

SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO HÄNEN
ITSENSÄ, LÄHEISENSÄ
JA OMAHOITAJANSA NÄKÖKULMASTA

Nina Sävilähti ja Sanna Vähä-Peltomäki
Opinnäytetyö, kevät 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Länsi
Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK)
Sairaanhoitaja (AMK) + Diakonissa

TIIVISTELMÄ

Sävilähti, Nina ja Vähä-Peltomäki, Sanna. Saattohoitopotilaan kivunhoito hänen itsensä, läheisensä ja omahoitajansa näkökulmasta. Pori, kevät 2012, 52s., 9 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Länsi, Pori. Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto / Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK) / sairaanhoitaja (AMK) + diakonissa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia saattohoitopotilaan kivunhoitoa hänen itsensä, läheisensä ja omahoitajansa näkökulmasta Pirkanmaan Hoitokodissa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa tarkasteltiin käsitteitä saattohoito, saattohoidon etiikka, hoitajan jaksaminen sekä kivun eri muodot ja niiden hoitomuodot.

Opinnäytetyö toteutettiin empiirisenä tutkimuksena. Tutkimuksen lähestymistapa oli deduktiivinen. Teoriaan tutustumisen jälkeen tehtiin kyselylomakkeet, joiden avulla haastateltiin potilaat ja heidän läheisensä. Omahoitajat vastasivat kyselylomakkeeseen itse. Tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineiston analysointimenetelmiä. Aineistot analysoitiin suoraan tekstiin käyttäen apuna taulukoita ja sisällönanalyysia.

Tutkimukseen vastanneiden mielestä Pirkanmaan Hoitokodissa kivunhoitoa toteutetaan hyvin. Kivunhoito on ammattimaista, riittävää ja ajanmukaista. Saattohoitopotilailla kipua ilmenee pääsääntöisesti aina. Potilaiden ja heidän läheistensä mielestä kipu ilmenee eniten koko kehossa sekä ahdistuksena. Omahoitajien vastauksista kivun ilmenemisestä nousi esiin kipu koko kehossa, lihasjännitys, ahdistus sekä unettomuus.

Omahoitajat arvioivat kipua joka työvuoron aikana vähintään kaksi kertaa. Potilaat ovat tiedostaneet tämän kivun arvioinnin. Läheiset eivät ole kiinnittäneet huomiota kivun arviointiin. Tämä selittyy mahdollisesti sillä, että läheiset eivät ole aina paikalla, kun kipua arvioidaan.

Kivun hoito toteutetaan pääsääntöisesti kipulääkkein. Myös läsnäoloa käytetään kivunhoidossa. Omahoitajat huomioivat lisäksi vielä muun muassa asentohoidon. Tutkimus on työelämälähtöinen ja saadun palautteen mukaan työ on hyödynnettävissä Pirkanmaan Hoitokodilla. Tutkimus oli määrällisesti pieni, mutta näiden tulosten mukaan Pirkanmaan Hoitokodilla kivunhoito toteutuu asianmukaisesti.

Asiasanat: saattohoito, kipu, kivunhoito

ABSTRACT

Sävilähti, Nina and Vähä-Peltomäki, Sanna.

Pain Relief of Patients in Hospice Care From Patients' Own, Family Members' and Personal Nurses' Perspective.

52p., 9 appendices. Language: Finnish. Pori, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing/ Diaconal Nursing. Degree: Nurse / Nurse and Deaconess.

The aim of this study was to study the pain relief of patients in hospice care from the patients' own, family members' and personal nurses' perspective in a nursing home called Pirkanmaan Hoitokoti.

The theory section deals with the concepts of hospice care, hospice care ethics, nurses' coping and management of pain in different forms and methods of treatment.

The study was carried out as an empirical research. The approach was deductive. After learning the theory, the patients and their families were interviewed with the help of questionnaires. The personal nurses responded the questionnaires themselves. The study used both quantitative and qualitative data analysis methods. The data were analyzed directly to the text using tables and content analysis.

The respondents felt pain management was implemented well in Pirkanmaan Hoitokoti. Pain management was professional, adequate and up-to-date. The patients in hospice care had pain continuously. The patients and their family members thought pain occurred throughout the body and also as anxiety. The personal nurses' responded pain occurred throughout the body, as muscle tension, anxiety and insomnia.

The personal nurses rated the pain during a work shift at least twice. The patients were aware of the pain assessment. The family members did not pay attention to pain assessment. This could possibly be explained by the fact that the family members were not always present when pain was assessed.

Pain management is mainly carried out with painkillers. Presence is also used for pain management. Personal nurses take into account, inter alia, position treatment. The study is based on work and the feedback that the activities can be utilized in Pirkanmaan Hoitokoti. The study was quantitatively small, but these results show that pain management is being properly executed in Pirkanmaan Hoitokoti.

Keywords: hospice care, pain, pain relief

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 SAATTOHOITO | 6 |
| 2.1 Saattohoidon etiikka..... | 8 |
| 2.2 Hoitajan jaksaminen..... | 10 |
| 3 KIPU JA KIVUNHOITO | 11 |
| 3.1 Saattohoitopotilaan kivunhoidon suunnittelu, tavoite, toteutus ja arviointi..... | 11 |
| 3.2 Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen kipu ja kivun hoito..... | 12 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN | 16 |
| 4.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus | 16 |
| 4.2 Tutkimusympäristönä Pirkanmaan Hoitokoti | 18 |
| 4.3 Aineiston keruumenetelmät..... | 19 |
| 4.4 Aineiston analysointimenetelmät | 21 |
| 5 TUTKIMUSTULOKSET | 23 |
| 6 JOHTOPÄÄTÖKSET | 28 |
| 7 POHDINTA..... | 30 |
| LÄHTEET | 33 |
| LIITTEET | 35 |
| Liite 1: Sairaanhoitajan eettiset ohjeet | 35 |
| Liite 2: Tutkimuslupa. | 38 |
| Liite 3: Haastattelusopimus..... | 40 |
| Liite 4: Kyselylomake potilaalle. | 41 |
| Liite 5: Kyselylomake läheiselle..... | 44 |
| Liite 6: Kyselylomake omahoitajalle. | 46 |
| Liite 7: Sisällönanalyysi mitä muuta potilaat halusivat sanoa kivunhoidosta ja sen toteuttamisesta..... | 49 |
| Liite 8: Sisällönanalyysi mitä muuta läheiset halusivat sanoa kivunhoidosta ja sen toteuttamisesta..... | 50 |
| Liite 9: Sisällönanalyysi mitä muuta omahoitajat halusivat sanoa kivunhoidosta ja sen toteuttamisesta..... | 51 |

1 JOHDANTO

Keväällä 2011 sovimme tekevämme opinnäytetyön yhdessä. Meitä molempia kiinnosti saattohoito sekä kivun hoito, jotka yhdistimme kokonaisuudeksi. Otimme yhteyttä Pirkanmaan Hoitokotiin ja Sastamalan perusturvakuntayhtymään kysyäksemme olisivatko he kiinnostuneita tekemään yhteistyötä meidän kanssamme. Molemmilla oli tarvetta ja kiinnostusta yhteistyöhön. Valitsimme yhteistyökumppaniksi Pirkanmaan Hoitokodin, koska olimme molemmat menossa sinne työharjoitteluun syksyllä 2011.

Pirkanmaan Hoitokodilla oli tarvetta tutkia saattohoitopotilaan kivunhoidon toteutumisen arviointia. Opinnäytetyömme aiheeksi muotoutui saattohoitopotilaan kivunhoito hänen itsensä, läheisensä ja omahoitajansa näkökulmasta. Tutkimuskysymyksiksi opinnäytetyöhömme tarkentui: 1) Miten kipu ilmenee? 2) Miten kivunhoito toteutuu? Opinnäytetyömme teoriaosuudessa tarkastelemme käsitteitä saattohoidosta, saattohoidon etiikasta, hoitajan jaksamisesta ja kivun eri muodoista sekä niiden hoitomuodoista.

Opinnäytetyömme on empiirinen tutkimus. Empiirinen tutkimus antaa mielestämme monipuolisesti tietoa potilaan tilanteesta. Tutkimuksen lähestymistapa on deduktiivinen, jossa keskitytään jonkin tutkimuksellisen ongelman analysointiin. Tutkimusluvan haimme kirjallisena Pirkanmaan Hoitokodilta sekä potilailta että heidän läheisiltään. Käytimme tutkimuksessamme kvantitatiivista ja kvalitatiivista aineiston keruu- ja analysointi menetelmää.

Keräsimme aineiston tutkimukseemme haastattelemalla potilaita ja heidän läheisiään kyselylomakkeen avulla työharjoittelumme aikana. Omahoitajat vastasivat kyselylomakkeeseen itse. Opinnäytetyössämme noudatamme salassapitovelvollisuutta, eikä haastateltavien nimiä tule julkisuuteen. Opinnäytetyömme tavoitteena on tutkia saattohoitopotilaan kivunhoidon arviointia Pirkanmaan Hoitokodissa ja toivomme opinnäytetyömme vastaavan näihin kysymyksiin. Opinnäytetyömme sisältöineen jätämme Pirkanmaan Hoitokodinkäyttöön.

2 SAATTOHOITO

Saattohoidossa oleva potilas elää elämänsä viimeisiä aikoja ja hoitomuotona käytetään oireita lievittäviä hoitoja. Keskeisenä tavoitteena hoidolla on potilaan mahdollisimman hyvä jäljellä olevan elämän laatu. Saattohoidossa vältetään turhia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 785/1992 mukaan saattohoidolla tarkoitetaan tärkeää hoitopäätöstä, josta on neuvoteltava ja päätettävä yhteisymmärryksessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Keskusteluista on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin. (Valvira i.a.)

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 785/1992 mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta, on häntä hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilas ei itse pysty päättämään hoidostaan, voidaan selvittää läheiseltä, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos asiaa ei saada selville, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Valvira i.a.)

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan jokaisella yksilöllä on oikeus ihmisarvon loukkaamattomuuteen, yhdenvertaisuuteen, oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen sekä yksityisyyden suojaan. Ihmisarvon kunnioittaminen saattohoidossa tarkoittaa hyvän hoidon antamista, potilaan kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamista. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 785/1992 mukaan potilaalla on itsemääräämisoikeus, oikeus hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon ja hyvään kohteluun sekä oikeus saada ymmärrettävä tieto hoidosta tai tutkimuksesta ennen sen aloittamista. Terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevan lain 559/1994 mukaan jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on velvollisuus hoitaa potilasta hyvin koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella ja lievittää potilaan kärsimyksiä sekä täydentää jatkuvasti ammattitaitoaan. (Etene 2003, 7.)

Kun parantavasta hoidosta ei enää ole apua, siirrytään saattohoitoon eli oireiden lievittämiseen, turhien tutkimusten ja toimenpiteiden välttämiseen ja elämänlaadun

nostamiseen. Hoitoneuvotteluun osallistuu potilas itse, lääkäri, hoitohenkilökuntaa sekä potilaan suostumuksella hänen läheisiään. Jos potilas kieltää läheistensä osallistumisen hoitoneuvotteluun, lääkärin on keskusteltava yleisellä tasolla potilaan hoidosta läheisten kanssa salassapito velvollisuuden huomioiden. Lääkärin tulee korostaa läheisille, vaikka parantavaa hoitoa ei enää ole, potilas saa edelleen hoitoa ja vielä on paljon tehtävissä potilaan olon helpottamiseksi. (Valvira i.a.)

Hoitoneuvottelussa keskustellaan potilaan taudin kulusta ja taudin oireita helpottavista hoidoista, erityisesti kivun hoidosta. Tärkein asia keskustelussa on potilaan oman tahdon selvittäminen. Saattohoitopäätös on kirjattava potilaan papereihin niin, että se on myös päivystävien lääkärien nähtävillä. Hyvin toteutettu hoitoneuvottelu antaa potilaalle ja läheisille tiedon siitä, missä suunnilleen ollaan menossa, vaikka taudin kulkua ei voitaisikaan ennustaa. Yhteisesti tehty saattohoitopäätös antaa potilaalle ja läheisille mahdollisuuden keskittyä olennaiseen eli potilaan oireiden helpottamiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. (Valvira i.a.)

Hyvä saattohoito edellyttää, että saattohoitoon liittyvä Käypä hoito - suositus toteutuu kuolevan potilaan hoidossa. Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä lähtökohtana on potilas, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan, kun potilas on lähellä kuolemaa. Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Sovitut asiat kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30.)

Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri, sekä lisäksi on nimettävä henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta vuorokauden eri aikoina. Saattohoidon jatkuvuus varmistetaan ja hoitoa arvioidaan säännöllisesti. Hoitopäätökset perustuvat lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan ja läheisten toiveisiin ja tarpeisiin. Saattohoito toteutetaan potilaan, läheisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Lääkärit ja hoitajat ovat saattohoitoon koulutettuja ja heiltä saa eri vuorokauden aikoina konsultaatiota ja muuta tarvittavaa apua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30.)

Yhteisellä saattohoitopäätöksellä saavutetaan se, että potilaalla on turvallinen, tuttu ympäristö, hoitolaitos tai koti, tutut hoitajat ja lääkärit eikä häntä siirretä äkillisesti

toisiin hoitolaitoksiin akuuttihoitoon. Kivunhoidosta ja mahdollisista muista ongelmista huolehditaan, tarvittaessa konsultoiden erikoissairaanhoidoa. Jos kuitenkin kuolevan potilaan läheinen toivoo lisää kokeita, suonensisäisen nesteytyksen aloittamista, siirtoa keskussairaalaan tms., on lääkärin keskusteltava läheisen kanssa ja otettava lisäaikaa. Joskus läheiset ovat keskenään eri mieltä potilaan hoidosta, ja silloin lääkäri voi hoitaa potilaslain 6 §:n mukaisesti potilasta tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Valvira i.a.)

Osaamisen alueita saattohoidossa ovat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla, kärsimyksen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitaminen, psyko-sosiaalisiin, fyysisiin, henkisiin, hengellisiin, eksistentiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin vastaaminen, niiden ymmärtäminen ja huomioiminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, lähestyvän kuoleman merkkien tunnistaminen ja kuoleman hetkeen valmistautuminen ja läheisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen. Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan tarpeisiin ja toiveisiin, toiminnan hyvään laatuun ja Käypä hoito - suositusten noudattamiseen. Saattohoitoa toteutetaan kotona, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 31.)

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta. Saattohoitopotilaalle tarjotaan saattohoitopalvelut mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän on hoidossa tai asuu ja elää. Saattohoidossa turvataan läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon potilaan toivomalla tavalla. Saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys. Näitä ominaisuuksia tulee tukea ja kehittää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 31.)

2.1 Saattohoidon etiikka

Samat eettiset periaatteet ovat voimassa saattohoidossa kuin muussakin hoitotyössä. Eettisiä lähtökohtia saattohoidossa ovat elämän kunnioitus, yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioitus sekä totuuden ja rehellisyyden kunnioitus. Saattohoidossa

on selvitettävä, mikä on potilaan oma tahto ja miten hän haluaa muiden toimivan. Hoitajalla on oltava käsitys kuoleamisen prosessista ja kuoleman läheisyyden tuomista askarruttavista asioista. Hänen on ymmärrettävä ihmisten erilaisia arvostuksia elämää kohtaan ja tiedettävä erilaisia uskonnollisia ja kulttuurillisia näkemyksiä ja tunnettava niiden kuolemankuva. Hoitajan on arvostettava erilaisia elämänarvoja sekä hyväksyttävä niiden olemassaolo. Hänen on oltava ammattilainen kuoleman lähestymiseen liittyvien asioiden selvittelyssä ja hänen tulee tukea ja auttaa läheisiä potilaan kuoleman jälkeen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 311312.). Hoitaja voi käyttää työssään apuna sairaanhoitajan eettisiä ohjeita, jotka löytyvät liitteestä 1.

Hoitajan ensisijainen autettava on potilas. Kuolema on aina yksilöllinen, mutta se on myös yhteisöllinen ja se koskettaa kuolevan läheisiä. Hoitotahdolla voi ilmaista, kuinka haluaa tulla hoidetuksi. Hoitotahto on myös hyvä riita tilanteissa, joissa potilas ei enää jaksaa pitää puoliaan ja läheiset haluaisivat aktiivista hoitoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 312313.)

Ei elvytetä päätös tarkoittaa, että potilasta ei elvytetä sydän- tai hengityspysähdyksen sattuessa. Päätöksen tekee hoidosta vastaava lääkäri yhdessä potilaan tai hänen läheisensä kanssa siinä vaiheessa, kun potilaan ennuste on huono ja hänen yleistilansa heikentää elvytyksen jälkeistä ennustetta. Se ei tarkoita kivun tai muun oireenmukaisen hoidon lopettamista. Päätös kirjataan potilasasiakirjoihin niin, että siitä näkee päätöksen tekijän, perustelut sekä potilaan tai läheisen käsitys asiasta. Päätös ei ole koskaan lopullinen, sitä voidaan tarvittaessa muuttaa. (Louhiala & Launis 2009, 113114.)

Saattohoitopotilaalle on kerrottava hänen tilanteestaan aina totuudenmukaisesti lääke- ja hoitotieteellisesti perusteltuna. Epävarmoissa tilanteissa on löydettävä myönteisiä puolia, etsittävä toivoa ja tuettava elämän kauniiden ja arvokkaiden muistojen säilymistä. Totuuden kertominen saattaa olla potilaan ahdistuksen kohtaamisen perusedellytys. Saattohoitopotilaan hoitotyö on raskasta, koska useisiin potilaan esittämiin kysymyksiin ei ole vastausta. Kuolemaa edeltävä hoito ja tuki, kivun ja kärsimyksen lievittäminen sekä läsnäolo ovat keskeisiä asioita saattohoidossa. Saattohoitopotilaan hoitotyö on eräs vaikeimmista hoitotyön alueista, johon kokemus tuo syvyyttä ja ymmärrystä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 309, 314.)

2.2 Hoitajan jaksaminen

Hoitaja kohtaa työssään inhimillisen elämän koko kirjon; ilon, surun, kivun ja kärsimyksen. Hoitotyö on antoisaa ja elämää rikastuttavaa, mutta samalla myös voimavaroja kuluttavaa. Hyvän työkyvyn ylläpitäminen edellyttää, että hoitajan yksilölliset, työyhteisölliset ja toimintaympäristölliset tekijät ovat kunnossa. Yksilöllisiä tekijöitä ovat esimerkiksi hoitajan arvot, persoonallisuus, aikaisemmat selviytymiskokemukset, fyysinen kunto ja sosiaalinen verkosto. Luottamus omiin vaikutusmahdollisuuksiin edistää selviytymistä. Työtyytyväisyyttä lisääviä tekijöitä ovat esimerkiksi työn itsenäisyys, potilaskontaktit, suhteet työkavereihin ja arvostus potilailta ja läheisiltä. Kiire, liiallinen työmäärä ja hankalat työajat heikentävät työtyytyväisyyttä. Toimintaympäristöllisiä tekijöitä ovat työn asettamat vaatimukset sekä työn antamat mahdollisuudet toteuttaa itseään. (Virtanen 2000, 244245.)

Hoitotyön arjessa hoitajalle on tärkeää kokea itsensä kehittyvänä, osaavana ja merkityksellisenä työyhteisön jäsenenä. Hoitajan on oltava avoin omille vahvuuksille ja heikkouksille. Hoitaja ei saa välttää kivun ja kärsimyksen ilmiöitä eikä jättää niitä huomioimatta, vaikka ne muistuttavat häntä omasta haavoittuvuudesta ja riittämättömyyden tunteesta. Hoitajan oma persoonallisuus antaa potilaalle empatiaa, samalla se antaa kokemuksen jaetusta ongelmasta. (Virtanen 2000, 251253.)

Hoitotyö on vuorovaikutuksellista. Hoitotapahtuman onnistumisen edellytyksenä onkin hoitajan ja potilaan välinen vuoropuhelu. Miten vuorovaikutus onnistuu, se riippuu muun muassa hoitajan ihmiskäsityksestä. Koulutuksen, elämän- ja työkokemuksen kautta hoitajalle muodostuu kuva ihmisestä, joka parhaimmillaan muuttuu monimuotoisemmaksi ja rikkaammaksi jokaisessa uudessa hoitokohtaamisessa. Hoitaja saa myös puolustaa itseään asettamalla rajoja. Hän saa olla jämäkkä puolustaessaan omia oikeuksiaan, mutta hän ei saa loukata toisen oikeuksia. Hän saa ilmaista kokemuksiaan, tietojaan, arvojaan ja tahtoaan, jotka samalla ovat edellytys hänen uskottavuudelleen. Hän saa myös väsyä ja pyytää apua. Fyysisen kunnon hoitaminen on tärkeää fyysisesti ja psyykkisessä raskaassa työssä. (Virtanen 2000, 253254.)

3 KIPU JA KIVUNHOITO

Kipu on yksi elämän peruskokemuksista. Se on myös lääketieteellinen ongelma. Kipua pidetään henkilökohtaisena, yksilöllisenä kokemuksena, jota on vaikea selittää toiselle. Kivun biologisena tehtävänä on viestittäminen vammasta, sairaudesta tai kudოსvauriosta. Kivun laukaisijana voivat toimia monet kehoon kohdistuvat ärsykkeet. Kivun aiheuttajille yhteistä on se, että ne aiheuttavat tai uhkaavat aiheuttaa kudოსvaurioita. Kipu aktivoi sympaattista eli tahdosta riippumatonta hermostoa samalla tavalla kuin pelko tai suuttumus. Kipu aiheuttaa muun muassa sydämen sykkeen nopeutumista ja verenpaineen nousua. (Huttunen & Vuotilainen 2010, 8.)

Kipu on potilaalle omakohtainen kokemus. Kipua on kaikki se, minkä potilas määrittelee kivuksi. Potilaalla on kipua, jos hän sanoo sitä olevan. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 176.) Kipu voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen kipuun (Mattila 6.4.2011). Kipu ilmenee potilaassa aistimuksena, kokemuksena, ajatteluna sekä vaikutuksena ihmissuhteisiin, työ- ja toimintakykyyn ja taloudelliseen toimeentuloon. Kipu voidaan lisäksi jakaa äkilliseen ja pitkäaikaiseen kipuun. (Holmia yms. 2008, 176177.)

3.1 Saattohoitopotilaan kivunhoidon suunnittelu, tavoite, toteutus ja arviointi

Saattohoitopotilaan kivunhoidon suunnittelun lähtökohtana on onnistunut kivun arviointi. Arviointiprosessiin kuuluvat potilaan omakohtainen näkemys kivusta, kivun ilmaisemisen havainnointi, kivun kokonaisvaltainen (fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen) vaikutus potilaaseen, kivun voimakkuuden mittaaminen ja kokeillut lääkkeet. (Holmia yms. 2008, 180; Duodecim 2008.)

Kivunhoidon tavoitteena on kivun poistaminen, kivun häiritsevyyden väheneminen, toimintakyvyn palautuminen ja elämänlaadun paraneminen. Suurin osa kivuista on nykyään poistettavissa tai lievitettävissä lääkkeillä, vain murto-osaa kivuista ei voida poistaa. (Holmia yms. 2008, 180.)

Hyvän kivunhoidon toteuttamiselle on edellytyksenä kivun yksilöllisyyden ymmärtäminen, potilaan kuunteleminen sekä taito tunnistaa potilaan kipu ja viestit oikein. On tärkeä muistaa, että potilaan kivun ennaltaehkäisy on tehokkaampaa ja helpompaa kuin jo olemassa olevan kivun hoito. (Holmia yms. 2008, 180.)

Kivunhoidon arvioinnin tarkoitus on määrittää kivun syytä, sen merkitystä hyvinvointiin ja toimintakykyyn sekä antaa tietoa hoidon vaikuttavuudesta. Arviointi on jatkuva systemaattinen prosessi. Arviointi tulee toteuttaa yhdessä potilaan kanssa. On tärkeä muistaa kirjata potilaan hoitosuunnitelmaan kivunhoitoon liittyvät asiat. (Holmia yms. 2008, 180.)

3.2 Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen kipu ja kivun hoito

Fyysinen kipu voidaan jakaa nosiseptiiviseen ja neuropaattiseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu saa alkunsa kipuhermopäätteiden reagoiessa kudonsvauriota aiheuttavalle ärsykkeelle. Kipu on yleensä tarkasti paikallistettavissa, se aiheutuu kudonsvauriosta ja kipu häviää kudonsvaurion parantuessa. Nosiseptiivinen kipu voidaan jakaa vielä somaattiseen eli lihas, luusto, iho tai sidekudos kipuun sekä viskeraaliseen kipuun, joka on lähtöisin sisäelimestä. Kiputiloja elimistössä aiheuttavat kudoksessa tapahtuvat prosessit kuten tulehdukset, iskemia eli hapen puute kudoksessa tai kasvain. (Huttunen & Vuotilainen 2010, 8.)

Neuropaattisessa kivussa eli hermovauriokivussa kipu aiheutuu hermojärjestelmässä. Hermosolut reagoivat liian herkästi ärsykkeisiin, joiden ei pitäisi normaalisti aiheuttaa kipua. Neuropaattiselle kivulle tavallista ovat epänormaali tuntemukset, esimerkiksi pistely, puutuminen ja tuntohäiriöt. Kipualueelta voi puuttua tunto täysin, mutta pienikin kosketus voi laukaista pitkäkestoista ja kovaa kipua. Neuropaattinen kipu voidaan jakaa perifeerisiin kiputiloihin kuten kolmoishermostö, sentraalisiin kiputiloihin kuten aivohalvauksen jälkeen ilmenevä toispuolinen kipu, amputaation jälkeen alkava aavesärky ja kombinoituneet kiputilat kuten vyöruusun jälkeen ilmenevä neuralgia. Neuropaattisella kivulla on huono vaste tavallisille kipulääkkeille. Varhain aloitettu kivunhoito vamman tai leikkauksen yhteydessä voi olla ehkäisemässä kroonisen

hermovauriokivun syntymistä. (Huttunen & Vuotilainen 2010, 89.)

Fyysinen kipu syntyy kudosis- tai hermovauriosta tai sen uhasta, jonka aiheuttaa ulkoinen tai elimistön sisäinen tekijä. Vaurioituneesta kudoksesta vapautuu kipua välittäviä aineita, jotka aiheuttavat ärsytysreaktion kipureseptoreissa. Kipua välittävät aineet aiheuttavat kudoksissa turvotusta ja kipua. Kipu voi aiheuttaa myös lihasjännitystä, verenpaineen nousua ja hikoilua. (Holmia yms. 2008, 176; Mattila 6.4.2011.)

Potilaan kivunhoidossa voidaan käyttää lääkehoitoa ja/tai elimistön omia kivunlievitysmekanismia. Kipulääkkeitä voidaan annostella suun kautta, lihakseen, laskimoon, ihonalaisesti, peräsuoleen tai epiduraalitilaan. Kivun hoidossa käytettävät lääkeaineet vaikuttavat välittäjäaineisiin ja niiden toimintaan. Jos kipua ei voida kokonaan poistaa, sitä voidaan lievittää oikein toteutetulla lääkehoidolla tai kosketustuntoa välittävien hermojen aktivoinnilla esimerkiksi hieromalla. Muita fysiologisia kivunlievitysmenetelmiä ovat asennon vaihto, lämmittämis-/viilentämismenetelmät /jäähäpalojen käyttö sekä kosketus. (Holmia yms. 2008, 176-177, 180; Mattila 6.4.2011.) Sedataatiota eli saattohoitopotilaan rauhoittamista lääkkein sekä tajunnan heikentämistä voidaan käyttää silloin, kun muilla hoidoilla ei ole saavutettu toivottua tulosta. Sen tarkoituksena ei ole kuoleman edistäminen. (Duodecim 2008.)

Psyykinen kipu saattaa syntyä vakavan sairauden tai kuoleman lähestymisen yhteydessä. Potilas joutuu miettimään uudelleen toivon asetelmia ja tulevaisuuden näkymiä. Hän kohtaa omakohtaisesti elämän rajallisuuden. Psyykkiseen kipuun saattaa liittyä monenlaisia oireita. Näitä oireita voivat olla epämiellyttävät tuntemukset, kuten ahdistus, sekavuus, masentuneisuus, levottomuus, unettomuus, turvattomuus, tuska, pelko, viha ja kärsimys. (Holmia yms. 2008, 133, 176-177; Mattila 6.4.2011; Duodecim 2008.) Lisäksi saattaa ilmaantua kiihtymys- tai lamaannustiloja sekä vaikeampia psyykkisiä oireita kuten psykoottisia tiloja ja delirium. (Idman & Hietanen 2004, 210.)

Psyykkisen kivun hoidossa on tärkeää miettiä, mistä kipu johtuu. Potilas voi kieltää mielessään sairauden tai lähestyvän kuoleman. Hän tarvitsee tukea tilanteensa hyväksymiseen. Vasta sen jälkeen hän voi vapautua psyykkisestä kivusta. (Mattila 6.4.2011.) Psykologisia kivunhoidon menetelmiä ovat keskustelu potilaan kanssa, läsnäolo ja huomion suuntaaminen pois kivusta käyttäen apuna rentoutusta, huumoria,

musiikkia, mielikuvien luomista, kosketusta. (Holmia yms. 2008, 180.)

Ihminen on sosiaalinen olento. Sosiaalinen hyvinvointi syntyy yhteydessä toisiin ihmisiin, ja useat perustarpeet täyttyvät näissä suhteissa. Näitä tarpeita ovat esimerkiksi tarve kokea ja ilmaista rakkautta ja läheisyyttä sekä hyväksytyksi ja arvostetuksi tulemisen tarve. Sairastumiseen liittyy merkittäviä muutoksia sosiaalisissa suhteissa sekä rooleissa, esimerkiksi työrooli muuttuu. Myös perheenjäsenten roolit muuttuvat yhden jäsenen sairastumisen seurauksena, jos sairastunut on esimerkiksi hoivaaja tai talouden hankkija. Sairastunut kokee roolien muuttumisen takia avuttomuutta ja elämän hallinnan menettämisen tunnetta. Tuleva luopuminen ja ero aiheuttavat ahdistusta. Läheisten selviytymisestä on suuri murhe. (Hänninen & Pajunen 2006, 6365.)

Sairastuneelle aiheuttavat ahdistusta myös läheiset, jotka eivät vieraile eivätkä pidä yhteyttä. Toinen ääripää on velvollisuuden tunne auttaa ja hoitaa, ja siinä voi tulla ylilyöntejä. Esimerkiksi jos vanhempi on sairastunut, saattavat sisarukset kilpailla, kuka hoitaa eniten. Sosiaalinen tukeminen on erittäin tärkeää sairauteen sopeutumisessa, etenkin silloin, kun paraneminen ei enää ole mahdollista. Tukea voi antaa käytännön asioiden hoitamisessa, kuuntelemalla, välittämällä, perushoitoja suorittamalla, antamalla henkistä tukea, tai se voi olla mitä tahansa, mikä on potilaalle tarpeellista. Kaikkien antama tuki on potilaalle tärkeää. Ystävien tai työkavereiden yhteydenotot ja vierailut ovat myös tärkeitä, sanoja ei välttämättä tarvita. (Hänninen & Pajunen 2006, 6568.)

Sairauteen liittyy usein myös kärsimystä, ja se koetaan epämiellyttäväksi ja negatiiviseksi. Kärsimystä kuvataan sanoilla kipu, tuska, menetys, uhka, suru, taistelu, tarkoituksettomuuden tunne, toivottomuus, rangaistus tai haaste. Kärsimyksen määrittelemisen on vaikeaa, koska sitä ei voida liittää yksinomaan ruumiiseen eikä sieluun tai mieleen. Kärsivä ihminen pelkää usein kärsimyksen jatkumista, mutta toisaalta kärsimyksen kokeminen kasvattaa ihmistä henkisesti. Parantumattomasti sairastuneet ovat tuoneet esille, että muun muassa kiitollisuus, kärsivällisyys, muiden ihmisten ymmärtäminen ja kyky iloita pienistä asioista lisääntyvät sairauden myötä. Kuoleva potilas kärsii eniten omaistensa puolesta, kun taas potilaan kokemat kärsimykset aiheuttavat tuskaa läheisille. (Huttunen & Vuotilainen 2010, 1011.)

Kaikki mikä pelottaa, ahdistaa ja huolestuttaa aiheuttaa henkistä tuskaa sekä oman elämän hallinnan menettämisen pelkoa. Aiemmin koetut epämukavat kipukokemukset lisäävät pelon ja ahdistuksen tunnetta, lisäten samalla stressiä, joka taas alentaa kivunsietokykyä. Kipu voi olla kipupotilaan suurin kärsimyksen tuottaja, mutta ei ainoa. Kivun sietämättömäksi tekevät seikat voivat olla täysin tiedostamattomia ja paljastua vasta myöhemmin hoitosuhteen kestäessä. (Huttunen & Vuotilainen 2010, 10.)

Kriisitilanteissa ja vaikeiden kysymysten kohdalla ihmisten hengellinen aktiivisuus kasvaa. Hengellisyys toimii viimeisenä oljenkortena, johon turvaudutaan. Se tuo lohtua, rauhaa ja helpotusta. Sitä pidetään henkilökohtaisena yksityisasiana, ja sen takia siitä ei juurikaan puhuta. Kun asiasta ei puhuta, voivat ihmisen ahdistuksen ja epätoivon taustalla olevat kysymykset jäädä vaille vastausta. (Hänninen & Pajunen 2006, 6970.)

Sairaus kalvaa minäkuvaa, itsenäisyys katoaa. Sairastunut kokee epävarmuutta ja turvattomuutta, sairaus synnyttää epätoivoisia ajatuksia nykyisyydestä ja tulevaisuudesta. Hengellisestä avusta ja tuesta toivotaan apua ahdistuksen lievittämiseen sekä mielenrauhan, henkisen tasapainon ja elämäntilanteen kokemuksen vahvistumiseen. Hengellinen tuki ylläpitää toivoa ja lievittää kärsimystä sekä auttaa löytämään vastauksia kysymykseen elämän tarkoituksesta ja merkityksestä. Hengellisten tarpeiden ja toiveiden täyttämiseen ei aina tarvita pappia. Virsikirjasta löytyy kirkollisten toimitusten kaavoja valmiine rukouksineen. Sieltä löytyy rukous sairaan ja kuolevan puolesta, rukous surussa sekä Isä meidän -rukous ja Herran siunaus. (Hänninen & Pajunen 2006, 7273.)

Hengellinen kipu ilmenee Jumala-suhteeseen liittyvänä huolena ja ahdistuksena. Sielunhoidolla voidaan auttaa hengellistä kipua kärsivää ihmistä. Sielunhoidolla on kristilliset perinteet ja se on ihmisen henkistä ja hengellistä auttamista. Sen perustana on kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. Potilaan uskonnollinen vakaumus ei saa olla esteenä sielunhoidolle. Sielunhoidossa keskeisimmät asiat ovat hädän, kärsimyksen, ahdistuksen ja syyllisyyden käsitteleminen. Keskustelut potilaan kanssa voivat olla arkisia sekä käytännönläheisiä, ja silloin kun sanoja ei löydy, pelkkä läsnäolokin riittää. Elämän loppuvaiheessa tunne jonkun korkeamman olemassaolosta saattaa rauhoittaa. (Huttunen & Vuotilainen 2010, 11.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Keväällä 2011 sovimme tekevämme opinnäytetyön yhdessä. Meitä molempia kiinnosti saattohoito sekä kivun hoito, jotka yhdistimme kokonaisuudeksi. Otimme yhteyttä Pirkanmaan Hoitokotiin ja Sastamalan perusturvakuntayhtymään kysyäksemme olisivatko he kiinnostuneita tekemään yhteistyötä meidän kanssamme. Molemmilla oli tarvetta ja kiinnostusta yhteistyöhön. Valitsimme Pirkanmaan Hoitokodin, koska olimme molemmat menossa sinne työharjoitteluun myöhemmin syksyllä 2011.

Pirkanmaan Hoitokoti oli kiinnostunut saattohoitopotilaan kivunhoidon tutkimisesta potilaan itsensä, hänen läheisensä ja omahoitajansa näkökulmasta. Tästä aiheesta teimme tutkimussuunnitelman, jota muokkasimme saamamme palautteen mukaisesti. Palautetta saimme ohjaajien lisäksi myös Pirkanmaan Hoitokodin johtajalta. Tutkimuskysymyksiksi opinnäytetyöhömmme tarkentui: 1) Miten kipu ilmenee? 2) Miten kivunhoito toteutuu?

Opinnäytetyömme on empiirinen tutkimus. Empiirinen tutkimus antaa mielestämme monipuolisesti tietoa potilaan tilanteesta. Empiirisen tutkimuksen aiheena on ammattikäytäntöjä tukeva sekä ammatillisesti mielenkiintoinen ilmiö. Tätä voidaan lähestyä joko käytännön tai teorian näkökulmasta. (Kivirinta ym. 2007, 33.)

4.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuus ovat opinnäytetyön eettisiä tavoitteita. Eettisyys on myös kriittisyyttä vallitseviin käytäntöihin ja tarjottuihin tietoihin. Opinnäytetyöltä odotetaan rehellisyyttä ja läpinäkyvyyttä. Aineiston kokoaminen ja työstäminen sekä menetelmien ja lähteiden käyttö vaatii rehellisyyttä. Opinnäytetyön aihe rajataan ja sen tuloksia tarkastellaan tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti eri näkökulmista. Kriittikkiä on myös käytettävä lähteisiin, tiedon luotettavuuteen ja soveltavuuteen. (Kivirinta ym. 2007, 27.)

Opinnäytetyöhön haastateltavien henkilöiden on annettava kirjallinen suostumus opinnäytetyön tekemiseen ja se edellyttää heidän informointia työstä ja sen tavoitteista. Opinnäytetyön tekijä sitoutuu samalla käyttämään aineistoa vain sovittuun tarkoitukseen ja aineiston säilyttämiseen siten, ettei vastanneiden henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Lisäksi lupa haetaan organisaatiolta, jossa opinnäytetyö tehdään. Opinnäytetyön tulee olla korkeatasoinen, jotta tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä. (Kivirinta ym. 2007, 2728.)

Opinnäytetyön on oltava luotettava. Sen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta siten, että eri tutkimuskerroilla saadaan sama tulos. Tällöin tutkimus on luotettava. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 226.) Kysely- ja haastattelututkimuksissa luotettavuuteen vaikuttaa se, miten onnistuneita kysymykset ovat ja saadaanko niiden avulla vastaus tutkimuskysymyksiin (Heikkilä 2008, 186).

Opinnäytetyötä tehdessämme kohtelimme potilaita ja heidän läheisiään kunnioittavasti. Kerroimme sanallisesti opinnäytetyöstämme ja sen tarkoituksesta sekä kysyimme lupaa haastatteluun. Allekirjoitimme myös kirjallisen suostumuksen, joista toinen jäi potilaille ja heidän läheisilleen ja toinen meille. Luvan haastatteluihin olimme jo saaneet Pirkanmaan Hoitokodilta. Saimme muutaman kielteisen vastauksen kysyessämme lupaa haastatteluun ja tyydyimme heti siihen. Emme yrittäneet suostutella potilaita ja heidän läheisiään pakosti haastateltaviksi.

Teoriaosuudessa käytimme kritiikkiä lähteisiin ja valitsimme vain aihetta käsitteleviä ja uusia lähteitä. Kyselylomakkeen vastauksia olemme käyttäneet ainoastaan tähän työhön ja vastaajien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa. Käytimme vastauksia rehellisesti ja avointen kysymysten kohdallakin sanasta sanaan. Tutkimuksemme on luotettava, koska saimme kysymysten avulla vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Reliabiliteetti ei toteudu tässä tutkimuksessa, sillä vastaukset ovat henkilökohtaisia.

4.2 Tutkimusympäristönä Pirkanmaan Hoitokoti

Syöpäpotilaiden Hoitokotisäätiö on perustettu vuonna 1985. Se on yleishyödyllinen ja voittoa tavoittelematon yhteisö. Säätiö on ylläpitänyt vuodesta 1988 alkaen Pirkanmaan Hoitokotia. Pirkanmaan Hoitokoti on ensimmäinen suomalainen ja pohjoismainen saattohoitokoti. Hoitokotiin voi tulla lääkärin läheteellä joka puolelta Suomesta. Hoitokodissa hoidetaan syöpää tai muita pitkälle edenneitä sairauksia sairastavia saattohoitopotilaita. Hoitokodin toimintaan kuuluu myös saattokotihoito. Saattokotihoidosta potilas voi käydä Hoitokodin päiväkeskuksessa. (Pirkanmaan Hoitokoti 2010; Surakka 6.4.2011.)

Pirkanmaan Hoitokodissa on 24 potilaspaikkaa. Saattokotihoidossa on noin 30 asiakasta. Henkilökuntaa on yhteensä kahden lääkärin, papin, sosiaalityöntekijän ja emännän lisäksi 30 sekä Niksu-kissa. Vapaaehtoistoimintaa ohjaa vapaaehtoistoiminnan ohjaaja, ja siihen osallistuu noin 100 vapaaehtoista auttajaa. (Colliander 6.4.2011; Pirkanmaan Hoitokoti 2010; Surakka 6.4.2011; Surakka 18.10.2011.) Läheiset ja vapaaehtoistyön tekijät ovatkin tärkeässä roolissa Hoitokodilla.

Pirkanmaan Hoitokodissa toteutetaan hoitosuhdeperustaista toimintamallia. Toimintamalliin kuuluvat yksilövastuinen hoitotyö sekä moniammatillinen yhteistyö. Hoitotyön välineenä on omahoitajuus, ja moniammatillisen yhteistyön välineenä on hoitotiimi. Hoitokodin hoito- ja toimintafilosofiaan kuuluvat ihmiselämän ainutkertaisuus, oireiden lievittyminen ja kodinomaisuus. Ihmiselämän ainutkertaisuuteen kuuluvat sairaus, kärsimys, toivo, kokonaisvaltaisuus ja potilaslähtöisyys. Oireiden lievittämisessä huomioidaan kokonaiskipu. Kodinomaisuudessa huomioidaan turvallisuus, itsemääräämisoikeus ja perhekeskeisyys. (Pirkanmaan Hoitokoti 2010; Surakka 6.4.2011.)

Potilaalla ja läheisillä sekä omahoitajalla on useita yhteistyötahoja. Yhteistyötä tehdään sairaaloiden ja terveystieteiden lisäksi lääkärin, osastonhoitajan/vastuuhoitajan, korvaavan hoitajan/työvuorossa hoitavan hoitajan, sosiaalityöntekijän, palvelusihteerin, teologin/papin, fysioterapeutin, vapaaehtoistyöntekijöiden, emännän, hoitoapulaisten ja terapeuttien kanssa. (Pirkanmaan Hoitokoti 2010; Surakka 6.4.2011.)

Pirkanmaan Hoitokoti oli tutkimusympäristönä hyvä. Saimme tehdä tutkimustamme harjoittelumme aikana. Henkilökunta osallistui omalta osaltaan kiitettävästi tutkimuksemme tekemiseen.

4.3 Aineiston keruumenetelmät

Valitsimme kvantitatiivisen sekä kvalitatiivisen aineiston keruumenetelmän. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitataan muuttujia, käytetään tilastollisia menetelmiä sekä tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä. Muuttujat, joita me käytimme tutkimuksessamme, voivat olla selittäviä esimerkiksi vastaajien taustatiedot, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus sekä selitettäviä esimerkiksi vastaajien tyytyväisyys hoitoon tai kivun lievittyminen hoidon ansiosta. Kvantitatiivisia tutkimuksia voidaan luokitella ja nimetä monella eri tavalla esimerkiksi pitkittäis- tai poikittaistutkimuksiin. Pitkittäistutkimuksella tarkoitetaan, että aineisto kerätään useammin kuin kerran ja tutkimusilmiö säilyy samana. Poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään kerran. Hoitotieteellisistä tutkimuksista suurin osa on poikittaistutkimuksia. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 4142.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen piirteitä ovat perusjoukon ja otoksen määrittely, teoreettisten käsitteiden muuttaminen mitattaviksi muuttujiksi, numeerinen mittaaminen, tilastollisten menetelmien käyttö, muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu, olettamusten laatiminen, tilastollisen merkittävyyden arviointi, yleispätevyyden tavoittelu, tutkijan ja tutkittavan välinen etäinen suhde, strukturoitu tutkimusasetelma, tutkimuksen luonne on teoriaa vahvistava sekä johtopäätökset perustuvat aiempiin tutkimuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 46.)

Kvalitatiivisella tutkimuksella on useita merkityksiä hoitotyölle ja hoitotieteelle. Hoitotyössä tarvitaan eri tavoin koostettua tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista, hoitokokemuksista sekä ihmisten niille antamista merkityksistä. Tutkimuksessa korostuu ihmisen kokemuksen, tulkinnan, käsityksen tai motivaation tutkiminen sekä ihmisen näkemyksen kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 57, 61.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä tiivistetysti ovat joustavuus, pehmeys, subjektiivisuus, tutkijan ja osallistujan suhteen läheisyys, strukturoimattomuus, syvyys, teorian luominen, kokonaisvaltaisuus, ihmisen toiminen tiedonkeruun välineenä, otosten tarkoituksenmukaisuus, joustavuus tutkimussuunnitelman laatimisessa ja tulosten ainutlaatuisuus. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 56).

Tutkimusta varten aineistoja voidaan koota monilla eri menetelmillä. Yksi tapa, jota me käytimme, on haastattelu kyselylomakkeen avulla. Teimme strukturoituja yksilöhaastatteluja, joissa käytimme haastatteluja varten laadittuja kyselylomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Kysymysten muoto sekä esittämissjärjestys oli ennalta määrätty. Esitimme kysymykset samassa järjestyksessä sekä täysin samanlaisina kaikille haastateltaville. Valmiit kysymykset perustuivat teoreettiseen lähtökohtaan. Näin varmistettiin, ettei haastatteliija vaikuttanut tulokseen omilla mielipiteillään tai toiminnallaan. Yleensä lomakkeet esitellään ennen varsinaista käyttöä. Me toteutimme haastattelut ilman esitestausta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 93, 94,96.)

Hyvä kyselylomake on sellainen, mikä antaa vastauksen tutkimuskysymykseen. Kysymykset voivat olla monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä tai sekamuotoisia kysymyksiä. On tärkeää tuntea kohderyhmä, sillä kysymykset muotoillaan siten, että ne ovat vastaajille tuttuja. Kysymykset muotoillaan maltillisesti. On hyvä tietää mikä tieto on tärkeää ja mikä ei. On tärkeä kysyä joka kysymyksessä vain yhtä asiaa, jotta vastaajat tietävät mihin vastaavat. Asiasisältö tulee hajauttaa niin, että yhteen kysymykseen tulee vain yksi asiasisältö. Kyselylomakkeen kysymykset eivät yleensä onnistu heti ensimmäisellä kerralla. Niistä kannattaa keskustella sekä muotoilla ja täsmentää niitä ennen kyselyä. Testaamisen tarkoituksena on kyselylomakkeen kriittinen arviointi. On tärkeä arvioida kysymysten ja ohjeiden selkeyttä ja yksiselitteisyyttä, vaihtoehtojen toimivuutta, kyselylomakkeen mittaa ja vastaamiseen käytettävän ajan kohtuullisuutta. Testaajat tulee myös harkita tarkkaan, jotta testattavat pystyvät perustelevaan antamansa kommentit. (Vilka 2005, 8489.)

Tavoitteenamme oli haastatella kyselylomakkeiden avulla 30 potilasta, läheistä ja omahoitajaa. Saamamme palautteen perusteella se ei ollut mahdollista näin lyhyessä

ajassa potilaiden huonokuntoisuuden vuoksi. Syksyllä 2011 keräsimme tutkimuksen aineiston kyselylomakkeiden avulla työharjoittelumme aikana. Vastaaajiksi valitsimme hyväkuntoisimmat potilaat yhdessä hoitajien kanssa. Vastaaajia potilaista, läheisistä ja omahoitajista oli yhdeksän, kaikkiaan yhteensä 27 vastaajaa.

4.4 Aineiston analysointimenetelmät

Tutkimuksen lähestymistapa on deduktiivinen. Deduktiivisessa tutkimuksessa keskitytään jonkin tutkimuksellisen ongelman analysointiin. Olemme tutustuneet aikaisempaan aihetta käsittelevään kirjallisuuteen, keränneet aineistoa sekä suorittaneet analysoinnin, jonka pohjalta voimme tehdä johtopäätökset. Valitsimme kvantitatiivisen sekä kvalitatiivisen aineiston analysointimenetelmän. (Kivirinta ym. 2007, 33.)

Kyselylomake haastattelun materiaalin analysoinnissa käytetään yleensä tilastollisia menetelmiä. Analyysin tekeminen on usein haasteellista. Kritiikkiä syntyy analyysien epäselvyydestä ja näkymättömyydestä sekä siitä, mistä ja millaisten prosessien kautta tulokset ovat syntyneet. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 97, 131).

Sisällönanalyysi on tyypillinen kvalitatiivisen aineiston analyysimenetelmä. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Analyysin prosessiin kuuluvat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysin tarkoituksena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 133134.)

Aineiston analysoinnin aloitimme vuoden 2012 alussa. Tarkoituksenamme aineiston analysoinnissa oli käyttää SPSS-ohjelmaa, mutta kyselylomakkeemme muodon vuoksi SPSS analysointia ei voinut toteuttaa järkevällä tavalla. Vastauksista olisi tullut liian pirstaleisia. Avasimme haastattelujen vastaukset tekstin muodossa käyttäen apuna taulukoita ja sisällönanalyysia. Sisällönanalyysiä tehdessämme luimme alkuperäiset ilmaukset, jotka kirjoitimme työhömmme pelkistetyssä muodossa. Pelkistetyistä muodoista haimme samankaltaisuuksia, jotka saimme yhdistettyä alakategorioiksi.

Jatkoimme työtä yläkategorioihin ja pääkategoriaan saakka. Saamamme palautteen mukaan muokkasimme sisällönanalyyysiä ja poistimme ylä- ja pääkategoria kohdat.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Potilaista vastanneita oli yhteensä yhdeksän, joista kolme oli miestä ja kuusi naista. Yksi vastanneista oli iältään 6069 vuotta, muuten ikäjakauma oli yli 70 vuotta. Hoitokodissa heistä yksi oli ollut 13 viikkoa, yksi 46 viikkoa, kaksi alle viikon ja viisi kolmesta kuukaudesta kahteen vuoteen.

Läheisistä vastanneita oli yhteensä yhdeksän, joista neljä oli miestä ja viisi naista. Yksi vastanneista oli iältään 4049 vuotta, yksi 5059 vuotta, neljä 6069 vuotta ja kolme yli 70 vuotta. Vastanneista yksi oli miniä, kolme lasta sekä viisi avo- tai aviopuolisoa.

Omahoitajista vastanneita oli yhteensä yhdeksän, joista kaikki olivat naisia. Yksi vastanneista oli iältään 6065 vuotta, kaksi 5059 vuotta, kolme 4049 vuotta ja kolme 30-39-vuotiaita. Koulutukseltaan heistä yksi oli perushoitaja, kolme oli sairaanhoitajia ja viisi lähihoitajaa. Työkokemusta heistä neljällä oli 25 vuotta ja viidellä yli 5 vuotta.

Potilailla esiintyi kipua siten, että yhdellä satunnaisesti, yhdellä ei ollut kipuja lainkaan, kolmella koko ajan ja neljällä tietyissä tilanteissa. Kipu ilmeni kaikissa eri antamissamme vaihtoehto muodoissa (ks. taulukko 1.). Kivun voimakkuus ilmeni siten, että yhdellä ei ollut lainkaan kipua, yhdellä oli lievää, yhdellä voimakasta ja kuudella kohtalaista kipua. Potilaista seitsemän kertoi kivuistaan hoitajalleen ja kahdeksan läheiselleen sekä kaksi potilasta ilmaisi kipunsa ilmeillä ja eleillä. Kivuton potilas kertoi hoitajalleen, jos hänelle joskus oli kipuja.

Läheisten mielestä potilailla kipu esiintyi yhdellä tietyissä tilanteissa, yhdellä ei ollut kipuja lainkaan, kolmella koko ajan sekä neljällä satunnaisesti. Kipu ilmeni lähes kaikissa eri antamissamme vaihtoehto muodoissa (ks. taulukko 1.). Kivun voimakkuus ilmeni läheisen mielestä siten, että yksi vastaajista ei osannut sanoa, oliko hänen läheisellään kipua, yhdellä oli lievää kipua, yhdellä voimakasta ja kuudella kohtalaista kipua. Potilaista kahdeksan kertoi kivuistaan läheisilleen sekä kolme potilasta ilmaisi kipunsa ilmeillä ja eleillä. Hoitajat eivät kertoneet potilaan kivuista läheisille. Yksi vastaajista kertoi itse kysyvänsä läheiseltään, onko hänellä kipuja.

Omahoitajien mielestä potilailla esiintyi kipua siten, että yhdellä tietyissä tilanteissa ja yhdellä koko ajan sekä seitsemällä satunnaisesti Omahoitajien mielestä kipua ilmeni kaikissa eri antamissamme vaihtoehto muodoissa (ks. taulukko 1.). Kivun voimakkuus ilmeni siten, että kahdella oli kohtalaista kipua, kuudella oli lievää kipua. Yhteen kyselylomakkeeseen ei ollut vastattu lainkaan. Potilaista yhdeksän kertoi kivuistaan hoitajalleen ja kolmen potilaan läheinen kertoi potilaan kivuista hoitajalle, yksi vastaajista kertoi jonkun muun kertovan potilaan kivuista sekä neljä potilasta ilmaisi kipunsa ilmeillä ja eleillä.

TAULUKKO 1. Miten kipu ilmenee?

| | Potilas | Läheinen | Omahoitaja |
|----------------------------|---------|----------|------------|
| Kipuna kehossa | 6 | 5 | 9 |
| Hikoiluna | 1 | 2 | 2 |
| Lihaspääntymyksenä | 3 | 1 | 5 |
| Levottomuutena/sekavuutena | 3 | 1 | 4 |
| Ahdistuksena | 5 | 5 | 5 |
| Masentuneisuutena | 3 | 3 | 4 |
| Unettomuutena | 3 | 3 | 5 |
| Avuttomuutena | 3 | 1 | 2 |
| Suruna | 3 | 1 | 2 |
| Turvattomuutena | 2 | 0 | 3 |
| Hengellisenä kärsimyksenä | 2 | 2 | 1 |
| Muu | 1 | 0 | 1 |

Vastanneiden potilaiden mielestä kipua arvioidaan vähintään kerran päivässä. Kipumittareiden käyttö potilaiden välillä jakautui siten, että kahden kanssa oli käytetty kipumittaria joskus, kolmen kanssa ei oltu käytetty lainkaan ja neljän kanssa usein. Yhden vastanneen mielestä kipumittarin käytöstä oli apua usein, kolmen mielestä ei ole mitään apua ja kolmen mielestä sen käytöstä oli apua joskus. Kaksi jätti vastaamatta.

Kipumittareiden käyttö läheisten mielestä potilaiden kivunhoidossa oli käytetty siten, että yhden mielestä ei ollut käytetty, seitsemän ei tiennyt, että olisi käytetty ja yhden kanssa oli käytetty usein. Yhden vastanneen mielestä kipumittarin käytöstä ei ole mitään apua, yhden mielestä kipumittarin käytöstä oli apua usein sekä kolme ei tiennyt vastausta kysymykseen. Kolme jätti vastaamatta.

Vastanneiden hoitajien mielestä kipua arvioidaan yhden hoitajan mukaan useasti työvuoron aikana, neljän kerran työvuorossa ja neljän 24 kertaa työvuorossa. Kipumittareiden käyttö hoitajien välillä jakautui siten, että kaksi ei ollut käyttänyt kipumittareita lainkaan, kolme oli käyttänyt usein ja neljä oli käyttänyt joskus. Kolmen vastanneen mielestä kipumittarin käytöstä oli apua usein ja neljän mielestä joskus. Kaksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Kivunhoidossa potilaiden mielestä käytettiin kaikkia antamiamme vaihtoehtoja (ks. taulukko 2.). Kivunhoidon esti potilaista vastanneiden mielestä yhden mukaan huono kuulo, kahden mukaan hitaus. Kuuden mielestä mikään ei estänyt kivunhoitoa. Viimeinen kysymys potilaille oli avoin, josta teimme sisällönanalyysin (ks. liite 7.). Kysymyksenä oli, haluaisitko vielä sanoa jotakin kivunhoidosta ja sen toteutumisesta. Saimme vastaukseksi kivunhoidon olevan hyvää ja tarpeellista ja se huomioidaan Hoitokodissa riittävällä tavalla. Hoitokodissa koettiin olo myös turvalliseksi. Kivunhoidon toteutuminen kuitenkin vaihtelee potilaan mielipiteestä riippuen, sillä joidenkin mielestä kivunhoito on hidasta ja hoito on välinpitämätöntä.

”Täällä on niin turvallista.”

”Kyllä hidasta”

”Täällä hoidettu kaikin puolin hyvin. Kivunhoito parempaa kuin aikaisemmissa paikoissa.”

”Sujuvaa, apua saa heti.”

”En osaa sanoa, ehkä se voisi olla aktiivisempaa hoitajien puolesta.”

Kivunhoidossa läheisten mielestä käytettiin kaikkia antamiamme vaihtoehtoja (ks. taulukko 2.). Kivunhoitoa ei estänyt läheisten mukaan mikään. Viimeinen kysymys myös läheisille oli avoin, josta teimme sisällönanalyysin (ks. liite 8.). Kysymyksenä oli, haluaisitko vielä sanoa jotakin kivunhoidosta ja sen toteutumisesta. Saimme vastaukseksi, että kivunhoito toteutuu hyvin ja se huomioidaan. Läheiset kokivat turvallisuutta ja helpotusta, kun läheinen oli päässyt Hoitokotiin hoitoon.

”Luotan henkilökuntaan.”

”Hyvin toimii, kipulääkettä saa äkkiä.”

”Tämä on kuin lottovoitto, kun hän on päässyt tänne.”

Kivunhoidossa omahoitajien mielestä käytettiin kaikkia antamiamme vaihtoehtoja (ks. taulukko 2.). Lisäksi kivunhoidossa käytetään apuna asentohoitoa, lämmitettävää jyvätyynyä, kylmäpakkausta ja keskustelua. Omahoitajien mielestä kivunhoitoa ei estänyt neljän mukaan mikään, viiden mielestä esti esimerkiksi perheen puhumattomuus, potilaan kieltäytyminen kipulääkkeistä, potilaan ajoittainen muistumattomuus tai potilaan vaikeus puhua kokonaiskivusta.

TAULUKKO 2. Millaisia hoitomuotoja on käytetty kivunhoidossa?

| | Potilas | Läheinen | Omahoitaja |
|--------------|---------|----------|------------|
| Kipulääkettä | 9 | 9 | 9 |
| Kosketusta | 1 | 1 | 1 |
| Läsnäoloa | 5 | 2 | 6 |
| Muu | 0 | 1 | 6 |

Omahoitajat kirjasivat kivunhoidon toteuttamisesta kaikkia antamiamme vaihtoehtoja (ks. taulukko 3.). He kirjasivat potilaan oman kokemuksen kivusta, kivun voimakkuuden, kipuun annetun lääkkeen ja lääkehoidon vaikuttavuuden. He kirjasivat myös fyysisiä oireita kuten hikoilua tai tärinää. Fysiologisia suureita eli verenpaine, hengitys frekvenssi tai pulssi ei juuri kirjata, koska niitä ei enää mitata saattohoitopotilaalta päivittäin, ainoastaan tarvittaessa.

TAULUKKO 3. Mitä kirjaat kivunhoidon toteuttamisesta?

| | |
|---|---|
| Potilaan oman kokemuksen | 9 |
| Fysiologiset suureet (RR, hengitys fr., P tms.) | 1 |
| Fyysisiä oireita (hiki, tärinä tms.) | 4 |
| Kivun voimakkuus 0-10 | 7 |
| Annettu lääke | 8 |
| Läkehoidon vaikuttavuus | 9 |

Viimeinen kysymys myös omahoitajille oli avoin, josta teimme sisällönanalyysin (ks. liite 9.). Kysymyksenä oli, haluaisitko vielä sanoa jotakin kivunhoidosta ja sen

toteutumisesta. Saimme vastaukseksi, että kivunhoitoa on vaikea toteuttaa sekä rajata. Se vaatii käytännön osaamista. Omahoitajat kokivat toisinaan myös riittämättömyyden tunnetta kivunhoidon toteuttamisessa. He haluavat luoda potilaalle turvallisuuden tunteen ja antaa heille tilaa ajatella omia ajatuksiaan. Kolme ei vastannut avoimeen kysymykseen.

”Potilas ei aina kerro kivuistaan. Täytyy kysellä lisälääkkeen tarpeesta.”

”Kivunhoito on haasteellista. Koskaan ei voi aliarvioida potilaan mainitsemaa kipua, siihen on pysädyttävä.”

”Henkinen, elämästä luopumisen kipu liittyy usein ilmoitettuun kipuun.”

”Luottamus hoitosuhteessa on ehdoton pohja kivunhoidossa.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme vastasi mielestämme tutkimuskysymyksiimme, jotka olivat miten kipu ilmenee ja miten kivunhoito toteutuu. Kysyimme kivun ilmenemistä useilla eri kysymyksillä, kuten kuinka usein kipua ilmenee, miten kipu ilmenee ja kuinka voimakkaana. Kivunhoidon toteutuminen tarkentui kysymyksillä kuinka usein kipua arvioidaan, käytetäänkö kivun arvioinnissa apuna kipumittareita ja millaisia hoitomuotoja on käytetty kivun hoidossa. Omahoitajille oli vielä kysymys mitä kirjaat kivunhoidon toteuttamisesta. Avoimien kysymysten analysointi sisällönanalyysillä antoi lisäarvoa tuoden syvyyttä tutkimukseemme.

Saattohoitopotilailla kipua ilmenee pääsääntöisesti aina. Potilaiden ja heidän läheistensä mielestä kipu ilmenee eniten koko kehossa sekä ahdistuksena. Omahoitajien vastauksista kivun ilmenemisestä nousi esiin kipu koko kehossa, lihasjännitys, ahdistus sekä unettomuus.

Omahoitajat arvioivat kipua joka työvuoron aikana vähintään kaksi kertaa. Potilaat ovat tiedostaneet tämän kivun arvioinnin. Kipumittareita konkreettisesti Pirkanmaan Hoitokodilla ei ole käytössä, mutta hoitajat kysyvät potilaalta kivun voimakkuuden numeroasteikolla nolasta kymmeneen. Läheiset eivät ole kiinnittäneet huomiota kivun arviointiin. Tämä selittyy mahdollisesti sillä, että läheiset eivät ole aina paikalla, kun kipua arvioidaan. Omahoitaja voisi kertoa läheisille, että kipua arvioidaan säännöllisesti joka työvuorossa.

Kivunhoito toteutetaan pääsääntöisesti kipulääkkein. Myös läsnäoloa käytetään kivunhoidossa. Omahoitajat huomioivat lisäksi vielä muun muassa asentohoidon. Tutkimuksemme on työelämälähtöinen ja saamamme palautteen mukaan työmme on hyödynnettävissä Pirkanmaan Hoitokodilla. Tutkimuksemme oli määrällisesti pieni, mutta laadullisesti riittävä saadaksemme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Tutkimuksen tulosten mukaan Pirkanmaan Hoitokodilla kivunhoito toteutuu asianmukaisesti. Ammatillinen kasvumme sai vahvistusta muun muassa kivunhoidon ja tutkimuksen toteuttamiseen.

Pirkanmaan Hoitokodilla kirjataan tiedot vielä paperisiin potilasasiakirjoihin. Kivunhoidon toteutumisen kannalta kirjaamisen pitäisi olla yhdenmukaista ja systemaattista. Päivittäisen sekä vuorokohtaisen kivunhoidon kirjaamisen avuksi on kehitetty oma kohta lomakkeelle, mihin kirjataan vuoron aikainen kivun voimakkuus potilaan ja omahoitajan näkökulmasta. Jos Pirkanmaan hoitokoti siirtyy sähköiseen kirjaamiseen, tällainen kohta olisi myös hyvä olla siellä.

7 POHDINTA

Saattohoidossa olevan potilaan toiveiden kunnioittaminen on hyvä lähtökohta saattohoidolle. Saattohoitopäätös ja potilaan toiveet hoidostaan tulisi kirjata niin, että jokainen työvuorossa oleva huomaa ne. Turhia hoitotoimenpiteitä ja tutkimuksia mielestämme ei pitäisi tehdä ollenkaan. On hienoa, että Suomessa on saattohoitoon erikoistuneita hoitolaitoksia, joissa huomioidaan nämä seikat. Vuonna 2010 tuli uudet saattohoitosuosituksset, joissa nähdään laajemmin saattohoidon kokonaisuus. Suositukset koskettavat saattohoitopotilaan hoitoa, hoidon järjestämistä ja suunnittelua sekä hoitajien osaamista. Suosituksen tavoitteena on yhtenäistää saattohoidon toteuttaminen valtakunnallisella tasolla.

Kun parantavaa hoitoa enää ei ole, oireiden, eritoten kipujen, lievittäminen ja hoitaminen ovat tärkeässä asemassa. Tuttu ja turvallinen hoitoympäristö auttaa potilasta ja hänen läheisiään selviytymään eteenpäin päivästä toiseen ennen lopullista lepoa. Kun tuntuu siltä, ettei mitään enää ole tehtävissä, on vielä paljon tehtävää. Hoitaja voi helpottaa erilaisia oireita, kuten fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia tai hengellisiä kipuja pelkällä läsnäolollaan. Hoitaja on potilaan tuki ja turva, henkilökohtainen asiantuntija.

Eettisiä lähtökohtia saattohoidossa ovat elämän kunnioitus, yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioitus sekä totuuden ja rehellisyyden kunnioitus. On tärkeää puhua asioista niiden oikeilla nimillä, kaunistelematta, mutta myös suurentamatta asiaa. Toivo, elämän kauneus ja arvokkaat muistot kantavat elämässä eteenpäin, myös kuoleman lähestyessä.

Hoitajan on kannettava huolto omasta jaksamisestaan saattohoidossa. Saattohoito on raskasta, varsinkin kun kysymyksiin ei aina saa vastauksia. Kysymykset voivat olla potilaan tai hänen läheisensä esittämiä tai ne voivat olla hoitajan omia kysymyksiä. Saattohoito on erittäin raskasta varsinkin silloin, kun kohdalle osuu saman ikäinen potilas, jolla on samanikäisiä lapsia kuin hoitajan omat lapset ovat. Hyviä keinoja jaksamiseen ovat hyvä fyysinen kunto ja oma sosiaalinen verkosto. Työnantajakin on velvollinen huolehtimaan työntekijöidensä jaksamisesta esimerkiksi lisäkoulutuksilla,

helpottamalla työn kuormittavuutta ja työnohjauksella.

Kipu on tuttua meille jokaiselle, se on henkilökohtaista, ja sitä on vaikea kuvata sanoin. Kipu voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai hengellistä. Hoitajina meidän on uskottava, kun potilas sanoo, että hänellä on kipuja, hänellä on silloin kipuja. Meidän tehtävänä on silloin selvittää, minkälaista kipu on sekä mahdollisuuksien mukaan lievittää ja hoitaa kipu pois.

Fyysisen kivun voi hoitaa pois lääkkein, mutta on hyvä muistaa myös muut fyysisen kivun hoitomuodot, kuten hieronta, asentohoito ja kosketus. Psyykkistä kipua voi hoitaa keskustelemalla potilaan kanssa tai pelkällä läsnäololla. Sosiaalista kipua voi hoitaa rohkaisemalla läheisiä olemaan potilaan vierellä. Aina ei tarvitse edes puhua, pelkkä läsnäolo riittää. Hengellisyys on yleensä viimeinen oljenkorsi vaikeaan kipuun ja kuolemanpelkoon. Hengellinen apu voi olla toivon ylläpitämistä paremmasta huomisesta ja läheisten pärjäämisestä. Aina ei tarvita pappia, riittää kun hoitajalla itsellään on suuret korvat, joilla kuunnella.

Pirkanmaan Hoitokoti oli mahtava työharjoittelu paikkana. Hoitotyö siellä on perushoitoa, mutta se, miten siellä huomioidaan kivunhoito ja saattohoitopotilaan toiveet, ovat esimerkillisiä kaikille hoitolaitoksille, joissa toteutetaan saattohoitoa. Oma ammatillinen kasvumme sai vahvistusta kivunhoitoon. On tärkeä ennakoida ja lääkityä tarpeeksi, ennen kuin kipu yllättää. Joskus potilaalla on ”läpilyöntikipua” hyvästä ja säännöllisestä lääkehoidosta huolimatta, silloin kipu on hoidettava pois mahdollisuuksien mukaan tarvittaessa annettavilla kipulääkkeillä. Perushoidossa meidän huomion kiinnitti potilaiden suun hoito. Monessakaan harjoittelupaikoissamme suun hoitoa ei ole toteutettu yhtä hyvin.

Saamamme palautteen perusteella muokkasimme vielä kyselylomakkeita. Halusimme haastatella 30 potilasta, läheistä ja omahoitajaa, mutta ajallisesti ja potilaiden huonokuntoisuuden vuoksi se oli mahdotonta. Pirkanmaan Hoitokodin johtajan mielestä kymmenen haastateltavaa olisi riittävä määrä, jos edes niin monta onnistuisimme haastattelemaan. Saimme haastateltua yhdeksän potilasta, läheistä ja omahoitajaa. Saimme luvan haastatella potilaat ja heidän läheisensä työn ohessa, myös omahoitajilla

oli lupa vastata työn aikana kyselylomakkeeseemme. Haastattelut sujuivat hienosti, oli mukavaa, kun opinnäytetyö eteni.

Vastauksien analysointi osoitti sen, minkä huomasimme jo työharjoittelussa: kivunhoito toteutuu Pirkanmaan Hoitokodilla hyvin. Myös se oli hienoa, että kysymyksemme vastasivat meidän tutkimuskysymyksiimme. Kivun esiintyminen saattohoitopotilailla ei tullut yllätyksenä, koska ihmisen sairastaessa hänellä esiintyy aina jonkinlaista kipua. Nykyään onneksi ei tarvitse enää kivusta kärsiä.

Opinnäytetyön toteuttaminen oli pitkä prosessi. Yhteistyö Pirkanmaan Hoitokodin kanssa sujui hyvin. Tutkimuksemme aihe ja tutkimuskysymyksemme olivat alusta asti selkeät. Tutkimussuunnitelman tekeminen oli työn haasteellisin osuus, koska emme tienneet, kuinka tutkimus tulisi toteuttaa. Tutkimussuunnitelma oli riittävä ja saamamme palautteen mukaisesti muokkasimme sitä vielä. Syksyn työharjoittelun aikana haastattelimme potilaat ja läheiset. Saimme haastateltua vain yhdeksän potilasta ja läheistä suunnittelemamme 30 potilaan sijasta. Analysointi keväällä oli haastavaa, mutta eteni kuitenkin aikataulun mukaisesti. Emme voineet käyttää SPSS-ohjelmaa kyselylomakkeen kysymysten vaihtoehtojen vuoksi, vaan avasimme vastaukset tekstiin käyttäen apuna taulukoita ja sisällönanalyysiä. Keskinäinen yhteistyömme sujui hyvin ja tasapuolisesti.

Olemme oppineet tiimityötä, tutkimuksen tekemistä, mitä kaikkia siihen kuuluu, yhteistyötä eri tahojen kanssa, kuten opettajien ja työyhteisön kanssa, oman ajan käytön suunnittelua, kuinka saada aika riittämään perheen, työn ja koulun välillä. Työn eteneminen ja valmistuminen antoi onnistumisen kokemuksia. Saimme vahvistusta saattohoitopotilaan hoitotyöhön ja kivunhoidon toteuttamiseen. Työyhteisöltä saamamme palautteen mukaan, he voivat hyödyntää työtämme jatkossa.

LÄHTEET

- Colliander, Johanna, luento 6.4.2011. Vapaaehtoistoiminnan ohjaaja. Pirkanmaan Hoitokoti. Tampere.
- Duodecim 2008. Käypä hoito- suositus. Kuolevan potilaan oireiden hoito. 28.1. Viitattu 9.5.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063>. Tuloste tekijän hallussa.
- Etene 2003. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 4.5.2011. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf. Tuloste tekijän hallussa.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. 13-14. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY.
- Huttunen, Hanna & Voutilainen, Heli 2010. Kivunhoito saattohoidossa. Savonlinnan terveystieteiden vuodeosastoilla 2 ja 3. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Mikkelin sairaanhoitotyö. Opinnäytetyö. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/15465/OPPARI%20OIKEA2.pdf?sequence=1>
- Hänninen, Juha & Pajunen, Tapio 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Hämeenlinna; Karisto Oy.
- Idman, Irja & Hietanen, Päivi 2004. Vaikean sairauden aiheuttamien psyykkisten oireiden ehkäisystä ja hoidosta. Teoksessa Päivi Hietanen, & Anneli Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim. 2.painos. Helsinki: Duodecim.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro OY.
- Kivirinta, Mervi; Kuokkanen, Ritva; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. painos 2009. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Louhiala, Pekka & Launis, Veikko 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikkaa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Mattila, Eija, luento 6.4.2011. Sairaanhoidaja. Pirkanmaan Hoitokoti. Tampere.
- Pirkanmaan Hoitokoti 2010. Esite 4/2010. Magnum Oy.
- Sairaanhoidajaliitto i.a. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 16.5.2011.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_ty_o/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksien. Viitattu 4.5.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLE-12411.pdf. Tuloste tekijän hallussa.
- Surakka, Tiina, henkilökohtainen tiedonanto. 18.10.2011. Johtaja. Pirkanmaan Hoitokoti. Tampere.
- Surakka, Tiina, luento 6.4.2011. Johtaja. Pirkanmaan Hoitokoti. Tampere.
- Valvira i.a. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saattohoito. Viitattu 4.5. 2011. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito. Tuloste tekijän hallussa.
- Valvira i.a. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saattohoitoon siirtyminen. Viitattu 4.5. 2011. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoitoon_siirtyminen. Tuloste tekijän hallussa.
- Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Virtanen, Marianne 2000. Jaksamisen eväitä kipupotilaan hoitajalle. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Varti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 244-256.

LIITTEET

LIITE 1: Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien (AMK) eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajille, muille terveydenhuollossa työskenteleville sekä väestölle sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa ja hänen työnsä periaatteet.

I Sairaanhoitajan tehtävä

- Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.
- Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.

II Sairaanhoitaja ja potilas

- Sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.
- Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa.
- Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.

- Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

III Sairaanhoitajan työ ja ammattitaito

- Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille.
- Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan.
- Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti.

IV Sairaanhoitaja ja työtoverit

- Sairaanhoitajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä.
- Sairaanhoitajat kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta. He pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa.
- Sairaanhoitajat valvovat etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti.

V Sairaanhoitaja ja yhteiskunta

- Sairaanhoitajat osallistuvat ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla.
- Sairaanhoitaja toimii yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyjä hoitaa itseään. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa.

- Sairaanhoidajien kansainvälinen työ on ammatillisen tiedon ja taidon vastavuoroista välittämistä sekä osallistumista kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoidajat kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta.

VI Sairaanhoidaja ja ammattikunta

- Sairaanhoidajakunta huolehtii siitä, että ammattikunnan jäsenet hoitavat arvokkaasti yhteiskunnallisen tehtävänsä. Ammattikunta tukee jäsentensä moraalista ja eettistä kehitystä sekä valvoo, että sairaanhoidajalla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä.
- Sairaanhoidajat vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista. Heidän ammattijärjestönsä toimii aktiivisesti oikeudenmukaisten sosiaalisten ja taloudellisten työolojen varmistamiseksi jäsenistölle.
- Sairaanhoidajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoidajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. Sairaanhoidajakunnan asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä.

LIITE 2: Tutkimuslupa.

SOPIMUS OPINNÄYTEYHTEISTYÖSTÄ

1. Toimeksiantaja

Virasto/laitos/yksikkö

Yhteyshenkilö

Lähiosoite

Puhelin

Postitoimipaikka

@
s-posti

2. Opiskelija(t)

Sukunimi

Etunimet

Lähiosoite

Puh. / s-posti

Sukunimi

Etunimet

Lähiosoite

Puh. / s-posti

Diakin yksikkö

Tutkintonimike, johon tähtää

Työn ohjaaja Diakissa

Opinnäytteen nimi

3. Sopimuksen kohde

Opinnäytetyö suoritetaan tämän sopimuksen liitteenä olevan suunnitelman ja mahdollisen tutkimusluvan mukaisesti. Opiskelijalla on oikeus tehdä aineistosta opinnäytetyö ja julkaista työn valmistuttua opinnäytetyössä esitetyistä tiedoista artikkeleita.

4. Opiskelija sitoutuu

- a. noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia tutkimuseettisiä ohjeita hyvän tieteellisen käytännön periaatteista
- b. vaitiolovelvollisuuteen
- c. käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain edellä mainittuun tarkoitukseen
- d. olemaan luovuttamatta ja julkaisematta aineistosta yksilöityjä tai yksilöitävissä olevia tietoja.
- e. toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle ja mahdollisuuksien mukaan esittelemään opinnäytetyön tuloksia toimeksiantajalle
- f. Tämä sitoumus on voimassa opinnäytteen valmistuttuakin

5. Toimeksiantaja sitoutuu

- a. mahdollistamaan aineiston hankinnan
- b. sitoutuu opastamaan opinnäytteeseen liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä
- c. maksamaan opinnäytteestä aiheutuvia kustannuksia mahdollisen erillisen sopimuksen mukaisesti

6. Opinnäytesopimuksen purkaminen

Toimeksiantaja voi purkaa opinnäytesopimuksen, mikäli opinnäytetyö keskeytyy opiskelijasta johtuvasta syystä. Opiskelija voi purkaa sopimuksen, mikäli opinnäytetyön tekeminen on mahdotonta aineiston saannin ehtyessä tai muusta pakottavasta syystä. Jos opinnäytesopimus purkautuu, opinnäyteaineisto palautetaan toimeksiantajalle.

Tätä sopimusta on tehty kolme samansisältöistä kappaletta, yksi toimeksiantajalle, yksi opiskelijalle ja yksi Diakonia-ammattikorkeakoululle.

Päiväys

Tampere

_____ kuun _____ pänä 20 _____

Allekirjoitukset

Toimeksiantajan edustaja_____
Opiskelija_____
nimenselvennys_____
nimenselvennys_____
Opiskelija_____
Ohjaava opettaja_____
nimenselvennys_____
nimenselvennys

Liitteet

Liitteiden lukumäärä _____

Liitteiden otsikot

LIITE 3: Haastattelusopimus.

Arvoisa haastateltava,

olemme sairaanhoitaja opiskelijoita. Opiskelemme Porin Diakonia-ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyötä Pirkanmaan Hoitokodille ja tavoitteenamme on tutkia saattohoitopotilaan kivunhoidon arviointia.

Opinnäytetyömme lähti liikkeelle kivunhoidon lievityksen ajatuksesta. Meitä molempia kiinnostaa saattohoitopotilaan kivunlievitys. Pirkanmaan Hoitokodin johtajan kanssa sovimme, että tutkisimme kuinka kivunhoito toteutuu eri näkökulmista (potilaan, hänen läheisensä ja omahoitajansa näkökulmasta) katsoen. Tutkimus on osa opinnäytetyötämme.

Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista. Haastattelu voidaan halutessanne keskeyttää. Haastattelussa esiin tulevat asiat tai osallistumattomuus haastatteluun eivät vaikuta kohteluunne tai hoitoonne Pirkanmaan Hoitokodissa.

Ohjaajanamme toimivat opettajamme Sinikka Vuorinen ja Kristiina Riikonen. Halutessanne voitte olla yhteydessä Hoitokodin johtajaan Tiina Surakkaan (puh. 03-313 22 200). Opinnäytetyössämme noudatamme salassapitovelvollisuutta ja kenenkään nimiä ei tule julkisuuteen. Toteutamme kyselylomakkeen täyttämisen puolestanne haastatteleamalla teitä. Kiitos vastauksistanne.

Ystävällisin terveisin,

Nina Sävilähti
nina.savilahti@student.diak.fi
040 867 2285

Sanna Vähä-Peltomäki
sanna.vaha-peltomaki@student.diak.fi
040 735 4261

Olen lukenut yllä olevan ja suostun haastatteluun.

Päivämäärä

Allekirjoitus

Sopimusta on tehty kaksi kappaletta, yksi kummallekin osapuolelle.

LIITE 4: Kyselylomake potilaalle.

Taustatiedot

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä

1. Alle 30 vuotta
2. 30 – 39 vuotta
3. 40 – 49 vuotta
4. 50 – 59 vuotta
5. 60 – 69 vuotta
6. 70 vuotta tai yli

3. Kauanko olet ollut Pirkanmaan hoitokodissa?

1. Alle viikko
2. 1 -3 viikkoa
3. 4-6 viikkoa
4. Muu, mikä; _____

Kivun arviointi

4. Kuinka usein kipua esiintyy?

1. Satunnaisesti
2. Tietyissä tilanteissa
3. Koko ajan
4. Ei ole kipuja

5. Miten kipu ilmenee?

1. Kipuna kehossa
2. Hikoiluna
3. Lihasjännityksenä
4. Levottomuutena/sekavuutena
5. Ahdistuksena
6. Masentuneisuutena
7. Unettomuutena
8. Avuttomuutena
9. Suruna
10. Turvattomuutena
11. Hengellisenä kärsimyksenä
12. Muu, miten; _____

6. Millaista kipu on ollut lähipäivinä?

1. 0 – 3 Lievää
2. 4 – 7 Kohtalaista
3. 8 – 10 Voimakasta

7. Miten kerrot kivusta?

1. Kerron siitä hoitajalle
2. Kerron siitä omaiselle
3. Jollekin muulle, kenelle; _____
4. Ilmeillä tai eleillä
5. Ei ole kipuja

Kivun mittaaminen

8. Kuinka usein kivun voimakkuutta mielestäsi arvioidaan?

1. Ei ollenkaan
2. Kerran päivässä
3. 2-4 kertaa päivässä
4. Useammin

9. Onko kanssasi käytetty kipumittareita?

1. Ei
2. Joskus
3. Usein

10. Onko kipumittareiden käytöstä ollut apua?

1. Ei
2. Joskus
3. Usein

11. Onko mielestäsi kivun mittaamisesta hyötyä?

1. Ei
2. Joskus
3. Kyllä

Kivunhoidon toteutuminen

12. Millaisia hoitomuotoja on käytetty kivunlievityksessä?

1. Kipulääkettä
2. Kosketusta
3. Läsnaoloa
4. Muu, mitä; _____

13. Estääkö jokin asia/jotkut asiat kivunhoidon toteuttamisen?

1. Ei
2. Kyllä, mikä/mitkä asiat: _____

14. Haluaisitko vielä sanoa jotakin kivunhoidosta ja sen toteutumisesta?

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 5: Kyselylomake läheiselle.

Taustatiedot

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä

1. Alle 30 vuotta
2. 30 – 39 vuotta
3. 40 – 49 vuotta
4. 50 – 59 vuotta
5. 60 – 69 vuotta
6. 70 vuotta tai yli

3. Suhde potilaaseen

1. Puoliso
2. Vanhempi
3. Lapsi
4. Muu, mikä; _____

Kivun arviointi

4. Kuinka usein kipua mielestäsi esiintyy läheiselläsi?

1. Satunnaisesti
2. Tietyissä tilanteissa
3. Koko ajan
4. Läheiselläni ei ole kipuja

5. Miten kipu ilmenee mielestäsi?

1. Kipuna kehossa
2. Hikoiluna
3. Lihasjännityksenä
4. Levottomuutena/sekavuutena
5. Ahdistuksena
6. Masentuneisuutena
7. Unettomuutena
8. Avuttomuutena
9. Suruna
10. Turvattomuutena
11. Hengellisenä kärsimyksenä
12. Muu, miten; _____

6. Miten itse tunnistat kivun esiintyvyyden?

1. Läheiseni kertoo siitä
2. Hoitaja kertoo siitä
3. Joku muu kertoo siitä, kuka; _____
4. Rivien välistä lukemalla esim. ilmeiden tai eleiden perusteella
5. Potilas on kivuton

7. Millaista läheisen kipu on ollut lähipäivinä?

1. 0 – 3 Lievää
2. 4 – 7 Kohtalaista
3. 8 – 10 Voimakasta
4. En osaa sanoa

Kivun mittaaminen

8. Onko läheisen kivun arvioinnissa mielestäsi käytetty kipumittaria?

1. Ei
2. Joskus
3. Usein
4. En tiedä

9. Onko kipumittarin käytöstä ollut apua?

1. Ei
2. Joskus
3. Usein
4. En tiedä

Kivunhoidon toteutuminen

10. Millaisia hoitomuotoja on käytetty läheisen kivunlievityksessä?

1. Kipulääkettä
2. Kosketusta
3. Läsnaoloa
4. Muu, mitä; _____

11. Estääkö jokin asia/jotkut asiat kivunhoidon toteuttamisen?

1. Ei
2. Kyllä, mikä/mitkä asiat: _____

12. Haluaisitko vielä sanoa jotakin kivunhoidosta ja sen toteutumisesta?

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 6: Kyselylomake omahoitajalle.

Rengasta oikeat vaihtoehdot.

Taustatiedot

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä

1. Alle 30 vuotta
2. 30 – 39 vuotta
3. 40 – 49 vuotta
4. 50 – 59 vuotta
5. 60 – 65 vuotta

3. Koulutus

1. Perushoitaja
2. Lähihoitaja
3. Sairaanhoitaja

4. Työkokemus

1. Alle vuosi
2. 1-2 vuotta
3. 2-5 vuotta
4. Yli 5 vuotta

Kivun arviointi

5. Miten kipu ilmenee mielestäsi?

1. Kipuna kehossa
2. Hikoiluna
3. Lihasjännityksenä
4. Levottomuutena/sekavuutena
5. Ahdistuksena
6. Masentuneisuutena
7. Unettomuutena
8. Avuttomuutena
9. Suruna
10. Turvattomuutena
11. Hengellisenä kärsimyksenä
12. Muu, miten; _____

6. Kuinka usein kipua esiintyy omalla potilaallanne?

1. Satunnaisesti
2. Tietyissä tilanteissa
3. Koko ajan
4. Potilaalla ei ole kipuja

7. Miten tunnistat kivun esiintyvyyden?

1. Potilas kertoo siitä
2. Omainen kertoo siitä
3. Joku muu kertoo siitä, kuka; _____
4. Rivien välistä lukemalla esim. ilmeiden tai eleiden perusteella
5. Potilas on kivuton

8. Millaista potilaan kipu on ollut lähipäivinä?

1. 0 – 3 Lievää
2. 4 – 7 Kohtalaista
3. 8 – 10 Voimakasta

Kivun mittaaminen

9. Kuinka usein kysyt kivun voimakkuutta potilaalta?

1. En ollenkaan
2. Kerran työvuorossa
3. 2-4 työvuorossa
4. Useammin

10. Oletko käyttänyt kipumittaria?

1. Ei
2. Joskus
3. Usein

11. Onko kipumittarin käytöstä ollut apua?

1. Ei
2. Joskus
3. Usein

Kivunhoidon toteutuminen

12. Millaisia hoitomuotoja käytät potilaan kivunlievityksessä?

1. Kipulääkettä
2. Kosketusta
3. Läsnäoloa
4. Muu, mitä; _____

13. Estääkö jokin asia/jotkut asiat kivunhoidon toteuttamisen?

1. Ei
2. Kyllä, mikä/mitkä asiat: _____

14. Mitä kirjaat kivunhoidon toteuttamisesta?

1. Potilaan oman kokemuksen
2. Fysiologiset suureet (verenpaine, hengitys, pulssi tms.)
3. Fyysisiä oireita (hiki, tärinä tms.)
4. Kivun voimakkuus 1-10
5. Annettu lääke
6. Lääkehoidon vaikuttavuus

15. Haluaisitko vielä sanoa jotakin kivunhoidosta ja sen toteutumisesta?

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 7: Sisällönanalyysi mitä muuta potilaat halusivat sanoa kivunhoidosta ja sen toteuttamisesta.

| Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| Hoidettu kaikin puolin hyvin | Hyvä hoito | | |
| Kivunhoito parempaa | | | |
| Hyvin hoidetaan | | | |
| Hyvä on hoito | | | |
| Huomion pitoa | | | |
| Kivunhoito huomioidaan | Kivunhoidon huomioiminen | | |
| Sujuvaa | | | |
| Apua saa heti | | | |
| En osaa sanoa | Ei ole sanottavaa | | |
| Ei ole sanottavaa | | | |
| En osaa sanoa | | | |
| Hidasta | Kivunhoidon hidas toteutuminen | | |
| Voisi olla aktiivisempaa | | | |
| Käydä useammin katsomassa/kysymässä | Voisi tavata potilasta useammin | | |
| Jotkut hoitajat aktiivisempia | | | |
| Se on tarpeellinen | Tarpeellisuus | | |
| Täällä on turvallista | Turvallisuus | | |

LIITE 8: Sisällönanalyysi mitä muuta läheiset halusivat sanoa kivunhoidosta ja sen toteuttamisesta.

| Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|--|--------------------------|-----------|-----------|
| Se on ollut asiallista | Hyvä hoito | | |
| Ei moitittavaa | | | |
| Saa hyvää hoitoa | | | |
| Hyvin toimii | | | |
| Hyvä olo loppuun saakka | | | |
| Saatavilla aina | | | |
| Tiedetään kuinka kivunhoito toteutetaan | | | |
| Täällä osataan asiat | | | |
| Ammattitaitoinen henkilökunta | | | |
| Hoitajat parhaita arvioimaan kipua | | | |
| Aloitettu hyvin | | | |
| Kivunlievitystä on tarjolla hyvin | Kivunhoidon huomioiminen | | |
| Kipulääkettä saa äkkiä | | | |
| Kivunlievitys riittävää | | | |
| Tarjolla erilaisia lääkkeitä | | | |
| Annetaan sitä lääkettä mitä potilas haluaa | | | |
| Oma valinta lääkkeissä | | | |
| Hoitoon pääsy kuin lottovoitto | Helpotus | | |
| Luottamus | Turvallisuus | | |

LIITE 9: Sisällönanalyysi mitä muuta omahoitajat halusivat sanoa kivunhoidosta ja sen toteuttamisesta.

| Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|---|------------------------------|-----------|-----------|
| Ei kerro kivuistaan | Vaikea toteuttaa kivunhoitoa | | |
| Täytyy kysellä | | | |
| Kivun arviointi hankalaa | | | |
| Kivun hoito on haasteellista | | | |
| Potilas sekoittaa kivun ja hengenahdistuksen | Vaikea rajata kipua | | |
| Potilaan psyyken herkkyys vaikuttaa kivun arviointiin | | | |
| Elämästä luopumisen kipu | | | |
| Ahdistus osana fyysiseen kipuun | | | |
| Kipu on hengenahdistusta | | | |
| Vaiuttaa kokonaiskipuun | | | |
| Koskaan ei voi aliarvioida | Käytännön osaaminen | | |
| Siihen on pysähdyttävä | | | |
| Kokonaisvaltainen kohtaaminen | | | |
| Kaikki kivun osa-alueet huomioitu | | | |
| Luottamus hoitosuhteessa | | | |
| Ymmärrämme kokonaisvaltaisesti | | | |
| Kiinnostus muustakin, kuin fyysisestä kivusta | | | |
| Käsitteiden avaus | | | |
| Ei lääketieteellinen kieli | | | |

| | | | |
|--|-----------------|--|--|
| Ei lääkettä eksistentiaaliseen kipuun | Riittämättömyys | | |
| Kokee olevansa turvassa | Turvallisuus | | |
| Potilaalla lupa miettiä myös omassa mielessään | Ymmärrys | | |