



TEHOHOITOPOTILAAN KIVUN HOITOTYÖ SAIRAANHOITAJAN KOKEMANA

Anu Lillbacka
Virpi Romppainen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LILLBACKA, ANU & ROMPPAINEN, VIRPI:
Tehohoitopotilaan kivun hoitotyö sairaanhoitajan kokemana

Opinnäytetyö 58 sivua, joista 15 liitesivua
Lokakuu 2012.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kivun hoitotyö toteutuu teho-osastolla sairaanhoitajan kokemana. Työ toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää teho-osastolla työskentelevien sairaanhoitajien haastattelujen avulla, miten sairaanhoitaja kokee kivun hoitotyön toteutuvan teho-osastolla ja miten työtä voidaan kehittää. Tavoitteena on, että tämän opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan käyttää ja soveltaa teho-osaston tarpeisiin kivun hoitotyön laadun kehittämiseksi. Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat tehohoitopotilas, kipu ja kivun hoitotyö. Käsitteitä avattiin tehohoitopotilaan kokonaisvaltaisen kivun hoitotyön näkökulmasta.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa, jolloin saatiin kokemuksellista tietoa neljältä teho-osastolla työskentelevältä sairaanhoitajalta. Aineisto kerättiin avoimien teemahaastattelujen avulla, ja käsiteltiin sekä tulkittiin sisällön analyysillä. Opinnäytetyön tuloksina voidaan todeta tehohoitopotilaiden kivun hoitotyön toteutuvan sairaanhoitajien mielestä hyvin. Tehohoitopotilaan kivun hoitotyön he kokivat haasteelliseksi ja sen toteutumiseen vaikuttavan monet eri tekijät. Kivun hoitotyö on myös tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jossa korostuvat erityisesti yksilöllisyys ja vuorovaikutustaidot.

Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että onnistunut kivunhoito edellyttää sairaanhoitajalta laaja-alaista osaamista. Tehohoitopotilaan kivun hoitotyötä tulee arvioida ja kehittää, sekä koulutusta järjestää säännöllisesti. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tehohoitopotilaan kivun hoitotyön suunnittelussa ja kehittämisessä. Yhtenä kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksemme on toteuttaa potilastyytyväisyyskysely tehohoitopotilaan kivunhoitotyön toteutumisesta teho-osaston käyttöön.

Avainsanat: tehohoitopotilas, kipu, kivun hoitotyö.

ABSTRACT

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

LILLBACKA, ANU & ROMPPAINEN, VIRPI:
Intensive Care Patient's Pain Management as Experienced by a Nurse

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 15 pages
October 2012.

The purpose was to examine an intensive care patient's pain management, as being experienced by the nurse. The work was done in collaboration with the Pirkanmaa Hospital District. The data were analyzed by the nurses' interviews, how the nurse feels about pain management of nursing in intensive care unit, and how this work can be developed. The aim was to generate information, which can be used and applied to the needs of intensive care nursing to improve the quality of pain.

A qualitative approach was used. Four nurses were interviewed with a thematic interview. The data were analyzed with content analysis. The study result showed that patients in intensive care receive an adequate pain relief as seen by nurses. The nurses' role is very challenging and manifold.

Successful pain treatment requires in-depth understanding and knowledge from the nurse in intensive care nursing. Patient's pain management should be assessed and developed, and training should be organized on a regular basis. The results of this thesis can be used in the planning and development of pain management in the intensive care. A further step in studying this topic would be to survey patient's experiences of pain management in the intensive care.

Keywords: intensive care patient, pain, pain management in nursing.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 TEHOHOITOPOTILAAN KIVUN HOITOTYÖ	7
2.1 Tehohoitopotilas.....	7
2.2 Kipu.....	8
2.3 Kivun hoitotyö	11
2.3.1 Kivun arviointi	12
2.3.2 Kivun lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito	19
2.3.3 Kivun hoitotyön vaikuttavuuden arviointi	21
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	24
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	25
4.1 Kvalitatiivinen menetelmä	26
4.2 Tiedonhankinta.....	26
4.3. Aineiston analyysi.....	27
5 TULOKSET	29
5.1 Kivun hoitotyön nykytila	29
5.2 Kivun hoitotyön toteutumista edistävät tekijät	30
5.3 Kivun hoitotyön toteutumista estävät tekijät.....	31
5.4 Kivun hoitotyön kehittäminen	32
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	34
6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	34
6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	37
6.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset.....	40
LÄHTEET.....	41
LIITTEET	44
Liite 1. Suostumus opinnäytetyön haastatteluun.....	44
Liite 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä	46
Liite 3. Opinnäytetyön aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia.....	48

1 JOHDANTO

Tehohoidossa hoidetaan vakavasti sairaita ja vammautuneita potilaita, joilla on henkeä uhkaava yhden tai useamman elintoiminnon häiriö tai uhka sellaisen kehittymisestä. Tehohoidon tavoitteena on elintoimintoja tukemalla voittaa aikaa potilaan toipumiselle vakavasta sairaudesta tai vammasta. Suomessa on noin 30 teho-osastoa, joissa hoidetaan vuosittain yli 13 000 potilasta. (Suomen Tehohoitoyhdistys 2011, 78.)

Tehohoito on moniammatillisen tiimin yhteistyötä, jossa sairaanhoitaja tarkkailee ja arvioi potilaan vointia keskeytymättä ympäri vuorokauden. Tehohoitaja seuraa jatkuen potilaan kaikkien elintoimintojen muutoksia. Tehohoitaja toteuttaa potilaan hoitoa lääkärin määräysten pohjalta ja tiedottaa myös potilaan voinnin muutoksista lääkärille. Sairaanhoitajan työ teho-osastolla edellyttää monialaista ja vahvaa hoitotyön ja lääketieteen osaamista. Lisäksi se edellyttää sairaanhoitajalta nopeaa päätöksentekokykyä ja yhteistyötaitoja nopeasti muuttuvissa tilanteissa. (Suomen Tehohoitoyhdistys 2011, 78–79.)

Tehohoitopotilaan tilaan ja sairauteen liittyy oleellisesti myös kipu. Kivun hoitotyö on tärkeä osa sairaanhoitajan ydinosaaamista ja kokonaisvaltaista hoitotyötä. Onnistunut kivunhoito edellyttää sairaanhoitajalta laaja-alaista osaamista. Kivun tunnistaminen ja oikea hoito oikeaan aikaan ei ole aina helppoa varsinkaan tehohoitopotilaalla, joka ei välttämättä pysty kipuaan itse ilmaisemaan. Tehohoitopotilaan kivun hoitotyöhön vaikuttavat monet eri tekijät, jotka sairaanhoitaja joutuu huomioimaan työssään.

Opinnäytetyömme aihevalinnan tärkeimmäksi kriteeriksi muodostui oma kiinnostuksemme potilaiden kivun hoitotyöhön. Aihe on myös ajankohtainen ja tärkeä. Kivun hoitosuositukset kehittyvät ja säännöllinen lisäkoulutus on tarpeellista. Monet eri tutkimukset ovat osoittaneet sairaanhoitajilla olevan puutteita kivun hoitotyön osaamisessa.

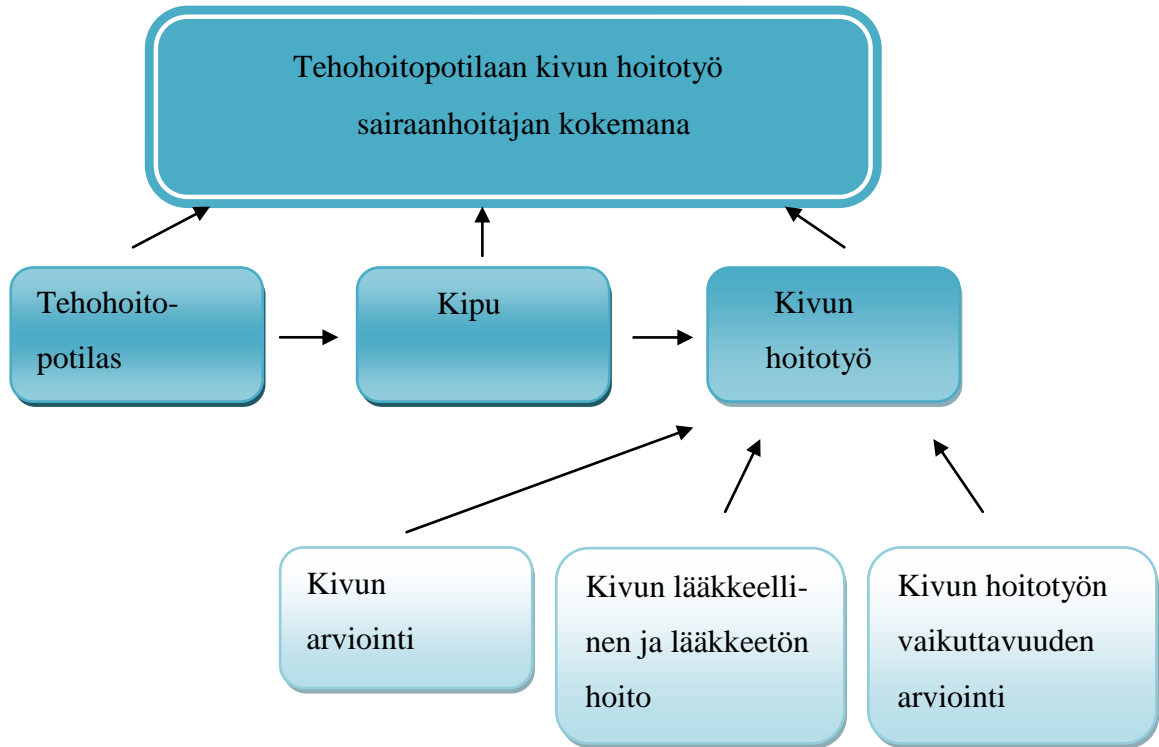
Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten tehohoitopotilaan kivun hoitotyö toteutuu sairaanhoitajan kokemana. Halusimme myös tietoa siitä, mitä erityispiirteitä tehohoitopotilaan kivun hoitotyöhön liittyy ja mitkä tekijät voivat vaikuttaa tähän, sekä millaisia kehittämissuhteita sairaanhoitajalla on osaston kivun hoitotyöhön.

Opinnäytetyön aineistona ovat kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten lisäksi tehosaston sairaanhoitajien avoimet teemahaastattelut. Emme rajanneet työssämme potilaita erityisesti mihinkään tiettyyn ryhmään, vaan käsittelemme tehohoitopotilaita yleisesti. Työmme käsittelee kivunhoitotyötä aikuisten tehohoitopotilaiden kannalta.

Opinnäytetyön toteutus on myös olennainen osa omaa ammatillista kasvuamme sairaanhoitajiksi. Tehohoitopotilaan kivun hoitotyön toteutumiseen vaikuttaviin tekijöihin perehtyminen ja kokemuksellisen tiedon saannin hyödyntäminen auttaa meitä tulevana sairaanhoitajina paremmin jäsentämään omaa toimintaamme hyvän kivun hoitotyön toteuttamiseksi.

2 TEHOHOITOPOTILAAN KIVUN HOITOTYÖ

Tämän opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on kuvattu kuviossa 1. Tulemme tässä opinnäytetyössä käsittelemään teoriaosuutta kyseisen kuvion mukaisesti. Käymme läpi käsitteitä tehohoitopotilaan kokonaisvaltaisen kivun hoitotyön näkökulmasta.



KUVIO 1. Tehohoitopotilaan kivun hoitotyön lähtökohdat

2.1 Tehohoitopotilas

Tehohoito on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan jatkuen, sekä elintoimintoja valvotaan ja tarvittaessa ylläpidetään erikoislaittein. Tavoitteena on perussairausten hoitaminen siten, että sillä estetään hengenvaara. (Ambrosius, Huittinen, Kari, Leino-Kilpi, Niinikoski, Ohtonen, Rauhala, Tammisto & Takkunen 1997.) Tehohoitopotilas voi olla postoperatiivinen leikkauspotilas, traumapotilas, sisätauti- tai monielinvauriopotilas (Sailo & Vartti 2000, 127). Suurin osa tehohoidossa olevista potilaista on intuboituna tai trakeostomoituna hengityskoneessa jossain vaiheessa hoitajak-

soa ja siksi potilas ei pysty puhumaan. Puhe voi olla myös hyvin epäselvää rauhoittavien ja kipulääkkeiden vuoksi. (Sailo & Vartti 2000, 132.)

Tehohoitopotilaan sairauteen liittyy huomattavia kärsimyksiä, joista yksi merkittävin on kipu. Tehohoitopotilaan kipua ei ole aina helppo tunnistaa, koska potilas ei pysty tai osaa sitä itse ilmaista. Kykenemättömyys kommunikointiin ja liikkumiseen aiheuttaa epämukavuutta potilaalle. Muita ahdistusta lisääviä tekijöitä ovat myös teho-osaston kirkas valaistus ja meteli. Potilaan hoidossa tulee huomioida myös laitteiden, letkujen, dreerien ja katetrien mahdollisesti aiheuttama kipu esimerkiksi hankauksen vuoksi. Potilaan asento voi olla epämukava eikä sitä voi paljoa muuttaa vaurioiden vuoksi. (Sailo & Vartti 2000, 132; Blomster, Mäkelä, Ritmanen-Castren, Säämänen, Varjus 2001, 58.)

Monet fysiologiset oireet voivat johtua kivusta, tai esimerkiksi sisäisistä vaurioista tai vuodoista. Tehohoitoon joutunut potilas on usein myös hyvin ahdistunut ja levoton. Levottomuus ja kipu saavat tehohoitopotilaalla aikaan stressireaktion, joka aiheuttaa lukuisia epäsuotuisia muutoksia elimistössä. Hyvällä kivunhoidolla ja tarvittavalla rauhoittavalla lääkityksellä on tavoitteena kivuton, rauhallinen ja yhteistyökykyinen potilas, joka kokee olonsa hyväksi ja turvalliseksi. Hoidon taustalla vaikuttavat myös potilaan muut sairaudet, ikä, kulttuuri ja aikaisemmat kokemukset. (Sailo & Vartti 2000, 128.) Potilaiden fyysinen heikko kunto, sekä sedaatio ja vahva kipulääkitys heikentävät heidän kykyään havainnoida ja huomioida ympäristöään, ja tämän vuoksi he eivät myöskään yleensä muista hyvin tehohoitojakson aikaisia tuntemuksiaan (Blomster ym. 2001, 58).

2.2 Kipu

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP eli International Association for the Study of Pain) määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä tuntemus tai aistimus ja tunnepohjainen elämys, joka liittyy keholliseen vaurioon ja jota ilmaistaan kudosvaurioon liittyvin termein. Kipukokemus on aina myös yksilöllinen ja kipuärsykkeen vaikutukset voivat vaihdella eri tilanteissa. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.) Amerikkalaisen kipuasiantuntija Margo McCafferyn (1999) mukaan kipua on silloin, kun ihminen sanoo hänellä kipua olevan. Tunnetta ei voi myöskään verrata toisen ihmisen ko-

kemukseen kivusta. Kipu on aina subjektiivista ja kipu on myös aina kokijalleen todellinen. (McCaffery 1999, 17; Sailo & Varti 2000, 30; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004,176.)

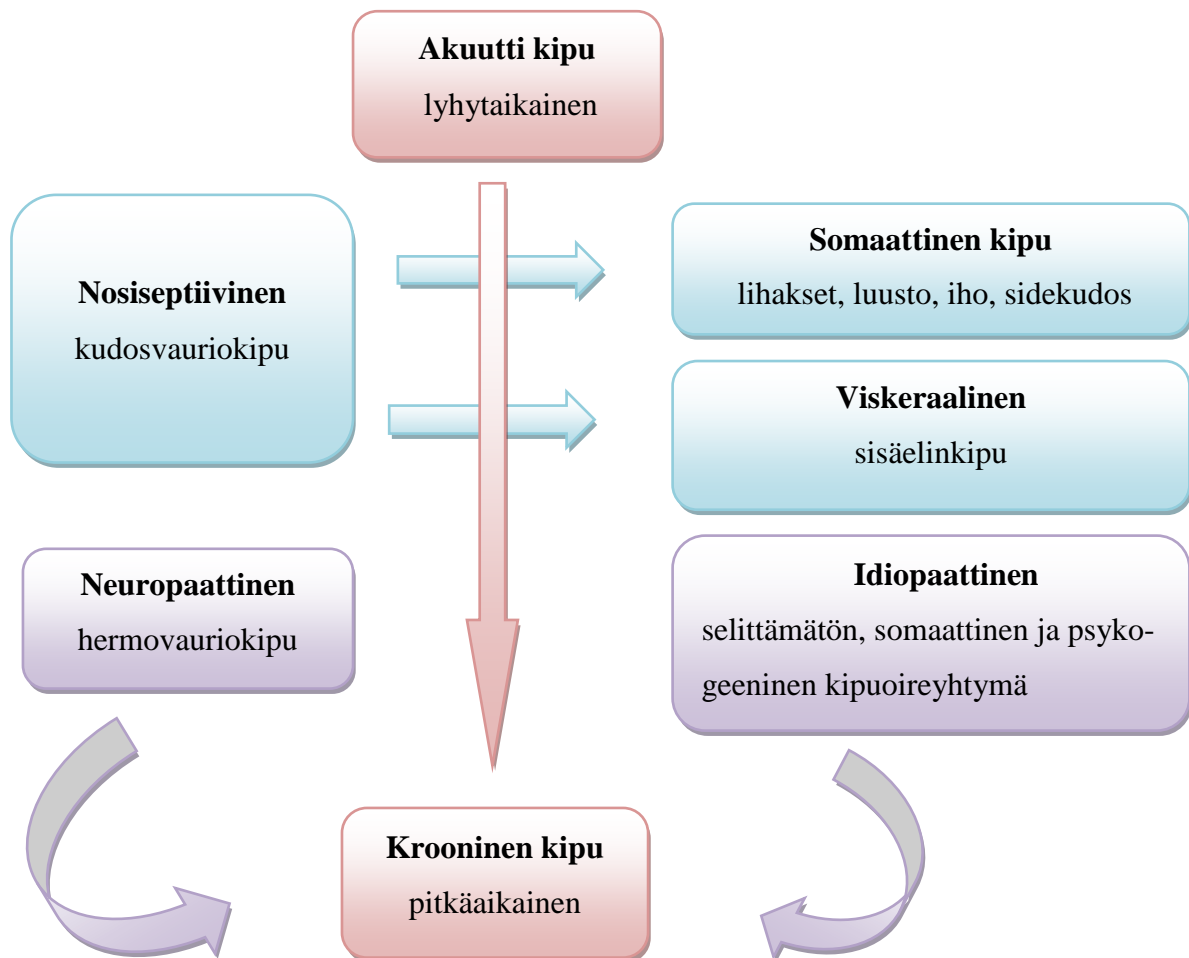
Potilaan kivun tuntemuksiin vaikuttavat aiempien kipukokemusten ja sairauksien lisäksi perimä, sukupuoli, ikä, persoonallisuus, tunteet, toiveet ja motivaatio. Nämä ominaisuudet vaikuttavat kipukynnykseen ja kivunsietokykyyn, jotka voivat vaihdella samalla henkilöllä eri tilanteissa. Yleisesti naiset ilmaisevat ja kokevat enemmän kipua kuin miehet. Iän myötä kivun kokeminen myös muuttuu, vanhukset eivät välttämättä tunnista kipua yhtä herkästi kuin nuoret. Henkilö, joka on aiemmin kokenut kovaa kipua voi kokea sitä herkemmin myös uudelleen. Kipu voidaan myös kokea voimakkaammin, jos aiemmat kokemukset ovat olleet huonoja. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 9 -10.)

- Kivunsietokyky = kivun keston tai voimakkuuden määrä, jonka yksilö sietää.
- Kipukynnys = vaihe, jossa ärsyke tunnetaan kipuna. Kipukynnykseen vaikuttavat kivun laatu ja kesto.
- Kivun voimakkuus = potilaan kokemus kivun voimakkuudesta.

(Salanterä ym. 2006,10.)

Kipu jaotellaan kahteen pääryhmään eli akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutissa kivussa kivun tunteminen suojaa henkilöä, mutta kroonisessa kivussa kivun tuntemisen merkitys voi olla epäselvä. Määritelmän mukaan akuutti ja krooninen kipu erotetaan toisistaan myös kivun kestolla. Akuutti kipu on lyhytkestoista ja siihen on yleensä selvä syy, eli kipu helpottaa kun esimerkiksi kudosaivaurio paranee. Krooninen kipu on kestoltaan yleensä yli 3-6 kk. Akuutti kipu voi pitkittyessään myös muuttua krooniseksi. (Kalso & Vainio 2002, 87; Holmia ym. 2004, 176.) Akuutti kipu voi myös pahimmillaan hoitamattomana johtaa kipusokkiin eli vasomotoriseen sokkiin, joka on hengenvaarallinen tila ja pahimmillaan johtaa kuolemaan. Kipu voi myös aiheuttaa potilaalle tajunnan menetystä tai sekavuutta. (Kotovainio & Mäenpää 2005, 466.)

Erilaisia kiputiloja voidaan luokitella myös syntymekanisminsa tai sijaintinsa mukaan (kuvio 2).

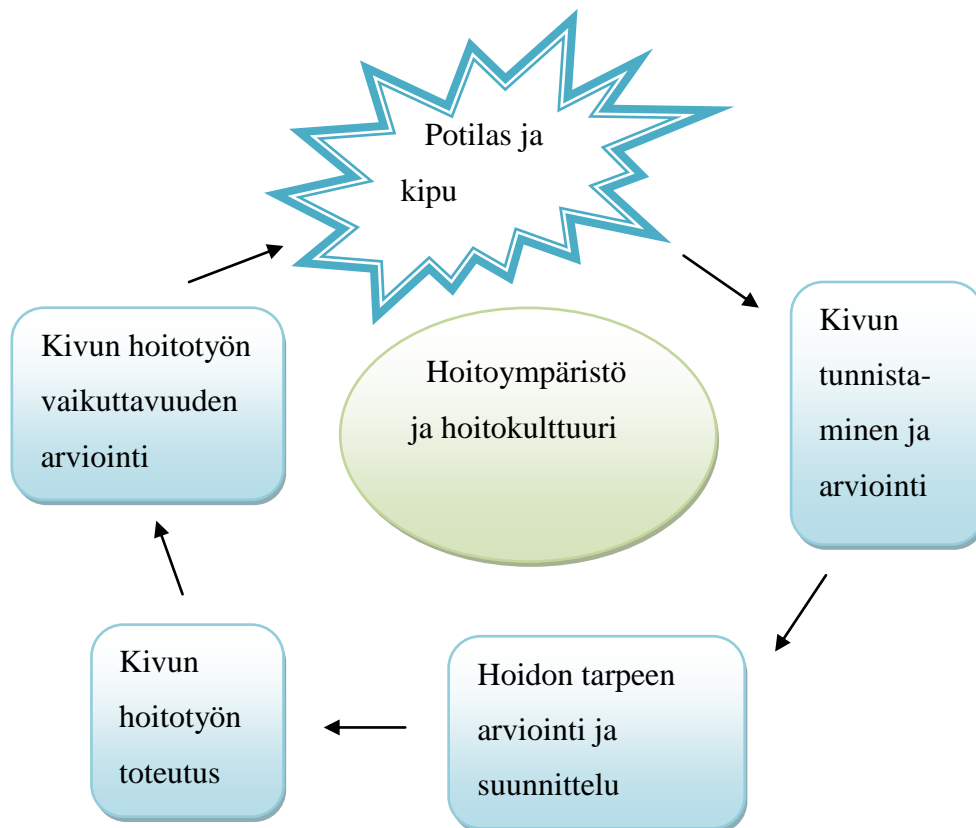


KUVIO 2. Erilaiset kiputilat

Kivun aiheuttaja voi olla elimistön ulkoisen tai sisäisen tekijän aiheuttama kudosvaurio. Tällaista kipua kutsutaan nosiseptiiviseksi. Nosiseptiivinen kipu voi olla sisäistä eli viskeraalista kipua tai somaattista ihoon, lihakseen, luustoon tai sidekudokseen kohdistuvaa kipua. Kivun aiheuttaja voi olla myös hermovaurio. Tätä kivunlajia kutsutaan neuropaattiseksi kivuksi. Kolmas kivun laji on idiopaattinen kipu, eli jostain muusta tuntemattomasta syystä johtuva selittämätön kipu. Tehohoitopotilaalla voi kivun aiheuttajana olla jopa kaikki eri kivun lajit. (Sailo & Varti 2000, 127–128; Kalso & Vainio 2002, 95–99; Holmia ym. 2004, 176–177.)

2.3 Kivun hoitotyö

Kipu on moniulotteinen ja monimuotoinen ilmiö. Kivun arviointi ja hoito ovat tärkeä osa laadukasta hoitotyötä, jossa myös potilas itse ja hänen läheisensä huomioidaan. Kivun arvioinnin tulee olla säännöllistä ja systemaattista, sillä se ohjaa kokonaisuudessaan potilaan hoidon suunnittelua. Kivun hoitotyö on tiimityötä, jossa sairaanhoitajalla on tärkeä rooli potilaan kipujen tunnistamisessa, kivun ja sen vaikutuksen arvioinnissa, sen hoidossa ja potilaan tukemisessa kivun hallintaan. Hoitotyössä sairaanhoitaja tarvitsee myös hyviä vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitoja potilaan ja hänen läheistensä ohjauksessa ja opetuksessa. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.) Kivun hoitotyön prosessia on kuvattu kuviossa 3.



KUVIO 3. Kivun hoitotyön kokonaisuus (Salanterä 2010, muokattu)

Kivun hoitotyötä ohjaavat lainsäädäntö, ammattikunnan eettiset periaatteet sekä näyttöön perustuva tieto kivun hoitomenetelmien vaikuttavuudesta. Tieto kivusta ja sen hoitamisesta ovat kehittyneet lähivuosina paljon, mutta monien tutkimusten mukaan kivun tunnistamisessa ja sen hoitamisessa on edelleen puutteita. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Kivun hoitotyön systemaattinen toteutuminen ja laatu riippuvat myös osaston yleisestä hoitokulttuurista, jolle johtamis- ja hoitokäytännöt on rakennettu. Hoitokulttuuri on johtamis- ja hoitokäytäntöjen perusta. Kivunhoidon systemaattinen toteuttaminen ja laatu ovat riippuvaisia tämän perustan rakenteista ja toimintatavoista. Hoitokulttuurilla on myös psykologisia vaikutuksia työntekijöihin, jotka vuorovaikutuksessa toisiinsa muodostavat työyksikön ilmapiirin. Ilmapiirillä on suora vaikutus työntekijöiden asenteisiin ja tapaan tehdä hoitotyötä. Osaston hoitokulttuurilla on myös vaikutus hoitajan itsenäiseen päätöksentekoon, sekä moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle. (Akselin & Niela 2001, 45–46; Salanterä ym. 2006, 11.)

Toimiva yhteistyö hoitajan ja lääkärin välillä on merkittävä tekijä kivun hoidossa. Hoitotyön onnistumiseen vaikuttaa selkeä vastuunjako, jolloin kaikki hoitotyötä tekevät tietävät kuka tekee mitäkin ja milloin. Milloin esimerkiksi leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa vastuu on anestesia- ja kirurgilla ja milloin kirurgilla ja kehen sairaanhoitaja ottaa tarvittaessa yhteyttä. Kivun arvioinnissa tulee kaikkien myös pyrkiä säännöllisyyteen. Hoitotyössä myös johtajuus on yhteydessä hoitohenkilökunnan asenteisiin ja työhyvinvointiin, joka vaikuttaa myös hoidon laatuun eli näin ollen myös kivun hoitoon. Yhtenä syynä kivunhoidon epäonnistumiseen on asennoituminen välinpitämättömästi sekä yhteistyön puute. (Akselin & Niela 2001, 45–46; Salanterä ym. 2006, 11.)

2.3.1 Kivun arviointi

Hyvän kivunhoidon lähtökohtana on kivun tunnistaminen ja arviointi, joka on erityisen vaikeaa silloin, kun potilas ei pysty sanallisesti kertomaan kivustaan. Kivun arviointi kuuluu potilaan kokonaishoitoon ja se tulee tehdä tehohoitopotilaalla systemaattisesti ja säännöllisesti muiden tarkkailtavien elintoimintojen tavoin. Kivun arviointia ei voi jättää tekemättä ja ainoastaan tunnistettu kipu voidaan hoitaa tehokkaasti. Kivun arviointi

on osa kivun hoitotyön kokonaisprosessia. (Salanterä 2009, 89.) Tutkimusten mukaan kivun systemaattinen arviointi lyhentää tehohoitoaikaa ja parantaa potilaiden ennustetta (Pyykkö 2004, 34; Riker & Frasier 2009, 527–529). Monet tutkimukset kuitenkin osoittavat, että tehohoitopotilaan kipua aliarvioidaan ja hoidetaan puutteellisesti. Hoitamaton kipu aiheuttaa paljon haitallisia vaikutuksia sekä inhimillistä kärsimystä. (Blomster ym. 2001,104; Gelinäs ym.2004,134.)

Kivun fysiologiset muutokset näkyvät potilaan tilassa ja vaikuttavat kivun tunnistamiseen. Tehohoitopotilaan tilaa tarkkaillaan jatkuen ja monet muutokset elimistössä näkyvät monitoreissa ja potilaan käyttäytymisessä sekä yleistilassa. Kipu sympaattisen hermoston toiminnassa nostaa sydämen sykettä, verenpaineen ja ääreisverenkierron vastuksen nousua, sydämen työmäärän ja hapenkulutuksen kasvua, joka voi johtaa myös sydänlihaksen iskemiaan. Parasympaattisen hermoston toiminnassa kipu taas voi aiheuttaa päinvastoin sydämen sykkeen hidastumista ja verenpaineen laskua, suolen toiminnan ja rakon lamaanumista. Kipu myös vaikeuttaa yskimistä, joka voi aiheuttaa taas keuhkoihin kohdistuvia komplikaatioita kuten keuhkokuumeen tai atelektaasien syntymistä. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18–19.)

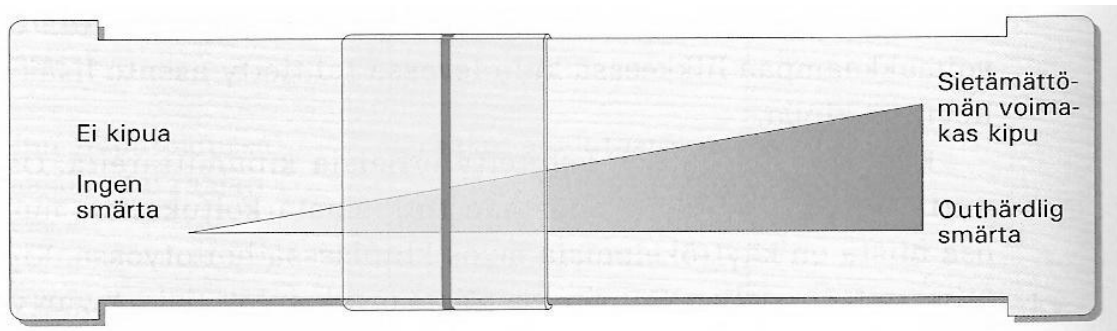
Monet fysiologiset arvot saattavat muuttua kivun vuoksi, mutta voivat johtua myös sairaudesta tai lääkityksestä, jotka tulee huomioida kivun arvioinnissa. Myös psyykkiset tekijät tulee ottaa huomioon potilaan tilassa. Stressi, suru ja huoli omasta tai läheisten tilanteesta pahentavat usein kipukokemusta. Kipu voi näkyä potilaan tilassa muun muassa hikoiluna, kyynelehtimisellä, kalpeutena, lihasjännityksen lisääntymisellä ja pupillien laajentumisella. Pupillit ovat herkkä mittari kivulle ja niiden laajenemista pidetäänkin herkempänä mittarina kivulle kuin verenpaineen ja sykkeen muutoksia. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18–19.)

Kipu ilmenee potilaan käyttäytymisessä lisäksi kasvojen ilmeissä ja eleissä. Kipuun reagoiva potilas saattaa irvistää, rypistää otsaansa tai jännittää suun ja silmien seutua. Potilas saattaa myös ilmaista kipua fyysisesti liikehtimällä rauhattomasti tai kehon jännittymisellä kokonaan liikkumattomaksi. Ääntely, voihkiminen, vaikeroiminen tai äänekäs hengittäminen kertovat myös usein kivusta. (Kassara ym. 2006, 351; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 19.)

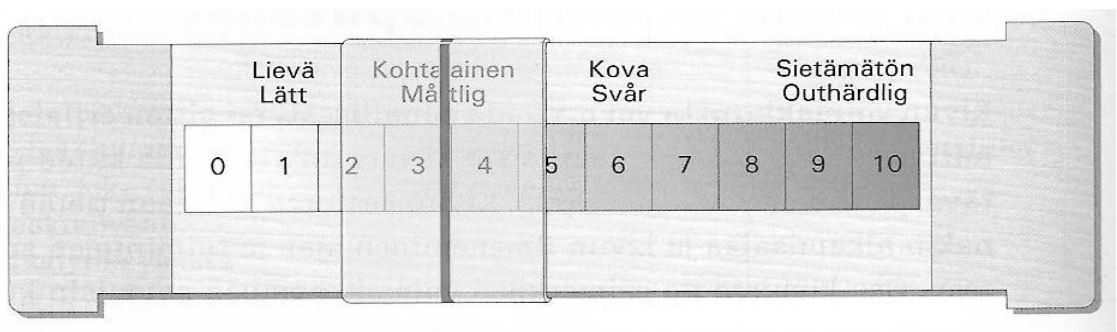
Lahden, Nordbergin & Ruhtilan (2007, 37–38) hoitohenkilökunnalle tehdyn tutkimuksen tuloksissa tulee esiin, että potilaan kipua on usein vaikea tunnistaa ja hoitajilla on vaikeuksia potilaan kivun arvioinnissa. Kipumittareiden käyttö koetaan helpottavan kivun arviointia, mutta silti käyttö on tutkimuksen mukaan vähäistä. Hoitajilla tulee olla myös riittävät tiedot kivusta ja sen hoidosta kivun hoitotyön toteutumiseksi. Hyvällä kivun hoitotyöllä voidaan parhaimmillaan ennaltaehkäistä myös kivun kroonistuminen.

Pyykön (2004, 82–84) mukaan potilaan terveysongelmaa kuvaavat merkit ovat objektiivisesti mitattavia suureita, jotka saadaan erilaisten teknisten laitteiden ja apuvälineiden avulla sekä mittaamalla tai havainnoimalla. Mitattavia suureita ovat fysiologiset muuttujat kuten verenpaine, sydämen syketaajuus ja periferian lämpötila. Oireet kuten potilaan kivun tai ahdistuksen laatu, eivät ole objektiivisesti mitattavia. Osa oireista perustuu potilaan yksilölliseen kokemukseen ja hoitajan havaintoon tilanteesta. Osaa oireista voidaan arvioida olemassa olevien mittareiden avulla. Tällaisia on kehitetty esimerkiksi neurologisen statuksen, painehaavaumien ja kivun arviointiin. Hoitajan havaintoon perustuvat oireet tulee varmistaa kysymällä mahdollisuuksien mukaan potilaalta itseltään. Tärkeää on myös läheisten ihmisten antama tieto potilaasta, mikä auttaa hoitajaa arvioimaan oireita.

Kivun arvioinnissa käytetään yleisesti erilaisia kivun arviointimittareita, jotka mittaavat kivun voimakkuutta. Yleinen kipumittari on kipukiila tai -jana eli VAS-mittari (Visual Analogue Scale), (kuvio 4), jossa kipua arvioidaan asteikolla 0-10. VRS- mittarissa (Verbal Rating Scale) kipua arvioidaan sanallisesti asteikolla 0-4. Numeerisella NRS-mittarilla (Numeric Rating Scale) (kuvio 5) voidaan arvioida joko 0-10 tai 0-100 asteikolla kipua. Potilaan tulee kuitenkin olla kykenevä ilmaisemaan kipunsa voimakkuutta itse, joka vaikeuttaa usein tehohoidossa olevien potilaiden kivun arvioimista. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 19.)



KUVIO 4. VAS-kipujana (Salanterä ym. 2006)



KUVIO 5. NRS-mittari (Salanterä ym. 2006)

Suomalaisilla teho-osastoilla ei ole systemaattisesti käytössä kivun arviointimittareita kommunikoidaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kivun arviointiin ja siksi olisikin tärkeää saada validi mittari kliiniseen käyttöön. Hyvä kivun arviointimittari on helppokäyttöinen ja ohjeet pisteytyksineen ovat selkeät. Hyvä mittari on lyhyt, mutta antaa riittävästi tietoa. Mittarin avulla tulee kyetä erottelemaan kipu kivuttomuudesta, jolloin sen tulee olla myös herkkä ja antaa vaihtoehtoja muutoksien arvioinnille. (Kokki 2004, 31–32; Pudas-Tähkä 2004, 58–60.)

Kommunikoidaan kykenemättömille potilaille on myös laadittu omia kipumittareita. Näistä esimerkiksi Behavioural Pain Scale (BPS) määrittää kipua potilaan kasvojen ilmeiden, yläraajan liikkeiden, sekä hengityskoneen sietämisen avulla. Critical care Pain Observation Tool (CPOT) (taulukko1) arviointityökalussa on näiden lisäksi otettu mukaan koko vartalon liikkeet, sekä intuboitamattoman potilaan kommunikointi ja ääntely. (Salanterä 2010.)

TAULUKKO 1. CPOT-luokitus (Liisanantti, 2012.)

Critical Care Pain Observation Tool		
Kasvojen ilme	rauhallinen, kasvolihakset rentona	0
	jännittynyt, "kulmat kurtussa", otsalihakset supistuneena	1
	kaikki kasvojen yläosien lihakset supistuneena, silmät tiukasti suljettuna	2
Vartalon liikkeet	rauhallinen, tarkoituksenmukainen liike	0
	hidas, jatkuva liike, huomion haku, kipeän alueen hierominen/koskettelu	1
	motorinen hyperaktiiviteetti, ei noudata kehoituksia, pyrkii poistamaan valvontalaitteita	2
Yläraajojen lihasjänteys passiivisessa fleksiossa ja ekstensiossa	ei vastusta passiivista liikettä	0
	vastustaa liikettä jnk:n verran	1
	vastustaa voimakkaasti, huomattava lihasjäykkyys	2
Sopeutuminen hengityskoneeseen (intuboitu potilas)	helppo ventilaatio, ei hälytyksiä hengityskoneesta	0
	hälytyksiä hengityskoneesta, mutta hoituvat spontaanisti	1
	epäsynchronia, jatkuvia hälytyksiä hengityskoneesta	2
Puhe (intuboitamaton potilas)	normaali puhe, normaali ääni	0
	vaikeutunut puheen tuotto	1
	itkee, huutaa, puheesta ei saa selvää	2

Tehohoidossa potilaat ovat useimmiten myös sedatoituja, jolloin kivun arviointiin yhdistetään myös sedaation arviointi. Sedaatio tarkoittaa potilaan rauhoittamista tai lamaamista keskushermoston toimintaa vaimentavilla lääkkeillä. Sedaation aste voi lääkkeestä johtuen vaihdella lievästä rauhoittavasta olostä nuketukseen. Maailmalla on kehitetty monenlaisia mittareita kivun ja sedaation arviointiin. Sedaation arvioinnissa yleinen käytetty mittari on RASS-mittari (Richmond Agitation-Sedation Scale) (taulukko 2), joka koostuu kymmenestä tasosta, jotka vaihtelevat +4 ja -5 välillä. Neljä tasoa kuvaa potilaan levottomuutta ja yksi taso potilaan levollisuutta sekä valppautta ja viisi tasoa sedaation syvyyttä. Sedaatio- ja kipumittarit sisältävät osittain samoja osa-alueita, mutta sedaatiomittarilla ei voida arvioida kuitenkaan kipua. Kipu ja sedaatio tulee arvioida erikseen vaikka ne yhdessä vaikuttavat potilaan tilaan ja kokonaisarvioon. Mittareiden käyttö kuitenkin perustuu paljon havainnoitsijan tekemään arvioon, eikä ole näin ollen täysin riittävä. (Pudas-Tähkä 2009, 91.)

TAULUKKO 2. RASS-luokitus ja pisteytyksen arviointi (Käypä hoito 2012, muokattu)

Pisteet	Termi	Määritelmä
+4	Väkivaltainen Potilas	Potilas väkivaltainen, välitön vaara henkilökunnalle
+3	Hyvin kiihtynyt (agitoitunut)	Potilas pyrkii poistamaan katetrit, aggressiivinen
+2	Kiihtynyt (agitoitunut)	Liikehtii levottomasti ilman tarkoitusta, ei sopeudu ventilaattoriin
+1	Levoton	Levotonta liikehdintää, ahdistunut, ei aggressiivinen
0	Rauhallinen	
-1	Unelias	Ei täysin hereillä; helposti heräteltävissä, puhuteltaessa avaa silmät/katsekontakti > 10s
-2	Kevyt sedaatio	Herää lyhyesti puhuteltaessa, avaa silmät / katsekontakti < 10s
-3	Kohtalainen sedaatio	Reagoi tai avaa silmät puheelle, mutta ei ota katsekontaktia ->Äänistimulaatio
-4	Syvä sedaatio	Ei reagoi puheelle, ravisteltaessa avaa silmät tai liikuttelee spontaanisti raajoja -> Fyysinen stimulaatio
-5	Ei heräteltävissä	Ei reagoi puheelle, eikä fyysiselle stimulaatiolle

<u>RASS-pisteytyksen arviointi</u>	
<input type="checkbox"/> 1. Tarkkaile potilasta	
Potilas hereillä, levoton, agitoitunut	Pisteet 0 -+ 4
<input type="checkbox"/> 2. Jos potilas unelias, sano potilaan nimi ja pyydä avaamaan silmät ja katsomaan kohti	
Potilas herää ja ottaa katsekontaktin (< 10 sekuntia)	Pisteet - 1
Potilas herää ja ottaa katsekontaktin lyhyesti (> 10 sekuntia)	Pisteet - 2
Potilas liikuttaa itseään mutta ei ota katsekontaktia puhuteltaessa	Pisteet - 3
<input type="checkbox"/> 3. Jos potilas ei reagoi puhuttelulle, ravista potilasta olkapäästä ja/tai paina potilasta rintalastasta	
Potilas liikuttaa itseään ärsykkeelle	Pisteet - 4
Potilas ei reagoi ärsykkeisiin	Pisteet - 5

Taulukossa 2 on esitetty Käypä hoito-suositusten mukaiset ohjeet sedaation arviointiin Richmond Agitation-Sedation Scale arviointimittarilla.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa käytetään yleisesti paljon erilaisia hoito-ohjeita ja – protokollia. Ne helpottavat yhtenäistä kirjaamista ja arviointia. Hoitoprotokolla on yksityiskohtainen hoitosuunnitelma ja hoito-ohje, jonka tarkoituksena on standardoida ja koordinoita hoidon toteutusta. Sen mukaan asetetaan potilaan hoidolle tavoitteita ja siinä myös määritellään tarpeelliset toimenpiteet seurantamenetelmät. Tavoitteena on parantaa hoidon laatua, välttää virheitä ja sitä käyttämällä voidaan saavuttaa paremmin yhtenäisempiä tuloksia. Valtakunnallisia yhtenäisiä suosituksia tehohoitopotilaiden kivunhoidosta ja

sedaatiosta ei vielä ole ja eri osastojen käytännöt vaihtelevat paljon. Monilla teho-osastoilla on käytössä tehohoito potilaalle suunniteltu sedaatioprotokolla, jossa määritellään sedaatioon käytettävät lääkkeet ja ohjeistetaan päivittäinen arviointi ja sedaatiotaivoite, sekä toimenpiteet tavoitteen saavuttamiseksi. Tavoitteena on hengityslaittehoidosta vierottautumisen nopeutuminen ja tehohoitoajan lyhentäminen. (Hult & Peräjoki 2011, 18–19.)

Suurin osa potilaista saa sedaatiota tehohoidon aikana. Silti pitkäaikaisen ja laadukkaan sedaation toteuttaminen on yksi haastavimmista ja vaikeimmista tehohoidon osaluista. Tehosairaanhoitaja on avainasemassa moniammatillisen tiimin yhteistyössä sedaatioprotokollan toteutumisessa. Sedaatioprotokollan laatiminen ja päivittäminen tulisi tehdä moniammatillisen tiimin yhteistyönä ja protokollan käyttäminen vaatii motivoitunutta ja koulutettua henkilökuntaa. (Hult & Peräjoki 2011, 18–19.)

Hultin & Peräjoen (2011, 19) tutkimustuloksissa teho- ja tehovalvontaosastojen sedaatiokäytännöt olivat hyvin vaihtelevia ja joiltakin teho-osastoilta ohjeistus puuttui kokonaan. Hoitotyön osuus käytettävissä ohjeistuksissa oli myös mitätön.

Myös vasta riittävän kivunlievityksen jälkeen voidaan arvioida potilaan todellinen sedaation tarve. Tavoitteena on kivuton, rauhallinen ja tehohoitoympäristöön ja hoitoihin hyvin sopeutuva potilas. Potilaan hyvä sedaatiotasoa on kevyt, rauhoittava uni, josta potilas on herkästi heräteltävissä. Liian vähäinen tai liian syvä sedaatio voivat vahingoittaa potilaan tilaa. Liian vähäinen sedaatio voi lisätä potilaan ahdistusta ja vaikeuttaa esim. sopeutumista hengityslaitteeseen ja tehohoitoympäristöön. Liiallinen sedaatio yhdessä liiallisen kivunhoidon kanssa aiheuttaa lukuisia haittavaikutuksia. Sedaatio voi aiheuttaa myös hengityslamaa ja pitkittää hengityslaittehoitoa. Vuodepotilaana olo lisää myös painehaavariskiä ja opioidit kipulääkkeenä aiheuttavat suolilamaa. Osa sedaatiolääkkeistä voi myös altistaa potilasta deliriumille, eli aivojen toimintahäiriölle. (Karlsson 2009, 81–82; Pudas-Tähkä, 2009, 90–91.)

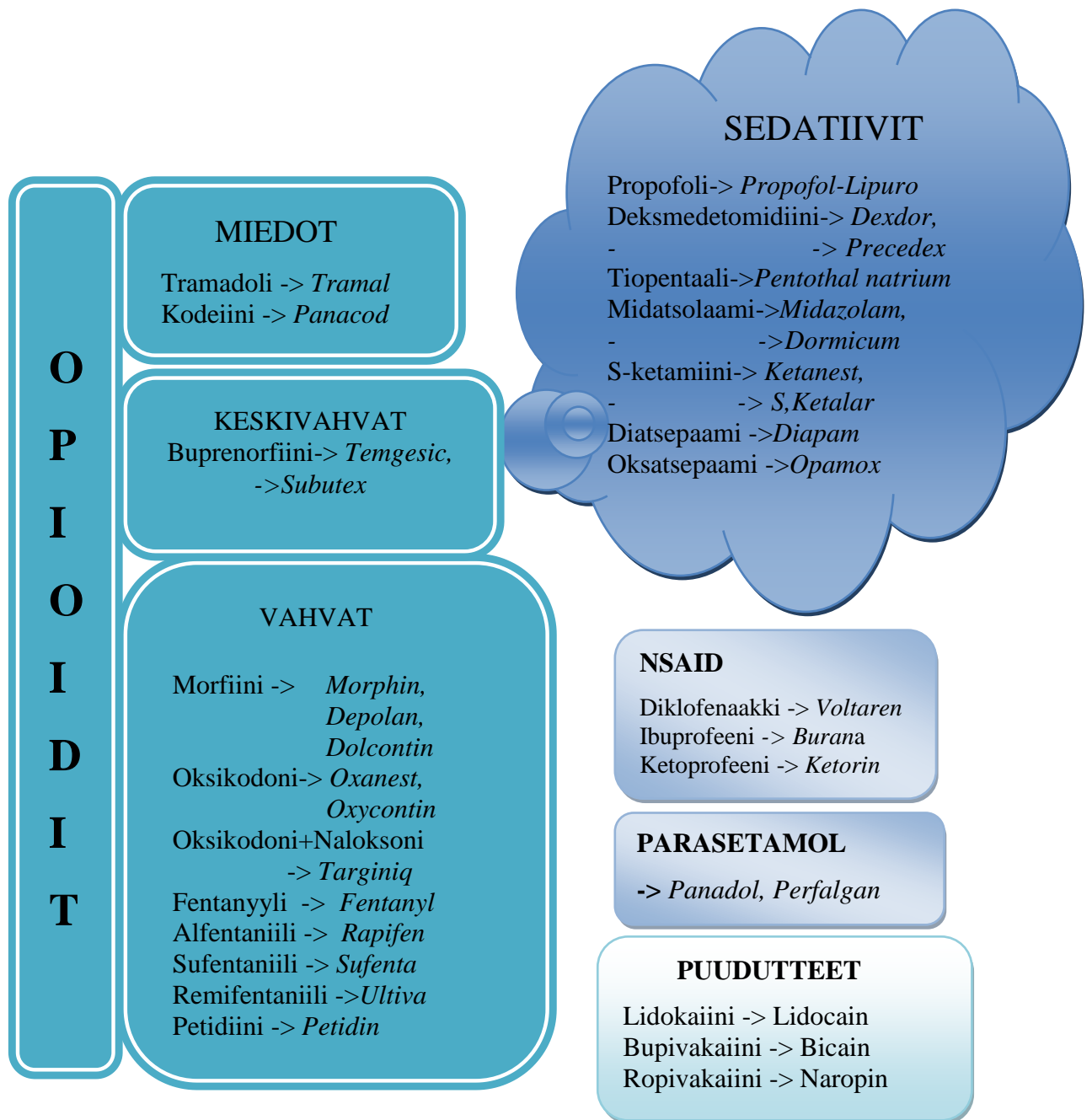
Uni-valverytmi häiriintyy myös aina potilaan ollessa teho-hoidossa. Hyvä kipulääkitys ja sedaatio ovat kuitenkin välttämättömiä tehohoidossa, ja niillä on sekä hyviä, että huonoja vaikutuksia potilaan hoitoon. Riittävää ja oikeaa annostelua tulee arvioida vaikutusten mukaan ja sedaatiolääkitys keskeytetäänkin yleisesti kerran päivässä, jolloin voi-

daan paremmin arvioida potilaan tila ja sedaation tarve. (Karlsson 2009, 81–82; Pudas-Tähkä, 2009, 90–91.) Uni tai sedaatio eivät ole myöskään kivun lieventäjiä, vaan kovistakin kivuista kärsivät potilaat voivat nukkua. Potilas voi kuitenkin nukkua helpottaakseen kiputuntemusta. Potilaan kivunhoidon ollessa kontrolloitua voi potilaan antaa nukkua, kun on kivun arvioinnin aika. Tämä tulee kuitenkin kirjata ylös, ja tarpeen mukaan potilaan voi myös herättää, jos tuntuu siltä, että kipulääkitystä on syytä lisätä. (Blomqvist 2000, 130–133; McCaffery & Pasero 2001, 81.)

2.3.2 Kivun lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito

Kivun hoitoon kuuluvat sekä lääkkeellinen, että lääkkeetön kivunlievitys. Kivun lääkeshoidossa tärkeää on se, että lääke annetaan potilaalle oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja se on suhteutettavissa kivun voimakkuuteen. Lääkehoidossa tulee myös huomioida mahdollisten sivuvaikutusten huomioiminen ja hoito. Ei-lääkkeellisellä kivunhoidolla taas tarkoitetaan varsinaista hoitotyötä, potilaan tarpeisiin vastaamista ja lähellä oloa, kaikkea sitä toimintaa, jolla voidaan helpottaa potilaan oloa. Kipua lievittäviä hoitotoimenpiteitä ovat mm. asentohoito, kylmäpakkaukset ja lämpimät kääreet, hieronta ja hyvän ja rauhallisen ympäristön luominen. (Salanterä 2009, 88–89.)

Tärkein ja eniten käytetty kivun hoitomenetelmä on lääkehoito. Lääkelain mukaan kipulääkkeellä tarkoitetaan sellaista valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä kipua. Kipulääke saattaa sisältää yhtä tai useampaa vaikuttavaa lääkeainetta. (Salanterä ym. 2006, 107.) Tehohoidossa kivun lääkehoito perustuu yleisimmin opioidien, erilaisten sedatiivien, tulehduskipulääkkeiden sekä puudutusten käyttöön (kuvio 6). Lääkkeiden antotapaan ja annosmäärään vaikuttaa potilaan sairaus, mahdollinen kirurginen toimenpide ja vammamekanismi. Usein potilaalle annostellaan kipulääkettä jatkuvalla infuusiolla, joka takaa tasaisemman vaikutuksen. Joskus potilas voi myös itse annostella kipupumpun kautta lääketä tarpeensa mukaan (PCA), joka voidaan myös yhdistää jatkuvaan infuusioon. Yleisimmin tehohoidossa käytettyjä opioideja ovat Fentanyl, Alfentaniili, Remifentaniili, Oksikodoni, Morfiini, Petidin, Buprenofiini ja Tramadoli. Yleisimmät sedatiivit yhdistettynä opioideihin ovat Midatsolaami ja Propofoli. Ne vähentävät tehokkaasti ahdistusta ja tuskaisuutta ja rauhoittavat potilasta. (Sailo & Varti 2000, 141–144.)



KUVIO 6. Kivun ja sedaation lääkehoito

Tulehduskipulääkkeiden käyttö tehohoidossa ei ole ruansulatuskanavan haavautumisriskin sekä munuaisten ja verihiutaleiden toiminnan huonontumisen vuoksi kovin käytettyjä. Tavallisimmin käytettyjä tulehduskipulääkkeitä ovat Ketoprofeeni, Diklofenaakki ja Ibuprofeeni. Parasetamolien käyttö maksavaurioriskin vuoksi on varauksellista. Epiduraalisessa kivunhoidossa voidaan yhdistää jatkuvan puudutteen sekä opioidin

anto (kuvio 6). Erilaisia puudutuksia voidaan käyttää myös leikkausalueelle ennen tai jälkeen leikkauksen. (Sailo & Vartti 2000, 141–144.)

Vaikka teho-osastolla kivunhoito painottuu lääkehoitoon, täydentävät sitä kaikki muut hoitotyön keinot. Yhtenä tärkeimpänä on asentohoito, koska potilas joutuu olemana pitkään samassa asennossa, joka aiheuttaa puutuneisuutta ja verenkierron huononemista, joka taas aiheuttaa kudoksissa hapenpuutteen jolloin muodostuu painehaavaumia. Asentoa vaihtamalla saadaan myös eri lihasryhmiä rentoutettua. Vatsanalueen kivunlievityskainona varsinkin avoleikkauksen jälkeen käytetään abdominaalitukea tai M-sidettä, joka tukee vatsaa ja ompeleita sekä myös edistää haavan paranemista. Potilaalle voidaan ohjata myös erilaisia rentoutumis- ja hengitysharjoituksia. Kosketus ja hieronta ovat myös keinoja, joilla potilas voi paremmin rauhoittua ja rentoutua. Kylmä- ja pinalämpöhoitoa voidaan antaa myös potilaan omankin mieltymyksen mukaan. Kylmä vähentää verenkiertoa, hidastaa kudosten aineenvaihduntaa sekä lievittää kouristusmaista lihaskäntymystä. Lämpöhoito taas parantaa ihon verenkiertoa ja myös rentouttaa lihaksia. (Sailo & Vartti 2000, 134–138;)

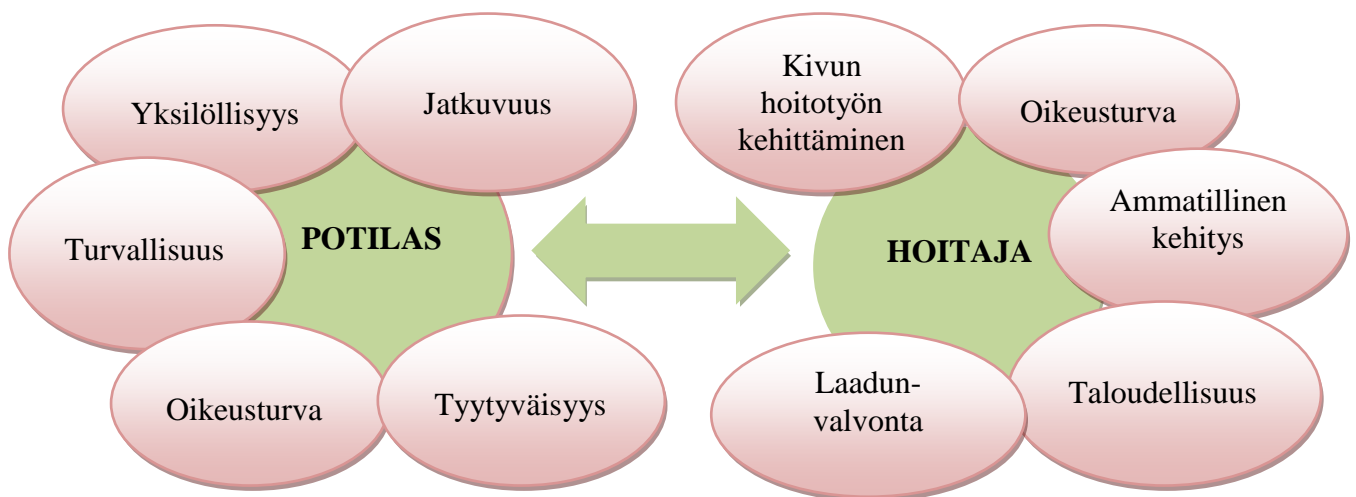
2.3.3 Kivun hoitotyön vaikuttavuuden arviointi

Kivunlievityksen vaikutuksia on arvioitava jatkuen ja hoidettava kipua uudelleen tarpeen mukaan. Hoitajan tulee arvioida oliko annettu lääkeannos riittävä, miten kauan kipua kesti ja miten kauan kipu pysyi poissa. Myös kipuun vaikuttavat hoitotoimenpiteet on huomioitava. Potilaan uni- ja valvetilan huomioiminen vaikuttaa myös kipuun, jos potilas ei kivun vuoksi saa nukuttua. Kipulääkityksen sivuvaikutuksen, kuten pahoinvointi, huimaus, kutina, hengityslama, väsyminen, matala verenpaine tai puutuminen on huomioitava ja hoidettava lisälääkityksellä tai lääkkeen vaihdolla. Potilaat ovat myös yksilöllisiä kipukokemustensa suhteen, sekä heillä voi olla omia erilaisia uskomuksia ja mielipiteitä tai pelkoa esimerkiksi riippuvaisiksi tulemisesta vahvasta kipulääkkeestä. (Sailo & Vartti 2000, 146 – 147.)

Kivun hoitotyöhön kuuluu myös kirjaaminen ja raportointi. Kipua tulee arvioida potilaalta aina ennen ja jälkeen kivunhoidon, ja se tulee myös kirjata potilasasiakirjoihin ja raportoida kollegoille. Hoidon jatkuvuudesta voidaan puhua vasta kun kipu, hoidot ja

hoitojen vaikuttavuus on merkittynä. Ilman kirjaamista vaikuttavuus jää vain kyseisen hoitajan tai hoitajien tietoon. Myös laki velvoittaa hoitotyöntekijöitä asianmukaisesta kirjaamisesta. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Salanterä ym.2006, 10–103, 177.)

Kivun kirjaaminen on myös tärkeä osa kivunhoidon laadunvarmistusta ja uusien erilaisten hoitomenetelmien kehittämistä. Kirjaamisen ja raportoinnin avulla hoitohenkilökunta kertoo toisilleen ja potilaalle mitä kivunhoitoa potilaalle on annettu, miten se on auttanut ja miten hoitoa on suunniteltu jatkettavaksi eteenpäin. Kirjaamisessa näkyvät kivunhoidon toteutus, arviointi ja suunnittelu. (Saranto 2007,189–192.) Hoitotyössä kirjaaminen vaikuttaa sekä potilaaseen että hoitajaan monin tavoin (kuvio 7).



KUVIO 7 Hoitotyön kirjaaminen potilaan ja hoitajan näkökulmasta (Sailo & Varti 2000, 98).

Dokumentoinnissa korostuvat myös tietosuojan ja tietoturvan liittyvät asiat. Potilaan yksityisyyden, yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisen hoidon huomiointi perustuu hyvään dokumentointiin ja raportointiin. Osaston hoitokäytäntö ja tarkoin määritellyt ohjeet auttavat sairaanhoitajaa hoitotyön dokumentoinnissa. Kun kivun mittaamisessa käytetään aina samoja mittausvälineitä potilaan tila yksilöllisesti huomioiden, ei hoitajan tarvitse miettiä omia tai toisten tulkintoja potilaan kivusta, vaan ne ovat yhtenäisemmät muiden hoitotyöntekijöiden kanssa. Potilasturvallisuuden vuoksi on hoitajan syytä

huomioida potilaan lääkeaineyleherkkyydet ja allergiat ja edellisten hoitojen ja lääkkeiden aiheuttamat mahdolliset sivuvaikutukset. (Sailo & Varti 2000, 98–99; Saranto ym. 2007, 189–192.)

Salanterän (2010, 5) mukaan laadukas ja hyvä kivunhoito edellyttää kirjaamiseen kuuluvan myös potilaan oman arvioinnin. Kivun laatu, sijainti, kesto ja voimakkuus tulee kirjata ja onko hoitaja käyttänyt jotain kipumittaria. Arviointi tulee suorittaa sekä ennen, että jälkeen kivun lievityksen. Lääkkeen nimi, määrä, antotapa ja ajankohta tulee kirjata asianmukaisesti sekä huomioida myös lääkkeettömät auttamiskeinot eli asentohoidon tai hieronnan toteutus. Koko kivun hoitotyön prosessin näkyminen on tärkeää.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten tehohoitopotilaan kivun hoitotyö toteutuu sairaanhoitajan kokemana.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää

1. Miten kivun hoitotyö toteutuu teho-osastolla sairaanhoitajan kokemana?
2. Miten tehohoitopotilaan kivun hoitotyötä voidaan kehittää sairaanhoitajan mielestä?

Tavoitteena on, että tämän opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan käyttää ja soveltaa teho-osaston tarpeisiin kivun hoitotyön laadun kehittämiseksi.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme eteneminen on kuvattuna taulukossa 1. Aiheen löytämisestä valmiin työn tuottamiseen kului ajallisesti noin vuosi. Työelämän yhteistyötahona oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

TAULUKKO 1: Opinnäytetyön eteneminen

Opinnäytetyön aihe-seminaari ja aiheen valinta Teoriatiedon ja aineiston hakeminen alkoi.	Syyskuu 2011
Opinnäytetyön 1.työelämäpalaveri	Lokakuu 2011
Opinnäytetyön 2. työelämäpalaveri	Tammikuu 2012
Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari	Tammikuu 2012
Opinnäytetyön suunnitelma ja luvan anominen sairaanhoitopiiriltä	Tammikuu 2012
Teoriaosuuden kirjoittaminen	Tammikuu- Elokuu 2012
Lupa opinnäytetyön toteuttamiseen sairaanhoitopiiriltä	Helmikuu 2012
Käytännön työharjoittelu teho-osastolla	Huhtikuu 2012
Teho-osaston sairaanhoitajien haastattelut	Huhtikuu 2012
Aineiston litterointi ja analysointi	Toukokuu-Elokuu 2012
Opinnäytetyön käsikirjoitusseminaari	Elokuu 2012
Opinnäytetyön viimeistely	Syyskuu 2012
Opinnäytetyön esitysseminaari ja esittäminen teho-osastolla	Lokakuu -Marraskuu2012

Opinnäytetyön eteneminen toteutui suunnitelmallisesti henkilökohtaisen opintosuunnitelman mukaisesti. Käytimme säännöllisesti työn edetessä opinnäytetyön ohjaavan opettajan ohjausta ja suoritimme metodiopinnot kvalitatiivisesta menetelmästä. Käytännön työharjoittelu teho-osastolla vahvisti omaa ammatillista kasvuamme ja antoi hyvät lähtökohdat paneutua tehohoitopotilaan kivun hoitotyön toteuttamiseen. Harjoittelun aikana toteutimme myös sairaanhoitajien haastattelut opinnäytetyön tehtävien mukaisesti.

4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kerätä laadullista tietoa tutkittavasta aiheesta. Laadullinen tieto tarkoittaa esimerkiksi tulkitsevaa tai ymmärtävää suhdetta tutkittavaan kohteeseen. Kvalitatiivista tutkimusta käytetään usein tutkittaessa henkilöiden kokemuksia tutkittavaan asiaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 20.) Tähän opinnäytetyöhömmme valitsimme kvalitatiivisen menetelmän juuri sairaanhoitajien omia kokemuksia korostavan tutkimusaiheemme vuoksi. Halusimme saada kokemusperäistä tietoa ja vastauksia opinnäytetyön tehtäviin.

Menetelmän yhtenä erityispiirteenä on se, ettei tutkimuksen tavoitteena ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä, eikä siinä myöskään pyritä mihinkään tilastollisiin yleistyksiin. Tavoitteena on tutkimusprosessin aikana muodostaa tulkintoja tutkittavan kuvaamien kokemusten ja käsitysten perusteella. Tärkeää on, että tiedonantajat tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon, ja että heillä on myös omakohtaista kokemusta asiasta (Vilka 2006, 97–98; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

4.2 Tiedonhankinta

Toteutimme aineiston keruun avoimina teemahaastatteluina. Suunnitelmanamme oli saada neljä erilaisen työkokemuksen omaavaa sairaanhoitajaa tiedonantajiksi, jolloin saisimme paljon tietoa sekä alalla kauan työtä tehneiltä, että myös vähemmän kokemusta omaavilta. Työelämätahon edustaja järjesti neljän eri sairaanhoitajan haastattelut, jotka toteutettiin erikseen sovittuna aikana. Jokainen haastateltava sai tiedotteen opinnäytetyöstämme ja allekirjoitti suostumuslomakkeen osallistumisesta työhömmme (ks. Liite 1). Haastattelut olivat kestoaltaan puolesta tunnista puoleentoista tuntiin. Haastattelut toteutettiin yhdessä, jolloin toinen haastatteli ja toinen tarkkaili sekä teki muistiinpanoja. Haastattelut nauhoitettiin digitaalisella sanelulaitteella.

Laadimme haastatteluille aluksi yhden pääteeman, joka muodostui opinnäytetyön tarkoituksesta ja tehtävästä, eli siitä miten sairaanhoitaja kokee tehohoitoportilaan kivun hoitotyön toteutuvan teho-osastolla. Teimme lisäksi tarkentavia kysymyksiä haastattelun aikana aiemmin suunnittelemamme apukysymysten mukaan muun muassa siitä,

miten kivunhoitotyötä voidaan kehittää sairaanhoitajan mielestä, sekä mitkä tekijät vaikuttavat tehohoitopotilaan kivun hoitotyön toteutumiseen.

Teemahaastattelu toteutetaan pääsääntöisesti etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan, joissa korostetaan tutkittavien tulkintoja ja heidän asioille antamia merkityksiä. Haastattelun teemat perustuvat tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtävään sekä myös viitekehykseen, eli aiheesta jo aiemmin tiedettyyn. Haastattelija voi kuitenkin syventää tiedonantajien vastauksia tekemällä tarkentavia kysymyksiä. Haastattelijan tehtävänä on pitää haastattelu aiheessa, mutta antaa kuitenkin haastateltavan puhua ja kertoa vapaasti omakohtaisista kokemuksista ja mielipiteistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75–76.)

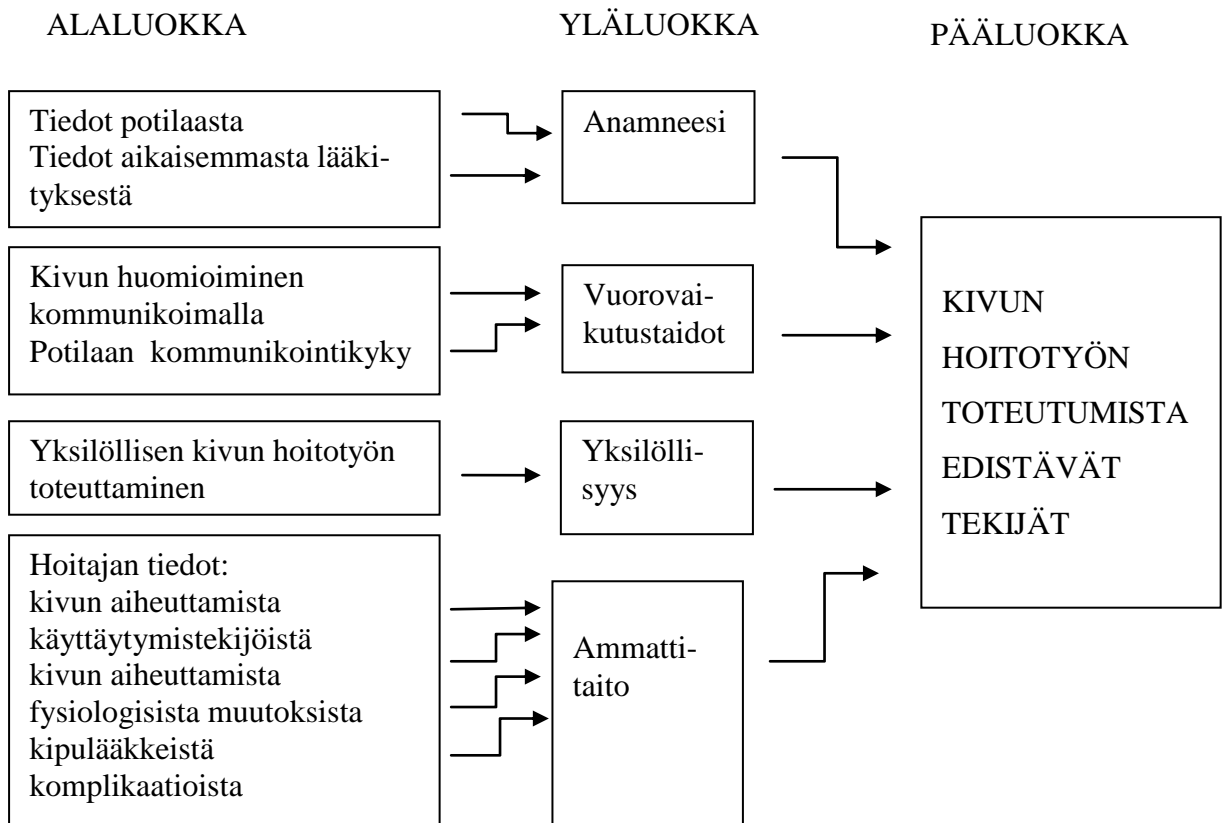
4.3. Aineiston analyysi

Tämän opinnäytetyön aineistona olivat haastattelut, jotka analysoimme tekemällä aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällön analyysin. Aineistolähtöisellä sisällön analyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti kuvailla ja saada ilmiöiden väliset suhteet selkeinä esille, jolloin voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta asiasta. Aineistosta nousevien käsitteiden yhdistämisellä saadaan myös vastaus itse tutkimustehtävään. Aineiston käsittely perustuu tutkijan omaan loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Analyysiä tehdessään tutkija pyrkii jatkuen ymmärtämään tutkittavaa aihetta tutkittavien omasta näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–113; Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Analysoiminen alkoi haastattelunauhojen purkamisella sana sanalta. Haastatteluissa olimme mukana molemmat, jolloin toinen teki havaintoja ja muistiinpanoja, sekä esitti tarvittaessa myös tarkentavia kysymyksiä. Yhdistimme havainnot ja muistiinpanot näihin purettuihin teksteihin lisämateriaaliksi.

Luimme haastatteluita useita kertoja läpi poimien näistä tärkeitä ilmaisuja, jotka kuvasivat parhaiten työmme aihetta. Nämä ilmaisut ja lauseet poimittiin tekstistä ja ryhmiteltiin eri aihepiirien mukaan, jonka jälkeen samankaltaiset ilmaisut yhdisteltiin ja pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmaisuista kokosimme alaluokkia jotka jaoin yläluokkiin, joita

tuli tutkimukseemme neljä. Näistä yhdistyi yksi pääluokka eli kaikkia kokoava käsite, joka on samalla myös tämän työn pääteema, jonka osalta saimme myös opinnäyte-työmme tulokset (ks. Liite 2). Alla on kuvattuna pelkistetysti miten kivun hoitotyön toteutumista edistävät tekijät ryhmiteltiin analyysiä tehdessä (kuvio 8.)



KUVIO 8. Esimerkki kivun hoitotyön toteutumista edistävien tekijöiden ryhmittelystä

Kivun hoitotyön edistävät tekijät saatiin tuloksiksi kuvion 8 mukaan, kun alkuperäislau-
seista tehtyjen pelkistysten mukaan muodostettiin alaluokat. Alaluokat jaettiin yhtenäisistä tekijöistä muodostuviin yläluokkiin, joista muodostui lopulta pääluokka.

5 TULOKSET

Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan kivun hoitotyöstä, sekä mitä kehittämissuhteita heillä on kivun hoitotyöhön. Opinnäytetyön aineisto osoitti, että sairaanhoitajat kokivat kivun hoitotyön toteutuvan hyvin. Tässä opinnäytetyössä haastattelimme teho-osaston sairaanhoitajia, joilta saimme paljon tietoa tehohoitopotilaan kivun hoitotyön haasteellisuudesta ja monimuotoisuudesta. Haastateltavat toivat myös esiin miten monet eri tekijät vaikuttavat kivun hoitotyön kokonaisuuteen ja sitä myötä kivun hoitotyön toteutumiseen. Haastatteluiden sisältö muotoutui neljään eri aihealueeseen, joiden mukaan nyt tuomme tulokset esiin. Otsikoimme aiheet kivun hoitotyön nykytilaan, kivun hoitotyötä edistäviin ja estäviin tekijöihin sekä kivun hoitotyön kehittämiseen.

5.1 Kivun hoitotyön nykytila

Haastateltavien sairaanhoitajien kokemuksen mukaan kivun hoitotyö on kehittynyt vuosien varrella oleellisesti. Haastatellut kokivat muun muassa kivunhoitotyön olevan nyt paljon yksityiskohtaisempaa kuin aiemmin. Lääkäreitä he kertoivat olevan nykyään paljon aiempaa enemmän ja heidän olevan nyt enemmän läsnä, ja näin ollen lääkärit ovat myös enemmän tietoisia potilaiden asioista. Aiemmin ei myöskään ollut samanlaisia ohjeistuksia ja hoitoprotokollia, eikä tarkentavia vastemääräyksiä lääkehoidon osalta kuin nykyään. Osaltaan kivun hoitotyön kehittämiseen koettiin vaikuttaneen tehohoitotyön yleinen kehittyminen ja tehostuminen, sekä hoitoaikojen lyhentymisen. Tulosten mukaan tehohoidon sekä kivun hoitotyön kehittyminen on vaikuttanut oleellisesti siihen, että kivun hoitotyö toteutuu nykyään hyvin.

Yksi tärkeä muutos on tapahtunut, aikaisemmin lääkäreitä oli vähän, että yksi lääkäri lähti aamupäivällä kiertämään ja se oli iltapäivällä tossa. Että hoitajat joutui sooloileen ja käymään välillä aina kysymässä. Kun ei ollut protokollia, ei ollut vastemääräyksiä, ei ollut mitään tällaisia kuin nyt.

Lääkäri on nyt siinä vieressä. Lääkäri on paljon enempi vieressä, se tuntee potilaan nykyään paljon paremmin. Ne tietää paljon enempi mitä sille potilaalle kuuluu.

Kaikki haastateltavat kokivat yleisen ilmapiirin osastolla hyväksi ja moniammatillisen yhteistyön pääsääntöisesti sujuvan ongelmitta. Ilmapiirin ei koettu vaikuttavan mitenkään kivunhoitotyön toteutumiseen. Yhteistyötä tehdään osastolla paljon, ja aina on helppoa kysyä neuvoa muilta, jos siihen on tarvetta. Uuden työntekijän perehdyttämiseen panostetaan osastolla paljon, koska tehohoitotyöhön tuleva uusi hoitaja tarvitsee perehdytystä ja ohjausta työssään hallitakseen tehohoitopotilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön. Jatkuvien organisaation muutosprosessien ja vaihtuvan henkilökunnan koettiin luovan kuitenkin paineita isolle yksikölle.

5.2 Kivun hoitotyön toteutumista edistävät tekijät

Kivun hoitotyön toteutumiseen koettiin vaikuttaneen oleellisesti sekä sitä edistäviä, että estäviä tekijöitä. Yhtenä tärkeimpänä edistävänä tekijänä haastateltavat kertoivat olevan potilaan aiempi anamneesi, miten kipua on aiemmin lääkitty tai onko potilaalla esimerkiksi alkoholi- tai päihderiippuvuus, joka osaltaan voi vaikuttaa kivunhoidon toteuttamiseen. Toisena kivunhoitotyön toteutumista edistävänä tekijänä mainittiin potilaan kommunikointikyky, se miten potilas pystyy itse ilmaisemaan kipuaan. Tehohoitopotilas ei yleensä pysty itse kipuaan ilmaisemaan. Haastateltujen mielestä sairaanhoitajan hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeä edellytys yhteistyön sujumiselle potilaan kanssa ja se myös edistää kivunhoitotyön toteutumista.

Kivunhoitotyön toteutumiseen koettiin vaikuttavan myös sairaanhoitajan kyky tunnistaa kipua potilaan käyttäytymistekijöiden sekä fysiologisten merkkien mukaan, kuten potilaan ilmeiden, eleiden ja vitaalielintoimintojen muutosten mukaan.

No ilme kertoo hirveesti, semmonen irvistely. Siitä nyt yleensä huomaa että jotain on. Eli varmaan ne perusjutut, eli ilmeet, eleet, puhe, hengitys. Verenpaine kertoo kans aika pitkälle, jos on kauheen kipeä.

Sairanhoitajan ammattitaito koostuu myös monista ammatillisen herkkyyden osa-alueista. Kaikki haastatellut toivat selkeästi esille, että tehohoitajan täytyy osata ajatella potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti, sekä nähdä kaikki hoitoon vaikuttavat osa-alueet ja reagoida nopeasti muuttuviin tilanteisiin.

Kyllä täältä maailmasta varmasti löytyy kaikille se kipulääke siinä mittakaavassa että se ihminen on kivuton. Mutta se koko kokonaisuus huomioon ottaen siinä ihmisessä, että voidaanko sitä toteuttaa siinä suhteessa, että jos me aiheutetaan sillä uusia komplikaatioita?

Haastatellut näkivät, että tehohoitajan täytyy osata punnita syy-seuraussuhteiden vaikutuksia potilaan hoidossa ennakoimalla muuttuvia tilanteita, jolloin joutuu usein myös priorisoimaan toimintaansa. Haastateltavat kokivat myös hoitajalla olevan velvollisuus mieltä mikä on järkevää kivunhoitoa, sekä kyseenalaistaa myös omaa osaamistaan ja osata tarpeen tullen kysyä neuvoa kollegalta tai lääkäriltä. Haastateltavien mielestä tulee luottaa myös sairaanhoitajan omaan intuitioon, joka kehittyy kokemuksen ja ammattitaidon kehittymisen myötä ja voi auttaa tulkitsemaan potilaan kipua.

Myös lääkkeettömät kivunhoitokeinot huomioitiin haastatteluissa tärkeänä osana potilaan kivun hoitotyötä. Näistä esimerkkeinä mainittiin muun muassa lämpö- ja kylmahoidot, sekä ajatusten ja huomion kääntäminen muualle. Profylaktinen kipulääkitys ennen asento- tai haavahoitoja koettiin huomioitavaksi asiaksi sekä tarvittavien kipulääkkeiden oikea ajoittaminen.

5.3 Kivun hoitotyön toteutumista estävät tekijät

Kivunhoitotyön toteutumista ja sairaanhoitajan päätöksentekoa estävinä ja vaikeuttavina tekijöinä haastatellut hoitajat kokivat olevan kommunikoinnin ongelmat, kun potilas ei itse pysty kipuaan ilmaisemaan. Vaikeana tunnistamiseen ja arviointiin liittyvänä ongelmana he kokivat muun muassa tilanteen, jolloin potilas on sekava. Vaarana voi olla lääkitä sekavaa potilasta rauhoittavalla lääkityksellä, vaikka taustalla on hoitamaton kipu.

jos on rauhottavilla lääkitty potilas tai jostain sairaudesta johtuva kommunikoinnin ongelma, niin sillonhan se vaikeuttaa aika lailla sitä keskinäistä kommunikointia, minkä seurauksena se asioiden ymmärtäminen itse kivunhoidossa kautta muussa voi olla vähän hankalaa...kunnes se yhteinen kieli löytyy, ja ainahan sitä ei löydy.

Sekavan potilaan touhuamisessa voi olla kuitenkin se kipu taustalla, vaikka sitä usein ajattelee ettei se välttämättä oo kipee...ei oo aina helppoo tunnistaa se kipu sieltä

Haastateltaviemme mukaan omaiset, jotka eivät ymmärrä miksi potilas on kivulias, tai miksi potilasta lääkitään tai ei lääkitä luovat omat haasteensa. Tilanteet, joissa potilaat kieltäytyvät kipulääkkeistä tai eivät ymmärrä miksi tarvitsevat lääkettä koettiin myös hankaliksi. Tärkeänä pidettiin potilaan ja omaisten informoimista ja asioiden perustelemista, jotta he paremmin ymmärtäisivät kipulääkityksen tarpeen tai lääkityksen antamatta jättämisen seuraukset, kuten kipushokin vaarallisuuden. Potilaiden peruselintointojen vaikeutuminen kipulääkityksen vuoksi koettiin myös päätöksentekoon vaikuttavana asiana. Erityisesti neurologisten potilaiden kohdalla tajunnantason seuraaminen vaikeutuu lääkkeiden vaikutuksesta.

Jos potilaalla on esimerkiksi huono tajunta, niin ethän sä voi lääkitä sitä opioidikipulääkkeillä mitkä alentaa sitä tajuntaa, koska sillonhan sä et pysty sitä tajuntaa seuraamaan. Eli kumpi paha on sitten se pahempi paha? Se et se ihminen on tajuton siinä, ja sä et pysty tajuntaa seuraamaan ja se saa uuden aivoverenvuodon siinä, vai se että se on hivenen kipeä siinä?

Päihdeongelmaiset potilaat koettiin myös haasteellisiksi, koska kipua joudutaan lääkitsemään suuremmilla annoksilla muun muassa korkean lääketoleranssin vuoksi. Päihteiden väärinkäyttäjillä on yleensä myös taustalla vahva aineriippuvuus. Potilailla voi ilmetä myös vieroitusoireita, jotka voivat johtaa myös deliriumiin. Sairaanhoidajan omilla asenteilla koettiin myös olevan merkitystä päihdepotilaan kivun hoitotyössä.

5.4 Kivun hoitotyön kehittäminen

Kivun hoitotyön kehittämistä pidettiin tärkeänä. Kaikkien haastateltavien mielestä koulutusta ei koskaan ole tarpeeksi. Koulutuksissa toivottiin tietoa erityisesti kipulääkkeiden vaikutuksista, haitta- ja yhteisvaikutuksista, sekä myös konkreettisista käytännön vinkeistä, kuten esimerkiksi kipupumpun käytöstä kivunhoidossa. Tarvetta sekä lääkärin että hoitajan yhteisesti pitämälle koulutukselle koettiin olevan, ettei koulutusta pitäisi pelkästään lääkäri. Myös sedaatioprotokollan kehittäminen moninaisemmaksi sekä uusien lääkkeiden perehdyttäminen sen käyttöön koettiin tärkeäksi. Tiedonhankinnan todettiin olevan myös hoitajan omalla vastuulla, koska tietoa kivunhoidosta on saatavilla paljon. Oikeanlaista ja hyvää kipumittaria ei myöskään ole käytössä kommuniko-

maan kykenemättömälle tehohoitopotilaalle, ja sellaisen löytämisestä tai kehittämisestä myös keskusteltiin.

Protokollaa vois jotenkin muuttaa vaikka kaksihaaraiseksi ja sillä lailla että se ei ois niin raskas.

Voitaisiin kehitellä kokonaisvaltaisempi, potilaskohtaisempi ja ennenkaikkea tilannekohtaisempi mittari kivunarviointiin

Haastatteluissamme yhtenä ehdotuksena tuli myös kivunhoidon yhdistäminen yhtenä osa-alueena potilastyytyväisyyskyselyyn. Tämä olisi hyvä toteuttaa heti kun potilas siirtyy jatkohoitoon, jolloin heillä voi vielä olla muistikuvia tapahtumista. Potilaiden kokemuksista olisi myös hyötyä henkilökunnalle jatkossa. Päällimmäisenä asiana kuitenkin nousi kivunhoitotyön tärkeyden muistuttamisen henkilökunnalle, ja ettei se olisi vain yksinomaan kivunhoitotyöryhmän asia.

Ehkä se asian esilletuominen ettei se unohdu. Tehohoitotyö on niin laitepainotteinen ja siinä on niin paljon asioita mitä huomioida. Asian muistutus työntekijöille ettei unohdeta sitä kivunhoitotyötä samoin kun se ettei unohdeta sitä ihmistä siinä sängyssä.

Haastattelemamme sairaanhoitajat olivat motivoituneita työhönsä ja pitivät hyvää ammattitaitoa tärkeänä. He olivat myönteisiä hoitotyön kehittämiselle ja pitivät kivunhoitotyötä oleellisena osana potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tulosten tarkastelun perusteella voidaan todeta, että tehohoito on vuosien saatossa kehittynyt oleellisesti ja siksi yhä sairaampia ihmisiä voidaan pelastaa. Tämän myötä myös kivunhoitotyö on kehittynyt kivun arvioinnin, lääkkeellisen ja lääkkeettömän sekä kivunhoitotyön vaikuttavuuden arvioinnin osalta. Yleiseen kehitykseen vaikuttavat monet eri osatekijät.

Reinikaisen (2012) väitöstutkimuksessa tulee ilmi, että on aika rikkoa käsityksiä, jonka mukaan tehohoito olisi huonoennusteista ja teho-osastolla pidetään teknisin välinein hengissä parantumattomasti sairaita ihmisiä. Nykyään useampi kuin neljä viidestä suomalaisesta tehohoitopotilaasta selviää. Osaltaan tehohoidon kehittymistä selittää se, että lääkärit ja sairaanhoitajat teho-osastoilla ovat ammattitaitoisia ja erittäin motivoituneita tekemään työnsä hyvin. On ymmärretty myös, että henkilöstöresursseja tarvitaan riittävästi. Reinikaisen mielestä suomalaisesta tehohoidosta tekee hyvän ja pääosin tasalaatuisen myös se, että sairaalat tekevät tiivistä yhteistyötä ja lääkärit tuntevat toisensa hyvin.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella on selvää, että kivunhoitotyö on haasteellista potilaiden monien päällekkäisten elintoimintojen ongelmien ja muiden mahdollisesti häiritsevien tekijöiden takia. Kivun arviointia tulee suorittaa jatkuen ja huomioida se kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. Tärkeää on sekä fysiologisten kivuntuntomerkkien että käyttäytymistekijöiden huomiointi. Kipumittareiden käyttö ei näin ollen ole aina se ensisijainen keino tehohoitopotilaan kipua arvioitaessa, koska hyvää mittaria kommunikoidaan kykenemättömälle tehohoitopotilaalle ei ole käytössä.

Rastelan ja Suholan (2006, 41–42) tutkimustuloksista ilmenee, että yleisimmät sairaanhoitajien toteuttamat kivunarvioinnin keinot olivat potilaan käyttäytymisen havainnointi sekä fysiologisten muutosten havainnointi. Muina kivunarviointikeinoina vastaajat olivat ilmoittaneet kysyvän potilaalta kivun olemassaoloa, kysymällä potilaan läheisiltä

sekä koskettamalla potilasta. VAS-kipumittaria tai kasvoasteikkoa kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat eivät olleet käyttäneet juuri lainkaan kipua arvioitaessa. Pudas-Tähkän (2004, 58) tutkimuksen tuloksista tulee esiin, että tehohoitotyön asiantuntijat arvioivat kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kipua fysiologisten ja käyttäytymistekijöiden perusteella. Fysiologisista merkeistä arvioinnissa käytettiin kohonnutta verenpainetta, sykettä, hengitystaajuutta ja hikoilua. Käyttäytymistekijöistä kipua arviointiin asennon, liikkeiden ja kasvojen ilmeiden perusteella. Huomioon otettavaa on myös sekä sisäisistä että ulkoisista tekijöistä aiheutunut kipu ja kivun sijainti.

Tässä opinnäytetyössä haastatellut sairaanhoitajat toivat esiin epävarmuuden potilaan kivun tuntemuksista. Tämä asia tulee esiin etenkin kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden hoidossa. Meriläinen (2012, 58) on väitöskirjassaan haastatellut tehohoitopotilaita jälkiseurantapoliklinikalla. Tehohoitopotilaat kuvailivat tuntemuksiaan fyysisistä oireista, jotka liittyivät kivun ja kylmän tuntemuksiin näin:

Minulta kysyttiin olenko kipeä ja missä kipua on... en osannut vastata, kipua oli joka paikassa.

Muistan, että minulta kysyttiin kivusta mutta en oikeastaan osannut sanoa missä kipua on.

Siellä oli kamalan kylmä, palelin jatkuvasti.

Nieminen (2007, 66) tuo tutkimustuloksissaan esiin sairaanhoitajien taidon toimia omaan intuitioon luottaen sekä kyvyn reagoida nopeasti muuttuviin tilanteisiin yhtenä tärkeänä hoitotyön osaamisen alueena. Tämän taustalla vaikuttaa usein kokemuksen mukanaan tuoma osaaminen. Myös tämän opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajan oma intuitiokyky auttaa hoitajaa toteuttamaan paremmin kivun hoitotyötä. Tuloksissa tuli myös esiin, että sairaanhoitajan kokemuksella on merkitystä ammatillisen herkkyyden kehittymiselle.

Tämän työn tuloksissa näkyy myös potilastyytyväisyyskyselyn tarpeellisuus, johon voisi yhdistää myös kivunhoitotyön osa-alueen. Kysely tulisi toteuttaa potilaan siirtyessä teho-osastolta jatkohoitoon, koska tällöin potilaalla mahdollisesti on vielä muistikuvia

tehohoidosta. Teho-osaston henkilökunnalle potilaiden antama kokemusperäinen tieto olisi ensiarvoisen tärkeää kivunhoitotyön kehittämisen kannalta.

Kaarlolan (2007, 55) potilaille tehohoitojakson jälkeen tehdyssä tutkimuksessa käy ilmi, että potilaat toivoivat tehohoidon mahdollisten jälkivaikutusten, esimerkiksi kipukokemusten vaikutuksista tehohoidon jälkeiseen elämään informoitaisiin potilaita ja omaisia jo tehohoidon aikana. Lisäksi he haluaisivat tietoa tarjolla olevista tukipalveluista sairaalahoidon aikana ja sen jälkeen.

Potilaan sekavuus ja kommunikointiongelmat vaikeuttavat oleellisesti kivunhoitotyön toteutusta ja arviointia. Hupceyn (2000, 361–367) mukaan henkilökunnan tulee lähteä aina siitä lähtökohdasta miten potilas havainnoi ympäristöään, vaikka hän ei pysty ilmaisemaan itseään. Hoitohenkilökunnan tulee opastaa potilasta selkeästi ja rauhallisesti siitä mitä on tapahtumassa. Asioiden selkeä ja rauhallinen ilmaisu auttaa potilasta hahmottamaan omaa tilannettaan ja ympäristöä. Tehohoitopotilas pitää tärkeimpänä hoitoon liittyvä asiana turvallisuuden tunnetta. Turvallisuuden tunteen muodostumiseen vaikuttavat keskeisimpinä tekijöinä luottamus ja se, että potilas on tilanteen tasalla eli tietää miksi häntä hoidetaan, mitä hänelle tehdään ja miksi. Samanlaisia tuloksia nousi esiin myös tämän opinnäytetyön aineistosta. Sairaanhoitajat kokivat olevan ensiarvoisen tärkeää olla hienovarainen potilaiden kanssa, ja osata huomioida millainen potilas on kyseessä ja miten tulee tätä hoitaa ja ohjata. Vuorovaikutustaitoja pidettiin tärkeänä ja oleellisena vaikuttavana asiana hoitosuhteessa.

Tämän opinnäytetyön haastatteluissa tuli esiin myös kivun lääkehoidon koulutustarpeet sekä sedaatioprotokollan selventäminen niin hoitajien kuin lääkäreiden yhteisesti toteutettavaksi. Koulutusta ja tietoa haluttiin ensisijaisesti kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksista, sekä haitta- ja yhteisvaikutuksista muiden lääkkeiden kanssa.

Rastelan ja Suholan (2006, 43–44) tutkimuksen tuloksissa sairaanhoitajien tiedot kivusta ja lääkkeellisestä kivunhoidosta yli 70 % vastaajista oli ilmoittanut tarvitsevansa paljon lisäkoulutusta kivunhoitoon liittyvissä asioissa. Vastauksista oli noussut esiin erityisesti lääkehoitoon liittyvä lisäkoulutuksen tarve. Tietoa haluttiin etenkin uusista kipulääkkeistä, lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksista, sekä niiden yhteisvaikutuksista. Lääkkeiden annostelusta, lääkkeiden farmakologiaan ja farmakokinetiikkaan haluttiin

myös perehtyä lisää. Myös erityisryhmien, kuten vanhusten- ja syöpäsairaiden kivunhoidosta vastaajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta. Tietoa haluttiin myös uusimmista kivunlievitysmenetelmistä ja kivunhoidon tutkimustiedosta.

Salanterän (2012, 43) mukaan hoitokulttuuria kannattaa kehittää potilaslähtöisemmäksi ja potilaiden roolia tulee vahvistaa. Eri ammattiryhmien tulee myös tehdä tiiviimpää yhteistyötä ja pohtia yhteisiä päämääriä. Hyvä kivunhoito edellyttää saumatonta yhteistyötä, joka voi olla haasteellista eikä aina onnistu hierarkisessa järjestelmässämme. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella haastatellut kokivat moniammatillisen yhteistyön sujuvan pääsääntöisesti hyvin eikä osaston yleisellä ilmapiirillä koettu olevan vaikutuksia kivun hoitotyöhön. Vaihtuvan henkilökunnan ja organisaation muutosprosessien koettiin kuitenkin luovan paineita isolle yksikölle.

Haastateltavat kokivat kivun hoitotyön kehittämisen tärkeäksi teho-osastolla. Opinnäytetyön tuloksissa tuli myös selkeästi esiin sairaanhoitajan vastuu omasta ammattitaidostaan ja osaamisestaan moniammatillisen tiimin jäsenenä. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan velvollisuus on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. Sairaanhoitajat ovat työpaikallaan yhdessä vastuussa hoitotyön laadusta ja sen kehittämisestä. Sairaanhoitajat ovat myös vastuussa oman alan asiantuntijuudesta ja heidän on huolehdittava ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyiden edistämisestä. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2012.)

*Hyvään kivun hoitoon kannattaa
satsata. Hoitamaton kipu tulee yhteiskunnalle
kalliiksi ja aiheuttaa turhaa inhimillistä kärsimystä.
(Salanterä 2012.)*

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 184, 213–215) mukaan opinnäytetyön eettiseen sisältöön kuuluu, että tutkija saa tiedonantajien suostumuksen ennen tutkimusta. Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa mainitaan tärkeimpinä asioina informointiin perustuvan suostumuksen, seurausten, luottamuksellisuuden ja yksilöllisyyden toteutumista. Erityisen tärkeänä pidetään sitä, kuinka suostumus hankitaan tiedonantajilta ja mitä tietoa tutkimuksesta ja sen hyödyllisyydestä annetaan siihen osallistuville.

Olemme olleet alusta asti yhteydessä opinnäytetyön työelämätahoon ja käyneet heidän kanssaan läpi opinnäytetyön eettistä pitävyyttä. Olemme edenneet opinnäytetyöprosessissa sairaanhoitopiirin laatiman ohjeistuksen mukaisesti opinnäytetyön luvan hankkimiseksi. Kaikki haastateltavat saivat opinnäytetyöstä tiedotteen ja allekirjoittivat suostumuslomakkeen.

Haastateltavien yksityisyyttä tulee kunnioittaa siten, että heidän identiteettinsä pysyy salassa. Haastateltavien oikeuksiin kuuluu myös se, että heidän antamansa tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja että heidän tutkimusaineistot anonymisoidaan tavalla, joka estää yksittäisten henkilöiden tunnistamisen. Tutkimusaineistot tulee tutkimuksen päätyttyä joko hävittää tai säilyttää siten, että aineistot eivät päädy väärin käsiin. Missään tilanteessa ne eivät saa paljastaa haastateltujen henkilöllisyyttä tai tunnistettavuutta. (Kuula 2006, 232–233; Tuomi & Sarajärvi 2009, 128–133.) Missään vaiheessa emme paljasta haastateltavien identiteettiä, eikä valmiista tekstistä pysty ketään tunnistamaan. Työn jälkeen tuhosimme haastattelumateriaalin.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavana vaarana voi olla tutkijan omien johtopäätösten ja todellisuuden virheellisyys. Tutkija voi sokaistua työlleen ja muodostaa tuloksista virheellisiä johtopäätöksiä, jotka eivät vastaa todellisuutta. Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamista selkeästi ja ymmärrettävästi lukijalleen. Siirrettävyys varmistetaan kuvaamalla osallistujien valintaa ja aineiston keruun ja analyysin toteutumista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009,159–160.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen perustana on ymmärrys ja kyky loogiseen ajatteluun. Tutkijan tulee itse voida ymmärtää mistä tutkimuksen tuloksissa on kysymys, sekä osata tulkita niitä oikein ja nähdä keskeisimmät asiat. Tutkimus vaatii myös tietoa perusasioista, jotka ovat tulkintojen lisäksi selkeästi raportoituna. Analyysiprosessin selkeyteen ja luokittelujen loogisuuteen voi vaikuttaa myös liian niukka materiaali, jolloin johtopäätökset ovat vajavaisia. Teoreettiseen loogisuuteen vaikuttaa aineistosta muodostetun teoreettisen tai käsitteellisen kokonaisuuden loogisuus ja perustelu. Käytetyn metodologisen lähestymistavan sopivuutta tutkimuksen tavoitteisiin ja tehtäviin tulee myös arvioida. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009,162–163.)

Opinnäytetyön tutkimusaineisto on luotettavaa, koska haastatellulla kohdejoukolla oli omakohtaisia kokemuksia ja mielipiteitä opinnäytetyön aiheesta. Haastateltavat osallistuivat opinnäytetyöhön vapaaehtoisesti ja he olivat kiinnostuneita aiheesta. Emme antaneet omien mielipiteidemme tai kokemuksemme vaikuttaa mitenkään työn sisältöön. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös muiden samankaltaisten tutkimusten samansuuntaiset tulokset.

Pohdimme haastateltujen sairaanhoitajien kokemuksen tai kokemattomuuden vaikutusta tuloksiin. Haastatelluilla sairaanhoitajilla oli erilaiset taustat ja työkokemus, joka voi osaltaan vaikuttaa kokemukselliseen tietoon ammattitaidon osalta. Tuloksissa omista kokemuksista, ja siitä miten kukin itse kokee kivun hoitotyön toteutuvan tehohoitopotilaan hoidossa, ei kuitenkaan ilmene työkokemuksen vaikutus. Pohdimme myös voiko aineiston pienuus vaikuttaa luotettavimpien johtopäätösten tekemiseen kun kyseessä on iso työyhteisö, josta haastattelimme vain neljää sairaanhoitajaa. Yleistysten tekeminen ei kuitenkaan ole kvalitatiivisen menetelmän tarkoitus. Opinnäytetyö vastasi hyvin sille asetettuihin tehtäviin ja se selvittää sairaanhoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan kivunhoitotyöstä, joka oli opinnäytetyön tarkoitus. Opinnäytetyö tehtiin suunnitelmallisesti alusta loppuun saakka ja laaja haastattelumateriaali analysoitiin huolellisesti. Työn etenemistä ja analysointia on kuvattuna raportissa ja tuloksissa näkyy myös alkupe-
räisilmaisuja, joista on tehty johtopäätöksiä.

Kvalitatiivinen menetelmä oli myös oikea valinta tälle työlle, koska sen avulla saatiin kokemuksellista tietoa. Opinnäytetyön teoriaosuus tukee hyvin itse tehtäväosuutta ja saatuja tuloksia. Useat tuoreet tutkimukset antavat myös samansuuntaisia tuloksia, joita olemme tässä työssä tuoneet esiin. Haastatellut sairaanhoitajat olivat myös innostuneita ja motivoituneita työhönsä sekä myönteisiä kehittämisideoille

6.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulosten johdosta tulee kiinnittää huomiota tai vaikuttaa tuloksista ilmenneisiin kehittämishaasteisiin, kuten potilaiden mahdollisuuteen osallistua enemmän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksena on toteuttaa potilastyytyväisyyskysely tehohoitopotilaan kivunhoitotyön toteutumisesta teho-osaston käyttöön. Tämä idea nousi haastatelluilta itseltään. Potilastyytyväisyyskysely on myös olennainen osa potilasohjauksen kehittämistä.

Potilaiden sairaalakokemusten selvittäminen on koettu tärkeäksi hoidon kehittämisen kannalta. Kokemusten kautta tavoitteena on löytää toimintatapoja, jotka vastaavat paremmin potilaiden tarpeita. Potilasohjaus eli tiedon saaminen on potilastyytyväisyyteen vaikuttava asia ja sen parantaminen on myös yksi tärkeimmistä haasteista. Vastuu potilaan ohjauksesta kuuluu hoitajille, koska he ovat usein lähemmin kontaktissa potilaaseen kuin lääkärit. (Säilä ym. 2006, 7.)

Mielenkiintoinen ja yksi jatkotutkimusehdotus on toteuttaa sairaanhoitajille kysely kivun hoitotyöstä kvantitatiivisella menetelmällä, jolloin tutkimukseen osallistuvien määrä on suurempi. Tällä menetelmällä voitaisiin selvittää tarkemmin esimerkiksi sedaatioprotokollan käyttöä ja kehittämistä, kuten esimerkiksi sedaatioprotokollan selventämistä ja säännöllisen käyttöönoton toteutumista. Osastolla voitaisiin myös kokeilla käytännössä Pudas-Tähkän (2004) kehittämää kivun arviointimittaria kommunikoimaan kykenevämmälle tehohoitopotilaalle. Olisi mielenkiintoista tietää onko siitä apua kivun arvioinnissa.

Kivun hoitotyö on tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä, jolloin sitä tulee kehittää ja siitä löytyy myös paljon aiheita uusille tutkimuksille. Tämä opinnäytetyö oli mielenkiintoinen ja haasteellinen toteuttaa. Kivun hoitotyö on hyvin moninaista ja siihen vaikuttavia tekijöitä on paljon, joita sairaanhoitaja joutuu työssään huomioimaan. Toivommekin, että tätä työtä voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessa kivun hoitotyön kehittämiseen teho-osastolla. Opinnäytetyö on myös hyödyllinen ja opettavainen hoitotyön opiskelijoille.

LÄHTEET

Ambrosius., Huittinen, V.- M., Kari, A., Leino-Kilpi. H., Niinikoski, J., Ohtonen, M., Rauhala, V., Tammisto. T. & Takkunen, O. 1997. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Luettu 4.2.2012. <http://www.sthy.fi>

Axelin, A. & Niela, H. 2011. Hoitokulttuurin vaikutus akuutin kivun hoitoon. Kipuviesti 2/2011, 45-47. Luettu 2.12.2012. <http://www.suomenkivunhoitoyhdistys.fi>

Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Teoksessa Sainio, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Kustannusosakeyhtiö Tammi,

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castren, M., Säämänen, J. & Varjus S-L. 2001. Tehohoitotyö. Helsinki: Tammi.

Gélinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L. & Puntillo, K. From Faculty of Nursing, University Laval. Quebec City, Quebec. Department of Physiological Nursing, University of California. San Francisco. Saatavissa: American Journal of Critical Care.2004; 13:126-135.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Holmia, S. Murtonen, I. Myllymäki, H. Valtonen, K. (2004). Sisätautien, kirurgisten ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Hult, T. & Peräjoki. T. 2009. Sedaatioprotokolla - mikä se on? Tehohoito, 2011, 29(1).

Hupcey J.E (2000) Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. Journal of Nursing Scholarship 32(4): 361-367.

Janhonen,S.& Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.Helsinki.WSOY.

Kaarlola A. 2007. Mitä hyötyä tehohoidosta? Tehohoitoa sisältäneiden hoitajaksojen vaikuttavuuden arviointi. The Benefit of Intensive Care? Estimation of Effectiveness of Hospital Episodes including Intensive Care Stay. Akateeminen väitöskirja. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsingin yliopisto.

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen,K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karlsson, S. 2009. Sedaation ja kivunhoidon tavoitteet. Tehohoito,2009, 27(2).

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.

Kokki, A. 2004. Kirjaamalla kivuttomaksi – kivunhoidon arvioinnin ja kirjaamisen kehittäminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. *Spirium* 1/2004, 30–32.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2007. Kivun fysikaaliset hoidot. Teoksessa Mustajoki, M-A., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.). *Sairaanhoitajan käsikirja*. Karisto Oy: Hämeenlinna.

Kuula, A. 2006. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Käypä hoito suositukset. 2012. Sedaation arviointi / RASS (Richmond Agitation Sedation Scale). Luettu 7.6.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. *Kipuviesti* 1/2007. Luettu 8.3.2012. www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 10.1.2012. <http://www.finlex.fi>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Luettu 10.1.2012. <http://www.finlex.fi>

Liisanantti, J. Tehohoitopotilaan kivun hoito. Luettu: 9.3.2012. www.sash.fi

McCaffery, M. & Pasero, C. 2001. Using the 0-to-10 Pain Rating Scale: Nine common problems solved. *American Journal of Nursing*. 101(10): 81-82.

Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö- psyykinen elämänlaatu ja toipuminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Nieminen, I. 2007. Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.-4.painos. Helsinki: WSOY.

Pudas-Tähkä, S-M. 2004. Kivun arviointimittari - kommunikoimaan kykenettömän tehohoitopotilaan kivun arviointiin. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Turun yliopisto.

Pudas-Tähkä, S-M. 2009. Sedaation kliininen arviointi tehohoidossa. *Tehohoito*, 2009, 27(2).

Pudas-Tähkä, S-M., Salanterä, S. 2007. Miten tehohoitopotilaan kipua voidaan arvioida? *Tehohoito*, 2007,25(1).

Pyykkö, A. 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Rastela, M., Suhola, M. 2006. Sairaanhoidajien tiedot kivusta ja lääkkeellisestä kivunhoidosta. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.

Reinikainen, M., 2012. Hospital mortality of intensive care patients in Finland insights into prognostic factors and measuring outcomes. Väitöskirja. Terveystieteiden laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Riker, R. & Fraser, G. 2009. Altering Intensive Care Sedation Paradigms to Improve patient Outcomes. Teoksessa: Crit Care Clin. 2009 Jul;25(3):527-38. Luettu 22.1. 2012. <http://xa.yimg.com>

Sailo, E. & Vartti, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi.

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. 2012. Sairaanhoidajaliitto. Luettu 25.5.2012. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi>

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

Salanterä, S. 2009. Tehohoitopotilaan akuutin kivun arviointi ja mittaaminen. Tehohoito, 2009, 27(2).

Salanterä S. 2010. Kivun mittaaminen- miten se toteutuu tänään. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Luettu 10.3.2012. <http://www.sash.fi>

Salanterä S. 2012. Asenteet kivun hoidossa. Kipuviesti, 2012, 43(1).

Saranto K., Ensio A., Tantt K., Sonninen A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY

Suomen kivuntutkimusyhdistys, 2010, Suositus sairaanhoidajakoulutuksen kivunhoitotyön osaamistavoitteista.

Suomen Tehohoitoyhdistys Ry, 2011. Vetoamus tehohoitotyön erityis pätevyiden perustamiseksi. Tehohoito, 2011, 29(1).

Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M. & Aalto P. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2006. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

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

Vilka, H. 2006. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.



LIITTEET

Liite 1. Suostumus opinnäytetyön haastatteluun

1(2)

TIEDOTE

31.1.2012

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on selvittää, miten tehohoitopotilaan kivun hoitotyö toteutuu sairaanhoitajan kokeamana osastollanne. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyöllemme on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla osastoltanne neljää sairaanhoitajaa. Opinnäytetyön valmistuttua haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina ja kirjallinen materiaali lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellään.

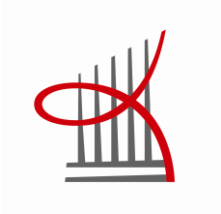
Opinnäytetyön tekijät

Anu Lillbacka
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
anu.lillbacka@piramk.fi

Virpi Romppainen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
virpi.romppainen@piramk.fi

Tarvittaessa opinnäytetyöstämme lisätietoja antaa ohjaava opettajamme Irja Murtonen (irja.murtonen@tamk.fi)

(jatkuu)



SUOSTUMUS

Tehohoitopotilaan kivunhoitotyö sairaanhoitajan kokemana

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan kokemuksia tehohoitopotilaan kivun hoitotyön toteutumisesta, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luotamuksellisesti.

Paikka ja aika:

Suostun osallistumaan

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Anu Lillbacka

Virpi Romppainen

Liite 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

1 (2)

Ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
”Päätöksentekoa edistää anamneesi, miten on aikaisemmin kipua lääkitty.”	Anamneesi edistää kivun hoitotyön päätöksentekoa	Tiedot potilaan aikaisemmista lääkkeistä	Anamneesi	Kivun hoitotyön toteutumista edistävät tekijät
”Runsa alkoholin käyttö, huumeiden käyttö.. Jos on tällaista pohjalla, niin hän tarvitsee paljon enemmän kivunpoistoon.”	Päihteidenkäyttäjät tarvitsevat enemmän lääkettä kivunpoistoon.	Tiedot potilaasta		
”Varmaan se, että hoitaja kysyy sitä onko kipua ja pitää huolen, että se tulee huomioon.”	Hoitaja kysyy potilaan kivusta. Hoitaja huolehtii, että potilaan kipu tulee huomioon.	Kivun huomioiminen kommunikoidulla	Vuoro-vaikutus	
”Koska usein huomaa, että kun kysyy onko kipua niin potilas vastaa että ei... mutta sitten kun kysyn että tarvitsisitko kipulääkettä, niin sieltä tulee se tarve.”	Hoitaja kysyy kivusta ja kipulääkkeen tarpeesta			
”Potilas on se suurin tekijä, jos se pystyy kommunikoidaan, että nyt on kipua.”	Kommunikointi vaikuttaa kivun tunnistamiseen ja kivun hoitotyön toteutumiseen	Potilaan kommunikointikyky		

(jatkuu)

Ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”No kyllä sen sitten yleensä oppii jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti sitten, että mikä on se riittävä”	Potilaan tunteminen auttaa riittävän kipulääkkeen määrän arvioinnissa.	Yksilöllisen kivun hoitotyön toteuttaminen	Yksilöllisyys	Kivun hoitotyön toteutumista edistävät tekijät
”Sitten tietenkin nekin pitää ottaa huomioon joilla ei oo kivuntuntoa niin paljon.”	Potilaan kivuntunteminen pitää ottaa huomioon.			
”No ilme kertoo hirveesti, semmonen irvistely siitä nyt yleensä huomaa, että jotain on.	Kasvojen ilmeet ja eleet kertovat kivusta.	Hoitajan tiedot kivun aiheuttamista käyttäytymistekijöistä	Ammattitaito	
”Eli varmaan ne perusjutut, mitä varmasti kaikilla eli hengitys, pulssi, verenpaine kertoo kans aika pitkälle jos on kipeä.”	Hengitys, pulssi ja verenpaine kertovat kivusta.	Hoitajan tiedot kivun aiheuttamista fysiologisista muutoksista		
”Täytyy vähän miettiä, lomaako tää lääke hengitystä tai meneekö se ihan tokkuraiseks”	Hoitajan täytyy miettiä kipulääkkeiden vaikutuksia potilaaseen.	Hoitajan tiedot kipulääkkeistä		
”Onhan meillä velvollisuus vähän miettiä voidaanko kipulääkitystä toteuttaa ihmiselle siinä suhteessa, että sillä voidaan aiheuttaa uusia komplikaatioita”	Hoitajalla on velvollisuus miettiä minkä verran kipua voi lääkitä. Hoitajalla on velvollisuus miettiä kipulääkitys aiheuttaa komplikaatioita.	Hoitajan tiedot komplikaatioista		

Liite 3. Opinnäytetyön aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia

1-2(11)

<p>Sukunimi Vuosi Työn nimi Työn laatu</p>	<p>Meriläinen (2012) Tehohoitopotilaan hoitoympäristö Psykykinen elämänlaatu ja toipuminen Väitöskirja Oulun yliopisto</p>
<p>Työn tarkoitus, Tehtävät/ongelmat, Tavoite</p>	<p>Työn tarkoitus:</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä tehohoitopotilaiden hoidon laatua sekä teho-osastolla että jälkiseurannassa.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla tehohoitopotilaan hoitoympäristöä sekä potilaan kokemuksia tehohoidosta. Lisäksi kuvaillaan tehohoidossa olleiden potilaiden psykkinen elämänlaatu kolmen ja kuuden kuukauden jälkeen tehohoidosta sekä tehohoidon jälkiseurantapoliklinikan toimintaa potilaiden, omaisten, hoitajien ja lääkärin näkökulmasta.</p> <p>Tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Millainen on tehohoitopotilaan hoitoympäristö? 1.2. Mitä tapahtumia tehohoitopotilaan hoitovuorokauteen sisältyy? 1.3. Mikä on tapahtumien kesto ja ketä ovat toimijat? 2. Tehohoitopotilaan vuorovaikutus ympäristön kanssa <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Millaista vuorovaikutusta on potilaan ja tehohoitoympäristön välillä? 2.2. Mitä tekijöitä sisältyy vuorovaikutukseen? 2.3. Miten potilas reagoi ympäristön tapahtumiin? 3. Tehohoitopotilaan muistikuvat tehohoidosta <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Millaisia muistikuvia potilailla on tehohoidosta? 4. Potilaan psykkinen toipuminen <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Millainen on tehohoidossa olleen potilaan psykkinen elämänlaatu tehohoidon jälkeen? 4.2. Mitä tekijöitä liittyy heikkoon psykkinen toipumiseen tehohoidossa olleilla potilailla? 4.3. Mitä tehohoidon jälkiseurantapoliklinikalla tapahtuu ja millaisia kokemuksia siihen osallistuneilla on?

(jatkuu)

Menetelmä	<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin menetelmä-, aineisto- ja analyysitriagulaatiota, koska tehohoitopotilaan hoitoympäristöön ja psyykkiseen toipumiseen liittyvistä tekijöistä haluttiin saada mahdollisimman monipuolinen käsitys.</p> <p>Laadulliset aineistot analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisesti.</p>
Keskeiset tulokset	<p>Tutkimus tuotti uutta hoitotieteellistä tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä tehohoitopotilaidenhoidon laatua sekä tehosastolla että jälkiseurannassa. Tehohoidossa olevan potilaan hoitoympäristö koostuu osatekijöistä, joihin potilas ei voi itse vaikuttaa ja joita hänen voi olla vaikea hahmottaa. Henkilökunta voi vaikuttaa moniin niistä hoitoympäristön tekijöistä, jotka edistävät tai hidastavat potilaan psyykkistä toipumista. Näitä ovat hoitoympäristön rauhoittaminen, päivä-yörytmin kunnioittaminen, potilas-keskeinen hoitotyön suunnittelu sekä oikea-aikainen ja -muotoinen tiedonanto.</p>

<p>Sukunimi Vuosi Työn nimi Työn laatu</p>	<p>Reinikainen (2012) Hospital Mortality of Intensive Care Patients in Finland. Insights into Prognostic Factors and Measuring Outcomes. Tehohoito potilaiden sairaalakuolleisuus Suomessa. Katsaus ennustetekijöihin ja hoitotulosten mittaamiseen. Väitöskirja Itä-Suomen yliopisto</p>
<p>Työn tarkoitus, Tehtävät/ongelmat, Tavoite</p>	<p>Työn tarkoitus:</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää teohoito potilaiden kuolleisuuden kehitystä Suomessa viime vuosina ja tutkia tiettyjen kiistanalaisten tekijöiden yhteyttä kuolemanvaaraan.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Does gender affect the risk of death and length of ICU stay? (Study I) 2) Are there seasonal variations in hospital mortality of Finnish ICU patients? (Study II) 3) To what extent does age influence outcomes and intensity of care? (Study III) 4) Is mortality from severe sepsis influenced by the size of the ICU? (Study IV) 5) Have mortality rates of ICU-treated victims of out-of-hospital cardiac arrest changed in the of therapeutic hypothermia? (Study V) 6) Have outcomes of patients treated in Finnish ICUs changed in recent years? Are possible changes in standardised mortality ratios caused by changes in measuring severity of illness or do they reflect genuine changes in the quality of intensive care? (Study VI) <p>Tavoitteena on tuottaa tietoa suomalaisen tehohoidon laadusta kansainvälisessä vertailussa.</p>
<p>Menetelmä</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Suomen Tehohoitokonsortio on teho-osastojen yhteenliittymä, joka ohjaa tehohoidon kansallista vertaisarviointihanketta. Konsortioon kuuluvat kaikki suomalaisten yliopisto- ja keskussairaaloiden yleisteho-osastot. Näiden osastojen hoitajaksoista tallennetaan ydintiedot kansalliseen tietokantaan, josta muodostui tämän tutkimuksen aineisto. Tutkittuja hoitajaksoja oli yhteensä yli 85 000. Osastojen kaikista hoitajaksoista tallennetaan sairauden laatua ja vaikeusastetta, annettua hoitoa ja sen lopputulosta koskevat ydintiedot.</p>

Keskeiset tulokset	<p>Suomalaisen tehohoidon tulokset ovat erittäin hyviä verrattuna kansainvälisiin tutkimuksiin. Kuolleisuus lisääntyi iän myötä ja oli liki 30 % yli 80-vuotiailla. Kuolleisuus oli erityisen suurta niiden iäkkäimpien potilaiden ryhmässä, joiden tehohoidon tarpeen syynä oli muu kuin kirurginen sairaus. Miespuolisten potilaiden osuus kaikista tehohoitopotilaista oli yli 60 %. Iäkkäimpien potilaiden ryhmässä miessukupuoli lisäsi kuolemanvaaraa. Väestön ikääntyminen lisäänee tehohoidon kysyntää lähitulevaisuudessa.</p> <p>Hengitysvajauksen vuoksi tehohoitoa tarvinneiden määrä oli suurempi talvella kuin muina vuodenaikoina. Kuolleisuuskin oli suurempi talvella. Sairauden vaikeusasteen suhteen korjattu kuolemanvaara ei ollut heinäkuussa sen suurempi kuin muina kuukausina.</p> <p>Vaikeaa sepsistä sairastavien kirurgisten potilaiden kuolleisuus oli suurempi pienissä kuin suurissa sairaaloissa. Sydämenpysähdyksen ja elvytyksen jälkeen teho-osastoilla hoidettujen potilaiden kuolleisuus laski samanaikaisesti, kun viilennyshoito otettiin käyttöön osana tämän potilasryhmän hoitoa.</p> <p>Tiedonkeruun tarkentuminen ja sen automatisointi kliinistä tietojärjestelmää käyttämällä lisäävät mitattua sairauden vaikeusastetta, mikä johtaa laskennallisen vakioidun kuolleisuussuhteen laskuun. Tämä seikka tulisi ottaa huomioon vertaisarviointihankkeissa silloin, kun vain osa yksiköistä käyttää teknologiaa automaattista tiedonkeruuta varten.</p>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Sukunimi Vuosi Työn nimi Työn laatu</p>	<p>Kaarlola (2007) Mitä hyötyä tehohoidosta? Tehohoitoa sisältäneiden hoitajaksojen vaikuttavuuden arviointi. The benefit of intensive care? Estimation of effectiveness of hospital episodes including intensive care stay. Väitöskirja Helsingin yliopisto</p>
<p>Työn tarkoitus, Tehtävät/ongelmat, Tavoite</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida Meilahden sairaalan tehohoito-osastolla vuosina 1995–2000 hoidettujen potilaiden (N = 2709) hoitotuloksia, mitä ei ole aiemmin tehty systemaattisesti.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selvittää teho-osastolla hoidettujen potilaiden kuolleisuutta, elämänlaatua ja laatu painotteisten lisäelinvuosien määrää sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. 2. Verrata kahden elämänlaatumittarin, preferenssilukupohjaisen EQ-5D:n ja profiilipohjaisen RAND-36:n, käyttöominaisuuksia ja mittaustulosten yhteneväisyyttä. 3. Analysoida ikääntymisen ja seuranta-ajan yhteyttä potilaiden kuolleisuuteen, elämänlaatuun ja laatu painotteisten lisäelinvuosien määrään sekä verrata tuloksia ikä- ja sukupuolivakioidun suomalaisväestön viitearvoihin. 4. Tutkia, mitä potilaat muistavat tehohoitoajasta ja millainen yhteys kokemusten laadulla on vastaajien myöhempiin elämänlaatu arvoihin. <p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää tehohoitoa sisältäneiden hoitajaksojen vaikuttavuutta ja samalla juurruttaa osastotasolla tehtävää tutkimusta toiminnan seurannan ja kehittämisen rutiiniksi.</p> <p>Tutkimus sisältyy tehohoito-osaston tuloskortin viitekehykseen.</p>
<p>Menetelmä</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kirjallisuuskatsaus</p> <p>Tutkimuksessa on käytetty RAND-36- ja EQ-5D-mittareita. Kirjallisuuskatsaus on tehty Medline-, PubMed- ja Cinahl-tietokannoista.</p> <p>Tutkimusaineistona on vuosina 1995–2000 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvalla Meilahden tehohoito-osastolla hoidetut, lääketieteen eri erikoisaloja edustavat potilaat (N = 2709). Elämänlaatu tutkimus tehtiin postikyselynä. Kysely sisälsi kaksi elämänlaatumittaria sekä kysymyksiä potilaan taustatiedoista ja tehohoitokokemuksista.</p>

Keskeiset tulokset	<p>1. Suurin tehohoitoipotilaiden kuolleisuus ajoittui tehohoitoa seuranneelle vuodelle. Ensimmäisenä vuotena menehtyi 1047 potilasta, joista 66 % kuoli tehohoitojakson tai sitä seuranneen kuukauden aikana. Menehtyneet potilaat olivat selviytyneitä potilaita iäkkäämpiä. Heillä oli keskimääräistä korkeammat sairauden vakavuutta kuvaavat APACHE II - ja elinöhäiriöitä kuvaavat SOFA-pisteet. Heidän tehohoitojakso oli pidempi ja sairaalahoitojakso lyhyempi kuin eloon jääneillä potilailla. Konservatiivisesti hoidettujen potilaiden kuolleisuus oli suurempi kuin kirurgisesti hoidettujen potilaiden. Elämänlaatu tutkimukseen otetut potilaat (n = 1099) toipuivat hyvin: 97 % kyselyn palauttaneista asui edelleen kotona. Yli puolet heistä piti elämänlaatuun hyvänä tai erittäin hyvänä, 40 % tyydyttävänä ja 7 % huonona. Säännöllistä apua antaneet omaiset mahdollistivat matalia elämänlaatuarvoja saaneiden kotona asumisen. Kaikki työikäisten elämänlaatuindeksit olivat vertaisväestön vastaavia arvoja merkitsevästi huonompia. Viisivuotisseurannassa ilmeni, että henkinen toipuminen tapahtui fyysisistä toipumista hitaammin. Hoitojakson tuomaa nettovaikuttavuutta ei voitu arvioida tarkasti, koska käytettävissä ei ollut systemaattisesti kerättyjä tietoja potilaiden aiemmista pitkäaikaissairauksista eikä tehohoitoa edeltäneestä elämänlaadusta.</p> <p>2. Tehohoitoon suositeltujen elämänlaatumittareiden, RAND-36:n ja EQ-5D:n, tulokset korreloivat hyvin keskenään ($p < 0,01$). Profiilimittari RAND-36 erotteli tarkemmin elämänlaadun eri osa-alueet ja niiden tasot. Preferenssiluvun tuottava EQ-5D mittasi hyvin potilasryhmien yleistä elämänlaatua ja sen summaluokkaa käytettiin laatu painotteisten lisäelinvuosien laskemisessa.</p> <p>3. Laatu painotteisten elinvuosien eli QALY-yksiköiden määrä saadaan kertomalla vastaajan elinaika tai elinajanodote vastaajan elämänlaadun summaluokalla. Ikääntyminen alentaa automaattisesti QALY-yksiköiden määrää. Alle 65-vuotiaat, konservatiivisesti hoidetut potilaat hyötyivät QALY-yksikköinä hoidosta enemmän kuin kirurgisesti hoidetut ikätoverinsa, mutta 65 vuotta täyttäneiden ryhmissä kirurgisesti hoidettujen potilaiden QALY-määrät olivat konservatiivisesti hoidettujen arvoja suurempia. QALY-yksikölle voitiin laskea vain summittainen hinta, koska käytettävissä ei ollut tarkkoja hoitokulutietoja.</p> <p>4. Tehohoitokokemuksilla ja elämänlaatu arvoilla oli keskinäistä yhteyttä. Tehohoidon positiivisena kokemuksena muistavien vastaajien elämänlaatu arvot olivat tilastollisesti parhaita, mutta heidän tehohoitoa vaatinut sairautensa oli APACHE II -pisteillä mitattuna keskimääräistä lievempi Tehohoidon negatiivisena kokemisten, sitä muistamattomien tai kokemustensa laatua ilmaisemattomien elämänlaatu arvoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.</p>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7-8(11)

<p>Sukunimi Vuosi Työn nimi Työn laatu</p>	<p>Pyykkö (2004) Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi Väitöskirja Oulun yliopisto</p>
<p>Työn tarkoitus, Tehtävät/ongelmat, Tavoite</p>	<p>Työn tarkoitus:</p> <p>Tutkimuksessa kehitetään ja arvioidaan tietojärjestelmään soveltuva potilaan ja hänen läheistensä hoitotyötä kuvaava tehohoitotyön malli toimintatutkimuksen lähestymistapaa noudattaen vuosina 1997-2001. Tutkimusyhteisöinä toimivat Oulun yliopistollisen sairaalan päivystysalueen, postoperatiivinen ja sisätautien teho-osastot.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tehohoitotyötä kuvaavan mallin kehittäminen <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mitkä ovat potilaan ja hänen omaistensa tai muiden potilaalle läheisten henkilöiden terveysongelmat, joista selviytyäkseen he tarvitsevat hoitotyön tukea ja apua? 1.2 Mitä ovat hoitotyön toiminnot, joita käytetään suhteessa edellä mainittuihin terveysongelmiin? 1.3 Mitä ovat tulokset, joita hoitotyön toiminnoilla saavutetaan? 2. Tehohoitotyön mallin yhteensovittaminen tietojärjestelmään ja hoitajien koulutus. 3. Tehohoitotyön mallin luotettavuuden testaus <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Millaisia ovat tehohoitotyön mallin sisällön validiteetti ja kriteerivaliditeetti? 3.2 Millainen on potilaita hoitaneiden sairaanhoitajien ja tutkijan välinen yksimielisyys potilaiden hoitoisuudesta potilasasiakirjojen merkintöjen perusteella? <p>Tavoite:</p> <p>Tuottaa käytännön toimintaa ohjaava tehohoitotyön malli, joka tuottaa potilaan ja hänen läheistensä hoitotyöstä kuvailevaa tietoa käytännön, hallinnon, koulutuksen ja tutkimuksen tarpeisiin.</p>
<p>Menetelmä</p>	<p>Toimintatutkimus</p> <p>Tutkimuksen I-vaiheessa kehitettiin ja esitettiin tehohoitotyön malli keräämällä tutkimusaineisto kyselylomakkeen avulla toimintatutkimusryhmään osallistuneilta hoitajilta (N=14), toimintatutkimusryhmästä muodostettujen pienryhmien ja toimintatutkimusryhmän tuottamista kirjallisista aineistoista (N=33), äänittämällä raporttitilanteita (N=57) ja tutkijan kirjallisista muistiinpanoista. Esitestausaineisto kerättiin lomakkeella hoitotyön doku-</p>

(jatkuu)

	<p>menteista (N=17) ja kyselylomakkeella hoitajilta (N=11). Tutkimusaineistot analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisella sisällönanalyysillä. II-vaiheessa yhteensovitettiin malli tehotietojärjestelmään. III-vaiheessa arvioitiin mallin luotettavuutta päivystysalueen ja postoperatiivisen osaston tietojärjestelmästä kerätyn potilasaineiston (N=1464) ja tutkijan arkistoitujen potilasasiakirjojen (N=30) analyysien avulla. Potilaiden hoitoisuutta ja hoitohenkilökunnan määrällistä tarvetta verrattiin tehohoitotyön mallin ja Therapeutic Intervention Scoring System-luokituksen (TISS) kesken tietojärjestelmästä kerätyn päivystysalueen (N=253) ja postoperatiivisen (N=579) teho-osaston potilasaineiston perusteella. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällönanalyysin avulla.</p>
Keskeiset tulokset	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tehohoidossa olevat potilaat tarvitsevat hoitotyön tukea ja apua selviytyäkseen mahdollisista ja todellisista terveysongelmista, jotka liittyvät muutoksiin elintoiminnoissa, sairauden ja hoidon tuomissa rajoituksissa ja kokemuksissa. Vastaavasti potilaan omaisilla ja muilla läheisillä esiintyy terveysongelmia, joihin he tarvitsevat hoitotyön tukea ja apua. 2. Muodostamalla ja nimeämällä potilaan (läheisten) terveysongelmista hoitotyön diagnooseja voidaan määrittää vastaavat hoitotyön toiminnot, hoitotyön ja hoidon tulokset sekä hoitoisuus. 3. Nimeämällä hoitotyön diagnooseja voidaan ilmaista hoitotyön tehtävä ja vastuualue tehohoitopotilaiden kokonaishoidosta. 4. Tässä tutkimuksessa tuotettu tehohoitotyön malli on käytäntöön ja tietojärjestelmiin siirrettävissä. Tehohoitotyön mallin soveltaminen käytäntöön edellyttää hoitotyön näkökulmaan muutosta, jossa hoitotyöntekijät mieltävät ja osoittavat, että heidän toiminnallaan ja panoksellaan on vaikutusta potilaaseen, hoitoon ja hoidon tuloksiin. Yhteistyössä tietojärjestelmän kehittäjän kanssa voidaan mahdollistaa hoitotyön näyttöön perustuvaa dokumentointia. 5. Tehohoitotyön mallin mukaan voidaan erotella teho-osastolle tulotyyppiltään erilaisten potilaiden hoitotyötä, hoitotyön määrää ja hoitoisuutta. 6. Tehohoitotyön mallin mukaan hoitoisuus on suurempi ei-leikatuilla ja päivystysleikatuilla potilailla, jotka ovat tulovaiheessa sairaampia ja joiden hoitoaika on pidempi sekä kuolleisuus suurempi tehohoidon aikana kuin elektiiivisesti leikatuille potilailla. TISS-luokituksen mukaan hoitoisuus on suurempi leikatuilla potilailla, joiden sairauden vaikeusaste voi heidän teho-osastolle tullessaan vaihdella potilaittain huomattavasti toisin, kuin ei-leikattujen potilaiden. 7. Tehohoitotyön mallin mukaan potilaan kuoleman riskin lisääntyessä lisääntyy hoitotyön määrä ja hoitoisuus tehohoitajakson aikana. 8. Tehohoitotyön mallin avulla voidaan osoittaa henkilökunnan määrällinen lisätarve potilaan (läheisten) välittömässä hoitotyössä.

<p>Sukunimi Vuosi Työn nimi Työn laatu</p>	<p>Nieminen (2007) Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Pro Gradu tutkielma Tampereen yliopisto</p>
<p>Työn tarkoitus, Tehtävät/ongelmat, Tavoite</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla niitä erityisosaamisalueita, joita sairaanhoitaja tarvitsee hoitaessaan keuhkosairautta sairastavaa potilasta valvontayksikössä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla niitä hoitotyön osa-alueita, joissa sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta.</p> <p>Tutkimusongelmat: 1. Minkälaista erityisosaamista valvontayksikön sairaanhoitaja tarvitsee keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä? 2. Millä alueilla sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta?</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja kehitettäessä perehdytys- ja täydennyskoulutusohjelmia valvontayksikössä työskenteleville sairaanhoitajille.</p>
<p>Menetelmä</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus (Tiedon kerääminen asiantuntijoilta. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajilta.)</p> <p>Tiedonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelu</p> <p>Aineisto analysointiin käyttämällä sisällön analyysiä</p>
<p>Keskeiset tulokset</p>	<p>Tutkimuksen tulosten perusteella sairaanhoitajien ammattitaito koostuu taidosta turvata potilaan elintärkeä hoito, taidosta käyttää henkilökohtaisia kykyjä hoitotyössä, kyvystä huomioida potilas osana perhekokonaisuutta ja laaja-alaisesta osaamisesta. Osaamista on pidettävä yllä ja kehitettävä koko ajan. Lisäkoulutusta sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventämisessä. Niihin sisältyivät sydämen ja keuhkojen toimintaan, lääkehoitoon ja ravitsemukseen liittyvät tiedot sekä teknisten taitojen ylläpitäminen ja kehittäminen. Lisäksi koulutusta haluttiin hoitotyöhön liittyvästä uudesta tiedosta. Koulutusten toivottiin olevan säännöllisiä ja kaikille yhteisiä.</p>

<p>Sukunimi Vuosi Työn nimi Työn laatu</p>	<p>Pudas-Tähkä (2004) Kivun arviointimittari kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kivun arviointiin Pro Gradu tutkielma Turun yliopisto</p>
<p>Työn tarkoitus, Tehtävät/ongelmat, Tavoite</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tekijöitä joita olisi huomioitava kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kivun arvioinnissa ja mitkä ovat ne tekijät joilla kipua arvioidaan.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitä tekijöitä on huomioitava kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kivun arvioinnissa? 2. Miten kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kipua voidaan arvioida? <p>Tavoitteena on kehittää kivun arviointimittari kommunikoimaan kykenemättömän tehohoitopotilaan kivun arviointiin.</p>
<p>Menetelmä</p>	<p>Deftimenetelmä (tiedon kerääminen asiantuntijoilta. Tässä tutkimuksessa sekä lääkäreitä että hoitajia)</p> <p>Tiedonkeruumenetelmänä kysely, joka toteutettiin postikyselynä</p> <p>Aineisto analysointiin käyttämällä sisällön erittelyä</p>
<p>Keskeiset tulokset</p>	<p>Tutkimuksen tuloksena kehitettiin kivun arviointimittari, joka koostui fysiologisista tekijöistä ja käyttäytymistekijöistä. Fysiologisiin tekijöihin valittiin kohonnut verenpaine, kohonnut syke ja hikoilu. Käyttäytymistekijöihin liikkeet/asento ja kasvojen ilmeet. Mittari koostui 5-portaisesta numeerisesta asteikosta ja 3-portaisesta sanallisesta asteikosta.</p> <p>Tuloksena oli myös se, että on tärkeää huomioida missä kipu sijaitsee ja onko se ulkoista vai sisäistä tekijöistä johtuvaa. Omaisten huomioimiseen ja mielipiteisiin tulisi myös kiinnittää huomiota.</p>

<p>Sukunimi Vuosi Työn nimi Työn laatu</p>	<p>Rastela & Suhola (2006)</p> <p>Sairaanhoitajien tiedot kivusta ja lääkkeellisestä kivunhoidosta.</p> <p>Kysely toteutettiin erään terveystieteiden keskus sairaalan vuodeosastoille joissa hoidetaan pääsääntöisesti vanhuksia. Mukana oli myös kotisairaalan henkilökuntaa. Kyselyyn vastasi yhteensä 76 sairaanhoitajaa.</p> <p>Opinnäytetyö Lahden ammattikorkeakoulu</p>
<p>Työn tarkoitus, Tehtävät/ongelmat, Tavoite</p>	<p>Työn tarkoitus: Selvittää sairaanhoitajien tietoja kivusta, lääkkeellisestä kivunhoidosta sekä kivun arvioinnista. Lisäksi kartoittaa kuinka sairaanhoitajat arvioivat potilaan kipua päivittäisessä hoitotyössä.</p> <p>Tutkimusongelmat: 1. Millaiset tiedot sairaanhoitajilla on kivusta? 2. Millaiset tiedot sairaanhoitajilla on kivun arvioinnista? 3. Miten sairaanhoitajat arvioivat potilaan kipua? 4. Millaiset tiedot sairaanhoitajilla on lääkkeellisestä kivunhoidosta?</p> <p>Tavoite: Tutkimustulosten perusteella työyhteisöt voivat kartoittaa kivunhoidon lisäkoulutuksen tarvetta.</p>
<p>Menetelmä</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.</p> <p>Strukturoitu kyselylomake.</p> <p>Aineiston analysointi tilastollisin menetelmin: SPSS- ja Exel tilastointiohjelmat.</p>
<p>Keskeiset tulokset</p>	<p>Tulosten mukaan sairaanhoitajilla oli suhteellisen hyvät tiedot lääkkeellisestä kivunhoidosta, kivusta ja kivun arvioinnista. Eniten käytetyt kivunarviointikeinot olivat potilaan käyttäytymisen sekä fysiologisten muutosten havainnointi. Kehittämisen tarvetta ilmeni kuitenkin etenkin kipulääkkeiden tiedon kohdalla. Sairaanhoitajat toivat itse myös esille kivunhoidon lisäkoulutuksen tarpeen. Varsinkin kivunhoidosta ja kipulääkkeistä sekä niiden käytöstä koettiin tarvitsevan lisää tietoa.</p>