutta muistettu kirjata. Sandhin ja Boströmin (2012) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajista vain 48% oli täysin samaa mieltä siitä, että he kirjasivat aina potilaan kivun potilastietojärjestelmään. Osittain samaa mieltä kivun kirjaamisesta aina potilastietojärjestelmään oli 36% sairaanhoitajista. Samassa tutkimuksessa sairaanhoitajat kuitenkin totesivat, että kivun kirjaaminen on edellytys hyvälle kivunhoidolle. (Sandh & Boström 2012, 46, 48.)

Kaikki haastateltavat tiesivät vas-mittarin olemassaolosta, mutta kaikki eivät sitä käyttäneet. Ne, jotka käyttivät kipumittaria, käyttivät sitä lähinnä suullisesti ilman apuvälinettä. Hoitajat kuitenkin tiesivät, että kipumittaria olisi hyvä käyttää potilaan kipua arvioitaessa. Useassa eri tutkimuksessa, joissa tarkasteltiin hoitajien kipumittarin käyttöä, tutkimustulokset poikkeavat toisistaan. Kahdessa tutkimuksista hoitajilta kysyttiin, käyttävätkö he vas-mittaria potilaan kivun arvioinnin apuna. Toisessa tutkimuksessa 60% vastaajista kertoi käyttävänsä vas-mittaria aina tai useimmiten potilaan kivun arvioinnissa (Wickström ym. 2007). Toisessa tutkimuksessa vain 4% vastaajista kertoi käyttävänsä vas-mittaria, vaikka 91% vastaajista tiesi mittarin käytön helpottavan kivun arviointia (Lahti ym. 2007, 37). Flinkmanin ja Salanterän (2004, 18) tutkimuksessa potilaista vain yhden neljäsosan kipua oli arvioitu kipumittarin avulla.

Jokaisessa haastattelussa nousi esille neurokirurgisella vuodeosastolla käytetyimmät ei-lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät, joita ovat kylmähoito ja asentohoito. Eräällä päivystyspoliklinikalla tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että vain 15%:lle potilaista oli käytetty kivun lievittämiseen lääkkeettömiä menetelmiä, kuten kylmä- ja asentohoitoja (Flinkman & Salanterä 2004, 18). Koukkulan (2001) tutkimuksen mukaan lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä voidaan käyttää kipulääkkeiden rinnalla kivun lievityksessä. Lääkkeettömät menetelmät eivät korvaa lääkkeellistä kivunhoitoa, mutta ne ovat osa

onnistunutta postoperatiivista kivunhoitoa. Menetelmät auttavat potilasta selviytymään postoperatiivisen kipukokemuksen kanssa. (Koukkula 2001, 78–79.)

Tulosten mukaan sairaanhoitajat olivat kiinnostuneita saamaan uutta tietoa kivunhoidosta ja tiedostivat oman aktiivisuuden merkityksen uuden tiedon löytämisessä ja sisäistämässä. Lahden, Nordbergin ja Ruhtilan (2007) tutkimuksessa saatiin toisenlaisia tuloksia liittyen sairaanhoitajien omaan aktiiviseen tiedonhakuun liittyen. Tutkimuksessa neljäsosa (26%) hoitajista ilmoitti seuraavansa uusimpia kipuun ja kivunhoitoon liittyviä tietoja. Tutkimukseen vastanneista hoitajista vajaa neljäsosa (23%) tunsi itsensä asiantuntijaksi potilaan kivun arvioinnissa. (Lahti ym. 2007, 37.) Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että sairaanhoitajien oma arvio kivunhoidon osaamisesta oli suoraan verrannollinen työvuosiin.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on osa tutkimuksen tekemistä. Sen kautta arvioidaan tutkimuksen onnistumista, käytettävyyttä ja sitä kuinka totuuden mukaista tietoa on onnistuttu tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida samoilla luotettavuuskriteereillä kuin määrällistä tutkimusta. Osan tutkijajoukon mielestä laadullista tutkimusta tulisi arvioida siihen tarkoitetuilla kriteereillä tutkimuksen perusoleusten erilaisuudesta johtuen. Kvalitatiivisen tutkimuksen neljä luotettavuuskriteeriä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Kriteerien määritelmät ovat tutkijakohtaisia. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136–139.)

Opinnäytetyömme tulosten siirrettävyys muihin yksiköihin on haasteellista, koska haastateltavien määrä oli pieni ja tulokset kertoivat vain heidän kokemuksistaan ja mielipiteistään. Tuloksista voi kuitenkin saada käsitystä niistä alueista, joihin postoperatiivisen kivunhoidon kehittämisessä kannattaa kiinnittää huomiota myös muilla osastoilla.

Vahvistettavuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että lukija pystyy seuramaan tutkimusprosessia työtä lukiessaan. Tulokset tulee esittää niin selkeästi, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelynkulkua. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sara-

järvi 2009, 139.) Opinnäytetyön alussa esitämme tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävät, joiden pohjalta on valittu teoreettiset lähtökohdat. Näiden avulla lukija orientoituu opinnäytetyön lukemiseen. Tulokset olemme ryhmitelleet neljän selkeästi esiin nousseen kohdan alle. Pyrimme esittämään tulokset niin kuin ne nousivat esille haastatteluissa. Opinnäytetyömme tuloksia vahvistaa lainausten käyttö tulososiossa sekä aineiston luokittelun näkyminen liiteosiossa. Näiden avulla lukijakin saa luotettavamman kuvan tuloksien oikeellisuudesta.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Olemme molemmat kokemattomia tutkimuksen tekijöitä, koska tämä oli ensimmäinen tutkimus, jonka olemme tehneet. Kokemattomuus vaikutti koko prosessiin. Teemarungon tekeminen oli vaikeaa, ja emme täysin hahmottaneet minkälaisia vastauksia tulisimme saamaan. Kysymysten asettelua olisi voinut miettiä tarkemmin. Haastatteluiden aikana olisi pitänyt tehdä enemmän tarkentavia kysymyksiä. Aineiston analyysivaiheessa tuli mieleen kysymyksiä, joita olisi pitänyt kysyä haastateltavilta. Keskityimme lähinnä kysymysten esittämiseen, emmekä osanneet kuunnella vastausten sisältöä ja ajatella vastausten merkitystä. Tarkentavien kysymysten teko olisi ollut tärkeää laajempien tulosten kannalta.

Haastattelutilanteet olivat haastavia, koska kumpikaan ei ollut aikaisemmin tehnyt vastaavanlaista haastattelua. Teimme haastatteluista kolme osastolla käytävän päässä olevassa pienessä tilassa sermin takana. Tila ei ollut paras mahdollinen haastatteluiden suorittamiseen. Yksi haastatteluista keskeytyi, koska haastateltavalta hoitajalta tarvittiin tietoja hänen potilaastaan. Yhden haastatteluista teimme haastattelua varten varatussa työhuoneessa. Jos muutkin haastattelut olisivat olleet erikseen varatussa työhuoneessa, olisi haastattelutilanteet mahdollisesti olleet rauhallisempia ja hoitajat olisivat kyenneet rauhoittumaan haastattelutilanteeseen paremmin.

Alun perin oli tarkoituksena, että opinnäytetyö koskisi vain tiettyjä potilasryhmiä. Muistimme mainita nämä ryhmät vain yhdessä haastattelussa, jossa vastaukset kuitenkin mielestämme koskivat yleisesti neurokirurgista potilasta. Muissa haastatteluissa emme muistaneet mainita potilasryhmiä ollenkaan. Emme siis toteuttaneet työelämäyhteyden toivetta kyseisten potilasryhmien tutkimisesta, mutta jälkepäin ajateltuna saimme

ehkä laajemmat vastaukset näin. Vaikka lopullinen työmme eroaa alkuperäisestä suunnitelmasta, auttavat tulokset mielestämme osastoa kehittämään kivunhoitoa.

Litteroimme haastattelut lähes heti haastattelujen jälkeen ja saimme tehtyä pelkistetyt ilmaukset keväällä. Hahmottelimme aineiston luokittelua jo keväällä, mutta lopullinen luokittelu tehtiin syksyllä. Mietimme erilaisia luokitteluvaihtoehtoja pelkistetyille ilmauksille ja etsimme eroja niiden välillä. Mielestämme luokittelu oli haastavaa, koska luokittelutapoja oli niin monta. Olemme tyytyväisiä lopputulokseen, joka on nyt selkeä.

Lainsäädäntö ohjaa terveystieteellistä tutkimusta eettisten ohjeiden rinnalla. Tutkimus tulee tehdä tieteellisten käytäntöjen mukaan, jotta se olisi luotettava ja eettisesti hyväksyttävä. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 139; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Työssämme olemme pyrkineet noudattamaan hyviä tutkimuseettisiä tapoja, kuten rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta. Teimme tutkimusprosessin alussa tutkimussuunnitelman, jonka avulla hankimme tutkimusluvan. Luvan saatuamme haastatelimme neljää tutkimukseen suostunutta sairaanhoitajaa. Nauhoitimme haastattelut haastateltavien luvalla ja käsittelimme niiden sisältöä luottamuksellisesti. Haastateltavien anonyymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan, eikä haastatteluissa käy esimerkiksi ilmi haastateltavan nimi.

Mielestämme meillä on riittävä määrä lähteitä. Enimmäkseen olemme käyttäneet kirjallaisia lähteitä, joissa olemme pyrkineet mahdollisimman uusiin painoksiin. Vanhempiakin teoksia löytyy, mutta tieto niissä on edelleen pätevää. Teoriaosuutta kirjoittaessamme käytimme tutkimuksia, mutta tutkimusten käyttö painottuu tulosten tarkasteluun. Lähes kaikki tutkimukset liittyivät kivunhoitoon. Tutkimuksia oli mielestämme vaikea etsiä, koska olimme alkuun aika valikoivia niiden suhteen. Ulkomaalaisia lähteitä meillä on vähän suhteessa muihin lähteisiin. Niitä olisi voinut etsiä enemmän.

8.3 Pohdinta ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyöprosessi oli haastava. Opimme työtä tehdessä paljon lisää kivunhoidosta, neurokirurgisesta potilaasta sekä tutkimuksen tekemisestä. Yhteisen ajan löytäminen oli välillä vaikeaa, koska olemme eri opetusryhmissä. Tämän vuoksi päädyimme jakamaan

teoriaosuutta, joita kirjoitimme ensin itsenäisesti ja myöhemmin yhdistimme tekstit yhdeksi kokonaisuudeksi. Analysoimme aineistoa kevästä syksyyn. Jaksotimme analysointia niin, että kesällä pidimme taukoa opinnäytteen tekemisestä. Toisaalta oli hyvä pitää välillä taukoa työn tekemisestä, koska näin sai uusia näkökulmia analysointiin. Aineiston luokittelu oli molempien mielestä opinnäytetyön vaikein osuus, kun taas tulosten kirjoittaminen oli helpompaa.

Opinnäytetyön teoreettisten osuuksien tuoma tieto sekä opinnäytetyön tulokset vaikuttivat siihen, miten suhtaudumme kivunhoitoon työharjoitteluissa sekä työpaikoissamme. Tästä työstä on varmasti jatkossa apua siihen, miten huomioimme ja hoidamme potilaan kipua.

Kehittämiskohteet nousevat tuloksista selkeästi esille. Yksi kehityskohteista on lääkkeiden määrääminen. Lääkäreiden lääkkeiden määräämiseen tulisi olla selkeät ja yhteiset pelisäännöt. Osastolla voisi myös ottaa selvää, onko uusista kirjaamisohjeista ollut hyötyä, miten ne otettu vastaan ja miten ne toimivat. Näiden tulosten pohjalta voisi kirjaimiskäytänteitä edelleen kehittää. Haastatteluissa nousi esille myös hoitajien toive kipuvastaavan roolin kehittämistä. Kipuvastaavalta toivottiin aktiivisempaa roolia uuden ja ajankohtaisen tiedon tuomisesta osastolle. Osastolla on myös paljon kokeneita hoitajia, joilla on hiljaista tietoa. Hiljaista tietoa voisi hyödyntää paremmin.

Jatkotutkimusehdotuksemme on tutkia, millaista kivunhoidon osaamista osastolla on kroonisten kipupotilaiden suhteen ja millaisia tarkempia koulutustarpeita hoitajilla on. Myös kipuvastaavan toimenkuvaa ja sen kehittämistä voisi tutkia.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Ala-Hynnälä, L. & Ruohomäki, H. 2002. Kipu ja kivunhoito. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi, 363–409.
- Alaspää, A. 2008. Tajuttomuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Helsinki: Tammi, 289–303.
- Eriksson, E., Virtanen-Vaaranmaa, H., Björkroth, R., Laitinen, R., Mattila, L-R., Rekola, L., Ruotsalainen, T. & Sarajärvi, A. 2005. Hoitotyön koulutuksen kehittämishaasteet – Hoitotyön johtajien, opettajien ja hoitotyöntekijöiden näkemykset. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2004. Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa. Tutkiva hoitotyö 3/2004, 16–21.
- Heikkinen, K. 2005. Potilaan kivun systemaattinen arviointi. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. 1. painos. Helsinki: Tammi, 220–226.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.
- Hiltunen, E., Nevalainen, L. & Takala, P. 2002. Aivovammat ja aivovammapotilaan hoitotyö. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi, 233–261.
- Jääskeläinen, J. 2010a. Aivovaltimoaneurysma ja subaraknoidaalivuoto. 3.8.2010. Luettu 13.3.2013. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>
- Jääskeläinen, J. 2010b. Oireista diagnoosiin. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 1122–1124.
- Jääskeläinen, J. 2010c. Väestövastuullinen neurokirurgia Suomessa. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 1114–1116.
- Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 118–124.
- Kaira, A-M. & Kivelä, S. 2002. Tajuttoman potilaan hoitotyö. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi, 355–364.
- Kalso, E. 2011. Kivun lääkehoito. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vaino, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 181–219.

Kalso, E. & Konttinen, V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vaino, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 52–63.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granstöm, V. 2009a. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vaino, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 104–115.

Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. 2009b. Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vaino, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 172–180.

Kauppila, M. 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon?. Kipuviesti 1/2006, 26–29.

Kivunhoito ensihoidossa. 2009. Pohjois-Karjalan ensihoitajat ry. Ensihoidon koulutuspäivä 1.4.2009. <http://www.pokehot.net/@Bin/170771/Kivunhoitoo.pdf>

Koukkula, R. 2001. Hoitajien ja potilaiden käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta. Licensiaatintutkimus. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Kuisma, M. 2008. Neurologinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. Helsinki: Tammi, 305–323.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Lindsberg, P. & Roine, R. 2006. Aivokuolema. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M., Launes, J. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Helsinki: Duodecim, 267–270.

Lindsberg, P. & Soinila, S. 2006. Tajuttomuus. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M., Launes, J. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Helsinki: Duodecim, 145–160.

Lehtomäki, P. 2008. Sairaanhoidajaopiskelijoiden leikkauksen jälkeisen kivun hoidon osaaminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Lähdesmäki-Mäkinen, L. 2013. Kivun hoidon lääkkeettömät menetelmät. Oulaisten ammattiopisto. <http://www.sonectus.fi/file/file/Kivun%20hoidon%20l%C3%A4%C3%A4kkeett%C3%B6mi%C3%A4%20menetelmi%C3%A4%20Sonectus.pdf>

McCaffery, M. & Pasero, C. 1999. Pain. Clinical manual.

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 2. painos. Helsinki: International Methelp Ky.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky.

Mäenpää, H. (toim.) 2006. Tietoa aikuisten aivokasvaimista. Suomen syöpäpotilaat.

Niemelä, M., Kangasniemi, M., Jääskeläinen, J., Randell, T. & Hernesniemi, J. 2004. Neurokirurgia. HYKS Neurokirurgian klinikka.

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset hoitomenetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vaino, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 237–244.

Pylväläinen, K., Mannio, P. & Schröderus, P. 2002. Aivoverisuonisairaudet. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi, 262–282.

Saastamoinen, T., Lehtomäki, K. & Ruohomäki, H. 2010. Tajunnan tason arviointi. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim, 259–263.

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 30–38.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Hyväksytty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996. Luettu

27.4.2013 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit. Oy.

Sandh, M. & Boström, B. 2012. Sjuksköterskors uppfattning om smärtbehandling och användning av riktlinjer. Vård i Norden. Nordic journal of nursing research. 4/2012, 44–49.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Mitä kipu on? <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/node/214>

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Tauru, V. & Koponen, L. 2010. Trakeostomoidun potilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, N., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim, 708–711.

Tuominen, P. 2002. Neurokirurgisen leikkausosaston hoitotyö. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi, 219–232.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Vainio, A. 2009a. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Vainio, A. 2009b. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vaino, A. (toim.) Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 150–158.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wickström, K., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F. & Sjöström, B. 2007. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2042–2050

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje



TIEDOTE

23.1.2013

Arvoisa sairaanhoitaja

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötämme neurokirurgisen potilaan postoperatiivisen kivunhoidon toteutumisesta sairaanhoitajien kokemana. Käytämme laadullista menetelmää ja tiedonkeruun menetelmänä on teemahaastattelu.

Pyydämme teitä nyt osallistumaan opinnäytetyöhömmme. Työhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte koska tahansa keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta. Haastattelut tapahtuvat työaikana. Nauhoitamme haastattelut ja ainoastaan opinnäytetyön tekijät käsittelevät aineistoa. Nauhat tuhoetaan aineiston käsittelyn jälkeen.

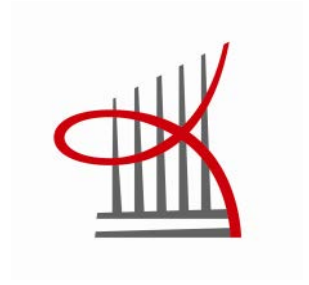
Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhömmme osallistumisesta. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä, eikä yksittäisiä henkilöitä pysty tunnistamaan. Opinnäytetyön valmistuttua on se luettavissa elektronisessa Theseus – tietokannassa.

Mikäli teillä on jotain kysyttävää, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Julia Hollmén
julia.hollmen@health.tamk.fi

Ilona Hämäläinen
ilona.hamalainen@health.tamk.fi

Liite 2. Suostumuskaavake



SUOSTUMUS

Neurokirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito sairaanhoitajien kokemana

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan kokemuksia neurokirurgisen potilaan kivun hoitotyön toteutumisesta, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka ja aika

Julia Hollmén

Ilona Hämäläinen

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Esitiedot

1. Miten kauan olet työskennellyt sairaanhoitajana ja onko sinulla lähihoitaja taustaa?
2. Kuinka kauan olet työskennellyt neurokirurgian osastolla?

KIVUNHOIDON PROSESSI

1. Ketkä osallistuvat osastollasi potilaan kivunhoitoon ja miten?
2. Millaisena kivunhoidon yhteistyö eri ammattiryhmien välillä näyttää?
3. Millainen rooli on osastonne kipuvastaavalla kivunhoidon kokonaisuudessa?
4. Onko osastollasi olemassa kivunhoidon toimintamalli tai kivunhoidon kriteerit?
Jos on, miten nämä näkyvät työssäsi?
5. Millaista kivunhoidon osaamista osastollanne on ja miten se näkyy?
6. Millaisia ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä käytät omassa työssäsi?
7. Miten kirjaamisessa näkyy kivunhoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi?
8. Millaisena pidät ohjaamistaitojasi kivunhoidon suhteen?
9. Millaisia lääkkeen antotapoja osastolla käytetään? i.m., per os tai i.v.?
Mitä itse tykkäät käyttää?

TAJUNNANTASO JA KIPU

10. Miten tunnistat kivun potilaalla, jonka tajunnantaso on madaltunut?
11. Miten arvioit kivun voimakkuutta tällaisella potilaalla?
12. Millaisia haasteita madaltunut tajunnantaso tuo kivunhoitoon?

KIVUNHOIDON VAIKUTTAVUUS JA LAATU

13. Millaisia mittareita käytät potilaan kivun arvioinnissa? Jos et käytä, niin miksi?
VAS?
14. Millaisena koet kivunhoidon tämänhetkisten taitojen riittävyyden omalla kohdallasi?
15. Millaisen arvosanan antaisit kivunhoidon laadusta omassa työssäsi asteikolla 4-10?
16. Millaisia kehittämishaasteita näkisit neurokirurgisen potilaan kivunhoidossa omalla osastollasi?
17. Mitkä tekijä mielestäsi vaikuttavat kivunhoidon osaamiseen?
18. Millaisia koulutustarpeita, -toiveita sinulla on kivunhoidon suhteen?
19. Mitä muuta aiheeseen liittyvää haluaisit sanoa?

Liite 4. Glasgow Coma Scale (GCS)

Silmien avaus	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei avaa	1
	Silmät turvonneet umpeen	t
Puhevaste	Selkeä	5
	Sekava, lauseita	4
	Sanoja, kiroilua	3
	Ääntelyä	2
	Ei ääntä	1
	Intuboitu tai trakeostomoitu	i
Liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Torjuu kivun	4
	Koukistus kivulle	3
	Ojennus kivulle	2
	Ei liikettä	1
Yhteensä		3-15p.

Liite 5. Tutkimustaulukko

Tekijän nimi (julkaisuvuosi), työn nimi, työn laatu	Tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoitte	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tutkimustulokset
Sandh & Boström (2012) Sjuksköterskors uppfattning om smärtbehandling och användning av riktlinjer	Tarkoituksena oli tunnistaa kuinka sairaanhoitajat kokevat kivunhoidon toteutumisen ja kivunhoidon toimintamallien käytön	Kvantitatiivinen menetelmä Osallistujiksi valittiin sellaiset, jotka olivat osallistuneet 10 vuoden sisällä kivun tai kivunhoidon kurssille Kyselylomake n=111	Sairaanhoitajista 31 käytti kivunhoidon toimintamalleja, joista 26 mielestä malleja oli helppo käyttää. Vastaajista 48 dokumentoi aina potilaan kivun potilastietojärjestelmään Hoitajat, jotka käyttivät toimintamalleja, antoivat useammin kipulääkettä läpilyöntikipuihin, kuin hoitajat jotka eivät käyttäneet toimintamalleja
Lehtomäki (2008) Sairaanhoitajaopiskelijoiden leikkauksen jälkeisen kivunhoidon osaaminen	Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajaopiskelijoiden aikuispotilaiden leikkauksen jälkeisen kivun hoidon osaamista	Kvantitatiivinen menetelmä Tutkimusjoukko koostui kolmen eri ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-	Sairaanhoitajaopiskelijat olivat saaneet tietoa kivusta ja kivunhoidosta melko paljon tai paljon teoriaopintojen aika-

(jatkuu)

<p>Pro gradu – tutkielma</p> <p>Kuopion yliopisto</p>	<p>Tutkimusongelmat:</p> <p>Minkä verran sairaanhoitajaopiskelijat ovat saaneet koulutuksen aikana tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta sekä kipumittareista?</p> <p>Minkälaiset tiedot sairaanhoitajaopiskelijoilla on kivusta ja sen hoidosta sekä kivun arvioinnista?</p> <p>Minkälaiset ovat sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemukset aikuispotilaan leikkauksen jälkeisen kivun hoidosta käytännön harjoittelun aikana?</p> <p>Miten sairaanhoitajaopiskelijat haluavat kehittää kivun hoidon koulutusta?</p>	<p>opiskelijoista, jotka olivat suorittaneet teoriaopinnot sekä ohjatun harjoittelun kirurgisen hoitotyön ja perioperatiivisen hoitotyön opinnoista</p> <p>n=95</p>	<p>na. Tutkimustiedon käyttö oli vähäistä opintojen aikana. Kipumittareiden teorian tieto oli riittämätöntä opintojen aikana.</p> <p>Käytännön harjoittelun aikana opiskelijoiden kokonaisvaltainen kivunhoidon arviointi ja kipumittareiden käyttö oli vähäistä. Opiskelijoilla oli myös vähän kokemusta ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä</p> <p>Sairanhoitajaopiskelijat toivoivat koulutukseen lisää opintoja kivusta</p>
<p>Flinkman & Salanterä (2004)</p> <p>Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata aikuispotilaiden näkemyksiä kivun hoidosta ja heidän tyytyväisyytään kivunhoitotyöhön päivystyspoli-</p>	<p>Kvantitatiivinen menetelmä</p> <p>Kyselylomakkeet jaettiin kotiin lähteville potilaille kolmella eri päivystys-</p>	<p>Potilaista 72%:lla esiintyi kipua päivystyspoliklinikalla käynnin aikana</p> <p>89% vastaajista sanoi, että heidän täytyi tuntea kohta-</p>

	<p>kllinikassa</p> <p>Tutkimusongelmat: Kuinka voimakasta kipua potilaat ovat kokeneet päivystyspoliklinikassa? Miten kivun arviointi ja hoito on potilaiden näkemysten mukaan toteutunut päivystyspoliklinikassa? Miten tyytyväisiä potilaat ovat päivystyspoliklinikan kivunhoitotyöhön ja hoitotyöhön yleensä? Mitä toiveita potilailla on kivunhoitotyön suhteen päivystyspoliklinikassa?</p> <p>Tavoitteena oli tuoda esiin potilaan näkökulma kivunhoitotyössä ja lisätä tietoa suomalaisesta kivunhoitotyössä päivystyspoliklinikassa</p>	<p>poliklinikalla</p> <p>n=148</p>	<p>laista tai jopa hyvin kovaa kipua pyytääkseen siihen apua hoitohenkilökunnalta</p> <p>17% lääkäreistä ja 18% hoitajista ei kysynyt potilaan kivusta kertaakaan hoidon aikana</p> <p>Noin yhdellä neljästä potilaasta käytettiin kipumittaria kivun arvioinnissa</p> <p>51% potilaista joilla esiintyi kipua, sai kipulääkitystä</p> <p>Potilaista 57% mielestä saatu kipulääkitys oli riittävä</p> <p>Hoito kokonaisuudessaan arvioitiin paremmaksi kuin pelkkä kivunhoitotyö</p>
Koukkula (2001)	Tarkoituksena oli kuvailla potilaiden	Fenomenografinen tutkimus	Tulokset tukevat sitä, että postope-

<p>Hoitajien ja potilaiden käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta</p> <p>Lisensiaatin tutkimus</p> <p>Oulun yliopisto</p>	<p>ja hoitajien käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta</p> <p>Tutkimustehtävät:</p> <p>Mitä käsityksiä hoitajilla on postoperatiivisen kivun hoidosta?</p> <p>Mitä käsityksiä potilailla on postoperatiivisen kivun hoidosta?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miten kivun hoidon tarvetta arvioidaan? - Mitkä ovat kivun hoidon tavoitteet? - Miten kipua voidaan lievittää? <p>Tavoitteena on lisätä tietoa ja selkeyttää käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta</p>	<p>Tutkimusjoukko kerätty eräältä kirurgiselta vuodeosastolta sekä leikkausosastolta</p> <p>Potilaita n=10</p> <p>Hoitajia n=10</p> <p>Potilaat haastateltiin kahteen kertaan, preoperatiivisesti sekä postoperatiivisesti.</p> <p>Hoitajat haastateltiin vain postoperatiivisesti</p>	<p>ratiivisen kivun ensisijainen hoitomenetelmä on lääkehoito</p> <p>Postoperatiivisesta kivusta on mahdollisuus selvittää myös ei-farmakologisin keinoin, jos potilas näin haluaa</p>
<p>Wickström, Nordberg, Bergh, Johansson & Sjöström (2007)</p> <p>Postoperative pain management – the</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia miten potilaiden potilaskertomukseen kirjattu kivun voimakkuus ja heidän saamansa opioidien</p>		

influence of surgical ward nurses.	määrä vastasivat toisiaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää paraniko hoitajien kivunhoidon osaaminen kahden vuoden aikana. Hoitajat saivat tutkimuksen aikana kivunhoidon koulutusta.		
<p>Eriksson, Virtanen-Vaaranmaa, Björkroth, Laitinen, Mattila, Rekola, Ruotsalainen & Sarajärvi (2005)</p> <p>Hoitotyön koulutuksen kehittämishaasteet – Hoitotyön johtajien, opettajien ja hoitotyöntekijöiden näkemykset</p> <p>Turun yliopisto</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyön johtajien, opettajien ja hoitotyöntekijöiden näkemyksiä hoitotyön ja sen koulutuksen tulevaisuuden haasteista opetussuunnitelmatyön kehittämiseksi.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1. Mitkä ovat tulevaisuuden terveydenhuollon haasteet?</p> <p>2. Miten hoitotyötä tulisi kehittää?</p> <p>3. Miten hoitotyön koulutusta tulisi kehittää?</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jossa käytetty aineistotriangulaatiota</p> <p>Tutkimusaineisto muodostui ylihoitajista, hoitotyön opettajista ja sairaanhoitajista.</p> <p>Ylihoitajien aineiston keruu tapahtui ryhmähaastattelulla.</p> <p>Haastatteluryhmiä oli viisi ja jokaisessa ryhmässä 4-6 ylihoitajaa. n=20</p> <p>Hoitotyön opettajien aineiston keruu tapahtui kyselylomakkeen avulla.</p>	<p>Kaikki haastatellut ryhmät kokivat haasteiksi väestön ikääntymisen ja monikulttuurisuuden sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien potilasryhmien lisääntymisen.</p> <p>Hoitotyön johtajat ja opettajat esittivät niukasti hoitotyön kehittämiseen liittyviä mainintoja. Hoitotyöntekijät taas toivot esille monipuolisesti uusia haasteita hoitotyön kehittämiseen liittyen.</p>

	<p>Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla on mahdollista kehittää koulutusta vastaamaan kansallisia, alueellisia ja paikallisia tarpeita aikaisempaa paremmin.</p>	<p>Kysely lähetettiin 32 opettajalle, joista 25 vastasi.</p> <p>Sairaanhoitajien aineisto kerättiin sosiaali –ja terveysalan johtamis –ja kehittämistyön erikoisopinnoissa olevilta hoitajilta, joilla oli sairaanhoitajan tutkinto (n=16). 15 sairaanhoitajaa vastasi kyselyyn.</p>	<p>Kaikki vastaajat odottivat eniten hoitotyön koulutuksen kehittämistä. Hoitotyön tekijöiden odotukset olivat laajalaisimmat, koskien muun muassa opetuksen sisältöä ja koulutuksen tarjontaa, organisoimista ja tehtäviä.</p>
--	---	--	---

Liite 6. Aineiston luokittelu

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<ul style="list-style-type: none"> • lääkäri määrää lääkkeet • anestesia­lääkäri määrää leikkauksen jälkeen tarvittavat lääkkeet • lääkäri tekee tarpeen määrittelyn ja määrää lääkkeet 	Lääkäri arvioi kipulääkkeen tarvetta ja määrää lääkkeet		
<ul style="list-style-type: none"> • hoitajat määrittelevät kipulääkkeen tarvetta • sairaanhoitajan mahdollisuus ehdottaa lääkkeitä • kipulääkityksen vaihtoehdoista keskusteleminen raportilla 	Sairaanhoitajat osallistuvat kipulääkkeen tarpeen määrittelyyn	Hoitohenkilökunnan työnjako kivunhoidon prosessissa	
<ul style="list-style-type: none"> • lääkkeen antomuoto mää­räytyy potilas kohtaisesti • valitaan paras lääke­muoto tarvittavan tehon saavuttamiseksi • kipulääkkeen antomuoto potilas kohtaista 	Lääkkeen antotavan suunnittelu		Ammattiryhmien välinen yhteistyö ja työnjako kivunhoidon toteuttamisessa
<ul style="list-style-type: none"> • lääkärit kuuntelevat hoitajien mielipidettä potilaaseen liittyvistä asioista • lääkärit ja hoitajat suunnittelevat yhdessä kipulääkitystä • lääkäri, sairaanhoitaja ja potilas keskustele­vat yhdessä kipulääkkeen tarpeesta kotiutumisen yhteydessä 	Hoitajien ja lää­kärien välinen yhteistyö kivunhoidon suunnitel­lussa	Ammattiryhmien väli­nen yhteistyö kivun­hoidossa	
<ul style="list-style-type: none"> • hoitohenkilökunta (lääkehoitoon osallistujat) • fysioterapeutti • toimintaterapeutti • lääkärit, sairaanhoitajat ja osittain perushoitajat osallistuvat lääkehoitoon • lääkärit, sairaanhoitajat, perushoitajat ja lähihoitajat osallistuvat kivunhoitoon osastolla • fysioterapeutit 	Kivunhoidon toteutumiseen osallistuvat am­mattiryhmät		

(jatkuu)

<ul style="list-style-type: none"> • epävarmuus toimintamallien olemassa olost • ei kivunhoidon toimintamalleja • ei ylöskirjattuja kivunhoidon toimintamalleja 	Kivunhoidon toimintamallien puuttuminen		
<ul style="list-style-type: none"> • lääkärit määräävät lääkkeet välillä suullisesti • lääkärit eivät vie lääkemääräyksiä aina lääkeosioon • lääkäreiden puutteelliset lääkemääräykset • lääkäreillä erilaisia näkemyksiä kivunhoidosta • tietyille ryhmille lääkkeitä määrätään valmiiksi, tietyille ei 	Lääkehoidon haasteet osastolla		
<ul style="list-style-type: none"> • kipuvastaavan toiminta on vaatimatonta • Kipuvastaavan pitäisi olla isommassa roolissa tuomassa tietoa kivusta osastolle 	Kipuvastaavan toiminta vaatimatonta	Kivunhoidon haasteet osastolla	Kivunhoidon toteutumiseen liittyviä haasteita osastolla
<ul style="list-style-type: none"> • kivunhoidon kirjaamisen puutteellisuus osastolla • tiedostaa puutteellisen kivunhoidon kirjaamisen omassa työssään • kivunhoidon eri vaiheiden näkyminen kirjauksessa puutteellista • kivunhoidon kirjaaminen on ollut suppeaa • kivunhoidon kirjaamisessa näkyy antoindikaatio, mutta ei kivunhoidon vaikuttavuutta • Kipulääkkeen vaikuttavuus pitäisi näkyä paremmin kirjaamisessa • Haasteena kirjaamisen parantaminen, jotta kivunhoidon jatkuvuus näkyisi paremmin 	Kivunhoidon kirjaamisen ongelmat		

<ul style="list-style-type: none"> • kuuntelu • kylmähoito (x3) • asentohoidot (x2) • liikkeelle kehottaminen (x2) • läsnäolo • keskustelu • rauhoittelu • kosketus • lämpöpeitto 	Ei-lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	Kivunhoidon toteutuminen osastolla
<ul style="list-style-type: none"> • kehoterapia • akupunktio • vyöhyketerapia 	Ei-lääketieteelliset kivunhoitomenetelmät		
<ul style="list-style-type: none"> • vuodeosastolla yleisimmin käytössä per os ja i.m. • lääkkeet ensisijaisesti per os • kipupumput käytössä • käytössä on myös i.v. ja i.m. antomuodot • per os lääkemuoto on ensisijainen • osastolla käytössä per os, i.m. ja i.v. lääkkeenantomuodot 	Lääkkeen antotapa		
<ul style="list-style-type: none"> • sairaanhoitajat toteuttavat määräyksiä ja käyttävät hoitotyön keinoja • lääkemääräysten toteuttaminen ja kipulääkkeen tarpeen arviointi vuodeosastolla (sh:t) • sairaanhoitaja toteuttaa lääkemääräykset ja jakaa lääkkeitä • perushoitajat osallistuvat myös jossain määrin lääkehoitoon 	Lääkehoidon toteuttaminen osastolla	Lääkehoidon toteuttaminen	
<ul style="list-style-type: none"> • ei vahvoja opioideja suonensisäisesti • kipulääkkeet mahdollisuuksien mukaan suun kautta • lääke annetaan i.m:sti, jos potilas ei pysty ottamaan suun kautta • suositusten mukaan per os ensisijainen lääkemuoto • huumelääkkeitä ei anneta laskimoon • kipulääkkeet mahdollisuuksien mukaan suun kautta • neurokirurgisen potilaan kivunhoito eroaa 	Neurokirurgisen potilaan kivunhoito ensisijaisesti per os		
muista kirurgisista potilaista, koska opiaatteja			

<ul style="list-style-type: none"> ei voida käyttää paljoa • pyrkimyksenä kirjata kipulääkkeen antoindikaatio • pyrkimys kirjoittaa kipulääkkeen antoindikaatio potilaskertomukseen • pyritään kirjaamaan ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon sen vaikutus • kivunhoidon kirjaamista on pyritty tehostamaan osastolla yleisesti 	<p>Kivunhoidon kirjaamisen tavoitteita hoitotyössä</p>	<p>Kivunhoidon kirjaaminen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • lääkkeen vaikutuksen kirjaaminen • antokirjataan kipulääke ja sen antosyy • kirjataan kipulääkkeen antoajankohta ja antosyy • kirjataan kipulääkkeen vaste 	<p>Kivunhoidon kirjaamisen hyviä puolia</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • vas-asteikko käytössä osastolla • pyrkimys käyttää vas-asteikkoa omassa työssä • yleisin mittari osastolla on vas-asteikko • mittareista käytössä vain vas-asteikko sanallisesti • vas-asteikon käyttö suullisesti kivunarvioinnissa 	<p>Vas-asteikon käyttö osastolla</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • kirjaa vas-asteikon arvon potilaskertomukseen • kirjaa vas-asteikon arvon potilasjärjestelmään 	<p>Vas-asteikon arvon kirjaaminen potilaskertomukseen</p>	<p>Vas-asteikon käyttö</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Ko-operoivan potilaan kanssa voi käyttää vas-asteikkoa suusanallisesti 	<p>Ko-operoivan potilaan kanssa voi käyttää vas-asteikkoa suusanallisesti</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • kokemus ohjaa kivun hoitoa • kokemuksen tuoma tieto ohjauksessa • uskallus käyttää tarvittavia lääkkeitä 	<p>Kokemus tuo tietoa ja varmuutta kivunhoitoon</p>	<p>Kokemuksen merkitys kivunhoitotyössä</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • pyydetään potilasta kuvailemaan kipua adjektiiveilla • kysytään kipulääkkeen 	<p>Potilaan omakohtainen kivunarviointi</p>	<p>Potilaan subjektiivinen arvio kivusta</p>	

vaikuttavuutta potilaal- ta			
<ul style="list-style-type: none"> • Kokee oman kivunhoidon osaamisen puutteelliseksi • Kaksi hoitajista arvioi osaamisensa kahdeksan ja yhdeksän välillä, toiset kaksi antoivat arvosanaksi noin seitsemän 	Kokemuksen tuoma varmuus omaan osaamiseen		
<ul style="list-style-type: none"> • Kokemuksen tuoma osaaminen kivunhoidon ohjauksessa • Kokemuksen tuoma tietotaito kivunhoidon osaamisessa • Kokeneilla hoitajilla kokemusperäistä tietoa neurokirurgisten potilaiden kivunhoidosta • Kokee omaavansa hyvät taidot perus neurokirurgisen potilaan kivunhoidon ohjaamisessa 	Kokemuksen tuoma osaaminen kivunhoidossa	Kokemuksen tuoma varmuus kivunhoidossa	
<ul style="list-style-type: none"> • Enemmän hoitajille uskallusta käyttää tarvittavia lääkkeitä • Kokee, että uudet ja nuoret hoitajat eivät käytä riittävästi tarvittavia lääkkeitä • Koko osaston kehittämishaasteena kivunhoidon kehittäminen potilailla joiden tajunnantaso on madaltunut • Kivunhoidon osaaminen ei ole riittävän laajaa osastolla • Kokee yhteistyön ammattiryhmien välillä haastavaksi 	Osaston kivunhoidon osaamisen haasteita ja kehittämisohjelmia		
<ul style="list-style-type: none"> • Lääkkeitten valmiiksi määräämisessä parantamisen varaa • Kivunhoito osastolla pääsääntöisesti hyvää, mutta lääkkeiden määräämisessä parantamisen varaa 	Lääkkeiden määräämisessä parantamisen varaa	Kivunhoidon prosessin haasteet	
<ul style="list-style-type: none"> • Lääkäreillä paremmat koulutusmahdollisuudet kuin hoitajilla • Toivoo hoitajille enemmän kipuaan liitty- 			

<p>vää koulutusta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kipulääkkeitten kauppanimet muuttuvat usein • Ketanestin käytöstä pitäisi olla hoitajilla enemmän tietoa 	<p>Hoitohenkilökunnan tulisi saada laajemmin uutta, ajankohtaista tietoa kivunhoidosta</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Kivunhoito osastolla pääsääntöisesti hyvää • Osastolla huomioidaan hyvin potilaan kipua ja kipulääkitystä säädetään tarpeen mukaan • Osaston kivunhoito yleisellä tasolla ihan hyvää • Kivunhoito tärkeässä roolissa osastolla 	<p>Osaston kivunhoito yleisesti hyvällä tasolla</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Oma aktiivisuus tärkeä oman kivunhoidon osaamisen kehittämisessä • Omakohtaisen kivunhoidon osaamisen jatkuva kehittäminen • Henkilökohtainen tavoite oppia lisää kivunhoidosta 	<p>Oma aktiivisuus tärkeää kivunhoidon osaamisen kehittämisessä</p>	<p>Laadukkaan kivunhoidon säilyttäminen osastolla</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu kivunhoito 	<p>Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu kivunhoito</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Kasvoista ja ilmeistä tunnistaa kivun • Kivun voi tunnistaa ei-sanallisista merkeistä kuten kasvojen ilmeistä, kyynelistä, verenpaineen ja pulssin muutoksista sekä levottomuudesta • Ilmeistä voi tunnistaa potilaan kivun • Potilaan ääntelystä voi päätellä hänen kivuliaisuuttaan • Verenpaineen ja pulssin nousut voivat kertoa kivusta • Vitaalielintoimintojen muutoksista pystyy päättelemään potilaan kivuliaisuutta • Potilaan ilmeistä, eleistä, ihon väristä sekä hikisyydestä voi päätellä kipua 	<p>Kivuliaisuuden merkkejä potilaalla, jonka tajunnantaso on madaltunut</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitosuhteen kestäessä pidempään kivun havainnointi helpottuu • Kipuasteikon arviointi vaikeampaa jos ei tunne yhtään potilasta 	<p>Kivun tunnistaminen helpottuu hoitosuhteen edetessä</p>		<p>Kivun tunnistaminen potilaalla jonka tajunnantaso on madaltunut</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kokemuksella oppii tunnistamaan kipua • Kokee tarvitsevansa enemmän tietotaitoa kivunhoidosta sellaisten potilaiden kohdalla, joiden tajunnantaso on madaltunut 	<p>Kokemuksen tuoma tieto auttaa kivun tunnistamisessa potilaalla jonka tajunnantaso on madaltunut</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikointi vaikeampaa • Kivunhoito vaikeutuu jos potilas ei osaa kommunikoida, eikä paikallistaa kipuaan • Kivun voimakkuuden arviointi on todella vaikeaa 	<p>Kivunhoito on haasteellisempaa potilaiden kanssa jotka eivät pysty kommunikoimaan selkeästi</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan kivun havainnointi jää herkästi perushoidon ja muun vaativan hoidon varjoon • Potilaan kivun havainnointi ei välttämättä ole ensimmäinen asia johon kiinnitetään huomiota. 	<p>Kivunhoito jää herkästi muun hoidon varjoon jos potilas ei pysty itse ilmaisemaan kipua</p>	<p>Kivun tunnistamisen haasteet</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Tajunnantaso ei saa laskea kipulääkkeillä • Kun kipua, levottomuutta ja ahdistusta hoidetaan lääkkeillä, tulee varoa, ettei tajunta laskisi samalla 	<p>Kipulääkettä antaessa huomioitava mahdollinen tajunnantason lasku</p>		

<ul style="list-style-type: none">Vitaalielintoimintojen muutokset voivat myös johtua jostain muusta kuin kivusta	Vitaalielintoimintojen muutokset voivat myös johtua jostain muusta kuin kivusta		
---	---	--	--