

KIVUNHOIDON KIPUPISTEET

SAIRAAHOITAJAN KOKEMUKSIA POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄKEHOIDOSTA



Susanna Rissanen
Tiia Tirkkonen
Anu Vepsäläinen
Opinnäytetyö, syksy 2009
Diakonia-ammattikorkeakoulu,
Diak-Itä, Pieksämäki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

*"Kipu kuolee huutamalla, alastomana lattialla
Miten kauan sitä kestää ei, sitä ei voi tietää*

*Kehen sattuu ja kuinka paljon
siitä kysymys enää tässä kai on.
Kun on saavuttu siihen pisteeseen
ettei mikään ole varmaa*

*Maailman pisimmät tunnit
niiden otteeseen jää kiinni
Niitä kantaa loppuun asti
vaikka itse ei aina huomaa*

*Joku meistä on onneton, palanut mutta tunnoton,
katuva mutta uskonon, enemmän kuin rauhaton*

*Periaate on ehdoton, perustelu on aukoton, yhtälö ehkä mahdoton.
Miten niin muka armoton?*

*Kipu kuolee huutamalla
alastomana lattialla
Miten kauan sitä kestää
ei, sitä ei voi tietää"*

©Apulanta

TIIVISTELMÄ

Rissanen, Susanna, Tirkkonen, Tiia ja Vepsäläinen, Anu. Kivunhoidon kipupisteet. Sairaanhoidajan kokemuksia postoperatiivisen kivun lääkehoidosta. Pieksämäki, syksy 2009, 67 s., 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoidajan kokemuksia postoperatiivisen kivun lääkehoidosta Pieksämäen kaupungin terveystoimen kirurgian osastolla ja leikkausosastolla. Tavoitteena oli paikallistaa mahdollisten kehittämishaasteiden sijainti postoperatiivisessa kivun lääkehoitotyössä sairaanhoidajien näkökulmasta ja siten kehittää postoperatiivisen kivun lääkehoitoa Pieksämäen kaupungin terveystoimen leikkaus ja kirurgian osastolla.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Pieksämäen kaupungin Terveystoimen kirurgisen osaston ja leikkausosaston sairaanhoitajat. Tutkimus toteutettiin ensisijaisesti kvantitatiivisella tutkimustavalla, jota varten laadittiin strukturoitu kyselomake, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi 15 (n=15) sairaanhoitajaa, vastausprosentti oli 88. Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS ohjelmalla ja kvalitatiivinen osio sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat, että potilaat melko harvoin aiheuttavat haastetta postoperatiiviseen kivun lääkehoitoon. Sairaanhoitajat halusivat myös enemmän koulutusta kivun anatomiasta ja fysiologiasta, sekä kipulääkkeistä. Lisäksi haluttiin yhtenäiset ja ajan tasalla olevat ohjeet postoperatiiviseen kivun lääkehoitoon.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että sairaanhoitajille tulisi tarjota mahdollisuutta kivun lääkehoidon koulutukseen useammin. Toiseksi osastoille tulisi laatia ajantasaiset ja yhtenäiset kivun hoito-ohjeet. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä postoperatiivista kivun lääkehoitoa Pieksämäen kaupungin Terveystoimen kirurgisella osastolla ja leikkausosastolla.

Asiasanat: kipu, kivun lääkehoito, sairaanhoitaja, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Susanna Rissanen, Tiia Tirkkonen and Anu Vepsäläinen.

Challenges in Pain Medication. Nurse's Experiences of Postoperative Pain Medication. 67 p., 3 appendices. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2009.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Bachelor of Nursing

The purpose of this survey was to describe nurse's experiences of postoperative pain medication in the surgical and operation wards of Pieksämäki city's Health Services. The aim of this research was to locate possible improving challenges in postoperative pain medication from nurse's point of view, and thus to give a chance to develop postoperative pain medication in the surgical and operation wards of Pieksämäki city's Health Services.

The subject group of the survey was the nurses of the Pieksämäki Health Services surgical and operation wards. The survey was mainly done by using quantitative method for which the structured questionnaire, that included also open questions, was made. The questionnaire was answered by 15 (n=15) nurses, answering percentage was 88. The quantitative material was analyzed by SPSS-programme and the qualitative material by using the material based analysis.

According to the results, nurses felt that the patients fairly rarely give challenges in postoperative pain medication. Nurses would like to gain more education about pain's anatomy and physiology as well as pain medicines. In addition they would like to have consistent and up to date guidelines in postoperative pain management.

Based on the results, it could be said that nurses should be given a chance to participate in education of medical pain management more frequently. Secondly up to date and equal directions should be composed in wards. The results of the survey can possibly be used in improving postoperative pain medication in surgical and operation wards of Pieksämäki city's Health Services.

Keywords: pain, pain medication, nurse, quantitative research

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KIPU	9
2.1 Kivun määritelmät ja luokittelu	9
2.2 Kivun fysiologia ja anatomia	10
3 POSTOPERATIIVINEN KIPU	12
3.1 Postoperatiivinen kipu käsitteenä	12
3.2 Postoperatiivisen kivun lääkehoito	13
4 POTILAAN HUOMIOONOTTAMINEN POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄ- KEHOIDOSSA	16
4.1 Potilaan kivun kokemiseen vaikuttavia asioita.....	16
4.2 Postoperatiivisen kivun monimuotoisuus potilaalle	17
5 SAIRAANHOITAJAN KOGNITIIVISET TOIMINNOT POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄKEHOIDON OSANA	20
5.1 Sairaanhoitajan tiedot	20
5.2 Sairaanhoitajan asenteet	22
5.3 Sairaanhoitajan ajattelu ja päätöksenteko.....	23
6 HOITOYMPÄRISTÖ POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄKEHOIDOSSA.....	26
6.1 Sosiaalinen ympäristö.....	26
6.2 Rakenteellinen ympäristö	28
7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA	32
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	33
8.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä.....	33
8.2 Kyselylomake	35

8.3 Tutkimusaineiston analyysi	36
9 TUTKIMUKSEN TULOKSET	38
9.1 Vastaajien taustatietoja	38
9.2 Potilaisiin liittyvät tekijät.....	39
9.3 Sairaanhoidajien työhön liittyvät väittämät.....	40
9.4 Ympäristötekijöiden vaikutus.....	44
10 LISÄKOULUTUS ON TÄRKEÄÄ SAIRAANHOITAJAN AMMATISSA.....	50
10.1 Tulosten tarkastelua aikaisempien tutkimusten valossa	50
10.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	53
10.3 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat ja luotettavuus	54
10.4 Opinnäytetyöprosessi.....	56
LÄHTEET.....	58
LIITE 1: Sanna Salanterän ”kivun hoitotyön tiedonalueet” –teoreettinen malli	
LIITE 2: Saatekirje	
LIITE 3: Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Kivun hoito on tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Se on laaja-alainen ilmiö, jonka ymmärtämiseen sairaanhoitaja tarvitsee tietoa kivun mm. fysiologiasta, anatomiasta ja lääkehoidosta. Kivun hoito on jatkuvasti uudistuvaa, ja uusia keinoja sekä ohjeita on runsaasti tarjolla. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559,15,18) määrää, että sairaanhoitajan on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja näyttöön perusteltuja menettelytapoja, joita hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Lisäksi hän on lain mukaan velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa.

Tutkimuksen aihetta tarjottiin Pieksämäen kaupungin terveystoimen puolesta Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötorilla keväällä 2008 jatkoksi aikaisempaan opinnäytetyöhön, joka oli valmistunut keväällä 2007. Aihe valittiin sen ajankohtaisuuden ja tärkeyden takia. Väestön ikääntymisen takia on odotettavissa erityisesti ikääntyneen väestön traumatologisten leikkausten lisääntyvän. Ikääntyneiden ihmisten kivun lääkehoito on erityisen haastavaa. Lisäksi teknologia muuttuu, ja uudet kivun lääkehoidon menetelmät tuovat sairaanhoitajille uutta opiskeltavaa työhönsä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan kokemuksia postoperatiivisesta kivun lääkehoidosta Pieksämäen kaupungin terveystoimen kirurgisella osastolla ja leikkausosastolla. Tavoitteena oli, että tutkimuksen avulla voidaan kehittää Pieksämäen kaupungin terveystoimen postoperatiivisen kivun lääkehoitoa. Lisäksi tavoitteena oli tutkimuksen teorian tiedon ja tulosten avulla antaa Pieksämäen kaupungin terveystoimen leikkaus- ja kirurgisen osaston sairaanhoitajille mahdollisuus hahmottaa postoperatiivisen kivun lääkehoidon moninaisuus ja näin lisätä kyseiseen prosessiin liittyvää tiedostamista.

Tutkimuksen teoreettisessa jäsentelyssä tukeuduimme Sanna Salanterän (2006) esittämään ”Kivun hoitotyön tiedonalueet” -teoreettiseen malliin (Liite 1). Mallissa kuvataan niitä tiedonalueita, joita tarvitaan kipupotilaan hoitamisessa. Keskeistä kivun hoitotyössä on ymmärtää sen koostuvan monista eri osa-alueesta, esimerkiksi lääketieteellisestä ja psykologisesta. Tähän tutkimukseen valittiin vain muutama Salanterän (2006) mallin

osa-alueista, jotta aihe rajautui selkeäksi kokonaisuudeksi. Muun muassa fyysisen ympäristön käsittely jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 8.)

Salanterän (2006) mallin mukaan kivun hoitotyössä tarvitaan tietoa potilaasta, mm. hänen kokemuksistaan, tunteistaan sekä toiveistaan. Kivun hoitotyötä toteuttavan sairaanhoitajan osalta tietoa tarvittiin mm. ajattelusta, tiedoista, asenteista ja päätöksenteosta. Myös hoitoympäristö vaikuttaa osaltaan sairaanhoitajien toteuttamaan postoperatiivisen kivun lääkehoitoon. Salanterän kivunhoidon mallin mukaisesti tämä hoitoympäristö voitiin jakaa fyysiseen, sosiaaliseen ja rakenteelliseen ympäristöön. Sosiaalisesta ympäristöstä tarvittiin tietoa mm. asiantuntijoiden yhteistyöstä sekä moniammatillisuudesta. Rakenteelliseen hoitoympäristöön liittyviä tekijöitä ovat ne etiikkaan ja lakeihin pohjautuvat ohjeistukset ja asetukset, jotka vaikuttavat sairaanhoitajan toteuttamaan postoperatiivisen kivun lääkehoitoon sekä muut kivunhoidon toteuttamisen tueksi laaditut ohjeet. Lisäksi mukaan luetaan muun muassa kivun hoitoon liittyvät taloudelliset voimavarat ja resurssit. (Salanterä ym.2006, 8.)

Tutkimusongelmana oli: *Mitkä asiat koskettavat sairaanhoitajan toimintaa postoperatiivisen kivun lääkehoidossa?* Teoreettisen jäsentelyn perusteella tutkittiin, kuinka usein potilaaseen liittyvät tekijät koskettivat sairaanhoitajan postoperatiivista kivun lääkehoitoa. Lisäksi pyrittiin selvittämään sairaanhoitajien omaan työhönsä liittyviä tekijöitä postoperatiivisessa kivun lääkehoidossa. Kartoitettiin myös heidän mielipiteitään henkilöstöresurssien riittävydestä, moniammatillisuudesta, yhteistyöstä ja kivunhoito-ohjeista postoperatiivisen kivun lääkehoidossa. Lisäksi pohdittiin sairaanhoitajan postoperatiiviseen kivun lääkehoitoon liittyvää päätöksentekoa edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä.

2 KIPU

2.1 Kivun määritelmät ja luokittelu

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) määrittelee kivun seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus (aisti- ja tunnekokemus), joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivuriioon tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein”. Psykologi C. Richard määrittelee kivun hieman eri tavalla: ”Vaikka kipua voidaan kuvata aistihavaintona, se on ennen kaikkea voimakas negatiivinen tunnetila, joka hallitsee tietoisuutta”. (Vainio 2004, 17–18.)

Postoperatiivista kipua käsiteltäessä, on McCafferyn määritelmä käytetyin. McCafferyn vuonna 1968 tekemän määritelmän mukaan, potilas on itse kipukokemuksensa paras asiantuntija, eikä potilaan kipukokemusta siksi saa koskaan asettaa kyseenalaiseksi. Kipu on McCafferyn mukaan mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi ja on olemassa, kun potilas sanoo kipua olevan. Tähän määritelmään sisältyy edellisistä poiketen myös eettinen näkökulma. (McCaffery & Pasero 1999, 17.) Määritelmän täydennyksessä todetaan lisäksi, että yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. Tässä määritelmässä on huomioitu kivun moniulotteinen luonne. Siten määritelmään sopivat niin kudosaivuriosta kuin hermovauriostakin johtuva kipu sekä sellaiset kivun muodot, joissa kudos – tai hermovaurioita ei voida osoittaa. (Salanterä ym. 2006, 7.)

Kipu voidaan luokitella esimerkiksi lyhytaikaiseen eli akuuttiin tai pitkäaikaiseen eli krooniseen kipuun. Erilaisten kiputilojen määrittely ja hoito ovat erilaisia. Akuutti kipu johtuu jostain elimellisestä tekijästä. Kroonisena kipua pidetään, kun se jatkuu edelleen tavallisen paranemisajan jälkeen. (Vainio 2004, 17–18.) Krooninen kipu jaotellaan kudosaivuriokipuun eli nosiseptiseen kipuun, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen kipuun ja tuntemattomasta syystä johtuvaan kipuun eli idiopaattiseen kipuun. Perinteinen kivun luokittelu perustuu anatomiaan, esimerkiksi päässä sijaitseva kipu, kaulalla oleva kipu, jalkojen kipu ja niin edelleen. Se voidaan jaotella myös elinsysteemin mukaan:

vaskulaarinen kipu, ruoansulatuselinten kivut jne. Kipu voidaan jakaa myös somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun, tai aiheuttajan mukaan, josta esimerkkinä synnytyskipu. (Vainio 2004, 35; Kalso 1993, 55–58; Sailo & Vartti 2000, 32–33.)

2.2 Kivun fysiologia ja anatomia

Kipu on yksi tavallisimmista oireista. Kipua ilmenee normaalien fysiologisten (elintoi-
mintoihin perustuvien) tapahtumien yhteydessä, tapaturmaan tai sairauteen liittyen sekä
erilaisten hoitojen ja diagnoosien tekoon tähtäävien toimenpiteiden yhteydessä. Kivun
tunteminen on ihmiselle hengissä pysymisen ehto. Kipu varoittaa vaarasta, ja ehkäisee
ihmisen aiheuttamasta itselleen lisävahinkoa jo kertaalleen satutettuaan itsensä. Kipu
aiheuttaa elimistössä mm. verenpaineen ja pulssin muutoksia, väistämisreaktion, paon,
huutamisen, ontumisen ja liikkumattomuuden. (Vainio 2004, 17–18; Kalso 1993, 52;
Sailo & Vartti 2000, 24, 31; Kalso 2002, 86.)

Kun ihminen satuttaa itsensä fyysisesti, syntyy kudonvaurio. Kudoksia vahingoittaville
ärsykkeille herkkiä hermopäätteitä sanotaan kipuhermopäätteiksi eli nosiseptoreiksi.
Näitä hermopäätteitä on runsaasti ihossa, luukalvossa, sidekudoksessa sekä sisäelimiä
ympäröivissä kalvoissa, ja ne reagoivat mekaaniseen, kemialliseen sekä lämpö- ja kyl-
mä-ärsytykseen. Kudonvaurion aiheuttaman ärsykkeen ja sen aikaansaaman kiputunte-
muksen välillä on lukuisa määrä monimutkaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia.
Nämä tapahtuvat hermoissa, siinä hermoston osassa, jota sanotaan kipuradaksi. Kipura-
ta alkaa kudoksissa olevista pienistä hermopäätteistä, kulkee hermorunkoja pitkin kohti
selkäydintä ja jatkuu selkäytimessä kipujuosteena kohti aivokeskusta ja päättyy lopulta
aivokuorelle. (Vainio 2004, 25–26; Kalso 1993, 22; Sailo & Vartti 2000, 31.)

Kipu on yhtä aikaa sekä fysiologinen ilmiö että tunne- ja aistikokemus. Kipua voi aistia
ja kokea, vaikka kudonvaurioita ei olisikaan. Kipu on aina henkilökohtainen, ja eri ihmi-
set kokevat yhtä voimakkaan kivun eri tavoin. Kipu on sidoksissa yksilön kokemuksiin
ja kulttuuriin. Kivun kokemiseen liittyvät fysiologiset muutokset, tunteet, ajatukset,
yksilön toiminta, sosiaaliset suhteet ja monet muut tekijät. Esimerkiksi negatiiviset tun-
teet voimistavat kivun tunnetta, ja positiiviset tunteet vähentävät sitä. Sen vuoksi kivun

tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa ja edellyttää monenlaisia tietoja ja taitoja. Hoitotyössä käytetäänkin usein McCafferyn määritelmää kivulle: ”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän”. (Salanterä, ym. 2006, 7; Vainio 2004, 31.)

3 POSTOPERATIIVINEN KIPU

3.1 Postoperatiivinen kipu käsitteenä

Leikkauskipu tai anestesiaa vaativan toimenpiteen jälkeinen kipu, eli postoperatiivinen kipu, on akuuttia, kudonvaurioon liittyvää kipua ja voimakkuudeltaan vaihtelevaa. Se on aina elimistön hälytys elinvauriosta. Leikkauskipu hoidetaan aina hyvin, koska hoitamattomana se aiheuttaa potilaalle suuria ongelmia. Kipu lisää sympaattisen hermoston aktiiviteettia, nostaa pulssia ja verenpainetta sekä lisää sydämen työtä ja hapenkulutusta. Se voi pahimmillaan jopa johtaa sydämen hapenpuutteeseen ja siten infarktiin. Kipu aiheuttaa myös verisuonten supistumista ja siten huonontaa kudosten hapensaantia ja hidastaa haavan paranemista. (Kalso 1993, 154; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 371.)

Leikkauksen jälkeen potilaalla on normaalisti aina kipua, ellei sitä ole ennalta ehkäisty mahdollisuuksien mukaan, esimerkiksi puuduttamalla tai aloittamalla epiduraalinen kipulääkitys hyvin aikaisin. Suomalaiset ovat ilmaisseet tutkimuksissa hyväksyvänsä jonkin verran kipua leikkauksen jälkeen normaalina ilmiönä. (Kalso 1993, 154; Lukkari ym. 2007, 371.) Kipu on yleensä hankalinta heti leikkauksen jälkeen heräämövaiheessa, ja helpottaa muutamien päivien kuluessa (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 30).

Kipua on hankala mitata ja ihmisten kipukynnys vaihtelee. Siksi kivun hoidon perustana on aina potilaan oma tuntemus kivun voimakkuudesta. Leikkauksen jälkeinen kipu voi olla varoittavaa ja elimistöä suojelevaa: jos postoperatiivinen kipu alkaa tehokkaasta kivun hoidosta huolimatta vaikeutua, sen takana voi olla vakavakin leikkauskomplikaatio, kuten leikkauksessa suoritetun hemostaasin pettäminen tai jopa sydäninfarkti. Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttavat mm. leikkauksen suuruus, leikkausalue, potilaan voimavarat, anestesiatyyppejä ja aikaisemmat kivut. Leikkauksen jälkeinen kipu toisaalta estää potilasta rasittamasta itseään liikaa, toisaalta se estää liikkumista. Tehokas kipulääkitys leikkauksen jälkeen vähentää sairastavuuden lisäksi kuolleisuuttakin, koska ilman kipulääkkeitä liikkuminen estyy kivun vuoksi ja liikkumattomuus taas lisää leikkauksen jälkeisen keuhkokuumeen ja keuhkoembolian riskiä. (Ukkola ym. 2001, 29.)

3.2 Postoperatiivisen kivun lääkehoito

Vaikean kivun lääkehoito on monialaista ryhmätyötä, ja ryhmän merkittävin jäsen on kivusta kärsivä ihminen itse. Paras hoitotulos saadaan, kun potilas tietää riittävästi kivustaan ja osallistuu itse hoidon tavoitteiden asettamiseen. Silloin, kun kivun syytä ei voida poistaa, tarvitaan kivunlievitystä (analgesiaa), joka ei kuitenkaan vaikuta tajunnan tasoon. Tavoitteena on, että erilaisin menetelmin lievitetään kipua niin, että lepopipu on korkeintaan lievää. (Vainio 2004, 73; Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1995, 153; Lukkari ym. 2007, 370.)

Lääkehoitoa voidaan pitää tärkeimpänä ja käytetyimpänä kivun hoitokeinona. Raid (1999) toteaa tutkimuksessaan, että kolme neljäsosaa tutkimukseen vastanneista koki kipulääkkeet parhaaksi mahdolliseksi kivunlievityksen keinoksi. Parhaisiin hoitotuloksiin päästään usein yhdistämällä lääkehoitoon myös muita kivun hoitomenetelmiä. Muita hoitokeinoja postoperatiiviseen kipuun lääkkeiden lisäksi mainittakoon esimerkiksi jäähdyttäminen, asentohoito, lepo, musiikin kuuntelu, lämmittäminen, liikkuminen mahdollisimman pian, positiivinen asenne, läsnäolon tunne ja akupuntio (Bricklin 2003, 174; Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castren, Säämänen & Varjus 2001, 102–107).

Kipulääkkeillä tarkoitetaan lääkelaisissa määriteltyjä valmisteita tai aineita, joilla pyritään sisäisesti tai ulkoisesti annosteltuna parantamaan, lievittämään tai ehkäisemään kipua. Kipulääke saattaa sisältää useampaa eri vaikuttavaa lääkeainetta. Kipulääkkeillä on mahdollista vaikeidenkin kiputilojen tehokas hoito. Lääkehoitoa toteutetaan potilaan, lääkärin, sairaanhoitajan ja apteekin yhteistyönä. Sairaanhoitajan osuus kipulääkityksen suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa on keskeinen. (Salanterä ym. 2006, 107, 140–141.)

Sairaanhoitajan on päivitettävä kivunhoitoa koskevat tietonsa säännöllisesti, selvitettävä osastolla olevat kivunhoidon ohjeet ja periaatteet sekä toteuttava niitä yksilöllisesti potilaan tarpeiden ja voinnin mukaan. Kivunhoito on kokonaisuus joka koostuu arvioinnista, toteutuksesta ja uudelleen arvioinnista. (Blomster ym. 2001, 102–107.)

Lääkehoidon seurannassa olennaista on hoitovasteen seuranta eli sen tunnistaminen, auttaako lääke ja mitkä ovat sen mahdolliset haittavaikutukset. Jotta kipulääkkeen vaikutusta ja siten hoidon tehoa voidaan seurata, tulee hoidolla olla määritelty tavoite. (Salanterä ym. 2006, 142.) Potilasta tulee pyytää arvioimaan kivun voimakkuus, kesto ja sijainti säännöllisesti. Tähän voidaan käyttää erilaisia kipumittareita. Jos potilas on tajuton, on sairaanhoitajan arvioitava kivun määrää valvontalaitteiden ja oman havainnoinnin perusteella. Tällöin sairaanhoitaja joutuu usein tasapainottelemaan kivun lievityksen ja potilaan muiden vitalelintoimintojen välillä. (Blomster ym. 2001, 102–107.)

Olennaista kuitenkin postoperatiivisen kivun lääkehoidossa on, että kipua on helpompi ehkäistä kuin hoitaa pitkälle edenneenä. Siksi sairaanhoitajan on puututtava kivun hoitoon ajoissa, odottamatta kivun ilmaantumista tai sen lisääntymistä. Sairanhoitajalla on vastuu potilaan kivuttomuudesta, erityisesti tajuttoman potilaan kohdalla. Myöskään tajuissaan olevan potilaan kohdalla sairaanhoitaja ei saa odottaa, että potilas pyytää lääkettä vaan hänen on keskusteltava voinnista ja kivuista potilaan kanssa. (Blomster ym. 2001, 102–107.)

Mikäli tavoitteeksi asetettuun kivunlievityksen tasoon ei päästä, sairaanhoitajan tehtävä on ottaa yhteyttä kivunhoidosta vastaavaan lääkäriin lisäohjeiden saamiseksi. Yleensä postoperatiivisen kivun lääkehoidossa yhteyttä otetaan potilasta leikkauksen aikana hoitaneeseen anestesia- ja kivunlääkäriin. Sairanhoitajan tulee myös hallita kipulääkkeiden tavantomaissimmat haittavaikutukset, tunnistaa kiireellistä hoitoa vaativat kivunhoidon ongelmat ja hallita näiden ensihoidon periaatteet. (Salanterä ym. 2006, 142.)

Kivun lääkehoito suunnitellaan aina yksilöllisesti. Yleensä potilaalle rakennetaan sopiva kokonaisuus tulehduskipulääkkeistä ja opioideista. Masennus- ja epilepsialääkkeistä voi olla joillekin potilaille hyötyä esimerkiksi hermovauriokivun hoidossa. Kipulääkettä voidaan antaa mm. suun kautta, laastarin muodossa, kipupumpulla taikka annostella selkäyttimeen tai suoraan verenkiertoon. PCA on myös käyttökelpoinen keino kivunhoidossa, jolloin potilas voi itse annostella tarvitsemansa määrän lääkettä. Keski-Suomen keskussairaalassa leikkauskivun hoidoksi vuonna 2005 laitettiin 1048 epiduraalianalgesiaa ja 220 oksikodoni-PCA-pumppua, kun leikkausten kokonaislukumäärä oli noin 15000 (Karjalainen, 2006). PCA:n käyttö on kuitenkin hyvin teknistä ja harvemmin

käytetty kivun lääkehoidon muoto. (Vainio 2004, 75–79; Kalso 1993, 70–88; Rawal 1998, 51; Haug ym. 1995, 152; Huotari 2006, 197–199.)

Puudutuksilla voidaan päästä myös hyvään tulokseen. Oikein annosteltu paikallispuudute poistaa kiputunnon kehon tietyltä alueelta. Puudutuksilla on mahdollista saada aikaan riittävä sensorinen puutumus ilman potilaan liikkumista haittaavaa motorista salpausta. Ortopedisissä toimenpiteissä käytetään usein spinaalipuudutusta, joka vaikuttaa myös raajojen motoriikkaan. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito voidaan toteuttaa sekä epiduraalisella että spinaalisella kivunhoidolla. (Vainio 2004, 75–79; Kalso 1993, 70–88; Rawal 1998, 51; Haug ym. 1995, 152; Huotari 2006, 197–199.)

4 POTILAAN HUOMIOONOTTAMINEN POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄKEHOIDOSSA

Sairaanhoitajan on otettava huomioon kivun lääkehoidossa potilaiden yksilöllisyys, tunteet, toiveet, pelot, aikaisemmat kokemukset ja monet muut lukuiset asiat. Potilaan tuntemaan kipukokemukseen vaikuttavat monet hänen ominaisuuksiinsa liittyvät seikat, kuten esim. aikaisemmat kokemukset kivusta, sairauksista ja terveystalvvelujärjestelmästä, persoonallisuus, tunteet, tyytyväisyydenaste ja toiveet. Nämä henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat esim. kivunsietokykyyn ja kipukynnykseen. Kivunsietokyky ja kipukynnys voivat vaihdella samalla henkilöllä eri aikoina ja eri tilanteissa. (Salanterä ym. 2006, 9-10.) Raidin (1999) tekemän tutkimuksen mukaan 97 % kyselyyn vastanneista potilaista oli sitä mieltä, että kivunsietokyky on eri yksilöillä erilainen ja 92 prosentin mielestä jotkut sietävät kipuja enemmän. Kivun kokeminen on siis hyvin yksilöllistä. Potilaat kokevat kivun ja ilmaisevat sitä eri tavoin. Potilas saattaa esim. kokea kivun painajaismaisena ja selittämättömänä. Tuolloin hän voi kokea, ettei kiputilaa voi ennaltaehkäisevästi mitenkään hallita. (Jäntti 2000, 122.)

4.1 Kivun kokemiseen vaikuttavia asioita

Potilaan kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät. Kokonaiskivun tuntemukseen liittyvien tekijöiden tiedostaminen auttaa ymmärtämään kipupotilaan tuntemuksia ja tunnistamaan erilaisia kipukokemuksia. Esimerkiksi epämiellyttävät aikaisemmat kipukokemukset lisäävät pelkoa ja ahdistusta. Pelko ja ahdistus aiheuttavat stressiä, joka taas alentaa kivunsietokykyä. (Sailo & Vartti 2000, 30, 37.) On myös osoitettu, että potilaan aikaisemmillä kipukokemuksilla on yhteys hänen tuleviin kipukokemuksiinsa. Kovaa kipua kokenut ihminen kokee sitä herkemmin jatkossakin. Lisäksi aikaisemmat negatiiviset kokemukset terveystalvvelujärjestelmästä vaikuttavat kipukokemukseen siten, että kipu koetaan voimakkaammin. (Salanterä ym. 2006, 9-10). Pulkisen (1996) tutkimuksessa potilaat kokivat tärkeäksi heidän yksilöllisten tuntemustensa hyväksymisen ja todesta ottamisen. Hyvä sairaanhoitaja ei myöskään tee päätöksiä poti-

laan puolesta vaan yhdessä potilaan kanssa. Potilas, joka ajattelee että hänen vaivoihinsa suhtaudutaan vähättelevästi, saattaa jopa korostaa oireitaan, jotta tulisi ymmärretyksi (Estlander 2003, 73).

Potilaan tyytyväisyys ja motivaatio ovat myös yhteydessä kivun kokemiseen, mutta se ei tarkoita sitä, että tyytyväinen ja motivoitunut potilas olisi välttämättä kivuton. Myös yksilön tunnetila on yhteydessä kivun kokemiseen. Tiedon puute voi aiheuttaa potilaalle masennusta ja masennus sekä alakuloisuus taas lisäävät kipukokemusta. Toisinkuin positiivinen tunnetila, iloisuus ja hyvä olo vähentävät kivun kokemisen voimakkuutta. (Salanterä ym. 2006, 9-10; Jäntti 2000,122.)

4.2 Postoperatiivisen kivun monimuotoisuus potilaalle

Postoperatiivisen kivun kokemiseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten leikkauksen suuruus, leikkausalue, käytetty anestesia-aine, leikkauksen jälkeisen kivun ennaltaehkäisy ja hoitomenetelmät sekä potilaan persoonalliset tekijät. Myös leikkaukseen liittyvät psyykkiset tekijät ja odotukset sekä potilaan aiemmat kipukokemukset vaikuttavat kivun kokemiseen. (Raid 1999, 25–26; Ukkola ym. 2001, 29.)

Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija ja ainut, joka tietää, miltä hänestä tuntuu. Potilaalla on myös oikeus viestittää tunteensa häntä hoitaville. Toisaalta myös hoitohenkilökunnan tehtävänä on selvittää, miltä potilaasta tuntuu. (Sailo & Varti 2000, 62–63.) Nykyisin potilaiden voidaankin katsoa olevan aktiivisia osallistujia, jotka tuovat esille toiveitaan ja tarpeitaan (Vaartio & Leino-Kilpi 2008, 32).

Potilaalla on oikeus siihen, että terveydenhuollon työntekijät, sekä myös perhe ja ystävät uskovat hänellä olevan kipuja silloin, kun hän näin kokee (Sailo & Varti 2000, 62–63). Nousiaisen (2008) tekemän tutkimuksen mukaan vastaajat kokivat saavansa paljon emotionaalista tukea läheisiltään ja 93 % vastaajista koki läheistensä uskovan, että heidän kipunsa on todellista. Hieman harvempi (82 %) ilmoitti hoitohenkilökunnan uskovan kivun todellisuuteen. Raidin (1999) tekemän tutkimuksen mukaan melkein puolet (46 %) vastaajista luotti, että sairaanhoitaja uskoo todeksi heidän kipunsa eikä aliarvioi

heidän kipuaan. Tutkimuksessa potilaat myös kokivat, että saivat itse arvioida kipujensa voimakkuutta ja he uskoivat arviointiinsa luotettavan.

Kaiken kivun lääkehoidon perusta onkin potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta. Hoitoja voidaan yhtenäistää ja ohjata käyttämällä erilaisia vaihtoehtoisia sanallisia, numeerisia ja graafisia kipumittareita. Myös potilaan käyttäytyminen antaa viitettä kivun voimakkuudesta. Koska kivun valittamisen syyt voivat olla erilaisia eri potilailla, auttaa kivun aktiivinen arviointi ja kirjaaminen antamaan yksilöllisempää ja osuvampaa hoitoa. (Salanterä ym. 2006, 9-10.) Kaikkien potilaiden hoitoon tulisikin kuulua kivun ja sen vaikutusten arviointi, yhtäläillä kuin verenpaineen, pulssin ja lämmön seuranta. (Sailo & Vartti 2000, 63).

Postoperatiivisen kivun kokemisessa on yksilöllisiä eroja. Kipu on epämiellyttävä tunne, joka voi aiheuttaa pahimmillaan potilaalle myös henkistä kärsimystä. Voimakas postoperatiivinen kipu voi aiheuttaa potilaalle jopa akuutteja psyykkisiä kriisejä sekä pitkäkestoisia tunneperäisiä muutoksia. (Lukkari ym. 2007, 371.) Kivussa ihminen kokee sekä ruumiillisen että henkisen puolen kokonaisvaltaisena ja erottamattomana (Raid 1999, 25). Voimakkaan kivun kokeminen voi olla niin traumatisoiva kokemus, että se voi heijastua potilaan elämässä myöhemmin (Estlander 2003, 73).

Postoperatiivinen kipu saattaa aiheuttaa potilaalle pelkoa monin tavoin. Hänelle saattaa olla epäselvää, miten kipua hoidetaan, onko kipu jatkuvaa tai lääkkeillä hallittavissa, onko lääkkeitä sivuvaikutuksia tai tulee niistä riippuvaiseksi. (Jäntti 2000, 120–121.) Tiedon puute ja pelko tulevista tapahtumista lisää potilaan turvattomuutta ja kipua. Näin ollen perioperatiivisilla käynneillä ja tiedolla on merkitystä postoperatiivisten kipujen lievittämisessä (Raid 1999, 25–26). Holopaisen & Lehtomäen (2002) tutkimuksessa puolet potilaista jännitti tai pelkäsi leikkausta etukäteen. Pelkoa aiheutti lähes joka kolmannelle vastaajalle leikkauksen jälkeinen kipu.

Postoperatiivisen kivun lääkehoidon päätavoitteena voidaan pitää potilaan kivuttomuutta. Kipulääkkeen annostelun tulee olla riittävän suuri ja lääkitys on aloitettava mieluummin ennen kivun ilmaantumista tai ainakin mahdollisimman vähäisellä aikaviiveellä. (Ukkola ym. 2001.) Useiden tutkimusten mukaan suurin osa potilaista koki saavansa

kipulääkettä aina halutessaan (Raid, 1999; Holopainen & Lehtomäki, 2002; Väisänen 2000). Jokisen & Jyrkkämän (2002) tekemän tutkimuksen mukaan 93 % potilaista oli sitä mieltä, että oli saanut apua kipuihinsa. Suurin osa 84 % potilaista oli myös saanut kipulääkettä ilman pitkää odotusta. Väisänen 2000 tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajan tulisi huomioida potilaan toivomukset esimerkiksi antamalla lääkettä potilaan toivomassa muodossa.

5 SAIRAANHOITAJAN KOGNITIIVISET TOIMINNOT POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄKEHOIDON OSANA

Sairaanhoitajan rooli kivunhoidossa on haastava, ja sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen on jatkuvaa kouluttautumista, sekä tiedoissa, taidoissa että teknologiassa, ja työkokemusta vaativa prosessi. Kivun hoito edellyttää laajaa tietämystä ja eri tieteenalojen tiedon yhdistämistä potilaan parhaaksi. Sairaanhoitajalta onnistunut kivunhoitotyö vaatii kykyä tunnistaa potilaan kipu, valita oikeat auttamiskeinot, yhdistellä niitä ja arvioida hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 9, 69.)

Sairaanhoitajan tiedot, arviointitaidot ja asenteet vaikuttavat siihen, minkälaista kivunhoitoa potilas saa (Lukkari ym. 2007, 370). Sairaanhoitajan tulisi reflektoida, täydentää ja päivittää tietotaitoaan ja pyrkiä vaikuttamaan työhönsä antaakseen potilaalle mahdollisuuden hyvään hoitoon ja oikeuksien toteutumiseen. Olisi tärkeää, että edellä kuvatun kaltaiseen toimintaan työyhteisössä kannustettaisiin. On todettu, että sairaanhoitaja, jonka kliiniset tiedot ovat puutteelliset, välttelee potilaiden toiveiden analysointia vaikeiden kysymysten pelossa. (Vaartio & Leino-Kilpi 2008, 34.) Kivun arvioinnin voidaan sanoa perustuvan potilaan ja sairaanhoitajan väliseen yhteistyöhön. (Lukkari ym. 2007, 370.) Keskeisimpänä kysymyksenä kivunhoidossa on se, missä määrin sairaanhoitaja kykenee ymmärtämään ja tulkitsemaan potilaan kokemaa kipua (Kalso 1993, 19). Lisäksi tiedostetaan, että potilaan kivun on mahdollista aiheuttaa myös sairaanhoitajille ahdistusta, avuttomuutta ja voimattomuutta (Ylinen 2002).

5.1 Sairaanhoitajan tiedot

On tärkeää, että sairaanhoitajat arvioivat omaa osaamistaan. Heidän tulisi tunnistaa omat heikkoutensa ja vahvuutensa sekä pohtia vastaako oma osaaminen työssä tarvittavaa osaamista (Hilden 2002, 31). Ammatillisen osaamisen arvioinnin kautta mahdollistuu sairaanhoitajien jatkuva ammatillinen kehittyminen ja kasvu (Heikkilä, Ahola, Meretoja, Suominen & Kankkunen 2005, 10). Tässä arvioinnissa tulee pyrkiä rehellisyyteen, ja sitä voi suorittaa niin sairaanhoitaja itse kuin esimies tai muu työyhteisökin.

Puutteita havaittaessa niihin tulee reagoida tietoa hakemalla, koulutuksen avulla tai pyytämällä ohjausta työyhteisön jäseniltä. (Hilden 2002, 31.) Vakituiset työntekijät arvioivat usein oman ammatillisen pätevyytensä korkeammalle, kuin sijaisena toimivat sairaanhoitajat ja myös pitkän hoitotyön työkokemuksen on katsottu vahvistavan pätevyyttä. Onkin mietitty vaikuttaako edellä mainittuun vakituisten sairaanhoitajien paremmat mahdollisuudet osallistua koulutuksiin. Koulutus antaa sairaanhoitajille kehittymisen avaimet, joiden avulla avautuu mahdollisuus ammatillisen pätevyyden jalostumiselle. Kokemuksen avulla sairaanhoitajan osaaminen muuttuu kokonaisvaltaiseksi teorian ja käytännön kokemuksen yhdistyessä. (Heikkilä ym. 2005, 9.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Ylinen, 2002; Hakala, 2004, 23–26; Hovi & Lauri, 1997) on usein todettu sairaanhoitajien tietojen kivusta olevan puutteellista ja koulutuksen sekä uuden tiedon hankkimisen vähäistä. Sairaanhoitajien kivunhallintatiedoissa on todettu olevan puutteita. Ongelmia voi esiintyä mm. kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa. Kipulääkityksen suhteen sairaanhoitajalla voi olla pelkoja tai virheellisiä käsityksiä lääkkeiden vaikutusmekanismeista. (Lukkari ym. 2007, 373.) Ylisen (2002) tutkimuksessa sairaanhoitajat ilmaisivat tietonsa perustuvan työkokemukseen. Lehtomäki (2008) on tutkimuksessaan todennut, että myös sairaanhoitajaopiskelijoilla oli puutteelliset tiedot kivunhoidosta ja he toivoivat koulutuksen opintosuunnitelmaan erillistä kivunhoidon jaksoa. Lisäksi sairaanhoitajien on todettu peruskoulutuksessaan saavan tietoa kivunhoidosta hajallaan erilaisissa yhteyksissä (Valliario 2003). Erikoistumisopinon tarvetta koskevissa kyselyissä kivunhoito on ollut keskeisin tarvealue (Salanterä ym. 2006, 69–70).

Kuopion yliopistollisen sairaalan sairaanhoitajille ja kättilöille tehty tutkimus osoitti heillä olevan suhteellisen hyvät tiedot postoperatiivisesta kivusta sekä sen lääkehoidosta. Epävarmuutta oli kuitenkin huomattavissa sairaanhoitajien tiedoissa koskien varsinkin kivun lääkehoitoa. Sairaanhoitajat itsekin kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta kivun lääkehoidon eri osa-alueilla. Yli puolet vastanneista koki tarvitsevansa lisätietoa kivun fysiologiasta, lääkkeitä ja hoitomenetelmistä. Siitä huolimatta kivunhoidon koulutukseen osallistuminen on tulosten perusteella vähäistä. Vastaajien itsenäinen tiedonhaku kivusta ja sen hoidosta oli sen sijaan aktiivista. Vastaajista 39 % oli osallistunut lääkehoitoa käsitteleviin koulutuksiin vain kerran ja n. 33 % ei ollut osallistunut lainkaan

koulutuksiin. Kyseisessä tutkimuksessa havaittiin lisäksi, että 51-vuotiaat tai sitä vanhemmat sairaanhoitajat eivät osallistuneet aktiivisesti kivunhoidon koulutuksiin. (Javanainen & Leskinen, 2001.)

Pesosen (1997) tutkimuksessa ilmeni toivo säännölliseen koulutukseen kivun hoidossa, niin että sairaanhoitajilla olisi käytettävissään uusin mahdollinen tieto. Halimaan (1994) tutkimuksessa vastanneista 32 % ilmoitti, että heillä on riittävästi tietoa kivun kokemisesta. Yli puolet arvioi tietonsa liian vähäiseksi tai heillä ei ollut tietoa lainkaan. Lisää tietoa kivun hoitamisesta halusi 91 % vastaajista. Karhun ja Silmärisen (2002) tutkimuksessa 39 % vastanneista oli osallistunut lääkehoitoa koskeviin koulutuksiin vain kerran ja 34 % ei koskaan. Vastaajista 98 % kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta kivusta ja sen hoidosta. Sairanhoitajista kuitenkin 87 % piti kykyään arvioida potilaan kipua hyvänä tai melko hyvänä, huonona vain 1 %.

Hovin ja Laurin (1997) tutkimuksessa todettiin 35 prosentilla sairaanhoitajista olevan huonot tiedot kivusta ja sen hoidosta. Keskin kertaiset tiedot todettiin olevan 55 prosentilla ja hyvät vain 10 prosentilla. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat tarvitsivat lisää tietoa mm. kipulääkkeistä. Sormunen (1999) on tutkinut sairaanhoitajien tietämystä postoperatiivisen kivun hoitomuodoista. Hänen mukaansa sairaanhoitajista 80 prosenttia arvioi tietävänsä kipulääkkeen toimintamekanismit ja tuntevansa sivuvaikutukset. (Sormunen 1999.)

5.2 Sairanhoitajan asenteet

Asenteet vaikuttavat siihen miten tulkitsemme ja havainnoimme asioita. Olemukseltaan ne ovat melko pysyväisluonteisia, tahtoessamme jopa pysyviä, ja johdonmukaisia tapoja suhtautua mm. meitä ympäröiviin ihmisiin ja asioihin. (Silvennoinen 2004, 98.) Eräänä esteenä onnistuneen kivunhoidon toteutumiselle voidaan pitää hoitavan henkilökunnan vähättelevää ja välinpitämätöntä asennoitumista kivun hoitotyötä kohtaan. Työhönsä motivoituneen, yhteistyön tärkeyden ymmärtävän ja tietotaitoaan ylläpitävän sairaanhoitajan on mahdollista tehdä onnistunutta kivun hoitotyötä. (Salanterä ym. 2006, 11.)

Vastuu onnistuneesta kivunhoidosta kuuluu kaikille hoitoon osallistuville, myös potilaalle. Ainoastaan hyvin koulutautunut ja motivoitunut henkilökunta kykenee antamaan potilaalle oikeaa ja asiallista tietoa, joka mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan kivunhoitoonsa. (Hakala 2004, 26.) Potilaan saaman riittävän tiedon kivusta ja kivunhoidosta on katsottu mahdollistavan hyvän ja tehokkaan kivunhoidon sekä nopeuttavan potilaan toipumista ja ehkäisevän kivun kroonistumista (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2005, 38). On todettu, että hoitava henkilökunta ei aina usko potilaan ilmaisemaan kipuun vaikka yleisesti myönnetään, että kivunhoitoa tulee suunnitella yhdessä potilaan kanssa (Lahti ym. 2005, 37; Hakala 2004, 23–26).

Rask (2001) tutkimuksessaan toteaa, että sairaanhoitajilla on hyvät asenteelliset lähtökohdat kivun hoidossa. Kivun arvioinnissa lähes kaikki sairaanhoitajat ilmoittivat potilaan olevan kipujensa paras asiantuntija, mutta käytännön hoitotyössä sairaanhoitajat eivät täysin luottaneet potilaan asiantuntijuuteen. Ylisen (2002) tutkimuksessa 97 % vastanneiden mielestä potilas on kipunsa paras asiantuntija. Myös Ryhänen (1999) sai samansuuntaisia tuloksia tutkimuksessaan.

Hovin ja Laurin tutkimuksessa (1997) sairaanhoitajien asenteet kipua ja kivun hoitoa kohtaan kertoivat kivuttomuuden ja potilaan mielipiteen kuulemisen tavoitteesta. Kuitenkin puolet vastanneista oli sitä mieltä, että potilaan tiedot eivät riitä kivunhoidon suunnitteluun. Tutkimuksessa todettiin 43 potilaan 51:stä kertoneen kivustaan mutta 63 % vastanneista ei luottanut potilaan ilmoitukseen kivusta. Heistä 17 % oli sitä mieltä, että kipu kuuluu asiaan ja että aina on arvioitava myös kivun ulkoisia merkkejä.

5.3 Sairaanhoitajan ajattelu ja päätöksenteko

Sairaanhoitajalta vaaditaan monenlaisten ajattelun taitojen ja muotojen hallintaa. Hoitotyössä loogisuutta voidaan pitää toiminnan lähtökohtana. Loogisuus ilmenee periaatteiden noudattamisena, tietyn järjestyksen noudattamisena, hoitopäätösten teossa ja konkreettisissa hoitotoimissa. Lisäksi loogisuus näkyy yksityiskohdissa kuten potilaan tarkkailussa. Potilaan tilasta tehdyt haavainnot ja niistä johdetut johtopäätökset edellyttävät monialaista tietopohjaa ja tietojen loogista yhdistämistä. Tällöin voidaan puhua päätte-

lytaitojen hallinnasta. Kriittisen ajattelun ytimenä voidaan pitää perusteiden arviointia. Tällöinkin loogisuus ja rationaalisuus ovat ensiarvoisia. Perusteiden arviointi ilmenee kysymysten esittämisenä – sairaanhoitaja pohtii tilanteiden perusteita. (Nurmela 2002, 175–176.)

Päätöksenteko tarkoittaa tiedon käyttöä tilanteissa, joissa sairaanhoitajalla ja potilaalla on päämääränä yhdessä saavuttaa terveyden palauttaminen, säilyttäminen tai edistäminen (Kassara ym. 2004, 11). Päätöksenteko kuuluu olennaisena osana sairaanhoitajan työhön, ja työn voidaankin kuvata etenevän jatkuvan päätöksenteon kautta (Lauri 2006, 103). Päätöksentekotaitoja vaaditaan sairaanhoitajalta, sillä hänen tehtävänä on viedä potilaan asioita eteenpäin. Hänen tulee konsultoida lääkäriä silloin, kun määrätty hoito ei riitä. Sairaanhoitajan tulee lisäksi ennakoida potilaalle kivuliaita tilanteita siten, että lääkityksestä on huolehdittu ajoissa. (Salanterä ym. 2006, 176.) Hoitotyössä päätöksenteon vaiheina pidetään tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia (Kassara ym. 2004, 11).

Intuitiivinen ja analyttinen ajattelu ovat ajatteluprosesseja, joille sairaanhoitajan tekemät päätökset pääasiassa perustuvat. Ongelmanratkaisumenetelmä on systemaattinen ja analyttinen keino ratkaista hankala tilanne. Menetelmässä on viisi vaihetta: tiedonhankintavaihe, epätoivotun tilanteen tunnistamisvaihe, halutun ja toivotun päämäärän selvittämisvaihe, toimenpidevaihe ja arviointivaihe. Vaiheet menevät osittain limittäin. Intuitiivisesti kokenut sairaanhoitaja osaa ratkaista ongelman pitkän kokemuksensa turvin. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 189–197.)

Eettisten päätösten takana ovat arvot. Arvot vaikuttavat siihen, mitä sairaanhoitaja pitää oikeana tai hyvänä, ja mitä vääränä, huonona tai pahana. Ongelmalliseksi tilanne muodostuu, kun sairaanhoitaja joutuu valitsemaan kahden tai useamman suotuisan tai epäsuotuisan ratkaisun välillä. Hyvän päämäärän määrittäminen ei ole aina helppoa. Joskus sairaanhoitaja joutuu määrittelemään hyvän päämäärän potilaan puolesta. Sairaanhoitajan tulee tiedostaa omat arvonsa ja oppia kantamaan vastuunsa tekemistään ratkaisuista ongelmatilanteissa. Sairaanhoitajan on myös kyettävä perustelemaan tekemänsä ratkaisut, mutta kyettävä yhteistyöhön erilaisen eettisesti ajattelevan omaavan ihmisen kanssa.

(Blomster ym. 2001, 75.) Ylisen (2002) tutkimuksessa valtaosa vastaajista ilmoitti, että eettinen keskustelu kivun hoidosta eri ammattiryhmien väliltä puuttui.

6 HOITOYMPÄRISTÖ POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄKEHOIDOSSA

Hoitoympäristö vaikuttaa olennaisesti kivun hoitotyön onnistumiseen luoden puitteet hoitotyölle. Hoitoympäristöllä on myös merkitystä potilaan kivun kokemisen kannalta. Sairaaloissa voidaan suunnitella kivun hoitotyö niin hyvin, että sen toteuttaminen on laadukasta. Muun muassa selkeä vastuun- ja tehtävienjako, ajan tasalla olevat ohjeet, yhtenevät kivun arviointitavat ja riittävä koulutus edesauttavat laadukkaaseen kivun hoitotyöhön.

Sanna Salanterän Kivun hoitotyön tiedonalueet -mallissa (Liite 1) hoitoympäristö jaetaan fyysiseen, sosiaaliseen ja rakenteelliseen ympäristöön. Fyysinen ympäristö käsittää esimerkiksi hoitotilat. Aihealuetta rajaten, fyysisen ympäristön käsittely jätettiin tietoisesti tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Sosiaalisesta ympäristöstä tähän tutkimukseen valittiin mukaan moniammatillisuus, yhteistyö ja vuorovaikutus. Rakenteellisesta ympäristöstä tutkimukseen valittiin lainsäädäntöä, osittain resurssit sekä erilaiset ohjeet ja eettiset seikat. (Salanterä ym. 2006, 15.)

6.1 Sosiaalinen ympäristö

Moniammatillisessa työyhteisössä ihmisillä on erilaiset tietopohjat ammateista riippuen, ja tiedot vaihtelevat myös saman ammattiryhmän sisällä. Nämä saattavat johtaa erilaisiin hoitotyön tavoitteisiin sekä vaikeuksiin priorisoida ja kommunikoida. Kyseisissä tilanteissa potilaan saama aika hupenee hoitopäätösten etenemiseen hierarkisessa hoitoketjussa. Hoitajien tulisi uskaltaa tuoda esille erimielisyydet, vaatia hyviä työoloja ja tukea kollegiaalisesti toisiaan. (Vaartio & Leino-Kilpi 2008, 34.) Moniammatillinen lähestymistapa kivun hoitoon auttaa henkilökuntaa ymmärtämään ongelmaa monesta eri näkökulmasta ja toimimaan potilaan tarpeista lähtöisin (Salanterä ym. 2006, 25). Sairaanhoidaja toimiikin lääkehoidossa osana moniammatillista yhteistyötä, jossa eri alojen asiantuntijat vastaavat yhdessä potilaan lääkehoidosta (Kassara ym. 2005, 307).

Kivunhoito on monialaista ja ammatillista vaatien yhteistyöosaamista ja eri ammattien välistä arvostusta. Moniammatillinen yhteistyö on kivun hoidossa tärkeää kustannusten hallinnan, hoidon vaikuttavuuden ja tehokkuuden tasapainottamisen kannalta. Sanna Salanterä määrittelee moniammatillisen kivun hoidon seuraavasti:

Moniammatillisella kivunhoidolla tarkoitetaan eri ammattiryhmien järjestäytyntä yhteistoimintaa kivun hoidossa. Järjestäytyneellä toiminnalla tarkoitetaan säännöllistä yhteistyötä tai sovittuja toimintamalleja eri ammattiryhmien kesken. (Salanterä ym. 2006, 66.)

Kivun hoitotyö on moniammatillista arviointia, hoitoa ja kuntoutusta. Moniammatillisen yhteistyön toteutuksessa on keskeistä, että ryhmällä on yhteiset tavoitteet ja kaikki ryhmän jäsenet ovat sitoutuneet tavoitteiden saavuttamiseen. (Salanterä ym. 2006, 178; Lukkari ym. 48.) Silén-Lipposen & Tossavaisen (2003) mukaan perioperatiivisessa tiimissä, ja siten myös postoperatiivisen kivun hoidon tiimissä, korostuu ammatillinen osaaminen ja tiimin jäsenten vuorovaikutustaidot. Hyvä tiimityö näkyy selkeänä ja joustavana työnjakona ja työn kehittämisenä.

Postoperatiivinen kivunhoito on jo monissa sairaaloissa järjestäytyntä. Kivun hoitoon osallistuvat mm. anestesia lääkäri, kirurgi, gynekologi, sairaanhoitajat, kättilöt, fysioterapeutit sekä toimintaterapeutit. Postoperatiivisen kivunhoidon moniammatillisessa työryhmässä sairaanhoitajan vastuulla on erityisesti kivun tunnistaminen, hoidon toteutus ja hoidon vaikutuksen seuranta. (Salanterä ym 2006, 29, 67, 175.) Hyvinkään sairaalassa sairaan- ja perushoitajille 2003 tehdyssä tutkimuksessa todettiin epäselvyyttä vastuun jaosta hoitajien ja lääkäreiden välillä (Hakala 2004, 23–26).

Vaikka sairaanhoitajan tiedot ja taidot olisivat hyvät kivun hoidossa, niin eri ammattiryhmien yhteistyön puute voi estää kivun hoidon onnistumisen. Kivunhoitotyön onnistumista auttaa selkeä vastuunjako, joka tarkoittaa sitä, että kivun lääkehoitoa toteuttavat henkilöt tietävät, kuka tekee ja mitä, sekä miten saadaan ratkaisut hyvään kivun hoitoon. Postoperatiivisessa kivun hoidossa on tiedettävä milloin vastuu on kirurgilla, milloin anestesiologilla, milloin sairaanhoitajalla, sekä miten ja keneen otetaan yhteyttä jos kivun hoidossa on ongelmia. (Salanterä ym. 2006, 11–65.) HYKS Töölön sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa vuonna 2005 koettiin sairaanhoitajan vastuu potilaan kivunhoidos-

ta suureksi ja sen toivottiin siirtyvän enemmän moniammatilliselle yhteistyöryhmälle ja osaston lääkäreille (Lahti ym. 2005).

6.2 Rakenteellinen ympäristö

Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 3). Oikeus hyvään kivunhoitoon tarkoittaa tutkittuun tietoon ja kliiniseen näyttöön pohjautuvaa hoitomenetelmien valintaa, käyttöä ja arviointia. Tällöin sairaanhoitajan tulee tunnistaa kipu, hallita erilaiset menetelmät ja osata arvioida hoidon vastetta. (Salanterä ym. 29.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559,15,18) sanoo, että terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävänä on mm. potilaiden kärsimysten lievittäminen, ja terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja näyttöön perusteltuja menettelytapoja, joita hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Toiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava huomioon potilaan saamat edut ja haitat hoitotoimenpiteistä. Hän on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Tämä velvoitteen voidaan katsoa sisältävän niin työn sisältöä koskevan osaamisen kuin vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksien kehittämisen (Salanterä ym. 2006, 29).

Potilaan kanssa on pyrittävä yhteisymmärrykseen hoidosta. Jos hän kieltäytyy esim. lääkehoidosta, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Tärkeää on myös kunnioittaa potilaan oikeutta tiedonsaantiin omasta hoidostaan ymmärrettävällä tavalla. Hänen on saatava tarpeellinen hoito myös silloin, kun hän tajuton eikä hänen tahtoaan voida tuolloin kuulla. (Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5, 6.) Voidaan sanoa hoitajien ammatillisen velvollisuuden olevan edistää potilaiden oikeuksia, vaikka he eivät itse niiden tiedostaisikaan olevan uhattuna (Vaartio & Leino-Kilpi 2008, 33). Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee arvostaa ja hänelle on järjestettävä mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Sairaanhoitajaliitto 1996). Itsemääräämisen toteutuminen lisää potilaan hoitotyytyväisyyttä, herättää hoitomyönteisyyttä, edistää paranemista, kohottaa

mielialaa ja potilaan itsetuntoa. Tällöin potilaan on mahdollista kokea saavansa yksilöllistä hoitoa. (Löfman 2000, 23.)

Sairaanhoitajan tulisi toimia potilaan edunvalvojana. Suomessa potilaiden ja hoitajien näkemykset edunvalvonnan toteutumisesta kivunhoidon yhteydessä ovat olleet melko samanlaisia. Oikeuksien on katsottu kuitenkin toteutuvan melko satunnaisesti. Työttömät esimerkiksi ovat kokeneet useammin, että heitä ei ole ohjattu kivun lääkehoidossa. Yli 50-vuotiaat ovat kokeneet muita useammin saaneensa osallistua kivunhoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. (Vaartio & Leino-Kilpi 2008, 33.)

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sairaanhoitajan tehtäväksi mainitaan väestön terveyden ylläpitämisen ja edistämisen, sairauksien ehkäisemisen sekä kärsimyksen lievittämisen. Sairaanhoitajan voidaan katsoa olevan vastuussa toiminnastaan ensisijaisesti hoitamilleen potilaille ja hänen tulisi edistää heidän yksilöllistä hyvää oloa. Potilas tulisi kohdata arvokkaana ihmisenä ja lähimmäisenä huomioiden hänen yksilölliset arvonsa, vakaumuksensa ja tapansa. Potilasta täytyy kuunnella hänen tilanteeseensa eläytyen. Hoitosuhteen tulee perustua avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen. Sairaanhoitajan tulisi hoitaa jokaista potilasta yksilöllisten hoitotarpeiden mukaisesti, tasa-arvoa toteuttaen ja oikeudenmukaisesti. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa sanotaan lisäksi, että sairaanhoitajien on tuettava toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja ammatillisessa kehittämisessä. Heidän on valvottava, ettei kukaan potilaan hoitoon osallistuvista henkilöistä toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. Yhdessä heidän on vastattava myös siitä, että hoitotyön laatu on hyvää ja, että sitä parannetaan jatkuvasti. (Sairaanhoitajaliitto, 1996). Potilaan edun vaatiessa tulee konsultoida kollegaa tai toisen ammattiryhmän edustajaa (ETENE, 2001). Kuitenkin tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa aina henkilökohtaisesti ja hänellä on velvollisuus kehittää omaa ammattitaitoaan. (Sairaanhoitajaliitto, 1996.) Hoidon laadun takaamisen kannalta on tärkeää, että hoitotyö pohjautuu tieteellisesti tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen (ETENE 2001).

Potilaan oikeus hyvään hoitoon vaatii toteutuakseen vahvaa sitoutuneisuutta kaikilla hoidon tasoilla. Palvelun tuottajat ovat itse vastuussa kivun hoidon laadusta. Päätäjien

tulisi huolehtia, että kivusta kärsivien potilaiden hoidolle on olemassa riittävät resurssit ja edellytykset. (Salanterä ym. 2006, 29.) Hallinnolla on merkityksensä resurssien taroituksenmukaisessa kohdentamisessa esimerkiksi huomioimalla sijaisten riittävän määrän ja henkilökunnan koulutusmahdollisuudet (Sailo & Vartti, 247).

Hyvä kivunhoito edellyttää riittävästi henkilökuntaa, jolla on tarvittavat tiedot ja taidot kivusta ja sen hoidosta, ja aikaa sen toteuttamiseen (Salanterä ym. 2006, 175). Suuret potilasmäärät per sairaanhoitaja, vaikeahoitoiset potilaat sekä hektisyys vaikuttavat hoitotyön laatuun (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 41). Henkilökunnan riittämättömyys ja hoitoketjun katkonaisuus saattavat estää hyvän hoitosuhteen kehittymisen potilaan ja sairaanhoitajan välille (Vaartio & Leino-Kilpi 2008, 34). Pulkkinen (1996) tutkimuksessa potilaat toivoivat enemmän hoitajia, jotta näillä olisi enemmän aikaa auttaa heitä. Potilaat olisivat pitäneet ihanteellisena mahdollisuutta omahoitajaan mutta tiedostivat toiveen epärealistisuuden. Holopaisen & Lehtomäen (2002) tutkimuksessa todettiin potilaiden toivovan enemmän henkilökuntaa ja, todettiin, että hoitajilla oli liian vähän aikaa. Kivun hoitoa pidettiin ammattitaitoisena. Raidin (1999) tutkimuksessa päästiin samansuuntaisiin tuloksiin. Jokisen & Jyrkämän (2002) tutkimuksessa kolmasosa vastaajista koki, että osaston ilmapiiri oli kiireinen ja joka viides sitä mieltä, että hoitajia oli liian vähän.

Puuttuvat resurssit eivät mahdollista riittävän nopeaa potilaan tarpeisiin vastaamista. Monisairaajat potilaat vaativat hoitotyön tekijältä laaja-alaista tietämystä muustakin kuin kivunhoidosta. Onkin esitetty, että kivunhoitoon liittyvän koulutuksen olisi tarpeellista olla työnantajan järjestämää, säännöllistä ja työajalla tapahtuvaa. Henkilökunnalla tulisi lisäksi olla aikaa kuunnella potilasta ja tarkkailla hänen vointiaan tarpeeksi. Näin olisi myös helpompaa arvioida potilaan kipua ja hoitaa sitä tehokkaasti potilaan tarpeista lähtien. (Lahti ym. 2005, 38.)

Yksikkökohtaiset, kirjalliset ohjeistukset kivunhoitoon tekevät hoidosta yhdenmukaisen ja helpottavat sairaanhoitajan toteuttamaa kivunhoitoa. Niiden avulla helpottuu asiaan puuttuminen, jos hoito ei tuotakaan haluttua tulosta. (Salanterä ym. 2006, 175.) Pesonen (1997) huomasi myös tutkiessaan lasten toimenpiteen jälkeistä kipua, että henkilöstö toivoi kirjallisia ohjeita kivun hoitoon, joissa olisi selkeästi kipulääkkeiden maksimian-

nos. HYKS Töölön sairaalassa 2005 tehdyssä tutkimuksessa lääkemääräyksiin toivottiin selkeyttä, johdonmukaisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi todettiin, että yhteneväiset hoito-ohjeet saattaisivat selkiyttää ja helpottaa hoitotyötä. (Lahti ym. 2005.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan kokemuksia postoperatiivisesta kivun lääkehoidosta. Tavoitteena on, että tutkimuksen avulla voidaan mahdollisesti kehittää Pieksämäen kaupungin terveystoimen postoperatiivisen kivun lääkehoitoa. Lisäksi tavoitteena on tutkimuksen teorian tiedon ja tulosten avulla antaa hoitotyön ammattilaisille ja alan opiskelijoille mahdollisuus hahmottaa postoperatiivisen kivun lääkehoidon moninaisuus ja näin lisätä kyseiseen prosessiin liittyvää tiedostamista.

Tutkimusongelma on: ***Mitkä asiat koskettavat sairaanhoitajan toimintaa postoperatiivisen kivun lääkehoidossa?*** Sairanhoitajan toteuttaman postoperatiivisen kivun lääkehoidosta pyritään selvittämään seuraavia asioita:

- Miten usein potilaaseen liittyvät tekijät koskettavat sairaanhoitajan työtä postoperatiivisessa kivun lääkehoidossa?
- Mitä mieltä sairaanhoitajat ovat osaamisestaan postoperatiivisen kivun lääkehoidossa?
- Mitä mieltä sairaanhoitajat ovat henkilöstöresurssien riittävydestä, moniammatillisuudesta, yhteistyöstä ja kivunhoito-ohjeista postoperatiivisen kivun lääkehoidossa?
- Mitkä asiat edistävät tai vaikeuttavat sairaanhoitajan päätöksentekoa postoperatiivisen kivun lääkehoidossa?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Pieksämäen kaupungin terveystoimen kirurgisen osaston ja leikkausosaston sairaanhoitajat. Osastot valittiin sillä perusteella, että näillä osastoilla sairaanhoitajien kivun postoperatiivinen lääkehoito korostuu erilaisilla verraten muiden osastojen kivun hoitoon.

Kirurgian osasto 5 on kirurgian ja naistentautien vuodeosasto. Osaston yhteydessä toimii päiväkirurgian yksikkö. Osastolla hoidetaan mm. gastroenterologisia, ortopedisia ja gynekologisia potilaita. Osasto 5:llä sairaansijoja on 15 ja päiväkirurgian puolella 7. Osasto 5:n vieressä sijaitsee leikkausosasto, jossa tehdään leikkauksia sekä elektiivisesti että päivystyksenä. Leikkauksia tehdään viitenä päivänä viikossa.

Tutkimusotteena työssä käytettiin sekä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää että kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiiviset tutkimukset tulevat kyseeseen silloin, kun tutkimusaineistot ovat suuria, ja ilmiöitä kuvataan numeerisesti. Kvantitatiivinen tutkimus poimii aineistosta erilaisia ilmiöiden välisiä yhteyksiä tai ryhmien välisiä eroja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset ja teorit. Keskeistä on myös käsitteiden määrittely, tutkimussuunnitelman tekeminen, mittarin esitestaaminen ja tutkittavien henkilöiden valinta. Olennaista on myös muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Lisäksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoaineistosta voidaan tehdä päätelmiä tilastollisen analysoinnin perusteella, ja tuloksia voidaan kuvailla prosenttitaulukoiden avulla. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 16; Jokivuori & Hietala 2007, 180; Hirsjärvi ym. 2009, 140.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen; siihen sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Pyrkimyksenä on pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Käytettäessä erilaisia tutkimusmenetelmiä samassa tutkimuksessa kyse on triangulaatiosta. (Hirsjärvi, Remes

& Sajavaara 2009, 161, 233.) Kun tutkittavalta alueelta kerätään erilaisia aineistoja, pyritään asiasta saamaan monipuolisempi ja rikkaampi kuva. Laadullisen ja määrällisen lähestymistavan triangulaatiossa yleensä jompikumpi lähestymistapa on kuitenkin ensisijainen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 225–226.)

Tässä tutkimuksessa ensisijainen lähestymistapa oli kvantitatiivinen. Alussa perehdyttiin aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ja uusimpiin tutkimuksiin, joiden pohjalta kyselylomakkeen kvantitatiiviset kysymykset laadittiin kartoittamaan kyselyn tutkimusongelmia. Huomattiin kuitenkin, että liittyen sairaanhoitajan päätöksentekoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön, ei pystytty tekemään täysin luotettavaa mittaria, jolla tätä kyselyn osa-aluetta olisi voinut mitata. Tämän takia kyselylomakkeeseen lisättiin kolme avointa kysymystä. Yleensä tämänkaltaisen triangulaation perusteluna on juuri se, että kyselyn jostain osa-alueesta ei osata tehdä määrällisen analyysin tarvittavaa strukturoitua mittavälinettä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 225–226.)

Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (Liite 3). Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja, että avoimia kysymyksiä. Kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Survey-tutkimuksessa aineistoa kerätään yhdenmukaisesti eli kysymykset esitetään kaikille samalla tavalla. Kohderyhmä muodostaa otoksen ja tässä tutkimuksessa tämä tarkoittaa Pieksämäen kaupungin Terveystoimen kirurgisen osaston ja leikkausosaston sairaanhoitajia. (Hirsjärvi ym. 2009, 134, 193.)

Kyselylomakkeeseen päädyttiin sillä perusteella, että riittävän useita haastatteluita ei olisi ollut mahdollista suorittaa käytettävissä olevilla aikaresursseilla. Menetelmänä kysely on nopea tutkimustapa aineiston hankinnan ja analysoinnin kannalta. Kyselytutkimuksella voidaan kysyä monia asioita ja saada tutkimukseen paljon vastaajia. Myös tutkimuksen aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida etukäteen melko tarkasti. Kyselyssä on myös haittapuolensa. Tutkijan tulee myös ottaa huomioon se, että vastaajat eivät välttämättä ole suhtautuneet tutkimukseen vakavasti, ja se kuinka onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajan näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–195.)

8.2 Kyselylomake

Varsinaisen kyselylomakkeen (Liite 3) teossa tukeuduttiin Sanna Salanterän (2006) esittämään Kivun hoitotyön tiedonalueet -teoreettiseen malliin (Liite 1). Mallin avulla pystyttiin jäsentämään ja rajaamaan kysymykset koskemaan nimenomaan postoperatiivista kivun lääkehoitoa tutkimusongelmien näkökulmasta. Salanterän (2006) mallin pohjalta valittiin tutkimusongelmia vastaavat tiedonalueet ja niiden pohjalta, tukeutuen kirjallisuuteen, lähdettiin kokoamaan luotettavaa mittaria. Tutkimuksen onnistumista voidaan tehostaa kysymysten tarkalla laadinnalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 198.) Kyselylomakkeen laatimiseen käytettiin paljon aikaa. Lomakkeen teossa tiedostettiin, että koko tutkimuksen onnistumisen ”kulmakivi” on selkeä ja tarkka mittari. Kysymykset pyrittiin laatimaan siten, että ne olisivat mahdollisimman yksiselitteisiä ja kielellisesti selviä, jotta vastaajat ymmärtäisivät kysymykset oikein. Kyselylomaketta laadittaessa pyrittiin myös siihen, että kysymyksiä ei olisi liian paljon, mutta ne kattaisivat kaikki sisältöalueet. Kysymykset aseteltiin potilaita, sairaanhoitajia ja ympäristöön liittyviä tekijöitä koskien, ajatellen tulosten käsiteltävyyttä.

Vastaajien taustatietoja kartoittavia kysymyksiä sijoitettiin kyselylomakkeen alkuun. Kysymyksillä pyrittiin selvittämään sukupuolta, ikää, työssäoloaikaa ja osastoa, jolla työskentelivät. Tutkimuskohdat 16-20 olivat potilaisiin liittyviä väittämiä. Sairaanhoitajiin liittyviä väittämiä olivat kohdat 6, 9-13. Ympäristöön liittyviä kysymyksiä ja väittämiä olivat kohdat 5, 7-8, 14 -15 ja 21. Varsinaisia kysymyksiä oli yhteensä 21 (taustamuuttujat pois lukien), niistä 11 oli 5-portaisia Likert-asteikollisia väittämiä, jossa 5 tarkoitti täysin samaa mieltä ja 1 täysin eri mieltä. Loput seitsemän väittämää oli 4-portaisia. Kolme kysymyksistä oli avoimia ja kaksi monivalintakysymystä.

Kysely jätettiin marraskuussa 2008 kirurgisen osaston ja leikkausosaston sairaanhoitajien vastattavaksi. Vastausaikaa annettiin kolme viikkoa. Kyselylomakkeiden palautusta varten molemmille osastoille vietiin palautuslaatikko. Tavoitteena oli saada mahdollisimman monen sairaanhoitajan vastaukset, jotta tulosten käsittely SPSS-ohjelmalla mahdollistuisi. Kyselykaavakkeita jaettiin 17 kappaletta, ja saatiin takaisin 15 (N=15) kappaletta, joten palautusprosentiksi saatiin 88.

8.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysoinnin avulla pyrittiin etsimään vastauksia tutkimusongelmiin. Tutkimuksen kvantitatiivinen osio analysoitiin määrällisen tutkimuksen tilastollisin menetelmin. Aineisto käsiteltiin SPSS for Windows 7.5-tilasto-ohjelmalla loppusyksystä 2008 ja alkukeväästä 2009. Aluksi aineisto syötettiin SPSS-ohjelmaan ja samalla tarkistettiin vastausten mahdolliset virheet. SPSS-ohjelman avulla mahdollistui erilaisten ristiintaulukointien tekeminen ja muuttujien välisten eroavaisuuksien havaitseminen. Merkittäviä eroavaisuuksia löytyi pienehköstä vastaajamäärästä huolimatta. Tulosten käsittelyvaiheessa yhdistettiin osa Likert-asteikollisista väittämistä 5-portaisesta 3-portaiseksi, jotta saatiin merkittäviä eroavaisuuksia esiin aineistosta pienehkön vastaajamäärän takia. Virheiden tai puutteellisesti täytettyjen lomakkeiden takia ei jouduttu hylkäämään yhtään vastauslomaketta. Tämän jälkeen tutkimusaineisto analysoitiin ja laskettiin eri muuttujien frekvenssit ja prosenttijakaumat. Lisäksi laadittiin muutama kaavio elävöittämään tulosten kirjoittamista.

Kyselylomakkeeseen sisältyi kolme avointa kysymystä koskien sairaanhoitajien päätöksentekoa edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä postoperatiivisen kivun lääkehoidossa. Ne antoivat vastaajille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin ja tällöin vastaajan oli mahdollisuus sanoa, mitä hänellä todella oli mielessään. Avoimet kysymykset eivät ehdottaneet vastauksia, jolloin saatiin käsitys tunteiden voimakkuudesta ja vastaajien tietämys asioista. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset käsiteltiin sisällön analyysillä. Analysoinnissa tukeuduttiin mm. Milesin ja Hubermanin (1994) esittämään aineistolähtöiseen analyysimalliin. Tässä mallissa analysoinnin tekninen vaihe aloitetaan alkuperäisten ilmaisujen pelkistämällä. Tunnistetaan asiat, joista ollaan kiinnostuneita. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään samankaltaisten ilmaisujen joukoiksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja annetaan luokalle sisältöä kuvaileva nimi. Analyysiä jatketaan yhdistämällä aiemmin muodostuneita alaluokkia toisiinsa ja muodostamalla yläluokkia. Näillekin annetaan niiden sisältöä kuvaavat nimet. Lopuksi kaikki yläluokat yhdistetään yhdeksi kaiken kattavaksi luokaksi. Näiden alaluokkien, yläluokkien ja yh-

distävien luokkien avulla pyritään vastaamaan olemassa oleviin tutkimusongelmiin.
(Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

9.1 Vastaaajien taustatietoja

Tutkimukseen osallistui yhteensä 15 Pieksämäen kaupungin terveystoimen sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät kahdella eri osastolla. Vastaaajista (n=15) 9 työskenteli kirurgisella osastolla ja 6 leikkausosastolla. Kaikki vastaajat (n=15) olivat naisia. Vastaaajista suurin osa oli yli 40-vuotiaita. Suurimmalla osalla vastaajista, eli yhdellätoista, oli työkokemusta yli 10 vuotta (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Taustatiedot (N=15)

Taustatiedot	N
Sukupuoli: - Naisia	15
Osasto: - kirurginen osasto - leikkausosasto	9 6
Ikä: - alle 30-vuotiaita - 30–40-vuotiaita - yli 40-vuotiaita	2 4 9
Työkokemus: - alle 5 vuotta - 5–10 vuotta - yli 10 vuotta	2 2 11

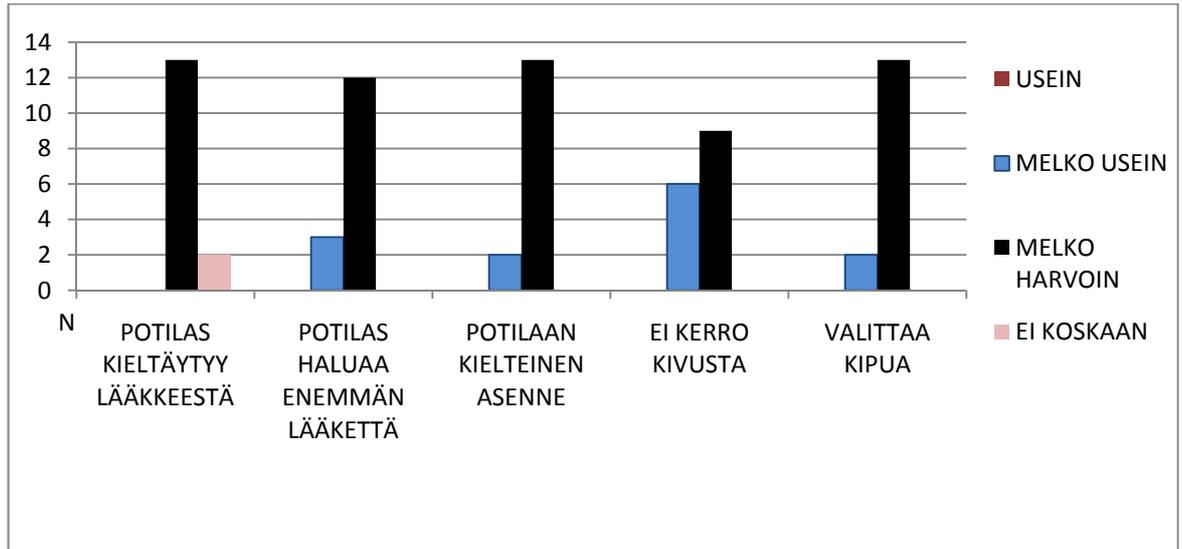
9.2 Potilaisiin liittyvät tekijät

On mahdollista, että potilailla on ennakkoluuloja kipulääkkeitä kohtaan tai virheellisiä käsityksiä niiden haitta- ja sivuvaikutuksista. Heillä voi olla myös aikaisempia huonoja kokemuksia kipulääkkeistä tai pelkoja hoitoa kohtaan. Potilaisiin liittyvillä väittämillä tutkimuksessa etsittiin vastauksia, miten potilaiden asenteet kipulääkitystä kohtaan ja kivun hoitoa kohtaan vaikuttavat sairaanhoitajan toteuttamaan postoperatiiviseen kivun lääkehoitoon.

Suurin osa eli 13 vastaajaa oli sitä mieltä, että potilas kieltäytyy ottamasta lääkettä melko harvoin. Vastanneista kaksi oli sitä mieltä, että potilas ei kieltäydy koskaan ottamasta lääkettä. Väittämään ”potilas haluaa enemmän kipulääkettä kuin sairaanhoitajalla on mahdollisuus antaa” vastasi kolme vastaajaa melko usein, 12 vastaajaa oli sitä mieltä, että melko harvoin. (Kuvio 1.)

Vastaajista 13 oli sitä mieltä, että potilaalla on kielteinen asenne vahvojen kipulääkkeiden käyttämisestä kohtaan melko harvoin, loput kaksi vastasi, että melko usein. Väittämään ”potilas ei kerro kivun olemassaolosta” yhdeksän vastasi melko harvoin, ja loput kuusi vastasi melko usein. Ne sairaanhoitajat, jotka vastasivat, että potilailla oli kielteinen asenne vahvojen kipulääkkeiden käyttämiseen, eivät myöskään halunneet lisätietoa kipulääkkeistä. (Kuvio 1.)

Hoitajilta kysyttiin, kuinka usein sattuu, että potilas valittaa kipua koko ajan, vaikka on saanut paljon kipulääkettä. Vastaajista 13:n mielestä tätä tapahtui melko harvoin. (Kuvio 1.) Ne vastaajat, jotka olivat sitä mieltä, että potilaat valittavat vaikka ovat saaneet paljon kipulääkettä, eivät halunneet lisätietoa kipulääkkeistä. Ne sairaanhoitajat, jotka olivat sitä mieltä, että potilas on kipunsa paras asiantuntija, olivat myös sitä mieltä, että potilaat valittavat kovaa kipua, vaikka ovat saaneet paljon lääkettä.



KUVIO 1. Potilaiden asenteet kivun lääkehoitoon (N=15)

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin, mikä mielestäsi vaikeuttaa sairaanhoitajan päätöksentekoa osastollasi postoperatiivisen kivun lääkehoidossa, vastaajista (n=13) kolme toi esille potilaaseen liittyviä tekijöitä. Nämä vastaukset osittain tukivat strukturoitujen väittämien vastauksia, mutta toivat esille lisäksi mm. pahoinvoinnin mahdollisuuden kivun lääkehoidossa:

”Potilas saattaa olla kykenemätön/dementoitunut ilm. kipua.”

”Jos potilas on hyvin kipeä mutta myös pahoinvoiva eikä haluaisi ottaa kipulääkettä.”

”Potilaan puheen ja ”kehon kielen” ristiriita.”

”Potilaan ko-operoimattomuus”

9.3 Sairaanhoitajien työhön liittyvät väittämät

Sairaanhoitajien työhön liittyvillä kysymyksillä tutkittiin koulutuksen, tietojen, asenteiden ja työn vastuullisuuden osuutta kivun hoidossa. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Lehtomäki 2008) on tullut esille, että kivun lääkehoidon koulutusta haluttaisiin jo sai-

raanhoitajakoulutukseen enemmän kuin nykyisiin opinto-ohjelmiin sisältyy. Muissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Lehtomäki 2008; Hovi & Lauri 1997; Ylinen 2002; Sorjonen 1999) on myös todettu, että sairaanhoitajat kokevat tietonsa liian vähäisiksi koksen kipulääkkeitä ja kivun fysiologiaa.

Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat halusivat enemmän lisätietoa kipulääkkeistä kuin kivun fysiologiasta. Vastaajista yksi oli täysin samaa mieltä väittämään ”haluan lisää tietoa kivun fysiologiasta”. Jokseenkin samaa mieltä oli neljä vastaajaa. Neutraalin kannan oli valinnut kahdeksan vastaajaa, ja jokseenkin eri mieltä oli kaksi vastaajaa. ”Haluan lisätietoa kipulääkkeistä” väittämään viisi vastaajaa oli täysin samaa mieltä. Yhdeksän vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä, ja jokseenkin eri mieltä yksi vastaajista. Ne, jotka halusivat lisätietoa kipulääkkeistä, halusivat sitä myös kivun fysiologiasta. Ne, jotka eivät halunneet lisätietoa kivun fysiologiasta, olivat osallistuneet mielestään riittävästi koulutukseen. (Kuvio 2.)

Avoimissa kysymyksissä vastanneet mainitsivat lääkkeisiin liittyviä seikkoja, joiden ajateltiin vaikeuttavan sairaanhoitajan postoperaativiseen kivun lääkehoitoon liittyvää päätöksentekoa. Nämä vastaukset liittyvät kipulääkeohjeisiin, määriin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin:

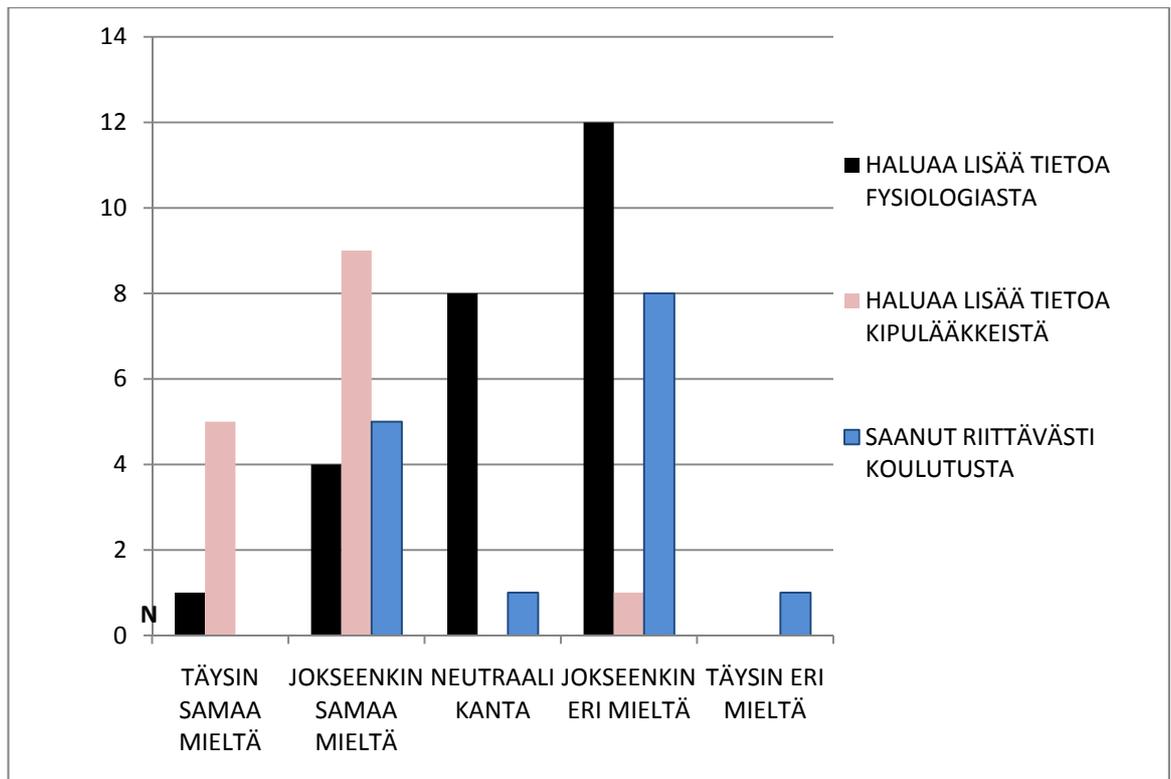
”Jos on jo annettu paljon kipulääkettä ja potilas on edelleen kipeä”

”Joskus liiankin tiukat rajat paljonko voi antaa tai montako kertaa/vrk lääkettä”

”Potilaan oma lääkitys ja sen sovittaminen voimakkaiden kipulääkkeiden kanssa esim. vahva psyk. → käykö kaikki määrätyt lääkkeet yhteen. Tai potilaan saama sivuvaikutus kipulääkkeestä esim. pahoinvointi / sekavuus jne...”

Kysyttäessä kivun hoidon koulutukseen osallistumisesta työssäolon aikana vastaajista viisi oli jokseenkin samaa mieltä, että olivat osallistuneet koulutukseen riittävästi. Vastaajat, jotka olivat mielestään osallistuneet riittävästi koulutukseen kivun

lääkehoidossa, olivat myös sitä mieltä, että osastolla on sairaanhoitajalla riittävästi aikaa kivun lääkehoitoon. Ne, jotka eivät mielestään olleet osallistuneet riittävästi kivun lääkehoidon koulutukseen, halusivat myös lisätietoa kivun fysiologiasta. Ne, jotka olivat mielestään osallistuneet riittävästi koulutukseen, olivat myös mielestään kivun asiantuntijoita. Ne, jotka eivät olleet osallistuneet mielestään riittävästi kipukoulutukseen, kokivat, että selkeä vastuunjako lääkärin ja sairaanhoitajan välillä kivun hoitotyössä helpottaa hoitamista. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Koulutukseen liittyvät väittämät (n=15)

Kokemuksella katsottiin olevan positiivinen merkitys kivun lääkehoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Kokemattomuuden katsottiin vaikeuttavan kivun lääkehoitoa. Muina päätöksentekoa vaikeuttavina syinä mainittiin sekava kirjaaminen ja vähäinen tuntemus kipulääkkeistä. Kysyttäessä avoimella kysymyksellä sairaanhoitajan postoperatiiviseen kivun lääkehoitoon liittyvää päätöksentekoa edistäviä tai auttavia tekijöitä kuusi vastanneista (n=14) mainitsi sairaanhoitajan kokemuksen:

”Kokemus post.op.kivunhoidosta erilaisissa leikkauksissa”

”Työkokemus!!! ”

”Kokemus kivunhoidossa ja leikkauspotilaiden tarkkailussa”

Myös sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen, kokemuksen lisäksi, koettiin edistävän tai auttavan päätöksentekoa postoperatiivisen kivun lääkehoidon yhteydessä. Hyvä kirjaaminen ja kivun arviointi katsottiin myös auttavan. Ammatilliseen osaamiseen liittyviä, päätöksentekoon positiivisesti vaikuttavia seikkoja sairaanhoitajat toivat esille seuraavin ilmaisin:

”...osaa ajoittaa kipulääkityksen ”oikeaan aikaan, oikeaan paikkaan” (sc. im. iv. p.o.)”

”Ammatillinen osaaminen”

”Empatiakyky”

”Hyvä kirjaaminen”

”VAS mittari”

”... tietää miten lääkkeet vaikuttavat”

Vastanneet toivat esille kokemattomuuden ja sekavan kirjaamisen asioina, jotka taasen vaikeuttavat sairaanhoitajan postoperatiivista kivun lääkehoitoon liittyvää päätöksentekoa:

”Kokemattomuus”

”Joskus sekava kirjaaminen”

”Vähäinen työkokemus sekä vähäinen tuntemus kipulääkkeistä”

Kymmenen vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä väittämän ”tunnen olevani asiantuntija kivun lääkehoidossa” kanssa. Loput viisi vastaajaa otti neutraalin kannan. Ne, jotka olivat mielestään kivun asiantuntijoita, olivat myös mielestään osallistuneet riittävästi kivun lääkehoidon koulutukseen. Ne, jotka eivät olleet mielestään kivun asiantuntijoita, olivat sitä mieltä, että selkeä vastuunjako helpottaa kivun hoitotyötä. Väittämään ”potilas on kipunsa paras asiantuntija” vastaajista viisi oli täysin samaa mieltä ja 10 jokseenkin samaa mieltä.

Suurin osa vastaajista koki, ettei kivun lääkehoito ole liian vastuullinen osa työtä. Vastaajista yksi oli täysin samaa mieltä siitä, että koki kivun lääkehoidon liian vastuulliseksi osaksi työtä. Neutraalin kannan otti myös yksi vastaaja. Suurin osa eli seitsemän vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä väittämään, ja kuusi vastaajaa täysin eri mieltä.

9.4 Ympäristötekijöiden vaikutus

Ympäristötekijöiden vaikutuksesta sairaanhoitajan kivun hoitotyöhön tutkittiin osaston lääkeohjeiden merkitystä, sekä lääkäriltä saatavien ohjeiden merkitystä. Lisäksi kysyttiin sairaanhoitajien kokemuksia henkilökunnan määrästä, ajasta ja moniammatillisesta yhteistyöstä ja työnjaosta kivun lääkehoidon suhteen.

Vastaajista kolme oli täysin samaa mieltä siitä, että osastollaan oli hyvät ja ajan tasalla olevat ohjeet kivun lääkehoitoon, mutta kolme vastaajista oli jokseenkin eri mieltä asiasta (Kuvio 3). Avoimissa kysymyksissä vastanneista hoitajista (n=14) yhdeksän koki ohjeiden edistävän päätöksentekoa postoperatiivisen kivun lääkehoidossa:

”Selkeät rutiininomaiset ohjeet tiettyjen potilasryhmien kivunhoidossa”

”Selkeät ohjeet, jotka ovat yksiselitteisiä esim. ensimmäiseksi annettava lääke ja kuinka monta kertaa voi toistaa, mitä annetaan seuraavaksi jne.”

”... hyvät ohjeet”

”Selkeät ohjeet mitä hoitaja saa antaa mitä ei”

”linjaus ohjeet – karkeat ohjeet kipulääkitykseen”

Vastaajista (n=13) seitsemän mainitsi ohjeisiin liittyvien tekijöiden vaikeuttavan sairaanhoitajan postoperatiivista kivun lääkehoitoon liittyvää päätöksentekoa:

”Joskus puuttuu ohjeistus siitä, mitä potilaalle ei saa antaa (esim. on maininta siitä, että ei suolistoa lamaavia lääkkeitä, muttei ole selkeästi lueteltu, mitä nämä ovat)”

”ohjeistuksen vajavaisuus/ puuttuminen (se on kyllä harvinaista)”

”Joskus liiankin tiukat rajat paljonko voi antaa tai montako kertaa/ vrk lääkettä”

”Usein vaihtuneet määräykset (näitä tilanteita kuitenkin harvoin)”

”Jos ei ole tarpeeksi vaihtoehtoja kipulääkitykseen, jos potilaan tilanne muuttuu (esim. oletettua kipeämpi)”

”Epäselvät ohjeet”

”Nimenomaan yksilöllisyys. Ettei ole selviä sovittuja / kirjattuja kaavoja kivunhoitoon eri tapauksissa.”

Eräs ohjeiden merkityksen esiin tuova sairaanhoitaja kuvaili niiden välittyvän ”perimätietona” eteenpäin ja pohti ovatko olemassa olevat ohjeet ”hajallaan”.

Lääkäriltä saataviin riittäviin ja selkeisiin ohjeisiin oli kahdeksan vastaajaa jokseenkin samaa mieltä. Neljä vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä. (Kuvio 3.) Kun avoimissa kysymyksissä kysyttiin, ”miten koet moniammatillisen yhteistyön toteutuvan osastollasi postoperatiivisen kivun lääkähoidossa”, toi vastaajista (n=13) viisi esille lääkäreiltä

saatujen ohjeiden merkityksen moniammatillisen yhteistyön ilmentymänä. Kannanotot olivat pääsääntöisesti positiivisia:

”Lääkärit ovat ohjeistaneet selkeästi kivun postoperatiivisen hoidon, on ns. yleisohjeet. Anestesia­lääkäriltä hyvät ohjeet leikkauspäivän illan / yön kivunhoitoon.”

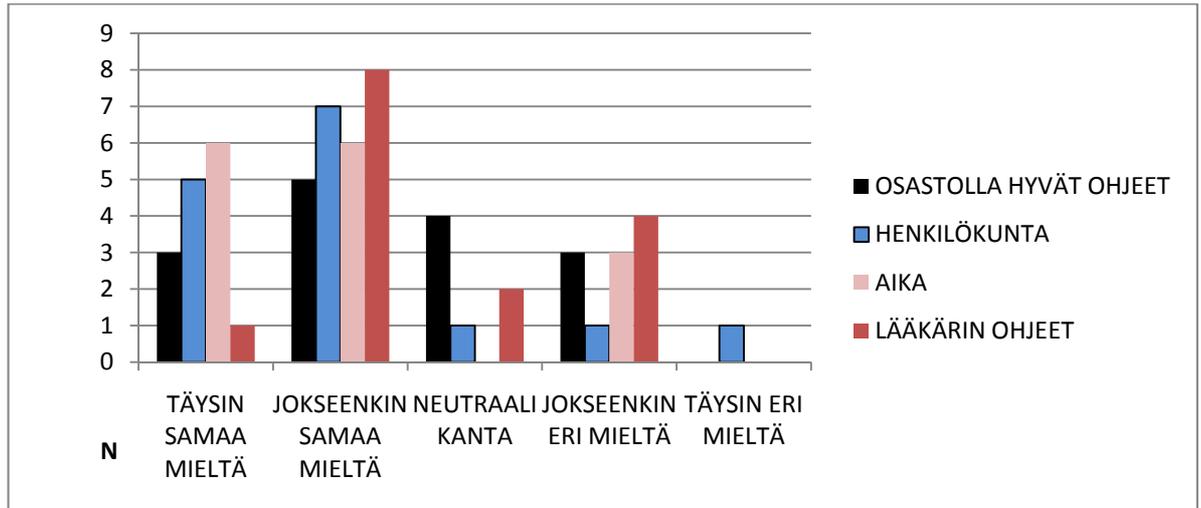
”Yleensä lääkäreiltä saadaan jämäkät toteuttamiskelpoiset kipulääkitysohjeet ... kipulääkitystä toteutetaan WHOn kaavion mukaisesti pääsääntöisesti ”

”Anest. lääkärin ohjeita noudatetaan leikkauspäivänä ja leikkauksen kirurgin ohjeita post. op. päivästä lähtien.”

Yhdellä vastaajista oli erilainen näkemys aiheesta:

”Anestesia­lääkärin ohjeet vaihtelevat erittäin paljon, välillä tuntuu, ettei tiedä, mitä annetaan - joskus tuntuu, että hoitajalle jää liikaa vastuuta miettiä potilaan kivun hoito.”

Väittämään ”osastolla sairaanhoitajalla on riittävästi aikaa kivun lääkehoidon toteutukseen”, vastaajista (n=15) kuusi oli täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli myös kuusi vastaajaa, ja jokseenkin eri mieltä oli kolme vastaajaa. Ne, jotka vastasivat, että osastollani sairaanhoitajalla on riittävästi aikaa kivun lääkehoidon toteutukseen vastasivat myös, että osastolla on riittävästi henkilökuntaa mahdollistamaan hyvän kivun lääkehoidon. Vastaajista seitsemän oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että osastollaan oli riittävästi henkilökuntaa mahdollistamaan hyvän kivun lääkehoidon (Kuvio 3).



KUVIO 3. Osaston hyvät ja ajantasaiset ohjeet kivun lääkehoitoon, henkilökunnan riittävä määrä, henkilökunnalla riittävästi aikaa ja hyvät lääkärin ohjeet

Väittämään ”selkeä vastuunjako lääkärin ja sairaanhoitajan välillä helpottaa osastollamme kivun lääkehoitoa” yhdeksän vastaajaa totesi olevansa jokseenkin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja neutraalin kannan otti kaksi vastaajista. Avoimissa vastauksissa tuotiin esille myös selkeän työnjaon merkitys:

”Selkeä työnjako (sh+lääkäri) helpottaa, toisaalta osastollamme sh:lla on jonkin verran omaa vapautta lääkehoidossa.”

”Osastolla on selkeä työnjako.”

Vastaajista lääkäriä konsultoi neljä päivittäin, 10 viikottain ja yksi kuukausittain kivun lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Avoimissa vastauksissa nousi myös esiin konsultointi osana moniammatillisen yhteistyön toteutumista postoperatiivisen kivun lääkehoidossa positiivisessa mielessä:

”Tarvittaessa saa ja voi ottaa yhteyttä, lisäohjeita saadakse, suoraan ed. mainit. (anestesia lääkäri & leikannut kirurgi) lääkäreihin. Sh. kollegoja ja heidän tietojaan voi aina hyödyntää/ neuvotella asioista kivunhoidon suhteen.”

”anestesia­lääkäriä voidaan konsultoida milloin tahansa”

”anestesia­lääkäriltä on helppo kysyä ohjeistusta”

Sairaanhoitajakollegaa konsultoi viikottain 12 vastaajaa, kaksi kuukausittain ja yksi harvemmin tai ei koskaan kivun lääkehoitoon liittyvissä asioissa Yhteistyö postoperatiivisen kivun lääkehoitoon liittyvän sairaanhoitajan päätöksenteon edistäjänä tuli esille myös seuraavissa avoimissa vastauksissa:

”Jokaista lääkkeen antoa ei tarvitse kysyä lääkäriltä”

”Työnjaon selkeä määrittely”

”Avoimet välit / yhteydet pelaa lääkäreiden ja hoitajien välillä”

”Mahdollisuus konsultoida anestesia­lääkäriä ja hoitaja kollegaa.”

”Aina on tuki, kenen kanssa pohtia kivun hoidon toteutusta yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla erikseen – siis toisten tuki”

Yhteistyöhön liittyvät seikat toivat neljän vastanneen mielestä haastetta sairaanhoitajan postoperatiiviselle, kivun lääkehoitoon liittyvälle päätöksenteolle. Heidän mielipiteensä tulivat esille seuraavin kannanotoin:

”Erimielisyydet lääkärin kanssa kipulääkkeen laadusta ja määrästä.”

”Huonot vuorovaikutustaidot”

”Kiirettä osastolla ja joutuu soittamaan lääkärille”

”Aamuyöllä ikävä kysyä lääkäriltä asioita, kun tietää, että lääkäri nukkuu”

”Joskus epäilyttää, onko päivystävä lääkäri perehtynyt riittävästi muihin käytössä oleviin lääkkeisiin uutta kipulääkettä määrätessään”

”Jos vuorossa ainoa sh -kollegiaalisen avun puute- yhdessä miettiminen”

Edelleen vastauksissa kysymykseen, miten koet moniammatillisen yhteistyön toteutuvan osastollasi postoperatiivisen kivun lääkehoidossa, arvioitiin konkreettista yhteistyön toteutumista. Neljä vastaajista oli sitä mieltä, että edellä mainittu toteutui *hyvin*. Lisäksi yksittäisesti käytettiin termejä; *yleisesti ottaen hyvin ja melko hyvin*. Yksi totesi, että *ongelmia ei ole*. Vastauksissa kuvailtiin aihealuetta lisäksi seuraavin kannanotoin:

”Aina on tuki, kenen kanssa pohtia kivun hoidon toteutusta yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla erikseen.”

”... kipulääkityksen tarpeesta raportoidaan hoitajalle välittömästi...”

”Yhteistyö on suhteellisen hyvää. Joskus kuitenkin törmää siihen, että olen kivun arvioinnissa täysin eri mieltä lääkärin kanssa. Esim. hoitajana arvioin potilaalla olevan kovaa kipua, mutta lääkäri vähättelee tätä eikä anna lupaa lääkitystä lisää.”

10 LISÄKOULUTUS ON TÄRKEÄÄ SAIRAANHOITAJAN AMMATISSA

10.1 Tulosten tarkastelua aikaisempien tutkimusten valossa

Tämän tutkimusten tulosten mukaan suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että potilaat kieltäytyvät ottamasta lääkettä melko harvoin. Suurin osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että potilailla on melko harvoin kielteinen asenne kipulääkkeitä kohtaan. Useimpien sairaanhoitajien mielestä potilaat yleensä kertovat kivustaan. Hovin ja Laurin (1997) tutkimuksessa saatiin samansuuntainen tulos. Siihen että potilaat eivät kerro kivun olemassaolosta todettiin esimerkkinä potilaan ko-operoimattomuus ja pahoinvointi. Pulkkinen (1996) tutkimuksessa osa potilaista ei halunnut lääkettä, koska pistäminen sattuu. Tämän tutkimuksen vastaajien mielestä potilaiden koettiin melko harvoin valittavan, että eivät saa tarpeeksi kipulääkkeitä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Holopainen & Lehtomäki 2002; Raid 1999) on todettu, että potilaat kokivat saavansa kipulääkettä aina halutessaan.

Sairaanhoitajat halusivat lisää tietoa kivun fysiologiasta ja kipulääkkeistä tutkimuksen tulosten perusteella. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Javanainen & Leskinen 2001; Hovi & Lauri 1997; Halimaa 1994; Ylinen 2002) on todettu, että sairaanhoitajilla oli kivun hoitoa koskevaa epävarmuutta. Sormusen (1999) tutkimustulosten mukaan, hie-man eriävästi muiden tutkimusten prosenttiluvuista, sairaanhoitajista 80 prosenttia arvioi tietävänsä kipulääkkeen toimintamekanismit ja tuntevensa sivuvaikutukset. Silti myös hänen tutkimuksessaan 75 prosenttia sairaanhoitajista halusi lisäkoulutusta mm. lääkehoidosta.

HYKS Töölön sairaalan neurokirurgisen ja ortopedisen vuodeosaston perus- ja sairaanhoitajille vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan tiedot kivusta olivat hyvät, mutta he seurasivat vain vähän uusinta tietoa kivusta ja kivunhoidosta. (Lahti ym. 2005.) Pesosen (1997) tutkimuksessa ilmeni toivo säännölliseen koulutukseen kivun hoidossa, niin että hoitohenkilöstöllä olisi käytettävissään uusin mahdollinen tieto. Peruskoulutuksessaan sairaanhoitajien on todettu saavan tietoa kivunhoidosta hajallaan erilaisissa yhteyksissä (Valliaro 2003).

Suurin osa tämän tutkimuksen vastaajista oli sitä mieltä, että eivät olleet osallistuneet riittävästi kivun lääkehoidonkoulutukseen työssäoloaikanaan. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Javanainen & Leskinen 2001; Sormunen 1999; Karhu & Silmärinen 2002; Ylinen 2002) sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta kivun lääkehoidon eri osa-alueilla. Siitä huolimatta kivunhoidon koulutuksiin osallistuminen oli myös heidän tutkimustulostensa perusteella vähäistä. Lehtomäki (2008) viittaa tutkimuksessaan siihen, että sairaanhoitajaopiskelijoilla on puutteelliset tiedot kivunhoidosta ja he toivoivat jo koulutuksen opintosuunnitelmaan erillistä kivunhoidon jaksoa.

Tässä tutkimuksessa 2/3 vastaajista oli sitä mieltä, että he olivat kivunhoidon asiantuntijoita. Karhun & Silmärisen (2002) tutkimuksessa 87 % hoitajista piti kykyään arvioida potilaan kipua hyvänä tai melko hyvänä. HYKS Töölön sairaalan neurokirurgisen ja ortopedisen vuodeosaston perus- ja sairaanhoitajille vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa saatiin selkeästi pienempi tulos, vain 23 % koki olevansa asiantuntija arvioidessaan potilaan kipua (Lahti ym. 2005).

Vastaajista 2/3 oli sitä mieltä, että potilas on kipunsa paras asiantuntija. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Ylinen 2002; Ryhänen 1999) on saatu samansuuntaisia tuloksia. Hovi & Lauri (1997) sai tutkimuksessaan erilaisen tuloksen: heidän tutkimuksessaan 63 % hoitajista ei luottanut potilaan ilmoitukseen kivusta. He totesivat myös, että yli puolet sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että potilaan tiedot eivät riitä kivunhoidon suunnitteluun. HYKS Töölön sairaalan neurokirurgisen ja ortopedisen vuodeosaston perus- ja sairaanhoitajille vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan kaikkien vastanneiden mielestä kivunhoitoa täytyy suunnitella yhdessä potilaan kanssa, mutta heistä vain 65 % uskoi potilaan ilmaiseman kivun olemassaoloon (Lahti ym. 2005).

Hyvinkään sairaalassa sairaan- ja perushoitajille vuonna 2003 kivusta ja kivun hoidosta tehdyssä tutkimuksessa plasebon käyttämistä koskeneiden vastausten perusteella pääteltiin, etteivät sairaanhoitajat usko potilaan ilmaisemaan kivun voimakkuuteen ja todenperäisyyteen. Kyseiseen tutkimukseen osallistuneista 99 % kuitenkin ajatteli, että kivunhoitoa on suunniteltava yhdessä potilaan kanssa. Tutkimuksessa mietittiin, onko tiedon puute syynä tällaisiin asenteisiin. Tutkimuksen pohjalta pääteltiin, että hoitajien koulutuksen tulisi jatkossa suuntautua sekä tiedon, että asenteiden muuttamiseen. (Ha-

kala 2004, 23–26.) Rask (2001) tutkimuksessaan puolestaan toteaa sairaanhoitajilla olevan hyvät asenteelliset lähtökohdat kivun hoidossa. Kivun arvioinnissa lähes kaikki sairaanhoitajat ilmoittivat potilaan olevan kipujensa paras asiantuntija, mutta käytännön hoitotyössä sairaanhoitajat eivät täysin luottaneet potilaan asiantuntijuuteen.

Tämän tutkimuksen vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että sairaanhoitajalla on riittävästi aikaa kivun lääkehoidon toteutukseen. He olivat myös sitä mieltä, että henkilökuntaa on riittävästi kivun lääkehoitoon. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tutkittu enemmän potilaiden kokemuksia henkilökunnan riittävydestä. Pulkkisen (1996) tutkimuksessa potilaat toivoivat enemmän hoitajia, jotta näillä olisi enemmän aikaa auttaa heitä. Henkilökohtainen omahoitaja olisi ihanne, vaikkakin potilaiden mielestä epärealistista. Myös Holopaisen & Lehtomäen (2002) tutkimuksessa todettiin potilaiden toivovan enemmän henkilökuntaa ja hoitajilla olevan liian vähän aikaa. Kivun hoitoa pidettiin myös ammattitaitoisena. Raidin (1999) tutkimuksessa päästiin samansuuntaisiin tuloksiin.

Tämän tutkimuksen vastaajista suurin osa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän osastollaan oli hyvät ja ajantasaiset kivun hoidon ohjeet. Täysin samaa mieltä oli vain kolme vastaajaa. Pesonen (1997) huomasi myös tutkiessaan lasten toimenpiteen jälkeistä kipua, että henkilöstö toivoi kirjallisia ohjeita kivun hoitoon, joissa olisi selkeästi kipulääkkeiden maksimiannos. HYKS Töölön sairaalassa 2005 tehdyssä tutkimuksessa lääkemääräyksiin toivottiin selkeyttä, johdonmukaisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi todettiin, että yhteneväiset hoito-ohjeet saattaisivat selkiyttää ja helpottaa hoitotyötä. (Lahti ym. 2005.)

Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että selkeä vastuunjako lääkärin ja sairaanhoitajan välillä kivun lääkehoidossa helpottaa työntekoa osastolla. Lähes kaikki sairaanhoitajat konsultoivat kollegojaan päivittäin tai viikoittain toteuttaessaan kivun lääkehoitoa. Hyvinkään sairaalassa sairaan- ja perushoitajille 2003 tehdyssä tutkimuksessa todettiin epäselvyyttä vastuun jaosta hoitajien ja lääkärin välillä (Hakala 2004, 23–26). HYKS Töölön sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa vuonna 2005 koettiin sairaanhoitajan vastuu potilaan kivunhoidosta suureksi ja sen toivottiin siirtyvän enemmän moniammatilliselle yhteistyöryhmälle ja osaston lääkäreille (Lahti ym. 2005).

10.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan johtaa seuraavia johtopäätöksiä:

1. Tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että potilaisiin liittyvät tekijät koskettavat sairaanhoitajan kivun lääkehoitotyötä melko harvoin.
2. Sairaanhoitajat halusivat enemmän tietoa kipulääkkeistä kuin kivun anatomiasta ja fysiologiasta.
3. Sairaanhoitajat kokivat, etteivät olleet osallistuneet riittävästi kivun hoidon koulutuksiin. Suurin osa tunsivat olevansa kivun hoidon asiantuntijoita.
4. Suurin osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että potilas oli kipunsa paras asiantuntija.
5. Sairaanhoitajat kokivat heillä olevan riittävästi aikaa kivun hoitoon ja osastoilla olevan riittävästi henkilökuntaa kivun lääkehoitoon.
6. Vastaajista suurin osa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän osastollaan oli hyvät ja ajan tasalla olevat ohjeet.

Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että Pieksämäen kaupungin Terveystoimen kirurgian osaston ja leikkausosaston sairaanhoitajille voisi järjestää koulutusta kipulääkkeistä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrää, että sairaanhoitajan on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja näyttöön perusteltuja menettelytapoja, joita hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Lisäksi hän on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa.

Resurssit kivun hoitoon ovat tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien mielestä henkilöstön määrän ja ajan kannalta kunnossa. Tässä tutkimuksessa ei tutkittu muita resursseja. Voimavaroina sairaanhoitajat kokivat konsultointimahdollisuuden kollegoiltaan ja lääkäreiltä.

Osastoilla voitaisiin ajatella ohjeiden uudistamista tai nykyisten selkiyttämistä kaikille, koska vain kolme vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä, että osastollaan on hyvät ja ajan tasalla olevat ohjeet kivun lääkehoitoon. Vastauksista ei voida päätellä, ovatko

kaikki vastaajat tietoisia olemassa olevista ohjeista riittävän hyvin, eikä tiedetä, koska uusimmat ohjeet ovat laadittu.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla uusien ajan tasalla olevien ohjeiden laatiminen tai ohjeiden yhteinen läpikäyminen. Koulutuspäivien järjestäminen sairaanhoitajille kipulääkkeistä, tai muualla järjestettävään koulutukseen osallistuminen voisi olla tarpeellista kivun hoidon kehittämisen kannalta. Lisäksi voisi olla mielenkiintoista tutkia suuremmalla otannalla, miten sairaaloissa koetaan resurssien riittävyys henkilökunnan määrässä ja ajassa kivun lääkehoidossa.

10.3 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tutkimusta varten pyydettiin ja saatiin tutkimuslupa Pieksämäen kaupungin Terveystoimen johtavalta ylihoitajalta. Tutkimusta tehdessä kiinnitettiin huomiota siihen, että kyselyn vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettöminä, ja siten ettei kenenkään vastanneen henkilöllisyys paljastunut missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselyyn osallistuville kerrottiin saatekirjeessä (Liite 2), mitä tutkimuksen avulla pyrittiin selvittämään, ja miten he voivat hyödyntää saatuja tutkimustuloksia. Saatekirjeessä mainittiin myös, että jokaisella oli oikeus olla vastaamatta kyselyyn. Kyselylomake oli melko lyhyt, joten vastaajille ei todennäköisesti koitunut vastaamisesta suurta haittaa. Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että sairaanhoitajat saivat vastata kyselyyn työajallaan. Tämä saattoi vaikuttaa positiivisesti kyselylomakkeen vastausprosenttiin nostaten tutkimuksen validiteettia. Tulosten luotettavuutta tältä osin voidaan kuitenkin pitää hyvänä, koska vastausprosentti oli 88. Kyselylomakkeen laadinnassa kiinnitettiin huomiota kysymysten ymmärrettävyyteen, määrään sekä järjestykseen ja siihen, että kysymykset kattoivat tutkimuksen sisältöalueet (Hirsjärvi ym. 2009, 202–203; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 210).

Tutkimuksen teorian tietojen hankinnassa otettiin huomioon lähdekritiikki. Näyttöön perustuva hoitotyö määritellään useimmiten parhaan ajan tasalla olevan tiedon arvioinniksi ja käytöksi hoitotyötä koskevassa päätöksenteossa (Lauri 2003, 7). Tietoja oli tarjolla runsaasti, ja pyrittiin valitsemaan vain luotettavia lähteitä tutkimuksen teorian kantajak-

si. Kriittisyys näkyy tietoisin rajauksin tehtynä materiaalin valintana. Tutkimus toteutettiin aikataulussa ja pidettiin kiinni sovituista aikatauluista läpi koko prosessin. (Kuokkanen, Kiviranta, Määttänen & Ockenström 2005, 30–31.) Ohjausta haettiin lukuisia kertoja tutkimuksen edistyessä. Ilman ammattitaitoista ohjausta SPSS-ohjelman käyttöön, olisi tutkimuksen tulosten käsittely ollut vaikeata. Pätevällä ohjauksella haluttiin myös varmistaa tutkimuksen tulosten oikeellisuus, ja siten välttää vääriä tulkintoja.

Yksi tutkimuksen keskeisistä kysymyksistä on sen luotettavuus. Hoitotieteen kehittymisen kannalta on tärkeää, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulokset ovat luotettavia. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen. Mittarin luotettavuutta voidaan tarkastella reliabiliteetin eli johdonmukaisuuden ja tarkkuuden, sekä validiteetin eli pätevyyden näkökulmista. Mittaamisen validiteetti ilmaisee, missä määrin on pystytty mittamaan juuri sitä, mitä pitikin mitata (Holopainen & Pulkkinen 2002, 16).

Kyselylomake esitettiin, tämä paransi kyselylomakkeen validiteettia. Käyttämällä tutkimuksessa kahta erilaista tutkimusmenetelmää, kvantitatiivista ja kvalitatiivista, voitiin myös lisätä tutkimuksen validiteettia. Laadullisessa aineiston analyysissä luotettavuuden kannalta keskeistä on luokittelujen tekeminen. Tutkimuksessa tuotiin esille luokittelujen perusteet ja tulosten tulkinnassa pyrittiin ehdottomaan tarkkuuteen. Lisäksi tutkimuksen tiedonantajat olivat tutkittavan asian asiantuntijoita, joka lisää tutkimuksen validiteettia.

Hoitajilta saatujen vastausten suorilla lainauksilla pyrittiin rikastuttamaan raporttia ja esittämään mahdollisimman konkreettisesti mihin päätelmät perustuvat. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.) Eettisyys näkyy tutkimuksessa myös kriittisenä asenteena tarjottuja vastauksia kohtaan. Lisäksi tutkimuksen luotettavuuden kannalta on mietittävä ovatko vastaajat ottaneet kysymykset tosissaan ja vastanneet rehellisesti. (Kuokkanen, Kiviranta, Määttänen & Ockenström 2005, 30–31.)

Mittauksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin luotettavuutta eli kykyä saavuttaa esittämänvaraisia tuloksia. Mittauksen reliabiliteetti on hyvä, jos useammilla mittauskerroilla saadaan samanlaisia tuloksia samantapaisesta aineistosta. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 17.) Tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin reliabiliteettia parannettiin esites-

taamalla kyselylomake. Sen lisäksi kyselyyn liitettiin saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin kyselystä ja annettiin ohjeita vastaamiseen. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia kuin tässä tutkimuksessa, joka myös viittaa tutkimuksen hyvään reliabiliteettiin. Tämän tutkimuksen reliabiliteettia voitaisiin testata uusintatutkimuksella isommalla vastaajamäärällä

10.4 Opinnäytetyöprosessi

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut yli vuoden mittainen projekti kolmelle sairaanhoitajaopiskelijalle. Aihe saatiin alun perin keväällä 2008 Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen yksikön järjestämältä opinnäytetyötorilta. Aiheesta kiinnostuttiin sen ajankohtaisuuden, käytännön läheisyyden ja työelämälähtöisyyden takia.

Työn tekemisen aloitimme tutustumalla teoretietoon keskittyen luotettaviin lähteisiin, jotta runsasta tietomäärää saatiin rajattua. Tapasimme kirurgian osaston osastonhoitajan ja osan sairaanhoitajista alkusyksystä, jolloin kartoitettiin tarkemmin, minkälaista tutkimusta he odottivat. Alkuperäinen aihe muuttui hieman tapaamisen jälkeen ja aiheutti jo valmiina olleen teoretiedon karsimista ja uutta tiedon hakua. Tutkimussuunnitelman laadinta oli aiheen muuttumisen takia hieman hankalampaa kuin odotettiin. Aiheen uudelleen rajaamisen ja tutkimussuunnitelman tekemisen jälkeen työskentely helpottui.

Kyselylomake laadittiin nojautuen tutkimusongelmiin. Lisäksi rajattiin tutkittavaa aluetta Salanterän (2006) mallin mukaiseksi opinnäytetyön ohjaajan neuvosta. Kyselylomakkeen tekeminen oli yllättävän vaikeata, jotta kysymyksillä saatiin tutkimusongelmia vastaavia tuloksia. Avoimilla kysymyksillä haluttiin jättää vastaajalle mahdollisuus kertoa vapaasti omista tuntemuksistaan. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin koskemaan potilasta, sairaanhoitajaa ja ympäristöä. Avoimilla kysymyksillä kysyttiin sairaanhoitajan päätöksen tekemiseen liittyviä helpottavia ja vaikeuttavia asioita, joiden vastaukset analyysivaiheessa jaoteltiin strukturoitujen kysymysten kanssa yhteisiin ryhmiin.

Kyselylomake jätettiin osastolle vastattavaksi syksyllä 2008 ja vastaamiseen annettiin kolme viikkoa aikaa. Tutkimuksen otanta jäi pieneksi, mutta tämä asia oli tiedossa etukäteen. Haettuamme vastaukset, käsitelimme strukturoidut kysymykset ohjaajan hyvällä opastuksella SPSS-ohjelmalla. Avoimet kysymykset käsiteltiin aineiston analyysillä. Joululoma katkaisi työskentelemisen hetkeksi. Loman aikana SPSS-tiedostot olivat kadonneet koulun tietokoneilta. Onneksi löydettiin yksi varmuuskopio, joten kaikki tiedostot eivät hävinneet. Lopulta vain osa tuloksista käsiteltiin uudestaan.

Kevään ja kesän 2009 aikana työtä tehtiin yhdessä ja erikseen koulun tarjoaman Blackboard Learning System -opiskelualustan avulla. Tämä on sallinut myös ohjaajille mahdollisuuden käydä katsomassa työn edistymistä. Opinnäytetyö valmistuu ajallaan lokakuussa 2009.

Tämän tutkimuksen myötä saatiin paljon tietoa kivusta, joka on aina ajankohtainen asia sairaanhoitajalle. Lisäksi saatiin tietää erilaisten tutkimusten myötä, että sairaanhoitajat kaipaavat paljon lisäkoulutusta työnsä ohelle. Myös hyvät, ajan tasalla olevat ohjeet ovat ensiarvoisen tärkeitä sairaanhoitajan työskentelylle. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää Pieksämäen Terveystoimen kirurgian osastolla ja leikkausosastolla kehitettäessä kivun lääkehoitoa.

LÄHTEET

- Blomster, Marika; Mäkelä, Merja; Ritmala-Castren, Marita; Säämänen, Jari & Varjus, Sirkka-Liisa 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Bricklin, Mark 2003. Suuri kivunhoitokirja. Yli 1000 helpottavaa neuvoa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Helsinki: WSOY.
- ETENE 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 6.5.2009.
<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>.
- Hakala, Päivi 2004. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivunhoidosta. Kipuviesti 2/2004, 23-26. Viitattu 8.5.2009.
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=7>
- Halimaa, Sirkka-Liisa 1994. Hoitotyöntekijöiden arviointeja keskoslapsen kivun kokemisesta. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Haug, Egil; Sand, Olav; Sjaastad, Øystein; V. & Toverud, Kari, C. 1995. Ihmisen fysiologia. Porvoo: WSOY
- Heikkilä, Anne; Ahola, Nina; Meretoja, Nina; Suominen Tarja & Kankkunen, Päivi 2005. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. Hoitotiede 1/07. s 9-10
- Hilden, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY
- Holopainen, Tarja & Lehtomäki, Pirjo 2002. POSTOPERATIIVINEN KIVUN HOITO – potilaiden kokema leikkauksen jälkeinen kivun hoito Kuopion yliopistollisen sairaalan keskusheräämössä. Anestesiologian ja tehohoidon klinikka. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 63/2002. Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala

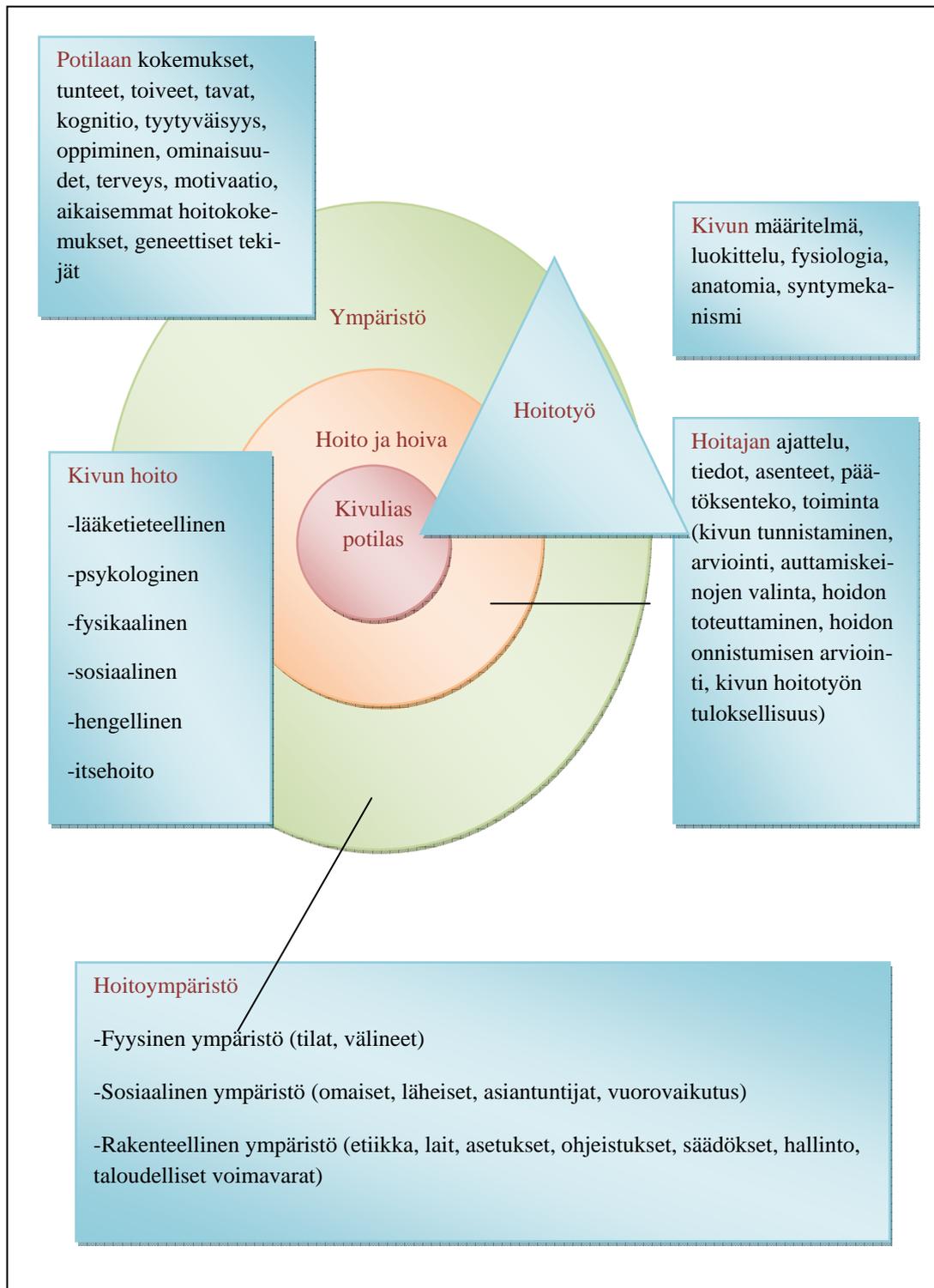
- Hovi, Sirpa-Liisa & Lauri, Sirkka 1997. Syöpäpotilaan kipu potilaan ja sairaanhoitajan arvioimana. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:17/1997. Turku: Turun Yliopisto
- Huotari, Ari-Matti 2006. Puudutukset akuutin kivun hoidossa. Teoksessa Hannu Kokki & Mikko Pitkänen (toim.) Puudutusopas. Espoo: AstraZeneca
- Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Javanainen, Petra & Leskinen, Johanna 2001. Sairaanhoitajien ja kättilöiden tiedot postoperatiivisen kivun lääkehoidosta Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa. Kyselytutkimus KYS:n postoperatiivisten osastojen henkilökunnalle. Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu. Liiketalouden Kuopion yksikkö. Terveyden ja talouden koulutusohjelma. Tradenomin opinnäytetyö.
- Jokinen, Paula & Jyrkämä, Mari 2002. Potilaiden perustarpeiden huomiointi kirurgisella vuodeosastolla potilaiden kokemana. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja no 25. Mikkeli: Mikkelin keskussairaala.
- Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto 2007. Määrällisiä tarinoita - Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Helsinki: WSOY
- Jäntti, Mirjami 2002. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, Eriikka & Vartti Anne-Marie. Kivunhoito. Helsinki: Tammi
- Kalso, Eija 1993. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, Eija; Vainio, Anneli; Maunuksela, Eeva-Liisa & Tigerstedt, Irma (toim.) Kipu. Vammala: Kustannus Oy Duodecim 1993,
- Kalso, Eija 2002. AUH – akuutti kipu. Teoksessa Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kustannus Oy
- Karhu, Laura & Silmärinen, Kirsi 2002. Sairaanhoitajien tiedot postoperatiivisesta kivusta ja sen hoidosta. Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu. Terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Karjalainen, Helena 2006. Kivunhoitoa Keski-Suomessa. Kipuviesti 1/06, (11)
- Kassara, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Varpu; Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY

- Kristoffersen, Nina; Nortvedt, Finn & Skaug, Eli-Anne 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press
- Kuokkanen, Ritva; Kiviranta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2005. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu
- Lahti, Taina; Nordberg, Riitta & Ruhtila, Sari 2005. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1/2007, 35-38. Viitattu 7.5.2009. http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/Hoitohenkilokunta.pdf
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 /785, 3, 5, 6. 17.8.1992. Viitattu 24.8.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559,15,18. 28.6.1994. Viitattu 24.8.2009 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lauri, Sirkka 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.
- Lauri, Sirkka & Leino-Kilpi, Helena 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Toim. Lauri, Sirkka teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Lehtomäki, Pirjo 2008. Sairaanhoidajaopiskelijoiden leikkauksen jälkeisen kivun hoidon osaaminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Löfman Päivi 2000. Potilaan itsemääräämisoikeuden merkitys ammattiinsa valmistuville sairaanhoitajille. Jyväskylän yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Kasvatustieteen pro gradu - tutkielma. Viitattu 7.5.2009. http://74.125.77.132/search?q=cache:2602d_9yi5IJ:https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10
- McCaffery, Margo 1990. Nursing approaches to nonpharmacological pain control. International Journal of Nursing Studies 27 (1), 1-5
- McCaffery, Margo & Pasero, Chris 1999. Pain – Clinical Manual. St. Louis, Missouri. Mosby Inc.
- Nousiainen, Hannele 2008. Pitkäaikaisesta ei-malignista kivusta kärsivän aikuisen voimavarat. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

- Nurmela, Tiina 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto 2002. Viitattu 7.5.2009. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5321-2.pdf>
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY
- Pesonen, Kirsi 1997. Hoitohenkilöstön asenteet lasten toimenpiteen jälkeistä kivun hoitoa kohtaan. Kuopion yliopisto. Sosiaalifarmasian laitos. Opinnäytetutkimus.
- Pulkinen, Leena 1996. Leikattujen potilaiden kokemuksia epiduraalisesta kivunhoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkimus.
- Raid, Ulla 1999. Potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkimus.
- Rask, Maaret 2001. Tehokkaampaa kivunhoitoa, kärsimys ei jalosta ketään. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Jyväskylä.
- Rawal, Ed, Narinder, 1998. Postoperative pain and its management. Teoksessa: Management of Acute and Chronic Pain. Fundamentals of anaesthesia and acute medicine. 1998. BJM Books: London
- Ryhänen, Liisa 1999. Heräämön sairaanhoitaja leikkauspotilaan postoperatiivisen kivun arvioijana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Sailo, Eriikka & Varti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY
- Silén-Lipponen M. & Tossavainen K. 2004. Käsiteanalyysi tiimistä – sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi. Hoitotiede 4/04, sivut 188-200
- Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum oy
- Sormunen, Marjorita 1999. Hoitotyön menetelmien käyttö aikuispotilaan postoperatiivisen kivun hoidossa kirurgisilla vuodeosastoilla. Kuopion yliopisto. Pro gradu.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 1996. Viitattu 22.8.2008. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Ukkola, Veijo; Ahonen, Juhani; Alanko, Arto; Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka 2001. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy
- Vaartio, Heli & Leino-Kilpi, Helena 2008. Sairaanhoidaja potilaan edunvalvojana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Sairaanhoidaja 12/2008, 32-34
- Vainio, Anneli, 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim.
- Valliario, Sanna 2003. Kivun hoitotyön opetus – sisällön analyysi terveysalan ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmista ja hoitotyön oppikirjoista. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Teoksessa Sanna Salanterä, Nora Hagelberg, Marjo Kauppila & Matti Närhi 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY, 69.
- Väisänen, Marjut 2000. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito – kouluikäisten lasten haastattelututkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.
- Ylinen, Eeva-Riitta 2002. Tietoa, taitoa ja eettistä toimintaa. Hoitohenkilöstön arviointia kolonoskopiapotilaan kivunhoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

LIITE 1: Kivun hoitotyön tiedonalueet – teorettinen malli



Lähde: Sanna Salanterä 2006, Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitos

LIITE 2: Saatekirje

Diak-Itä, Pieksämäen yksikkö
Huvilakatu 31,
76130 Pieksämäki

4.11.2008

Hyvä vastaaja

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa Pieksämäellä sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä postoperatiivisesta kivun lääkehoidosta. Opinnäytetyömme tavoitteena on kartuttaa tietoa kivun lääkehoitoon vaikuttavista asioista sairaanhoitajan näkökulmasta ja avata mahdollisuus postoperatiivisen kivun lääkehoitoa tukevien käytänteiden löytämiseen.

Tutkimuksemme onnistumisen takia toivomme, että Pieksämäen terveystoimen kirurgisen osaston ja leikkausosaston sairaanhoitajat vastaisivat oheiseen kyselyyn.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Käsittelemme vastauksenne luottamuksellisesti ja nimettöminä siten, ettei niistä paljastu tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys missään vaiheessa. Toivomme teidän osallistuvan tutkimuksemme ja vastaavan huolellisesti oheiseen kyselyyn. Jokaisella on myös oikeus olla vastaamatta.

Palauttakaa kyselylomake toimittamaamme laatikkoon 1.12.2008 mennessä.

Yhteistyöstä kiittäen,

Susanna Rissanen

Anu Vepsäläinen

Tiia Tirkkonen

LIITE 3: Kyselylomake

TUTKIMUSKYSELY

Ympyröi oikea vaihtoehto:

- | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------|--|
| 1. Sukupuoli | 1. nainen | 2. mies | | |
| 2. Ikä | 1. alle 30 v | 2. 30-40 v | 3. yli 40 v | |
| 3. Terveysthuoltoalan työkokemus | 1. alle 5 v | 2. 5-10 v | 3. yli 10 v | |
| 4. Työskentelen | 1. kirurgisella osastolla | 2. leikkausosastolla | | |

Mitä mieltä olet seuraavista väitteistä? Ympyröi mielestäsi oikea vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseen- kin samaa mieltä	Neutraa- li kanta	Jokseen- kin eri mieltä	Täysin eri mieltä
5. Osastollani sairaanhoitajalla on riittävästi aikaa kivun lääkehoidon toteutukseen	1	2	3	4	5
6. Potilas on kipunsa paras asiantuntija	1	2	3	4	5
7. Osastollani on hyvät ja ajantasalla olevat ohjeet kivun lääkehoitoon	1	2	3	4	5
8. Osastollani on riittävästi henkilökuntaa mahdollistamaan hyvän kivun lääkehoidon	1	2	3	4	5

	Täysin samaa mieltä	Jokseen- kin samaa mieltä	Neutraa- li kanta	Jokseen- kin eri mieltä	Täysin eri mieltä
9. Haluan lisää tietoa kivun fysiologiasta	1	2	3	4	5
10. Haluan lisää tietoa kipulääkkeistä	1	2	3	4	5
11. Tunnen olevani asiantuntija kivun lääkehoidossa	1	2	3	4	5
12. Olen osallistunut mielestäni riittävästi kipua koskevaan koulutukseen työssä olon aikana	1	2	3	4	5
13. Koen kivun lääkehoidon liian vastuulliseksi osaksi työtä.	1	2	3	4	5
14. Selkeä vastuunjako lääkärin ja sairaanhoitajan välillä helpottaa osastollamme kivun lääkehoidtoa	1	2	3	4	5
15. Lääkäriltä saa riittävät ja selkeät ohjeet potilaan kivun lääkehoidon toteuttamiseen	1	2	3	4	5

Kuinka usein kohtaat seuraavia potilaaseen liittyviä seikkoja toteuttaessasi kivun lääkehoitoa?

	usein	melko usein	melko harvoin	ei koskaan
16. Potilas kieltäytyy ottamasta lääkettä	1	2	3	4
17. Potilas haluaa enemmän kipulääkettä kuin hoitajalla on mahdollisuus antaa	1	2	3	4
18. Potilaalla on kielteinen asenne vahvojen kipulääkkeiden käyttämistä kohtaan	1	2	3	4
19. Potilas ei kerro kivun olemassaolosta	1	2	3	4
20. Potilas valittaa kovaa kipua koko ajan vaikka on saanut paljon lääkettä	1	2	3	4

21. Konsultoin potilaan postoperatiivisen kivun lääkehoitoon liittyvissä asioissa sairaanhoitajakollegaa.

päivittäin	viikoittain	kuukausittain	harvemmin/ en koskaan
1	2	3	4

22. Konsultoin potilaan postoperatiivisen kivun lääkehoitoon liittyvissä asioissa lääkäriä.

päivittäin	viikoittain	kuukausittain	harvemmin/ en koskaan
1	2	3	4

Vastaa seuraaviin kysymyksiin omin sanoin. Voit jatkaa kirjoittamista tarvittaessa paperin toiselle puolelle.

23. Miten koet moniammatillisen yhteistyön toteutuvan osastollasi postoperatiivisen kivun lääkehoidossa?

24. Mikä mielestäsi edistää tai auttaa hoitajan päätöksentekoa osastollasi postoperatiivisen kivun lääkehoidossa?

25. Mikä mielestäsi vaikeuttaa hoitajan päätöksentekoa osastollasi postoperatiivisen kivun lääkehoidossa?

Kiitos vastauksesta!