



Sairaanhoitaja kivun hoitotyössä



Norrman, Laura

2010 Tikkurila

Laurea ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto

SAIRAANHOITAJA KIVUN HOITOTYÖSSÄ

Laura Norrman
Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
02/2010

Tekijä: Laura Norrman

Sairaanhoitaja kivun hoitotyössä - systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Vuosi

2010

Sivumäärä 33

Opinnäytetyöni on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on selvittää, mitä hoitotieteellinen tutkimus on saanut selville sairaanhoitajasta kivun hoitotyön tekijänä. Ensimmäinen aineistohaku tehtiin hakusanalla kipu hoitotiedettä opettavien korkeakoulujen opinnäytetyölistauksista vuosilta 2000-2008. Se tuotti 40 opinnäytettä, joista poistettiin muita kuin hoitajia käsittelevät työt. Jäljelle jääneiden abstrakteista etsittiin seuraavassa haussa Sanna Salanterän kivun hoitotyön tiedonaluejaon mukaan tietoa hoitajan ajattelusta, asenteista, tiedoista ja hoitajan toiminnasta. Toiminnalla tarkoitetaan tässä kivun arviointia, diagnosointia, hoitokeinojen valintaa, hoidon toteuttamista, hoidon onnistumisen arviointia ja kivun hoitotyön tuloksellisuutta. Aineistoksi jäi näin kuusi opinnäytettä, joiden sisältö analysoitiin.

Tutkimuksen kysymykset ovat: 1) Mitä vuosina 2000-2008 tehdyt hoitotieteelliset tutkimukset kertovat hoitajan ajattelusta, asenteista ja päätöksenteosta kivun hoitotyössä 2) mitä hoitotieteelliset tutkimukset k.o. ajalta kertovat hoitajan toiminnasta kivun hoitotyössä, kun toimintaa ovat kivun arviointi, diagnosointi, hoitokeinojen valinta, hoidon toteuttaminen, hoidon onnistumisen arviointi ja kivun hoitotyön tuloksellisuus Salanterän kivunhoitotyön tiedonaluejaon mukaan.

Katsauksessa nousi esiin kolme seikkaa. Ensinnäkin sairaanhoitajat pitävät tietojaan ja osaamistaan hyvänä. Toiseksi sairaanhoitajat pitävät omaa havaintoaan pääasiallisena kivun arvioinnin ja diagnosoinnin välineenä. Kolmanneksi kipua ei dokumentoida asianmukaisesti.

Asiasanat: sairaanhoitaja, kivun hoitotyö, kivun hoito

Student name: Laura Norrman

Nurse managing pain - systematic review

Year 2010

Pages 33

This study is a systematic review that searches information about nurse managing pain. The database for the search are studies in nursing science published in Finland between 2000 and 2008. The first search produced 40 studies. The abstracts of these studies were searched according to the model of information area's in pain management that Sanna Salanterä has developed. The final data consists of six studies that address nurses' thinking, attitudes and knowledge of pain management and their actions - assessing and diagnosing pain, choosing and executing treatments, evaluating the success of treatment and documenting pain.

This review's purpose is to create an overall picture of nurses' thinking, attitudes and knowledge and action in pain management based on the information that the studies in nursing science from 2000 till 2008 give. Action is comprehended as assessing and diagnosing pain, choosing and executing treatments, evaluating the success in pain management and documenting pain and the pain management process.

The results present three tendencies. First, nurses consider their own pain management skills and knowledge good even though they have misconceptions and wrong information about pain and pain medication. Secondly the main method in assessing and diagnosing pain is the nurse's own perception. Thirdly nurses either do not document pain accurately or leave it completely undocumented.

Key words: nurse, pain management, nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA	6
2.1	Mitä kipu on	6
2.2	Kivun hoitotyö.....	8
2.2.1	Kivun arviointi	8
2.2.2	Kivun arvioinnin apuvälineet.....	9
2.2.3	Kivun kirjaaminen.....	10
2.2.4	Kivun lääkkeellinen hoito.....	11
2.2.5	Muut kivunhoidon menetelmät	14
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
4	AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ	15
4.1	Kirjallisuuskatsaus.....	15
4.1.1	Tietoa, taitoa ja eettistä toimintaa	16
4.1.2	Olkapääleikattujen potilaiden kivun raportointi	17
4.1.3	Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen.....	18
4.1.4	Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi.....	18
4.1.5	Hoitajien päätöksenteko kahdessa eri kivunhoitotilanteessa	19
4.1.6	Sairaanhoitajien päätöksenteko rintakivun arvioinnissa	19
4.2	Sisällönanalyysi	20
5	TULOKSET.....	22
5.1	Kivun hoitotyön tiedonalue: hoitajan ajattelu, asenteet ja päätöksenteko	22
5.1.1	Potilasta koskeva tieto	22
5.1.2	Lääkitystä koskeva tieto	23
5.1.3	Hoitajan omaa toimintaa ja itseä koskeva tieto.....	24
5.2	Kivun hoitotyön tiedonalue: hoitajan toiminta	25
5.2.1	Kivun arviointi ja diagnosointi	25
5.2.2	Hoitokeinojen valinta ja hoidon toteuttaminen	26
5.2.3	Onnistumisen arviointi ja tuloksellisuus	27
6	POHDINTAA	28
6.1	Tulosten tarkastelua	28
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	30
6.3	Tutkimuksen eettisyys	31
6.4	Kehittämiskohteet ja jatkotutkimusaiheet	31

1 JOHDANTO

Helsingin Sanomissa otettiin, jälleen kerran, esiin kivun hoidon puutteita kesällä 2009. Kymentlaakson keskussairaalan ylilääkäri, anestesia- ja kivunlääkäri Eero Vuorinen, joka toimi pitkään Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen puheenjohtajana, peräsi myös syöpäkivun hoitoa hoitotakuun piiriin ja totesi, että hoito on Suomessa sattumanvaraista (HS 30.6.2009) Lehden mielipidesivuilla omaiset kertoivat läheistensä kivunhoidon ongelmista. Vastauksia tai vastineita kirjoituksiin ei tullut.

Suomessa meillä on kaikki resurssit hyvään kivunhoitoon. Meillä on lääkkeitä, välineitä ja koulutettuja lääketieteen ja hoitotyön asiantuntijoita. Miksi hoito on silti on sattumanvaraista ja/tai puutteellista?

Opinnäytetyöni tarkoitus on selvittää, mitä hoitotieteellinen tutkimus on saanut selville kivun hoitotyöstä, jota sairaanhoitaja tekee. Opinnäytetyöni käsittelee siis hoitotieteellistä tutkielmätietoa. Lähdeaineistoiksi olen valinnut sairaanhoitajille tarkoitettuja oppikirjoja, koska olen halunnut pitää opinnäytteeni hoitotieteellisen diskurssin sisällä ja koska tutkielmien tutkimusprojekteissa mukana olleille hoitajille on tämä sama oppikirjatieto ollut saatavilla.

2 TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA

2.1 Mitä kipu on

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP, International Association for the Study of Pain määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin. (Sailo E. Teoksessa Sailo Eriikka, Varti Anne-Marie, toim. 2000, Kivunhoito, Tammi, Helsinki, s.30). Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi. Kipu on aina kokijalleen todellinen. (Sailo 2000, 30)

Kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja tilanteeseen liittyvät tekijät. Kokonaiskivun tuntemukseen liittyvien tekijöiden tunteminen auttaa ymmärtämään kipupotilaan tuntemuksia ja tunnistamaan erilaisia kipukokemuksia (Sailo 2000, 30).

Fyysinen kipu aiheutuu ulkoisen tai elimistön sisäisen tekijän aiheuttamasta kudosvauriosta, josta erittyy kipua välittäviä aineita kuten bradykiniini, kallidiini, leukotrieni ja prostaglan

diinit. Nämä aineet välittävät nosiseptoreiden kautta hermoimpulssit, jotka siirtyvät selkäyttimeen ja aivoihin. Impulssit kulkevat nopeasti A-deltasyitä pitkin ja hitaasti C-syitä pitkin. (Sailo 2000,31)

Kudosvauriosta johtuva nosiseptiivinen kipu jaetaan somaattiseen (lihas, luusto, iho, sidekudos jne.) ja viskeraaliseen eli sisäelinkipuun (Sailo 2000,32). Esimerkiksi tekonivelleikkauksen postoperatiivinen kipu on somaattista ja syöpäkasvaimesta johtuva kipu viskeraalista. Viskeraaliselle kivulle on tyypillistä, että se on vaikeasti paikannettavissa, sillä kipu tuntuu laajemmalla alueella kuin se elin tai kohta, josta kipu on lähtöisin. Viskeraalinen kipu voi tuntua myös ns. kaukokipuna, jolloin kipu tuntuu esim. iholla. Sisäelinkivun ilmenemiseen kuuluu autonomisen hermoston säätelemiä oireita kuten pahoinvointia, kalpeutta, hikoilua tai sydämentykytystä. (Sailo 2000,33).

Neuropaattisesta kivusta on kyse silloin, kun vaurio on itse kipua välittävässä hermossa. Hermovaurio voi olla ulkoisen tekijän aiheuttama - esim. leikkaustoimenpiteessä tai sen komplikaationa - tai se voi olla sisäisen vamman tai elimistön laajemman häiriön kuten diabeteksen aiheuttama. Neuropaattista kipua kuvataan usein pistelynä, viiltävänä tai polttavana kipuna ja siihen voi liittyä myös äkillisiä kipukohtauksia. (Sailo 2000,33).

Kun kudos- tai hermovaurio ei selitä kivun syytä, mutta potilas tuntee aivan selvästi päänsärkyä tai sydänkipua, puhutaan idiopaattisesta kivusta. Potilaalle kipu on todellista ja haittaavaa. Idiopaattisen kivun hoidossa lääkitys tai kirurgia eivät anna pysyvää apua. (Liimatainen Eija, 1996, Kivuttomuuden turvaaminen ja kivun hoito, teoksessa Hoitotyön auttamismenetelmät, Oulun ammattikorkeakoulu & Oulun terveydenhuolto-oppilaitos, WSOY, Helsinki, s. 215-216)

Kipu katsotaan krooniseksi, jos se on kestänyt yli kolme kuukautta. Akuutti kipu on varoitus kudosvauriosta eikä se jätä jälkeä keskushermostoon, kun taas krooninen kipu aiheuttaa pysyviä muutoksia hermostoon. Krooninen kipu on sairaus. Akuutin kivun asianmukaisella ja ajoissa aloitetulla hoidolla estetään kivun kroonistuminen. (Sailo 2000,34).

Kansainvälisessä hoitotieteellisessä tutkimuksessa keskitytään potilaan kipuun, hänen siihen tarvitsemaansa hoitoon ja näihin liittyvien kokemusten tutkimiseen. Hoitotieteessä kipu nähdään subjektiivisena ja kokonaisvaltaisena kokemuksena. Sekä potilas että hoitaja ovat luoneet ympäristönsä ja kokemustensa vaikutuksesta näkemyksensä kivusta. (Liimatainen Eija, 1996, 212).

2.2 Kivun hoitotyö

Kivun hoitotyö on kipua kokevan potilaan ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyö edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipua, valita kuhunkin tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot ja arvioida hoidon onnistumista. Onnistuneen kivunhoitotyön edellytyksenä on motivoitunut, ajatteleva ja ajan ja tilanteen tasalla oleva hoitaja. (Salanterä S., Hagelberg N., Kauppila M., Närhi M., 2006, Kivun hoitotyö, WSOY, Helsinki s. 9, 11).

Sairaanhoitaja vastaa kivun lääkehoidon toteutuksesta, seurannasta ja kirjaamisesta ja poliinisessa toimenkuvassa myös potilasohjauksesta. Seurannassa on olennaista hoitovasteen seuranta ja haittavaikutusten tunnistaminen. Mikäli tavoitteeksi asetettuun kivunlievityksen tasoon ei päästä, sairaanhoitajan tehtävä on ottaa viipymättä yhteys hoidosta vastaavaan lääkäriin lisäohjeiden saamiseksi. Hoitajan tulee hallita myös haittavaikutukset, tunnistaa kii-reellistä hoitoa vaativat kivunhoidon ongelmat ja hallita niiden ensihoidon periaatteet. (Salanterä ym.2006, 142-144)

Kansallisesti ja kansainvälisesti hyväksytyissä Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa mainitaan erikseen hoitajan tehtäväksi kärsimyksen lievittäminen. Eettisissä ohjeissa todetaan myös, että sairaanhoitaja on henkilökohtaisesti vastuussa tekemästään hoitotyöstä ja että hänen on arvioitava oma ja muiden pätevyys, kun hän ottaa tehtäviä itselleen tai jakaa niitä muille. Ohjeiston mukaan samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti. (www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet)

2.2.1 Kivun arviointi

Kivun tunnistamisen lähtökohtana on ihmisen oma näkemys kivustaan ja hän kivun kokijana on sen paras asiantuntija. Kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on oleellista, että kivun syy pyritään löytämään. Vaikka se ei olisi aina mahdollista, kipua tulee arvioida säännöllisin väliajoin riippuen potilaan voinnista, hoidoista ja syystä. (Salanterä ym. 2006, 75)

Akuutin kivun arviointi peruselintoimintoja mittaamalla on epävarmaa, sillä peruselintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi samanaikaisesti monet muut tekijät kuten potilaan sairaudet, lääkitys, tunnetila ja ympäristö. Vaikka fysiologisten suureiden yhteyttä kipuun ei ole osoitettu, niitä joudutaan osana potilaan arviointia, kun kyse on tajuttoman tai tehohoidossa olevan potilaan akuutti kipu. Hoitamattoman akuutin kivun seurauksena sydämen syke ja veren-

paine nousevat ja sydänlihaksen hapenkulutus kasvaa. Rytmihäiriöiden ja laskimotukoksen riskit kasvavat. Potilaan hengitys nopeutuu, mutta hengityksen kertatilavuus laskee. Erytystoiminta laskee, mutta stressihormonitaso ja verensokeri nousevat. Hoitamaton akuutti kipu hidastaa toipumista ja pitkittää kipua. (Salanterä ym. 2006, 76-77)

Kivun arviointia käyttäytymisestä pidetään luotettavampana kuin fysiologisten suureiden muutoksista arvioimista silloin, kun on kyse kommunikoimaan kykenemättömistä potilaista kuten dementoituneista vanhuksista tai pienistä lapsista. Regressiivisyys, hermostuneisuus, jännittyneisyys, liikkumattomuus, jäykkyys, kehon suojaaminen tai ahdistus saattavat viitata kipuun. Jotta kipua voi arvioida käyttäytymisen perusteella, on tunnettava potilaan normaali käyttäytyminen ja havaittava sen muutokset. (Salanterä ym. 2006, 77-78)

Kivun mekanismin arviointi antaa pohjaa hoidon suunnittelulle. Kudosvauriokivun syy on usein tiedossa. Neuropaattisella kivulla on joitakin tyypillisiä tunnusmerkkejä ja viskeraalinen kipu aiheuttaa autonomisia oireita kuten pahoinvointia. Paras tapa arvioida kipua on kuitenkin haastatella potilasta ja ohjata tämän itsearviointia kysymällä kivun voimakkuuden lisäksi kivun sijainnista, kestosta, laadusta ja siitä, onko potilas havainnut joitain asioita, jotka lisäävät tai vähentävät kipua. (Salanterä ym. 2006, 78, 80).

2.2.2 Kivun arvioinnin apuvälineet

Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia kipumittareita. Suurin osa niistä on yksiulotteisia, kivun voimakkuuden mittaamiseen kehitettyjä. Yleisimmin käytössä ovat kipujana tai kipukiila, visual analogue scale, VAS, numeerinen kipumittari, numerical rating scale, NRS ja sanallinen kipumittari, verbal descriptor scale eli VDS. (Salanterä ym.2006, 83).

Kipumittarin valintaan vaikuttavat sen luotettavuus, potilaan mieltymykset ja se, miten tarkalla asteikolla kipua halutaan kuvata. Ennen mittarin käyttöä on varmistettava, että potilas ymmärtää, miten mittaria käytetään. Valittu kipumittari kirjataan potilasasiakirjoihin ja samaa mittaria käytetään aina arvioitaessa kyseisen potilaan kipua. Kipua tulisi arvioida ainakin levossa, liikkeessä, lievimmillään ja pahimmillaan sekä ennen ja jälkeen kipulääkityksen ja arvoja verrataan vain potilaan omiin kokemuksiin. Kirjauksissa ilmoitetaan arviointiskaala esim. 5/10 tai 5/100. (Salanterä ym. 2006, 83, 85)

Moniulotteisissa kivun arviointimittareissa arvioidaan intensiteetin lisäksi kivun sijaintia ja laatua. Sijaintia selvitetään esim. kehon kuvilla, joihin potilas piirtää tai värittää kipukohtia. Laadun selvittämisen apuvälineiksi on kehitetty kipusanastoja, joissa on eri tavoin ryhmiteltyjä sanaluetteloita, joista potilas valitsee ohjeiden mukaan kipuaan parhaiten kuvaavat sanat.

Kullekin kipusanalle on määritelty numeerinen arvo, joka kuvaa kivun intensiteettiä. (Salanterä ym. 2006, 87, 89 ja Liimatainen Eija, 1996, 223). Kivun laadun arviointi on tärkeätä, sillä se antaa tietoa myös kivun syystä.

Laajimmat kipumittarit ovat käytössä kroonisen kivun kartoituksissa. Sellaisia ovat kipuhistoria ja kipupäiväkirja. Kipuhistoriassa selvitetään kivun alkamista, muotoutumista, voimakkuutta, laatua, sijaintia, vaikutuksia toimintakykyyn ja miten kipua on eri vaiheissa hoidettu sekä potilaan omia itsehoitomenetelmiä. Kipupäiväkirjan avulla kartoitetaan kivun ilmenemistä päivittäin, jotta saadaan selville, milloin kipua tyypillisesti on, millaista se on, mikä pahentaa tai lievittää kipua ja miten hoito siihen vaikuttaa. (Salanterä ym. 2006, 89).

2.2.3 Kivun kirjaaminen

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 16§) velvoittaa potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja salassapitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 99/2001 mukaan asiakirjoihin tulee merkitä hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tärkeät tiedot. Asiakirjoista tulee käydä ilmi, miten hoitoa on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä on tehty sekä päätösten perusteet. (Salanterä ym. 2006, 89).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 298/2009 määrittää pykälässä 7 potilasasiakirjamerkintöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset: ”Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.” Asetuksen 13 § määrää, että potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät myös todetuista tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden haitallisista vaikutuksista ja hoidon tehottomuudesta. Edelleen asetuksen 14 § määrittää, että osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, tehdyistä tutkimuksista ja hoidosta. Lisäksi potilaasta on tehtävä päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista.

Säännöllinen ja asianmukainen kirjaaminen on edellytyksenä potilaan hoidon jatkuvuudelle, hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle, potilaan ja hoitajan oikeusturvalla ja hoidon laadun varmistamiselle ja kehittämiselle. (Sailo 2000,97).

Kivunhoidon kirjaamisessa hoidon tarpeen määrittäminen ja hoitotulosten kirjaaminen mahdollistavat hoidon onnistumisen arvioinnin. Hoidollista päätöksentekoa kirjaamisessa voidaan jäsentää kysymyksillä mitä, miten ja miksi. Mitä-kysymyksen avulla kartoitetaan lähtötilanne ja määritellään kipuongelma. Keskeistä on kirjata kivun voimakkuus, laatu ja sijainti. Miten -kysymyksellä määritellään hoitotoiminnot ja hoidon tavoite ja mittari, jolla tavoitetta arvioidaan. Kroonisen kivunhoidon realistinen tavoite on kivun lievittyminen 30%. Akuutissa ja postoperatiivisessa kivussa pyritään siihen, että kipu ei haittaa syömistä, nukkumista, liikkumista tai lukemista. Numeerisella asteikolla kipu on silloin 3-4/10. Lääkehoidosta kirjataan lääkkeen nimi ja määrä, antotapa, aika ja kuka antoi ja mihin kipuun. Lääkkeettömistä hoidoista kirjataan menetelmä esim. kylmäpakkaus, hieronta tai suggestiot. Miksi-kysymyksen avulla kirjataan hoidon vaikutus, sekä positiivinen että negatiivinen. Lääkehoidossa kipu mitataan aina 20 kuluttua lääkkeen annosta. Jos käytetään pca-pumppua tai epiduraalilääkitystä seurataan ainakin ensimmäisen vuorokauden ajan kivun voimakkuutta sykettä, verenpainetta, se-daatiota, saturaatiota ja puutuneisuutta. (Salanterä ym.2006, 102-103).

2.2.4 Kivun lääkkeellinen hoito

Lääkehoito on tärkein ja eniten käytetty hoitomenetelmä. Kipulääkkeellä tarkoitetaan sellaista lääkelaiassa määriteltyä valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä kipua. Kipulääke saattaa sisältää yhtä tai useampaa vaikuttavaa ainetta. (Salanterä ym. 2006,107).

Tulehduskipulääkkeet vaikuttavat ääreishermopäätteen tasolla estämällä COX-entsyymin toimintaa. Kun k.o. entsyymin toiminta estetään, prostanoidien tuotanto vähenee ja kipu, kuume ja tulehdusreaktio lieventyvät. Samalla prostanoidien suojaavat vaikutukset vähenevät, jolloin haittavaikutuksina ilmenee ruuansulatuskanavan ärsytystä, verenvuotoa ja haavaumia, veren hyytymisominaisuudet heikkenevät tai munuaiset rasittuvat. Tulehduskipulääkkeiden käyttöaiheita ovat lievät ja keskivaikeat tuki- ja liikuntaelinperäiset kivut, kuukautiskivut, päänsärky, hammassärky sekä postoperatiivinen kipu. Lääkkeet sopivat myös eräiden sisäelinperäisten kuten sappi- tai virtsatiekivien aiheuttamiin koliikkikipuihin. (Salanterä ym.2006, 109-110)

Systeemisesti vaikuttavia tulehduskipulääkkeitä voidaan annostella p.o. nopea- tai hidastuotteisina tabletteina tai mikstuurana, peräpuikkoina tai injektioina lihakseen tai laskimoon. Paikallisesti vaikuttavia lääkemuotoja ovat geelit ja voiteet. (Salanterä ym. 2006, 109-110)

Parasetamolin vaikutusmekanismi poikkeaa muista tulehduskipulääkkeistä, sillä se vaikuttaa pääasiassa keskushermoston kautta estäen COX-3 -entsyymin toimintaa. Parasetamoli alentaa

kuumetta ja lievittää kipua, mutta se ei vaikuta tulehdusreaktioon. Parasetamolin käyttöaiheet ovat samat kuin tulehduskipulääkkeiden. Sen haittoina ovat heikko teho ja suurina annoksina maksatoksisuus. (Salanterä ym. 2006, 115)

Opioidit otetaan käyttöön, mikäli tulehduskipulääkkeiden ja parasetamolin teho on riittämätöntä. Niitä käytetään vaikeiden akuuttien kiputilojen, postoperatiivisen kivun, synnytys- ja syöpäkipujen sekä joissakin tapauksissa neuropaattisen kivun hoidossa. Opioidien vaikutus perustuu niiden kykyyn aktivoida kehon omaa opioidijärjestelmää siten, että nousevan kipuradaston toiminta vaimenee ja kipua laskevan järjestelmän toiminta vahvistuu. (Salanterä ym. 2006, 116-117)

Niin sanottu WHO:n lääkehoitoportaikko on apuväline opioidihoidon suunnittelussa. Siinä opioidit jaetaan heikkoihin (kodeiini, tramadoli, dekstropropoksifeeni), keskivahvoihin (buprenorfiini) ja vahvoihin (morfiini, oksikodoni ja fentanyl). Joissakin vaikeissa akuuteissa kivuissa lääkehoito aloitetaan suoraan vahvalla opioidilla. Kodeiinia on Suomessa vain yhdistelmävalmisteissa parasetamolin (Panacod) tai ibuprofeenin (Ardinex) kanssa. Noin 10% kodeiinista metaboloituu maksassa morfiiniksi, jonka kautta kivun lievitys välittyy. Tramadoli lievittää kipua useilla mekanismeilla. Se kauppanimiä ovat mm. Tradolan, Tramadin, Tramadol Hexal, Tramadol Retard, Tramal, Trambo ja sitä on saatavana tabletteina ja depottabletteina. Joka 15. suomalaisella on CYP2D6-isoentsyymin toiminta geneettisesti hidastunut, jolloin kodeiinin ja tramadolin vaikutus on heillä heikkoa. Heikoista opioideista dekstropropoksifeenin käyttö on Suomessa vähäistä. Sen kaupp nimi on Abalgin. (Salanterä ym. 2006, 120)

Keskivahvaa opioidia buprenorfiinia käytetään myös opioidiriippuvaisten korvaushoidossa. Se toimii kipulääkkeenä pieninä annoksina, mutta liian suurena annoksena lääkkeen vaikutus on päinvastainen. Buprenorfiinia on tällä hetkellä saatavana laastarina (Norspan), resoritabletteina (Subotex, Temgesic) ja injektiona (Temgesic). Morfiini on vanhin ja eniten käytetty vahva opioidi, joka vapauttaa elimistössä histamiinia. Sitä on saatavana depottabletteina (Depolan, Dolcontin), oraalisuspensiona (Dolcontin) ja depotkapseleina (Dolcontin) sekä injektionesteenä (Morphin). Morfiinia voidaan annostella myös spinaalisesti. Oksikodoni on ehkä yleisimmin käytetty vahva opioidi ja sen vaikutustapa on morfiinia muistuttava. Sitä on saatavana sekä injektionesteenä (Oxanest, Oxynorm), infuusionesteenä (Oxynorm), oraaliliuoksena (Oxynorm) että tabletteina (Oxycontin) ja depottabletteina (Oxycodone Ratiofarm ja Targiniq). Fentanylä ei annostella ruuansulatuskanavan kautta vaan joko spinaalisesti, suonensisäisesti (Fentanyl), laastarina (Durogesic, Matrifen) tai nenän limakalvon (Instanyl) tai suun limakalvon (Actiq) kautta. (Pharmaca Fennica)

Vahvoihin opioideihin kuuluvat myös alfentaniili ja metadoni. Alfentaniili (Rapifen) on nopea ja lyhytvaikutteinen opioidi, jota käytetään suonensisäisesti ensihoidossa tai lyhyissä kivuliais-

sa toimenpiteissä kuten kolonoskopia. Metadoni (Dolmed) puolestaan vaikuttaa hitaasti ja sen puoliintumisaika on pitkä. Metadoni poikkeaa ominaisuuksiltaan muista opioideista ja sillä on lukuisia yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Sitä käytetään myös opiaattiriippuvais-
ten ylläpito-hoidossa. (Salanterä ym. 2006, 122)

Opioidien haittavaikutukset välittyvät keskushermoston kautta ja ne ilmentyvät useiden eri elinjärjestelmien toiminnassa. Pelätyin haittavaikutus on hengityslama. Opioidit heikentävät aivojen hengityskeskusten herkkyyttä hiilidioksidille, jolloin hengityksen normaali säätely häiriintyy. Toisaalta akuutti kipu stimuloi hengityskeskusta ja hengityslaman riski liittyy käytännössä suuriin suonensisäisiin kerta-annoksiin tai opioidien ja muiden keskushermostoa lamaavien lääkkeiden samanaikaiseen käyttöön. (Salanterä ym. 2006, 118)

Tavallisia haittavaikutuksia ovat ruuansulatuskanavan haitat; ummetus, pahoinvointi, oksentelu ja suun kuivuminen. Yleistä on myös väsymys, mielialavaikutukset ja painajaisunet. Kutinaa esiintyy erityisesti silloin, kun opioideja annostellaan epiduraalisesti tai intratekaalisesti. (Salanterä ym. 2006, 119)

Masennuskipulääkkeitä käytetään pitkäaikaisten kiputilojen hoitoon kudosis- ja hermovauriokivun ja kroonisen kipuoireyhtymän hoidossa. Niiden kipua lievittävä vaikutus välittyy ilmeisesti noradrenaliinin ja serotoniinin kautta. Masennuskipulääkkeet luokitellaan trisyklisiin masennuslääkkeisiin (esim. Triptyl) ja SNRI-lääkkeisiin (esim. Cymbalta). Lääkkeet aiheuttavat yleisesti väsymystä. Ne saattavat aiheuttaa myös suun kuivumista, sydämen tykyttelyä, ortostaattista hypotensiota, ummetusta ja painonnousua.

Epilepsiakipulääkkeitä käytetään neuropaattisten kipujen hoitoon kuten esim. diabeettisen polyneuropatian ja erilaisten neuralgioiden, hermopinteisiin liittyvien kipujen, selkäydinvammoihin liittyvien kipujen, aavesäryn ja aivovammojen jälkeisten kipujen hoitoon. Niiden kipua lievittävä teho välittyy useiden mekanismien kautta. Epilepsiakipulääkkeiden yleisiä haittavaikutuksia ovat väsymys, huimaus, päänsärky ja vatsavaivat. Gababentiinia ovat esim. Gabrion tai Neurontin. Pregabaliinia, kauppanimi Lyrica, käytetään epilepsian ja kivun hoidon lisäksi myös aikuisten yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoitoon. Karbamatsebiinilla (esim. Tegretol ja Neurotol) hoidetaan erityisesti trigeminusneuralgiakipuja, mutta sen käyttö edellyttää verenkuvan, natrium- ja maksa-arvojen seuranta. (Salanterä ym. 2006, 128-129).

Puudutteiden vaikutus perustuu siihen, että ne ehkäisevät sähköimpulssin kulkua hermosolun solukalvolla. Puudutteiden pitkäaikaishyödyistä ei ole tutkimusnäyttöä, mutta niitä voidaan käyttää vaikeissa kiputiloissa aktiivisen fysioterapian mahdollistamiseksi. Puudutteen mukana potilaalle voidaan antaa opioideja, klonidiinia, adrenaliinia tai kortikosteroidia. Puudutteet jaetaan lyhyt- ja pitkävaikutteisiin. Lidokaiini on nopea- ja lyhytvaikutteinen puudute. Pitkä-

vaikutteisia puudutteita ovat esim. bupivakaiini, levobupivakaiini ja ropivakaiini. Niiden vaikutus alkaa hitaasti ja kestää kauemmin. Puudutteita annostellaan käyttöaiheesta riippuen esim. perifeeristen hermojen läheisyyteen, lihasten kiinnityskohtiin tai sentraalisesti kuten hartiapunos-, sakraali- tai epiduraalipuudutuksissa. (Salanterä ym. 2006, 131-132).

2.2.5 Muut kivunhoidon menetelmät

Lääkehoidon ohella kipua voivat helpottaa asentohoito, kylmä- tai lämpöpakkaukset, liikunta, hieronta, keskustelu ja kuuntelu, rentoutuminen ja hengittäminen sekä hoitajan oikea asennoituminen. (Jäntti Mirja, Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla teoksessa Sailo E. & Vartti A-M. 2000 (toim). Kivunhoito. Tammer-Paino Oy. Tampere, s.124). Asentohoidon tarkoituksena on lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä, edistää verenkiertoa ja auttaa rentoutumisessa. Apukeinoina hyvän asennon saamiseksi voidaan käyttää erilaisia tyynyjä ja pehmustekarvoja samalla kun huolehditaan, että aluslakanan tai potilaan pukineen rypyt eivät paina. (Jäntti 2000,134).

Kylmähoito vähentää verenkiertoa, hidastaa kudosten aineenvaihduntaa sekä lievittää lihasjännitystä. Pinalämpöhoito puolestaan rentouttaa lihaksia ja parantaa ihon verenkiertoa. Kylmän on todettu vähentävän kipua nopeammin ja pitempään kuin lämpöpussien. (Jäntti 2000,138).

Rentoutumisen tarkoitus on paitsi vähentää lihasjännitystä myös suunnata potilaan ajatuksia toisille urille. Rentoutus- ja rentoutumistekniikoita on useita. Yksinkertaisimmillaan rentoutuminen on keskittymistä hengittämiseen ja lihasten jännittämistä ja rentouttamista. Menetelmä auttaa potilasta tunnistamaan, missä omat jännitykset ovat ja mikä on jännittyneen ja rentoutuneen kehonosan ero.

Keskustelu ja kuuntelu sekä hoitajan oikea asenne luovat kipupotilaalle turvallisen olon ja vähentävät kipuun liittyvää pelkoa. Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan eräs perusolettamus on, että ajatuksilla, käsityksillä, odotuksilla ja uskomuksilla on vaikutusta mielialaan, fysiologisiin prosesseihin, sosiaalisiin suhteisiin ja käyttäytymiseen ja päinvastoin; mieliala, fysiologiset muutokset, ympäristötekijät ja käyttäytyminen vaikuttavat ajatusprosesseihin. Keskusteluissa potilaan kanssa voidaan vaikuttaa hänen käsityksiinsä ja uskomuksiinsa kivusta. (Salanterä ym. 2006, 149-150).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoitus on selvittää, mitä hoitotieteellinen tutkimus on saanut selville kivun hoitotyöstä, jota sairaanhoitaja tekee.

Tutkimuksen kysymykset ovat: 1) Mitä vuosina 2000-2008 tehdyt hoitotieteelliset tutkimukset kertovat hoitajan ajattelusta, asenteista ja päätöksenteosta kivun hoitotyössä 2) mitä hoitotieteelliset tutkimukset k.o. ajalta kertovat hoitajan toiminnasta kivun hoitotyössä, kun toimintaa ovat kivun arviointi, diagnosointi, hoitokeinojen valinta, hoidon toteuttaminen, hoidon onnistumisen arviointi ja kivun hoitotyön tuloksellisuus Salanterän kivunhoitotyön tiedonaluejaon mukaan.

4 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimus on laadullinen. Pentti Alasuutari antaa laadulliselle tutkimukselle lyhyen määritelmän esityksessään Oulun yliopiston tohtorikoulutuksessa: ”Se on järkeilyä, joka perustuu muulle kuin vain muuttujien välisille suhteille.” (http://wwwedu oulu.fi/tohtorikoulutus/jarjestettava_opetus/Alasuutari/Mita_laadullinen_tutkimus_on.pdf) ”Laadullisiksi nimitetyt tutkimukset rakentuvat Töttöä (2004,9-20) mukailleen 1) aiemmista, tutkittavasta aiheesta tehdyistä tutkimuksista ja muotoilluista teorioista, 2) empiirisistä aineistoista (suurimmaksi osaksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja) sekä 3) tutkijan omasta ajattelusta ja päättelystä.” (Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>). Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka ovat listanneet laadullista tutkimusta luonnehtiviksi seikoiksi aineiston harkinnanvaraisen otannan, hypoteesittomuuden, aineistolähtöisyyden ja narratiivisuuden. Tutkijalla on laadullisessa tutkimuksessa valinnan vapaus tutkimuksen edetessä, joten tutkimus on aina jossain määrin subjektiivinen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006)

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jolla kartoitetaan ja tarkastellaan aikaisempaa tutkimustietoa. Systemaattisuus tarkoittaa, että tutkimus on suunniteltu ja toistettavissa. Systemaattinen kirjallisuuden haku voi paljastaa myös, että aiheesta ei ole lainkaan tutkimuksia tai että tutkimuksia on olemassa niukasti. Tavoitteena on koota tietoa ja luoda kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä.

Opinnäytetyöni aineisto poimittiin käsin hoitotiedettä opettavien yliopistojen opinnäytetyölistauksista, jotka ovat esillä yliopistojen internet-sivuilla. Ensin poiminta tehtiin opinnäytetyön otsikon perusteella hakusanalla kipu ja löydettiin 40 vuosina 2000-2008 Turun ja Kuopion yliopistossa tehtyä hoitotieteellistä opinnäytettä. Joukossa oli kaksi kiinalaista, Kiinassa tapahtuvaa hoitotyötä tutkivaa opinnäytettä, jotka aineistosta poistettiin, sillä tarkoitus on perehtyä nykypäivän suomalaiseen kivunhoitoon. Tässä joukossa Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella tehtyjä pro graduja on 23. Kuopion yliopiston hoitotieteellisistä opinnäytteistä 3 on väitöskirjoja ja 13 pro graduja.

Seuraavassa vaiheessa poistettiin joukosta edelleen otsikon perusteella lasten kivunhoitoa koskevat opinnäytetyöt tarkoituksena keskittyä aikuisten kipuun. Lisäksi poistettiin kivun hoitotyön opettamista koskeva työ sekä yksi lähihoitajaopiskelijoiden ja yksi sairaanhoitajaopiskelijoiden kivunhoidollista tietämystä koskeva opinnäyte.

Kolmannessa vaiheessa käyttöön otettiin Sanna Salanterän laatima jako kivun hoitotyön tiedonalueista. Jäljellä olevien opinnäytteiden tiivistelmät luettiin ja etsittiin hoitajaa koskevaa tietoa. Salanterän mukaan hoitajaa koskeva kivun hoitotyön tiedonalue käsittelee hoitajan ajattelua, tietoja, asenteita, päätöksentekoa, toimintaa (kivun arviointi, diagnosointi, hoitokeinojen valinta, hoidon toteuttaminen, hoidon onnistumisen arviointi, kivun hoitotyön tulokellisuus). (Salanterä Sanna, 2003, Lähtökohtia näyttöön perustuvalle kivuliaan potilaan hoitotyölle teoksessa Lauri S, toim. 2003, Näyttöön perustuva hoitotyö, WSOY, Helsinki, s. 108) Näin jäljelle jäi kuusi opinnäytettä.

Seuraavassa esitellään tutkimukseen seulotut tutkimukset ilmestymisjärjestyksessä. Tutkimuksesta selvitetään tutkimusongelmat, aineistonkeruu ja tutkimusmenetelmä. Lisäksi selvitetään tutkijan näkemys tutkimuksensa luotettavuudesta.

4.1.1 Tietoa, taitoa ja eettistä toimintaa

Tietoa, taitoa ja eettistä toimintaa - hoitohenkilöstön arviointia kolonoskopiapotilaan kivun hoidosta on Eeva-Riitta Ylisen vuonna 2002 tekemä pro gradu Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksella. Ylisen tutkimusongelmat olivat seuraavat: 1) Millaista tietoa hoitotyöntekijällä on kolonoskopiakivusta 2) Millaista tietoa hoitotyöntekijällä on kolonoskopiakivun eri hoitomenetelmistä 3) Millä menetelmillä hoitotyöntekijät arvioivat kolonoskopiapotilaan kipua 4) Mitä hoitotyön menetelmiä hoitotyöntekijät käyttävät kolonoskopiapotilaiden kivun hoidossa (Ylinen, 2002, s. 24) Ylinen lähetti puolistrukturoidun kyselylomakkeen yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloitten endoskopiahoitajille ja sai 116 vastausta, jotka analysoitiin spss for windows

-ohjelmalla. Avoimet kysymykset käsiteltiin kvalitatiivisella sisällönanalyysilla. Tulokset Ylinen esitti taulukoissa frekvensseinä ja prosentteina.

Tutkimuksensa luotettavuudesta Ylinen toteaa, että sen luotettavuuteen vaikuttavat yleisen kyselytutkimuksen virhelähteet: ” Nimettämyys saattoi antaa hoitohenkilöstölle mahdollisuuden kuvata toimiaan realistisesti, mutta luotettavuuteen on voinut vaikuttaa se, että vastaajat saattoivat vastauksissaan kuvata myös niitä toimintoja, joita he pitävät ihanteellisina, eikä oikeaa todellista toimintaansa.” (Ylinen 2002, 60) Koska otos koostui suurimmalta osaltaan aluesairaaloiden hoitohenkilöstöstä ja muiden sairaaloiden osuus jäi pieneksi, ei Ylisen mukaan pitkälle meneviä tulkintoja kolonoskopiapotilaiden kivunhoidosta voida tehdä eikä tutkimuksella päästä yleistettävyyteen (Ylinen 2002, 60).

4.1.2 Olkapäälleikattujen potilaiden kivun raportointi

Olkapäälleikattujen potilaiden kivun raportointi on Turun yliopiston hoitotieteen laitokselle tehty pro gradu -tutkielma, jonka on tehnyt Merja Lehtimäki vuonna 2003. Tutkimuksessa kuvattiin erään sairaalan kahden osaston, leikkausosaston ja ortopedisen osaston, raportointia potilaan kivusta. Aineisto kerättiin 01-01/2001 nauhoittamalla hoitajien toisilleen antamia raportteja yhdeksästä eri potilaasta, joille kaikille oli tehty ns. acromionplastia am. Neer (Lehtimäki 2003, 20). Raportteja kertyi 70, joista 20 oli leikkausosaston ja 50 ortopedisen vuodeosaston hoitajien antamia. Nauhoitukset purettiin tekstiksi. Aineisto analysointiin sisällönanalyysi-menetelmällä, jonka lisäksi laskettiin kipusuuksien suhteellinen osuus kustakin raportista. Saadut tulokset esitetään tutkimuksessa prosenttisina frekvenssijakaumina. Analyysiyksikkönä oli lausuma, joka määriteltiin sanojen muodostamaksi kokonaisuudeksi, joka sisälsi viestin tai ajatuksen kivusta, sen hoidosta tai arvioinnista. Aineiston kvantifikaatiossa laskentayksikkönä oli sana siten, että raporttien ja kipusuuksien pituutta laskettiin sanojen lukumäärällä. (Lehtimäki 2003, 20).

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, mitä ja miten hoitajat raportoivat potilaan kivusta, sen hoidosta ja hoidon vaikutuksesta. Tutkimuksen kysymykset olivat: 1) mitä hoitajat raportoivat potilaan kivusta, 2) miten hoitajat kuvaavat potilaan kipua, 3) Kuinka suuren osan raportista muodostaa kivusta tiedottaminen ja 4) miten kivun raportointi vastaa kivun hyvän raportoinnin mallia. (Lehtimäki 2003, 15).

Tutkimuksensa luotettavuudesta Lehtimäki sanoo, että siihen vaikutti raportin nauhoittamistilanne, sillä nauhuri ei toiminut moitteettomasti ja mikrofoni jouduttiin tuomaan puhujan suun eteen. Hän toteaa myös, että luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että raporttien ilmisi-

sällön lisäksi analysoitiin myös piilosisältöjä. Näitä tutkimuksessa oli Lehtimäen mukaan paljon, mutta tulokset olivat hänen mielestään luotettavia. (Lehtimäki 2003, 52)

4.1.3 Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen

Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen on Jaana Palviaisen pro gradu, joka on tehty vuonna 2005 Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselle. Hänen tutkimuksensa tarkoitus oli selvittää, millä tavalla asukkaan kivun arviointi ja hoito on kirjattu hoitosuunnitelmalomakkeisiin (HOISU) ja päivittäisen hoitotyön seurantalomakkeisiin (HOI). Aineisto kerättiin marraskuussa 2004 nimeämättömän vanhustenkeskuksen Efficapotilastietojärjestelmästä ja se koostui 83 HOISU:sta ja 84 HOI:sta. Aineisto tutkittiin sisällönanalyysimenetelmällä. Analyysiyksikkönä olivat kipua koskevat lauseet, lauseen osat ja sanat. Ne kerättiin erillisille analyysilomakkeille, taulukoitiin, ryhmiteltiin alaluokkiin ja edelleen abstrahoitettiin yläluokkiin sekä lopuksi käsitteitä yhdistävään luokkaan. (Palviainen 2005, 34-35)

Tutkimuksessa mukana olleiden osastojen asukkaista naisia oli 69 (82%) ja miehiä 15 (18%). Asukkaiden keski-ikä oli 82 vuotta. Kaikille asukkaille oli laadittu kirjallinen hoitosuunnitelma, joista 73% (n=61) oli päivämäärä, milloin se oli laadittu tai päivitetty. Hoitosuunnitelmalomakkeista (HOISU) ja päivittäisen hoitotyön seurantalomakkeista (HOI) 82% (n=137) oli merkintöjä asukkaan kivusta tai sen hoidosta. Asukkaan kipua ja sen hoitoa koskevia päivittäisiä merkintöjä oli yhteensä 60 (34%) lomakkeessa 176 kappaletta. (Palviainen 2005, 39-40).

Tutkija toteaa tutkimuksen luotettavuudesta, että aineistona ovat aidot kirjaukset ja niissä olevat ilmisällöt. Kuitenkin tutkija mainitsee, että asukkaiden kivun hoitoa on saatettu kirjata vähemmän kuin mitä sitä on todellisuudessa toteutettu ja että sisällönanalyysissä on aina mukana tutkijan subjektiivinen tulkinta. (Palviainen 2005, 45-46).

4.1.4 Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi

Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi on Rauni Taponen pro gradu, joka on tehty vuonna 2006 Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselle. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten dementiayksikössä toimivat hoitajat arvioivat potilaan kipua. Tutkimuskysymykset olivat: 1) millä tavalla hoitajat arvioivat dementiapotilaan kipua, 2) miten hoitajat tunnistavat dementiapotilaan kivun, 3) mitä menetelmiä hoitajat käyttävät arvioidessaan potilaan kipua, ja 4) miten hoitajat kirjaavat potilaan kivun arvioinnin. (Taponen 2006, 17).

Aineisto kerättiin teemahaastatteluista ja hoitodokumenttien kivun arvioinnin kirjaamisista 03-04/2006. Teemahaastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina, joihin osallistui 19 hoitajaa viidestä eri dementiaan erikoistuneesta hoitopaikasta. Ryhmäkoko oli 4-6 hoitajaa. Hoitodokumentit olivat yhden arvotun päivän ajalta ja niitä kertyi 20. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysi -menetelmällä. Analyysiyksikkönä oli sana, lause tai lauseen osa. (Taponen 2006, 20).

Tutkijan mukaan tutkimus on luotettava, sillä tulokset vastaavat todellisuutta. Luotettavuutta lisäävät kahden eri menetelmän käyttö ja tutkimusraportin avoimuus. Raportissa on käytetty paljon lainauksia ja kuvauksia alkuperäishavainnoista, jotta havaintojen ja luokitusten looginen yhteensopivuus tulisi esille. (Taponen 2006, 39-40).

4.1.5 Hoitajien päätöksenteko kahdessa eri kivunhoitotilanteessa

Hoitajien päätöksenteko kahdessa eri kivunhoitotilanteessa on Satu Keskisen vuonna 2007 tekemä pro gradu -tutkielma Turun yliopiston hoitotieteen laitokselle. Keskisen tarkoituksena oli selvittää, mitä päätöksenteon ajatteluprosesseja hoitajat käyttävät akuutin ja kroonisen kivun hoitotilanteissa ja ovatko hoitajien taustatekijät yhteydessä heidän ajatteluprosesseihinsa. Tutkimuksen kysymykset olivat 1) mitä ajatteluprosesseja hoitajat käyttävät akuutin kivun hoitotyössä, 2) mitä ajatteluprosesseja hoitajat käyttävät kroonisen kivun hoitotyössä, 3) ovatko hoitajien taustatiedot yhteydessä ajatteluprosessiin ja 4) eroavatko ajatteluprosessit eri kivunhoitotilanteissa. (Keskinen 2007, 23)

Tutkimusaineisto koottiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Otoksessa oli 104 hoitajaa, joiden palauttamista lomakkeista 101 hyväksyttiin tutkimukseen. Aineisto analysoitiin SPSS 13.1 for Windows tilasto-ohjelmalla.

Tutkimuksen luotettavuudesta Keskinen toteaa, että käytettyä mittaria kliinisen päätöksenteon mittaria oli jo aiemmin käytetty tutkimuksissa ja aineisto oli kerätty kyselylomakkeella, jolloin tutkija on ulkopuolinen ja kysymykset kaikille vastaajille samalla tavalla esitettyjä. Pienen otoksen vuoksi tutkija ei yleistäisi tutkimuksen tuloksia.

4.1.6 Sairaanhoitajien päätöksenteko rintakivun arvioinnissa

Sairaanhoitajien päätöksenteko rintakivun arvioinnissa. Simuloidun potilastapauksen ratkaiseminen on Leila Sikasen vuonna 2008 tekemä pro gradu -tutkielma. Se on tehty Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata valvontayksiköissä työskentelevien sairaanhoitajien päätöksentekoa ja tiedon käyttöä, kun potilaalla on sepel-

valtimokohtaukseen liittyvää rintakipua. Tutkimuksen kysymykset olivat 1) mitä tietoa sairaanhoitajat käyttävät potilaan rintakivun hoidon suunnittelussa, 2) mitkä ongelmat he määrittelevät kivun hoidossa, 3) miten he arvioivat potilaan tilaa rintakivun aikana ja 4) miten sairaanhoitajat perustelevat toimintansa kivun hoidon suunnittelussa.

Tutkimuksen aineiston muodostavat 52 sairaanhoitajan vastaukset tietokonesimulaatioon ja heidän nauhoitetut ääneen ajattelunsa liittyen k.o. simulaatiotestiin. Hoitajat tulivat kolmen sairaalan valvontayksiköstä ja yhdeltä päivystyspoliklinikalta. Heistä yli puolella oli työkokemusta yli viisi vuotta. Valvontatyökokemusta oli noin kolmanneksella alle kaksi vuotta ja lähes yhtä monella yli kymmenen vuotta. (Sikanen 2008, 2).

Ääneen ajattelu sisälsi suulliset vastaukset simulaation avoimiin kysymyksiin sekä perustelut simulaatiossa tehdyille valinnoille. Koehenkilöitä pyydettiin suorittamaan testi kuten he toimisivat todellisessa hoitotilanteessa. Testin suorittamisen aikaa ei rajoitettu ja sen suorittamisen aika vaihteli n. 15 minuutista yli 60 minuuttiin. Yleensä testin tekemiseen meni noin 30 minuuttia. Tutkija oli itse laatinut simulaation tapauskuvauksen. Varsinainen testi alkoi potilastapauksen esittelyllä, jonka luettuaan hoitajat aloittivat testin. Testin edetessä hoitajat eivät päässeet takaisin alkuun tarkistamaan annettuja esitietoja. (Sikanen 2008, 22).

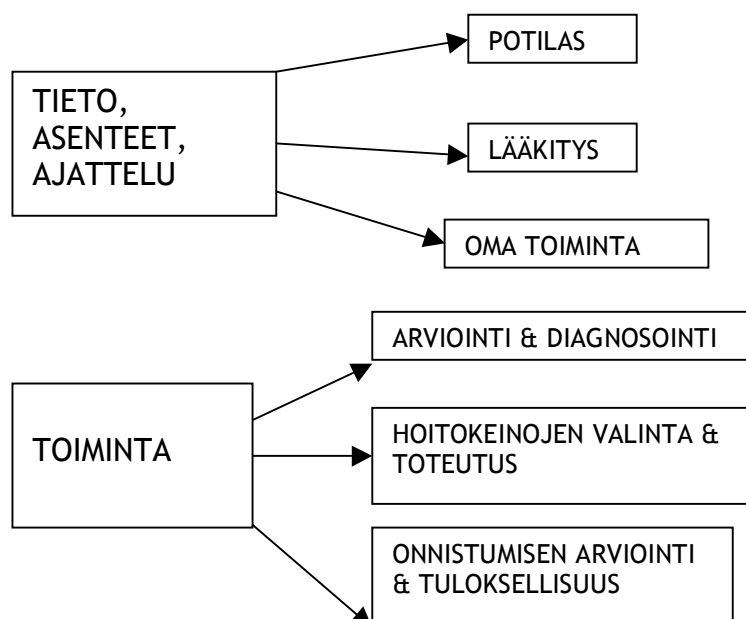
Tutkimuksessa käytettiin nominaaliasteikollisia ja ordinaaliasteikollisia kysymyksiä, joiden vastaukset analysoitiin ja kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakaumina ja diagrammeja. Avomien kysymysten ääneen ajattelut purettiin nauhoilta kirjoittamalla ne sanatarkasti. Nämä vastaukset analysoitiin sisällön erittelyllä tai aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. (Sikanen 2008, 26).

Tutkimuksen luotettavuudesta Sikanen toteaa, että tutkimusjoukko on niin pieni, että tuloksia ei voi yleistää. Lisäksi hoitajilla oli vaikeuksia käyttää tietokonetta ja edetä testissä ja tutkija joutui auttamaan simulaatio-ohjelman käytössä. (Sikanen 2008, 55).

4.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen kuvaus k.o. ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, kun hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. (Tuomi, Jouni, Sarajärvi Anneli, 2002, Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, Tammi, Helsinki, s. 105, 110)

Tutkielmat luettiin huolellisesti ja niistä kerättiin tiedot tutkimuksen aineistosta, tutkimusmenetelmästä, tutkimuksen luotettavuudesta sekä niiden tulokset. Tuloksia analysoitiin ensin deduktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä siten, että ne järjestettiin kivun hoitotyön tiedonalueen mukaan. Tuloksia tarkasteltiin siis etsimällä niistä tietoa hoitajan ajattelusta, tiedosta, asenteista, päätöksenteosta ja toiminnasta. Analyysiyksikkönä on lause. Lauseet kirjoitettiin listoiksi, joista ne järjestettiin ensin tiedonalueiden mukaan. Tiedonalueiden sisällä lauseet jaoteltiin edelleen kuvan mukaisesti.



5 TULOKSET

Kivun hoitotyön tiedonalueita käsitellään seuraavassa tutkimuskysymysten mukaisesti kahtena alueena. Ensimmäisessä osassa käsitellään hoitotieteellisistä tutkielmista esiin nousutta tietoa hoitajan ajattelusta, asenteista ja päätöksenteosta. Näitä käsitellään saman otsikon alla, koska ne linkittyvät kognitiivisina toimintoina toisiinsa.

Toisessa osassa käsitellään hoitajan toimintaa. Toiminnaksi katsotaan kivun arviointi, diagnoosi, hoitokeinojen valinta, hoidon toteuttaminen, hoidon onnistumisen arviointi ja kivun hoitotyön tuloksellisuus.

5.1 Kivun hoitotyön tiedonalue: hoitajan ajattelu, asenteet ja päätöksenteko

Ajattelu ja asenteet vaikuttavat päätöksentekoon ja toimintaan ja niitä on vaikeata erottaa toisistaan. Seuraavassa hoitajan ajattelua, asenteita ja päätöksentekoa koskeva tieto on jaettu kolmen otsikon alle: 1) potilasta koskeva tieto, 2) lääkitystä koskeva tieto ja 3) omaa toimintaa koskeva tieto.

5.1.1 Potilasta koskeva tieto

Potilasta koskevaa suoraa tietoa nousi esiin eniten Ylisen (Ylinen, 2002, Tietoa, taitoa ja eettistä toimintaa - hoitohenkilöstön arviointia kolonoskopiapotilaan kivun hoidosta) tutkimuksesta. Tutkimuksessa itsessään oli esitetty väittämiä potilaista ja tutkimuksessa kysyttiin hoitajien mielipiteitä ja ajatuksia näistä väittämistä. Näin saatiin selville, että noin kolme neljäsosa hoitajista jakaa seuraavat ajatukset: Kaikkien potilaiden kipua ei pystytä hoitamaan ja potilaan tulee kestää jonkin verran tutkimustoimenpiteeseen liittyvää kipua. Suomalaisten kipukynnys ei ole korkeampi kuin muiden kansallisuuksien eikä sukupuolilla ole eroa kivun kokemisessa. Myöskään ikä ei vaikuta kivun kokemiseen.

Rauni Taposen tutkielma Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi antaa myös suoraa tietoa potilasta koskevasta hoitajan ajattelusta. Kartoittaessaan kivun arviointia estäviä tekijöitä Taposen haastattelemat hoitajat mainitsevat, että ”tietyntyypiset” potilaat liioittelevat kipua saadakseen huomiota. Toisaalta hoitajien mukaan potilaat myös vähättelevät kipua tai eivät kerro siitä (Taponen 2006, 30-31).

Epäsuoraa tietoa hoitajan ajattelusta ja asenteista nousee Merja Lehtimäen (2003) tutkielmasta Olkapääleikattujen potilaiden kivun raportointi. Siinä hän toteaa, että potilailta ei ky-

sytty kivusta, sen intensiteetistä tai luonteesta tai siitä, minkä he itse kokisivat kipua helpottavaksi. Hoitaja ei siis pitänyt potilaan omaa kipukokemusta tärkeänä tietona.

Kuitenkin jo kivun määritelmässä nimenomaan kokemus on ratkaisevaa: Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi. Kipu on aina kokijalleen todellinen. (Sailo 2000,30). Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin. (Sailo 2000,30)

5.1.2 Lääkitystä koskeva tieto

Lääkitystä koskevaa hoitajan ajattelua nousi esiin Ylisen (2002), Lehtimäen (2003) ja Palviaisen (2005) tutkielmista. Ylisen (2002) tutkimus kertoo, että 96% hoitajista oli sitä mieltä, että kipulääkkeet eivät aiheuta riippuvuutta. Noin puolet hoitajista ilmaisi käsityksensä, että lääkkeet aiheuttavat verenpaineen laskua ja rauhoittavat lääkkeet hengityslamaa. Lähes kaikki (97%) olivat sitä mieltä, että kipulääkkeen annon jälkeen potilaan elintoimintoja on tarkkailtava, ja että ei ole sama annetaanko lääkettä ennen kipua vai jo sen ilmettyä.

Lehtimäen (2003) tutkimuksesta käy ilmi, että kommunikoidessaan toistensa kanssa hoitajat pitivät lääkevalmisteen nimeä kivun olemassaolon ja sen intensiteetin ilmaisukeinona. Lehtimäen tutkimuksen mukaan hoitajalla on lisäksi asiantuntemus päättää siitä, mikä lääke lääkärin antamista vaihtoehdoista on kulloisessakin kiputilanteessa potilaalle sopiva ja hän pystyy valitsemaan lääkkeen kysymättä potilaalta kivusta.

Palviaisen (2005) tutkimus kertoo, että hoitajat pitivät parasetamolia sopivana ja riittävänä lääkkeenä, vaikka he eivät tiedä kivun syytä. Palviainen (2005) toteaa aiempiin tutkimuksiin viitaten, että parasetamoli (650mgx4) ei ole dementiaasta kärsivien asukkaiden kivun lievityksessä riittävä, kun kivun syy on nivelten rappeumasairaus, murtumat, selkäkiput ja että nosiseptisiin kipuihin - tulehduskivut, iskeemiset kivut, syöpäkasvainten aiheuttamat kivut ja lihas-luustokivut - tehokkaampi lääke on opioidi. (Palviainen 2005, 53).

Sekä Lehtimäen (2003) että Palviaisen (2005) tutkimuksissa, jotka koskivat hoitajien keskinäistä tiedonsiirtoa i.e. raportointia ja kirjaamista, kiinnitetään huomiota siihen, että lääkkeen vaikutuksia ei ole dokumentoitu. Hoitajat eivät siis ole pitäneet tärkeänä tarkkailla lääkkeen vaikutusta tai mahdollisia sivuvaikutuksia tai ainakaan dokumentoida niitä.

Sairaanhoitaja vastaa kivun lääkehoidon toteutuksesta, seurannasta ja kirjaamisesta. Seurannassa on olennaista hoitovasteen seuranta ja haittavaikutusten tunnistaminen. Mikäli tavoit-

teeksi asetettuun kivunlievityksen tasoon ei päästä, sairaanhoitajan tehtävä on ottaa viipymättä yhteys hoidosta vastaavaan lääkäriin lisäohjeiden saamiseksi. Hoitajan tulee hallita myös haittavaikutukset, tunnistaa kiireellistä hoitoa vaativat kivunhoidon ongelmat ja hallita niiden ensihoidon periaatteet. (Salanterä ym. 2006, 142-144)

Lehtimäen (2003) ja Palviaisen (2005) tutkimusten mukaan sairaanhoitajat hoitivat kipua lääkkeillä tuntematta syytä eivätkä he asettaneet lievitykselle tavoitetta saati dokumentoineet lääkkeen vaikutuksia asianmukaisesti.

5.1.3 Hoitajan omaa toimintaa ja itseä koskeva tieto

Ylinen (2002) haastatteli tutkimuksessaan hoitajia myös siitä, minkälaisia käsityksiä hoitajilla on omasta tietämyksestään. Tutkimuksen mukaan hoitajat pitävät tietojaan kivusta ja kivunhoidosta verrattain hyvinä: 94% oli sitä mieltä, että heidän tietonsa kivun lääkkeellisestä hoidosta on hyvää ja 75% piti tietojaan kipulääkkeistä hyvinä. 91% oli sitä mieltä, että oma tieto auttamismenetelmistä oli hyvää. Noin puolet piti tietojaan kivun mittaamisesta hyvinä. 71% piti tietojaan kivusta yleensä hyvänä.

Lehtimäen (2003) tutkimuksessa, joka koski kivun raportointia, käy epäsuorasti ilmi, että hoitajat pitävät kipuasiantuntemustaan hyvänä, sillä kivun arviointiin riittää oma havainto potilaan käyttäytymisestä. Taposen (2006) tutkimuksessa hoitajat pitivät kivun arvioinnin perustana omia havaintojaan, omaa työkokemustaan ja potilaiden pitkäaikaista seuranta ja tuntemista. Myös Sikasen (2008) tutkimuksessa yli puolet hoitajista piti omaa arviota potilaan kivusta toimintansa pohjana. Samoin myös Sikasen (2008) tutkimuksessa hoitajat arvioivat kipua potilaan käytöksestä tekemiensä, omien havaintojen perusteella. Palviaisen (2005) tutkimuksessa hoitaja asettaa itsenäisesti kivun hoidon tavoitteet hoitosuunnitelmaan.

Kuitenkin, jotta hoitaja voisi arvioida potilaan kipua käytöksestä, hänen tulisi tietää, millaista potilaan käytös on normaalisti ja tuntea potilas pidemmältä ajalta sekä havaita muutokset potilaan käytöksessä. Kivun tunnistamisen lähtökohtana on ihmisen oma näkemys kivustaan ja hän kivun kokijana on sen paras asiantuntija. Kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on oleellista, että kivun syy pyritään löytämään. Vaikka se ei olisi aina mahdollista, kipua tulee arvioida säännöllisin väliajoin riippuen potilaan voinnista, hoidoista ja syystä. (Salanterä ym. 2006, 75)

Ylisen (2002) tutkimuksen mukaan puolet hoitajista piti tietojaan kivun mittaamisesta hyvinä, mutta 83% heistä ei koskaan käyttänyt kipumittaria ja 97% heistä arvioi kipua käytöksestä ja ”ulkoisista merkeistä.”

5.2 Kivun hoitotyön tiedonalue: hoitajan toiminta

Hoitajan toiminnaksi määritellään kivun arviointi, diagnosointi, hoitokeinojen valinta, hoidon toteuttaminen, hoidon onnistumisen arviointi ja kivun hoitotyön tuloksellisuuden arviointi. Hoitajan toimintaa kuvattiin viidessä opinnäytteessä. Salanterän määrittelyssä kivun hoitotyön tiedonalueista ei mainita erikseen kivun kirjaamista. Kirjaamisen katsotaan tässä kuuluvan kivun arviointiin ja diagnosointiin, sillä arviointi on hoitokeinojen valintojen ja hoidon toteuttamisen ja onnistumisen arvioinnin pohjana.

5.2.1 Kivun arviointi ja diagnosointi

Ylisen (2002) tutkimuksessa endoskopiahoitajista 83% ei käyttänyt koskaan kipumittaria kivun arvioinnissa. 97% heistä teki päätelmät kivun olemassa olosta potilaan puheesta, ilmeistä, hengityksestä ja muista ulkoisista merkeistä. 63% hoitajista tarkkaili hengitystä ja mittasi sykettä. Kivun voimakkuus ja sijainti pääteltiin potilaan kokonaisolemuksesta ja keskustelemalla potilaan kanssa.

Ylisen (2002) tutkimuksen mukaan 26% hoitajista ei tehnyt kirjauksia kivusta lainkaan ja 54% kirjasi kivun asteen ja käytetyt auttamismenetelmät satunnaisesti.

Lehtimäen (2003) tutkimuksessa postoperatiivisesta kivun raportoinnista sairaanhoitajat arvioivat kipua potilaan käytöksen perusteella; kipua joko oli tai ei ollut. Kivun luonnetta tai sijaintia ei määritelty ja kommunikoidessaan muille hoitajille potilaan tilanteesta lääkkeen nimi kertoi kivun voimakkuudesta.

Lehtimäen (2003) tutkimus koski suullista raportointia, joten voidaan päätellä, että kiputilanetta kirjattiin raporteilla annetun tiedon verran. Kivun luonnetta tai sijaintia ei kirjattu ja kivun määrä kirjautui annetun lääkkeen perusteella.

Palviaisen (2005) tutkimus kivun kirjaamisesta raportoi, että kivun arviointi tehtiin käytöksen, ilmeiden, eleiden ja lääkkeen pyytämisen perusteella. Satunnaisesti arviointiin käytettiin verenpaineen ja pulssin mittaamista. Kivun sijainnin arviointi oli satunnaista eikä kivun voimakkuutta arvioitu lainkaan.

Palviaisen (2005) tutkimus käsitteli nimenomaan kivun kirjaamista. Hoitosuunnitelmista Palviaisen (2005) löysi 13,2% kivun hoidon tavoitteen ja 12% sijainti oli kirjattu. Kivun hoidon tuloksia oli hoitosuunnitelmissa kirjattu kolmessa prosentissa.

Taposen (2006) tutkimuksen potilaat olivat dementiapotilaita, joiden kipua arvioitiin käytöksen muutoksista, Hoidossa ei käytetty varsinaista arviointimenetelmää. Potilasasiakirjoihin kirjattiin havainnot käytöksen muutoksista, oletukset kivusta sekä jos potilas on sanallisesti ilmaissut kipua. Kivun hoidon onnistumista tai tuloksellisuutta ei oltu kirjattu. Myös Sikasen (2008) tutkimuksen mukaan hoitajat arvioivat kipua potilaan käytöksestä; ilmeistä ja eleistä. Hoitajat määrittivät arvioidessaan myös kivun sijainnin ja ajallisuuden. Sikasen (2008) tutkimuksessa puolet hoitajista käytti kipumittaria arviointivälineenä. Sikasen (2008) tutkimuksessa ei raportoitu kivun hoidon kirjaamisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 99/2001 mukaan asiakirjoihin tulee merkitä hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tärkeät tiedot. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 298/2009 määrittää potilasasiakirjamerkintöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset: ”Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.” Lisäksi asetus määrää että potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät myös todetuista tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden haitallisista vaikutuksista ja hoidon tehottomuudesta ja että potilaasta on tehtävä päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista.

Säännöllinen ja asianmukainen kirjaaminen on edellytyksenä potilaan hoidon jatkuvuudelle, hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle, potilaan ja hoitajan oikeusturvalla ja hoidon laadun varmistamiselle ja kehittämiselle. (Sailo 2000,97).

Hoidollisen päätöksenteon pohjaksi kirjaaminen voidaan jäsentää kysymyksillä mitä, miten ja miksi. Mitä-kysymyksen avulla kartoitetaan lähtötilanne ja määritellään kipuongelma. Keskeistä on kirjata kivun voimakkuus, laatu ja sijainti. Miten -kysymyksellä määritellään hoitotoiminnot ja hoidon tavoite ja mittari, jolla tavoitetta arvioidaan. Lääkehoidosta kirjataan lääkkeen nimi ja määrä, antotapa, aika ja kuka antoi ja mihin kipuun. Lääkkeettömistä hoitoista kirjataan menetelmä esim. kylmäpakkaus, hieronta tai suggestiot. Miksi-kysymyksen avulla kirjataan hoidon vaikutus, sekä positiivinen että negatiivinen. Lääkehoidossa kipu mitataan aina 20 kuluttua lääkkeen annosta. (Salanterä ym. 2006, 102-103).

5.2.2 Hoitokeinojen valinta ja hoidon toteuttaminen

Ylisen (2002) tutkimuksen mukaan endoskopiahoitajat käyttivät kivun hoitokeinoina vuorovaihteisia menetelmiä; keskustelua, tiedon antamista, koskettamista ja potilaan rentouttamista. Myös asentohoito mainittiin hoitokeinona, vaikka tutkimus itse vaatii tiettyjä asentoja.

Hoitokeinona hoitajat pitivät myös lääkityksen ehdottamista lääkärille. Koska Ylisen (2002) tutkimuksen mukaan kipua ei kirjannut 26% hoitajista ja 54% kirjasi vain satunnaisesti, kuvaa siitä, mitä hoitokeinoja ja miten niitä on käytetty, ei saada.

Lehtimäen (2003) tutkimuksesta voi päätellä, että hoitokeinona on käytetty kipulääkettä. Lääke on valittu anestesia lääkäriin antamista vaihtoehdoista, mutta valinnan peruste - kivun syy, määrä tai luonne - ei käy ilmi. Hoitaja kuitenkin on päättänyt, mitä lääkettä on käytetty.

Palviaisen (2005) tutkimuksen mukaan hoitokeinona ovat olleet kylmäkääre, asentohoito, fysioterapia, tuuletus ja lääkehoitona parasetamoli. Kylmäkääreeseen käyttö kertoo, että hoitajalla on ollut tieto kivun sijainnista, vaikka se onkin kirjattu vain satunnaisesti. Myös asentohoidon käyttö viittaa siihen, että hoitajalla on ollut jonkinlainen tieto siitä, missäkipu on. Fysioterapian käyttö viittaa puolestaan siihen, että kivun syystä on ollut jotain tietoa, jolloin fysioterapia on valittu validiksi hoitokeinoksi. Parasetamolia on käytetty lääkehoitona, mutta kirjauksista ei käy ilmi, miksi.

5.2.3 Onnistumisen arviointi ja tuloksellisuus

Ainoastaan Palviaisen (2005) tutkimuksessa kivun hoitotyön kirjaamisesta on mainintoja hoitotyön tuloksellisuudesta tai vaikuttavuudesta. Hänen tutkimistaan hoitosuunnitelmista kolmessa prosentissa oli maininta hoitotyön tuloksesta. Päivittäisissä kirjauksissa vaikuttavuudesta on arviointeja vähän ja satunnaisesti kuten ”vointi parantunut” tai ”asentohoito ei auttanut”.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 298/2009 määrittää pykälässä 7 potilasasiakirjamerkitöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset: ”Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot.” Sailo toteaa, että säännöllinen ja asianmukainen kirjaaminen on edellytyksenä potilaan hoidon jatkuvuudelle, hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle, potilaan ja hoitajan oikeusturvalla ja hoidon laadun varmistamiselle ja kehittämiselle. (Sailo 2000, 97). Ilman kirjattua tietoa hoidon vaikutuksista ei voida arvioida hoitotyön onnistumista ja tuloksellisuutta saati suunnitella hoitoa. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta hoidon onnistumisen kirjaamattomuus voi merkitä sitä, että potilas joutuu uudelleen tehostettujen hoitojen kohteeksi ja hänen kärsimyksensä pitkittyvät.

Kirjaamattomuus on myös vastoin Sairaanhoidajan eettisiä ohjeita, joissa todetaan, että sairaanhoitaja on henkilökohtaisesti vastuussa tekemästään hoitotyöstä ja omalta osaltaan sen laadusta ja laadun kehittamisestä (www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet).

6 POHDINTAA

6.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytteen tarkoituksena oli selvittää, mitä vuosina 2000-2008 tehdyt aikuisten kivun hoitotyötä koskevat yliopistolliset opinnäytteet kertovat sairaanhoitajan tekemästä kivun hoitotyöstä. Opinnäytteen aineistoksi seuloutui kuusi hoitotieteellistä opinnäytettä. Niiden aineistot ja tutkimusmenetelmät olivat heterogeenisiä. Tekijöiden näkemykset omien tutkimustensa luotettavuudesta olivat yhteneväisiä siinä, että heidän otantansa olivat varsin pieniä eikä kattavia johtopäätöksiä tuloksista voinut vetää.

Kun tutkimusten tuloksia tarkastellaan Salanterän kivun hoitotyön tiedonaluejaottelun mukaan, voidaan löytää toistuvia kuvioita. Ensinnäkin sairaanhoitajat pitävät omaa kivun hoitotyön osaamistaan hyvänä. Ylisen (2002) tutkimuksessa, jossa asiaa kysyttiin hoitajilta suoraan, heidän näkemyksensä olivat positiivisia: 71% vastanneista piti tietojaan kivun vaikutuksista elimistöön ja kivun fysiologiasta hyvinä. 56% piti tietojaan kivun mittaamisesta hyvinä. 94% piti tietojaan kivun lääkkeellisestä hoidosta hyvinä. 75% piti tietojaan kipulääkkeistä hyvinä. 91% piti tietojaan hoitotyön auttamismenetelmistä hyvinä. Lehtimäen (2003) ja Palviaisen (2005) tutkimukset kertovat, että hoitajat pitivät itseään pätevinä valitsemaan käytetyn kipulääkkeen, vaikka he eivät tienneet kivun syytä tai luonnetta.

Toinen toistuva kuvio on, että sairaanhoitajat katsoivat, että heidän oma havaintonsa potilaan käytöksestä oli käyttökelpoisiin kivun arviointiväline. Kolmas toistuva kuvio oli kivun hoitotyön dokumentoimattomuus. Kivun voimakkuutta, luonnetta, kohtaa tai syytä ei kirjattu eikä myöskään sen hoidon perustetta saati hoidon tuloksia.

Kun tutkimukseni ensimmäinen kysymys on, mitä hoitotieteelliset tutkimukset vuosilta 2000-2008 kertovat hoitajan ajattelusta, asenteista ja päätöksenteosta, vastaus muotoutuu seuraavanlaiseksi: Sairaanhoitaja ohittaa ylimielisesti potilaan kokemuksen kivusta ja pitää itseään perusteettomasti ammattitaitoisena kivun hoitotyössä tehdessään hoidollisia päätöksiä ilman asianmukaisen hoidon vaatimaa faktatietoa ja toimii eettisesti kyseenalaisesti jättämällä hankkimatta k.o. tietoa.

Toinen tutkimukseni kysymys koski hoitajan toimintaa, johon tässä siis sisällytetään kivun arviointi, diagnosointi, hoitokeinojen valinta, hoidon toteuttaminen, hoidon onnistumisen arviointi ja kivun hoitotyön tuloksellisuus. Hoitajan toiminta on em. hoitotieteellisten opinnäytteiden perusteella pääosin ammattitaidotonta niin arvioinnin, diagnosoinnin, menetelmävalintojen kuin onnistumisen arvioinnin ja hoitotyön tuloksellisuuden osalta. Arviointi perustuu potilaan käytökseen, vaikka hoitaja ei tunne potilasta, kipuongelma jätetään määrittelemättä ja hoitomenetelmä valitaan ilman perusteita, hoidon vaikutusta ei dokumentoida.

Pirjo Lehtomäki on selvittänyt sairaanhoitajaopiskelijoiden kiputietämystä pro gradussaan, joka on valmistunut vuonna 2008 Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksella. Hänen tutkimuksensa on mielenkiintoinen, sillä sen tulokset toisaalta kertovat, miten tulevaisuuden sairaanhoitajat hoitavat kipua ja toisaalta valaisevat sitä, miksi sairaanhoitajat toimivat niin kuin toimivat.

Valtakunnallisten ja EU:n osaamisvaatimusten pohjalta ammattikorkeakoulut laativat yksiköihinsä omat opetussuunnitelmat, jotka voivat olla hyvinkin erilaisia. Sanna Valliaro tutki kivun hoitotyön opetusta vuonna 2003 ja totesi että 24stä opetussuunnitelmasta 17 mainittiin kivun hoitotyö. Näissä kivun arviointi esiintyi muutaman kerran, kivun hoitotyön dokumentointi kerran ja kivun hoitotyön auttamismenetelmien tavoitteiden ja sisältöjen painopiste oli lääkehoidossa. (Lehtomäki, Pirjo, 2008, Sairaanhoitajaopiskelijoiden leikkauksen jälkeisen kivun hoidon osaaminen, Pro gradu, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, s.21).

Opinto-oppaissa esim. Jyväskylän, Pohjois-Karjalan ja Savonia-ammattikorkeakouluissa opintojaksokuvauksissa mainitaan jaksojen monien tavoitteiden joukossa kipu, kivun arviointi, kivun lääkehoito ja hoitotyön auttamismenetelmät, mutta mistään ei käy ilmi, miten paljon eri jaksoilla käytetään aikaa kivun hoitotyön opetukseen. Lehtomäki raportoi, että myös kansainvälisesti kivun hoidon opetuksessa on puutteita, sillä sitä opetetaan pintapuolisesti ja nopeasti. (Lehtomäki, 2008: 22).

Lehtomäen tutkimuksessa paljastui runsaasti puutteita opiskelijoiden tiedoissa ja taidoissa. Kipumittarin käytön hallitsi vain 1/3 opiskelijoista. 20% oli sitä mieltä, että kivuliaisuuden voi päätellä potilaan käytöksestä. 17%:n mielestä lumelääkettä voi antaa sen selvittämiseksi, onko kipu todellista. Hieman yli 25% vastaajista ei osannut sanoa, vaikuttaako kivunhoito kuolleisuuteen. 60% vastaajista ei tiennyt, aiheuttaako kipu aina muutoksia verenpaineeseen ja sykkeeseen. (Lehtomäki, 2008: 49).

Kun potilasesimerkin hymyilevä potilas ilmoitti kivukseen 8, 80% opiskelijoista kirjasi kivun pienemmäksi potilaan käytöksen perusteella. Hiljaisen ja tuskaisen potilaan ilmoittamasta kivusta VAS 8 40% olisi kirjannut sen pienemmäksi. Kun vastaajia pyydettiin valitsemaan hoi-

to, osa heistä ei olisi lainkaan antanut kummallekaan potilaalle kipulääkettä. Hymyilevälle potilaalle lääkettä ei olisi antanut 62% vastaajista ja hiljaiselle 41%. (Lehtomäki, 2008: 50).

Lehtomäen tutkimuksessa opiskelijoita pyydettiin laittamaan kivunarviointimenetelmät järjestykseen, jota he käyttäisivät arvioidessaan postoperatiivista kipua. Vain 8% opiskelijoista tiesi oikean järjestyksen: potilaan oma arvio, kliininen tila, käytös, fysiologiset muutokset. (Lehtomäki, 2008: 50).

Koska hoitotyötä opetetaan erilaisilla painotuksilla ja erilaisilla tavoilla ja opiskelijoiden pääasiallinen työn oppiminen tapahtuu harjoittelupaikoilla, sairaanhoitajaopiskelijoilla on valmistuessaan eritasoiset valmiudet, tiedot ja taidot. Vielä ainakin 1950-luvulla kaikkien sairaanhoitajien oli osoitettava eräänlaisella passilla, että he ovat hyväksyttävästi osoittaneet taitonsa määritellyissä hoitotyön tehtävissä. Tällä tavalla pystyttiin takaamaan, että valmistuvilla sairaanhoitajilla oli samat tiedot ja taidot ja näin myös potilaat saivat samanlaatuista hoitoa. Tämä puolestaan takasi, että potilaat olivat samanarvoisessa asemassa riippumatta siitä, mistä oppilaitoksesta häntä hoitava sairaanhoitaja oli valmistunut. Koska kivun hoitotyö on olennainen osa sairaanhoitajan työtä ellei peräti sen keskeisin ja eettisesti tärkein osa, voidaan kysyä, takaavatko ammattikorkeakoulut sairaanhoitajakoulutuksen sisällöllä potilaiden tasa-arvoisen kohtelun ja laadukkaan, eettisesti kestävänsä kivun hoitotyön tason.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen aineisto on koottu julkisesti näytteillä olevista opinnäytetyölistauksista, joita yliopistot antavat vuosittain. Valintamenetelmäni oli perusteltu, avoin ja toistettavissa.

Tuloksia analysoitiin ensin deduktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä siten, että ne järjestettiin Salanterän laatiman jaon kivun hoitotyön tiedonalueista mukaan. Salanterän mukaan hoitajaa koskeva kivun hoitotyön tiedonalue käsittelee hoitajan ajattelua, tietoja, asenteita, päätöksentekoa, toimintaa (kivun arviointi, diagnosointi, hoitokeinojen valinta, hoidon toteuttaminen, hoidon onnistumisen arviointi, kivun hoitotyön tuloksellisuus). (Salanterä 2003, 108) Analyysiyksikkönä on lause.

Tutkimuksen aineisto on kahdella tavalla suppea. Analysoitavia opinnäytteitä on vain kuusi ja niiden aineistot ovat otannoiltaan pieniä ja usein tiettyihin hoitotyötä toteuttaviin laitoksiin sidottuja. Vaikka analysoitavien tutkimusten luotettavuus olisikin hyvä, aineiston suppeus heikentää tutkimukseni luotettavuutta.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka toteavat, että tutkimusprosessin eettisyyteen liittyvät näkökulmat voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Ensimmäinen niistä on tutkimusaiheen eettinen oikeutus eli miksi juuri k.o. ilmiön tai asian tutkiminen on perusteltua. Toinen on tutkimusmenetelmät eli saadaanko tavoiteltava tieto aiotuilla aineistonkeruumenetelmillä ja kolmas näkökulma liittyy tutkimusaineiston analyysiin ja raportointiin. Tutkijan velvollisuus on olla rehellinen ja tarkka. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006).

Kirjallisuuskatsaus on tietoa kokoava ja kokonaiskuvaa luova tutkimusmenetelmä. Kivun hoitotyötä koskevista tutkimuksista ei ole aiemmin tehty oman tutkimukseni kaltaista kokoavaa selvitystä. Kivun hoito on sairaanhoitajan työn keskeinen osa, mutta siitä, miten se Suomessa toteutuu käytännössä ja tutkimusten valossa ei ole ollut tietoa. Tutkimukseni on siten tarpeellinen ja perusteltu.

Tutkimuskysymykseni on, mitä hoitotieteelliset tutkimukset kertovat kivun hoitotyöstä. Aineistona on siten kirjallinen, hoitotieteen opiskelijoiden keräämä ja tutkima tieto. Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jolla kartoitetaan ja tarkastellaan nimenomaan aikaisempaa tutkimustietoa, joten se on validi tutkimusmenetelmäksi.

Tutkimusaineiston analyysissä ja raportoinnissa on pyritty tarkkuuteen. Aineisto on esitelty ja aineiston luotettavuus on huomioitu. Raportoinnissa on käytetty aineistossa näkyvillä olleita lukuja ja esimerkkejä rehellisesti.

6.4 Kehittämiskohteet ja jatkotutkimusaiheet

Kivun hoidon alueella on runsaasti tutkittavaa. Oman suppean tutkimukseni pohjalta herää useita kysymyksiä. Ensinnäkin kannattaisi mielestäni tutkia, mikä on sairaanhoitajien todellinen tietämys kivun hoidosta ja olisiko tarpeellista kehittää valtakunnallinen tentti tai kivun hoidon passi, jotta kivun hoidon laatu saadaan korkealle tasolle kaikissa sairaanhoitoa antavissa laitoksissa.

Suomessa ei ole myöskään tehty kivun hoitoon liittyviä asennetutkimuksia, joiden aiheellisuus herää sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksestä, että kipua voidaan arvioida potilaan käytöksen perusteella. Onko taustalla se ajatus, että lääkäri ja sairaanhoitaja ovat asiantuntijoita ja he siis tietävät myös, onko potilaalla kussakin tilanteessa kipua vai ei? Kuitenkin jokainen, jolla on kokemusta kivusta, tietää, että toinen ei voi tietää oman kivun määrää tai luonnetta. Sairaanhoitaja, joka hoitaa omaa päänsärkyään herkästi kipulääkkeellä voi samanaikaisesti vähätellä potilaan kipua, kertoo esim. Marmaran yliopistossa tehty tutki-

mus, How do intensive care nurses assess patients' pain (Aslan, F. E., Badir, A., Selimen D, 2003, How do intensive care nurses assess patients' pain, Nursing in Critical Care, Vol 8/2, 62-67).

Vaikka siis koulutuksessa olisikin puutteita sen osalta, miten kipua voidaan arvioida ja miten se tulee dokumentoida, puutteet eivät selitä sitä, miksi sairaanhoitaja ohittaa potilaan kivun, vaikka se on usein potilaan ensisijaisin ongelma. Asennetutkimuksella voitaisiin selvittää, miksi sairaanhoitajalta puuttuu tässä kohtaa empatiakyky, vaikka hänellä itsellään on mitä todennäköisimmin kokemuksia kivusta ja hän tietää, että jos hän itse olisi potilaan asemassa, hän toivoisi tulevansa kuulluksi ja saavansa helpotusta.

Mielenkiintoista olisi myös selvittää, miten sairaanhoitajat toimivat potilaan asianajajina -vai toimivatko - kipuongelmissa. Eeva-Riitta Ylinen kartoitti pro gradussaan Tietoa, taitoa ja eettistä toimintaa - hoitohenkilöstön arviointia kolonoskopiapotilaan kivun hoidosta avoimella kysymyksellä kolonoskopiatutkimuksen aiheuttaman kivun hoitohenkilöstössä herättämiä tunteita ja ajatuksia. Ylinen raportoi, että kipu aiheutti vastaajissa ahdistuksen, avuttomuuden, voimattomuuden ja epäonnistumisen tunteita. Vastaajat eivät halunneet olla potilaan asemassa ja halusivat itse samassa tilanteessa kipulääkettä. Vastaajien mielestä hoitajan tuli toimia tutkimuksessa potilaan asianajajana, mutta Ylinen ei tutkimuksessaan kerro, toimivatko hoitajat näin. Sen sijaan Ylinen raportoi, että hänen tutkimuksensa vastaajien mielestä lääkäri ei huomioi potilasta tai potilaan kipua ja se aiheutti vastaajissa voimakkaita raivontunteita.

Sairaanhoitajan tehtävä on tarkkailla potilasta ja raportoida havaintonsa potilaan hoidosta vastaavalle lääkärille. Kun sairaanhoitaja vastaa kivun lääkehoidon toteutuksesta ja seurannasta, hänen tehtävänsä on ottaa viipymättä yhteys hoidosta vastaavaan lääkäriin lisäohjeiden saamiseksi, jos kivunlievitys ei ole riittävää. Jos sairaanhoitaja tuntee olonsa epävarmaksi, kun hänen täytyy "vaivata" tai "häiritä" lääkäriä esim. yövuorossa, hoitaja turvautuu usein parasetamoliiniin, jota hänellä on lupa antaa. Arvokasta tutkimustietoa olisikin myös se, miten lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyö kivun hoidossa toimii ja minkälaisia odotuksia ja käsityksiä lääkäreillä on sairaanhoitajien roolista ja toiminnasta ja päinvastoin.

Kipu herättää monia epämiellyttäviä tunteita. Voisiko olla niin, että sairaanhoitaja ohittaa kipupotilaan välttämiseksi omia tunteitaan? Nykyisessä minimimiehityksillä tehtävässä hoitotyössä sairaanhoitaja on usein pakotettu toimimaan vastoin omaa etiikkaansa, sillä kiireessä ja pakotetussa on pidettävä itsensä henkisesti ja fyysisesti "kasassa" ja toimintakykyisenä. Tunteiden välttely on silloin itsesuojelua. Ammatillisuuteen kuitenkin kuuluu, että omat tunteet tiedostetaan ja eikä niiden anneta suodattamatta ohjata omaa toimintaa.

Johdannossani kysyin, miksi kivun hoito on Suomessa puutteellista, vaikka meillä on kaikki välineet ja osaavia ihmisiä. Ilmeisesti osaamisessa on kuitenkin kivun hoidon kipein kohta. Se ei muotoudu potilaan huomioimiseksi, kuuntelemiseksi ja huolelliseksi hoitamiseksi.

LÄHTEET

Alasuutari Pentti, 2007, http://www.wedu oulu.fi/tohtorikoulutus/jarjestettava_opetus/Alasuutari/Mitä_laadullinen_tutkimus_on.pdf

Jäntti Mirja, Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla teoksessa Sailo E. & Vartti A-M. 2000 (toim). Kivunhoito. Tammer-Paino Oy. Tampere

Lehtomäki, Pirjo, 2008, Sairaanhoidajaopiskelijoiden leikkauksen jälkeisen kivun hoidon osaaminen, Pro gradu, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto

Liimatainen Eija, 1996, Kivuttomuuden turvaaminen ja kivun hoito, teoksessa Hoitotyön auttamismenetelmät, Oulun ammattikorkeakoulu & Oulun terveydenhuolto-oppilaitos, WSOY, Helsinki

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka A., 2006, KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto, Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, Tampere, <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Sailo Eriikka, Mitä kipu on? Teoksessa Sailo E. & Vartti A-M. 2000 (toim). Kivunhoito. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Sailo Eriikka, Kivun kirjaaminen Teoksessa Sailo E. & Vartti A-M. 2000 (toim). Kivunhoito. Tammer-Paino Oy. Tampere.

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

Salanterä Sanna, 2003, Lähtökohtia näyttöön perustavalle kivuliaan potilaan hoitotyölle teoksessa Lauri S, (toim.), Näyttöön perustuva hoitotyö, WSOY, Helsinki

Tuomi, Jouni, Sarajärvi Anneli, 2002, Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, Tammi, Helsinki

www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet