

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Piia Pousi

SILMÄKIVUN HOITO – KUINKA HOITAJAT TOTEUTTAVAT KIVUNHOITOA

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala, Kotka

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK

POUSI, PIIA	Silmäkivun hoito – Kuinka hoitajat toteuttavat kivunhoitoa
Opinnäytetyö	83 sivua + 29 liitesivua
Työn ohjaaja	Mirja Nurmi, TtM
Toimeksiantaja	Carea – Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Huhtikuu 2011	
Avainsanat	silmäkivun hoito, silmänerosio, akuutti sulkukulmaglaukooma, silmävammat

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, kuinka silmäkipua hoidetaan lääkkeellisesti sekä hoitotyön keinoin. Lisäksi pyrkimyksenä oli kartoittaa, miten silmäkivunhoitoa huomioidaan käytännössä ja kuinka sitä kirjataan potilasasiakirjoihin. Lähtökohtana oli Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean halu kehittää hoitotyötä silmäpotilaiden kivunhoidon osalta. Kyseessä oli kvantitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin postikyselynä viiden sairaanhoitopiirin silmäyksikköön tammi-kuussa 2011. Tutkimusaineiston avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä käyttäen ja strukturoidut kysymykset tilastollisella menetelmällä (PASW).

Kivunhoidon merkitys hoitotyössä on korostunut ja siihen kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota. Kivun hoitamisen lisäksi yhtä tärkeässä osassa on kivun ja sen kehittymisen seurannan kirjaaminen potilasasiakirjoihin.

Tulosten kautta akuutin sulkukulmaglaukooman tärkein hoitokeino on silmänpaineen alennus. Silmänerosiotilaaan hoitokeinona käytetään peittosidosta, jotta silmä saa rauhassa parantua. Silmävammapotilaan hoidossa moniammatillisuus ja potilaan kokonaisvaltainen hoito ovat merkittävässä osassa, koska potilas on usein pelokas, varsinkin jos silmä menetetään tai on uhka sen menetyksestä. Silmäkivun tarkkailuun ja arviointiin hoitajat käyttävät potilaan kuuntelua ja hänen kanssaan keskustelua. Kipumittari ei juuri ole käytössä kivunarvioinnin apuvälineenä. Silmäkivun kirjaamista voidaan pitää laadukkaana, sillä kaikki vastaajat kirjaavat lähes aina kivun sijainnin, luonteen ja voimakkuuden sekä lääkevalmisteiden nimien, vaikuttavuuden ja kellonajan. Silmävammojen ennaltaehkäisyä pitäisi huomioida nykyistä paremmin ja valveuttaa ihmisiä asiaan.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että silmäkipua hoidetaan eritavoin riippuen sairaudesta tai vammasta. Onnistunut jatkohoito-ohjaus on merkittävä osa hoitoprosessia.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care, Kotka

POUSI, PIIA

Alleviation of Eye Pain – How Nurses Do It

Bachelor's Thesis

83 pages + 29 pages of appendices

Supervisor

Mirja Nurmi, MNSc

Commissioned by

Carea – Federation of Municipalities for Hospital and
Social Services in Kymenlaakso

March 2011

Keywords

alleviation of eye pain, cornea erosion, acute angle-closure
glaucoma, eye injuries

The aim of the Bachelor's thesis was to study how eye pain is alleviated by medicines and by nursing. Another objective was to map out how eye pain alleviation is taken into consideration in practice and how it is recorded into patient documents. The starting point was Carea's wish to develop nursing concerning the alleviation of pain felt by ocular patients. The quantitative study was carried out as a postal enquiry addressed to the eye units of five hospital districts in January 2011. The open questions in the research material were interpreted by content analysis and the structured questions by using statistics (PASW).

There has been an emphasis on the role of pain alleviation in nursing, and now more attention is paid to it than before. Equally important as pain alleviation is the recording into the patient documents of monitoring of pain and its development.

The findings revealed that the primary treatment for acute angle-closure glaucoma is the reduction of intraocular tension. An eyepatch is used to treat a patient with cornea erosion in order to give the eye time to heal. A multiprofessional approach and the ocular patient's comprehensive care are in key position in looking after him/her, because the patient is often fearful, particularly if he/she loses his/her eye or the threat of such a loss emerges. Nurses monitor and assess the patient's eye pain by listening to and talking to him/her. A pain indicator is used only rarely as a tool of assessment. Eye pain has been recorded well, for all respondents nearly always record the location, character and intensity of the pain as well as the name, effect and hour of intake of any medicines. More attention should be paid to the prevention of eye injuries, and people should be made more aware of it.

To conclude, eye pain is alleviated in many ways depending on the disease/injury. Successful referral to further treatment is an important part of the therapeutic process.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	SILMÄN ANATOMIA JA FYSIOLOGIA	8
3	KIPU JA SEN MERKITYS	10
	3.1 Kipuaisti ja kiputyypit	11
	3.2 Kivun hoitaminen	12
	3.3 Kivun arviointi ja kirjaaminen	14
	3.4 Akuutti ja krooninen kipu	16
4	SILMÄKIPU	17
5	SILMÄKIVUNHOITO	18
6	SILMÄPOTILAAN HOITAMINEN	20
	6.1 Akuutti sulkukulmaglaukooma ja sen hoitaminen	20
	6.2 Silmän eroosio ja sen hoitaminen	22
	6.2 Silmävammat ja niiden hoitaminen	23
	6.1.1 Kemialliset silmävammat ja niiden hoito	24
	6.1.2 Lävistävät silmävammat ja niiden hoito	25
	6.1.3 Sidekalvon haavaumat ja niiden hoito	26
7	YHTEISTYÖKUMPPANIN ESITTELY	26
8	TUTKIMUSONGELMAT	27
9	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ	28
	9.1 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeenlaadinta	28
	9.2 Kohderyhmä ja otanta	32
	9.3 Aineiston keruu	33
	9.4 Tutkimusaineiston analyysimenetelmät	35
	9.4.1 Tilastollinen analyysi	35
	9.4.2 Sisällönanalyysi	35
10	TUTKIMUSTULOKSET	38

10.1 Aineiston kuvaus	39
10.2 Silmähoitajan työkokemus ja koulutukset	39
10.3 Akuutin sulkukulmaglaukooman aiheuttaman silmä kivun hoitaminen ja potilaan ohjaus	41
10.4 Silmän eroosion aiheuttaman silmä kivun hoitaminen ja potilaan ohjaus	48
10.5 Silmävammojen aiheuttaman silmä kivun hoitaminen ja potilaan ohjaus	53
10.6 Silmä kivun tarkkailemiseen käytettävät keinot ja silmä kivun arviointi	58
10.7 Silmä kivun kirjaamisen käytännöt	61
10.8 Silmätautien hoidon kehittäminen akuutin sulkukulmaglaukooman, silmän eroosion ja silmävammojen piirissä	62
10.9 Yhteenveto tuloksista	68
11 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	69
11.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	69
11.2 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi	72
11.3 Tutkimuseettiset näkökohdat	76
11.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	78
LÄHTEET	79
LIITTEET	
Liite 1. Aikaisempien tutkimusten taulukko	
Liite 2. Muuttujataulukko	
Liite 3. Kyselylomake	
Liite 4. Saatekirje	
Liite 5. Tutkimussuunnitelma	
Liite 6. Tutkimusluvut	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Suomessa tapahtuu noin 50 000 silmätapaturmaa vuosittain. Puolet näistä tapaturmista aiheutuu vapaa-ajalla liikenteessä ja lähinnä urheilun parissa. Vaarallisimpia urheilulajeja silmätapaturmien aiheuttajina ovat jääkiekko ja erilaiset pallopelit. Toinen puolikas silmävammoista taas syntyy työajalla. Työntekijöiden työturvallisuuteen pitäisi-kin näin ollen kiinnittää enemmän huomiota. Myöskään suojalasien käyttöä ei saisi unohtaa silmille vaarallisissa työtehtävissä. Suurimpia silmävammojen aiheuttajia työajalla ovat mekaaninen aiheuttaja (84 %) sekä kemikaalit (8 %) ja säteily (8 %). (Ikäheimo & Sorri 2007, 1865.)

Suomessa hoidon porrastuksen vuoksi silmäpotilaat hakeutuvat ensin perusterveydenhuollon piiriin joko terveystieteiden keskuskeskukseen, työterveyshuoltoon tai yksityiselle sektorille. Perusterveydenhuollossa lääkärin täytyy osata ratkaista, tarvitseeko potilas lähettää erikoislääkäritasoiseen hoitopaikkaan ja kuinka nopeasti. Oikeat ratkaisut ovat avainasemassa, jotta potilaat saavat oikean hoidon oikeaan aikaan ja turhilta matkoilta välttyttäisiin. Näin perus- ja erikoissairaanhoidon resurssit voidaan käyttää järkevästi. (Uusitalo, 2007, 2623.)

Tyypillisimpiä akuuttia silmäkipua aiheuttavia tilanteita ovat: sidekalvon- ja sarveiskalvonriikat, sarveiskalvon eroosio, tulehdukset, kuivasilmäisyys, akuutti glaukooma, tapaturmat, urheilu-, syöpymis- ja palovammat, neurologinen sekä toimenpiteestä aiheutuva kipu, UV-säteily ja selittymätön dolor oculi. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 50). Opinnäytetyössä käsitellään silmän eroosiota, akuuttia sulkukulmaglaukoomaa sekä silmävammoja, joista tässä kerrotaan parilla lauseella yleisesti ja joihin paneudutaan työn teoriaosassa syvällisemmin.

Vuoden vaihteessa 1999 – 2000 maassamme hoidettiin ainakin 57 ilotulitteiden aiheuttamaa silmävammaa, joista 13 oli vakavia. Näistä vammoista 85 % aiheutui vanhan vuoden viimeisenä päivänä ja uuden vuoden ensimmäisenä päivänä. Kirjallisuuden mukaan ilotulitusraketit aiheuttavat usein vakavampia vammoja silmiin kuin muut ilotulitetyypit. Kuitenkin vain kolmasosa vakavista vammoista oli ilotulitteiden aiheuttamia. (Kujala, Parkkari, Salminen & Kivelä 2000.)

Sarveiskalvon pinnallista haavaumaa kutsutaan eroosioksi. Eroosiota edeltää usein jokin ulkoinen vamma, kuten paperin, kynnen tai oksan raapaisu. (Hietanen 2001, 586.) Sarveiskalvon spontaani eroosio ei ole harvinainen, sillä silmät kuivuvat herkästi ja sen lisäksi voi esiintyä iriittejä eli värikalvontulehduksia (Summanen 2009).

Akuutissa sulkukulmaglaukoomassa eli toiselta nimeltään ahdaskulmaglaukoomassa silmänpaine nousee hyvin korkeaksi ja se vaatii välitöntä silmälääkärin hoitoa. Näkö vaurioituu hyvin nopeasti korkealla olevalla silmänpaineella. Korkealla silmänpaineella tarkoitetaan yli 50 mmHg:ia. (Hietanen, Karma & Uusitalo 2005, 3247.)

Kipua on mikä tahansa kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi. Kipu voidaan luokitella sen syntymekanismin mukaan esimerkiksi nosiseptiseksi (kudosvauriokipu) tai neuropaattiseksi (hermovauriokipu). Silmäkipu kuuluu nosiseptiseen ryhmään ja se on hyvin usein akuuttia kipua. Silmäkipu poistuu yleensä heti, kun sen syy saadaan hoidettua. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 50 – 51; Sailo 2000, 30 – 33.)

Järven (2002, 20) kehittämissäprojektissa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Silmäklinikalla työryhmä auditoi päivystyspotilaiden sairauskertomuksia, joista tuli ilmi, että silmäkivun seurannan kirjaamisessa on puutteita. Sairauskertomuksista 76 %:iin oli kirjattu potilaan silmäkivun tulotilanne, mutta kivun kehittymistä ei ollut seurattu. Yli puolelle (54 %) potilaista kivunlievitystä oli tarjottu. Osastolle siirtyneestä neljästä potilaasta, vain kahdella oli kipua seurattu kipulomakkeella. Kivunhoidon kehittämiseen on esitetty myös muissa lähteissä haasteita. Keskeisinä kehittämiskeinoina ovat muun muassa kivunhoidon keskeisen aseman tiedostaminen ja sen myöntäminen, riittävä perus- ja täydennyskoulutus eri ammattiryhmille sekä kipupotilaiden hoidon tunnettavuus. (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 17 – 18.)

Opinnäytetyöni aihe lähti Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean silmäyksikön hoitajien toiveista. Heillä silmäyksikössä halutaan edelleen kehittää silmäpotilaiden kivunhoitoa. He keskuudessaan pohtivat, josko opinnäytetyö aiheesta toisi lisätietoa asiaan. Silmäyksiköstä lähteneitä tutkimusaiheita olivat "Miten potilaat kokevat kivunhoidon?" ja "Miten hoitajat toteuttavat kivunhoitoa muissa sairaaloissa?". Edellä mainituista valittiin asian tarkastelu hoitajien näkökulmasta. Silmätaudeista ja eritoten silmäkivusta on hyvin vähän tutkimustietoa ja sitä pidetään täten ajankohtaisena, tarpeellisenä ja tärkeänä tutkimusaiheena.

Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita siitä, mitä eri keinoja silmäkipupotilaan hoidossa voidaan käyttää. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka silmävammojen, silmän eroosion ja akuutin sulkukulmaglaukooman aiheuttamia kiputiloja sekä miten itse sairauksia ja vammoja hoidetaan suomalaisissa keskus- ja yliopistosairaaloissa. Teoriaosassa selvitetään, kuinka nämä kolme sairautta ja vammaa saavat alkunsa sekä niiden hoitoprosessi eli millä keinoilla niiden hoitoa toteutetaan ja ennen kaikkea, kuinka silmäpotilaan kipua hoidetaan ja arvioidaan. Aineisto kerättiin postikyselynä viiden Suomalaisen keskus- ja yliopistosairaalan silmäyksiköstä, jolla selvitetään hoitajien valmiuksia hoitaa silmäkivusta kärsivää potilasta.

2 SILMÄN ANATOMIA JA FYSILOGIA

Näköjärjestelmässä on kolme osaa, jotka ovat silmät, näköhermot ja aivot. Näköhermo (nervus opticus) sijaitsee silmän takana, jonka päätä sanotaan papillaksi. Näköhermo on aivokalvon ympäröimä ja sen hermosäikeet vastaavat aivokudosta. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 7 – 10.) Silmän eri osia on havainnollistettu sivulla 10 kuvassa 1. Silmän rakenne.

Silmämunan (bulbus oculi) halkaisija on noin 2,5 cm ja se sijaitsee silmäkuopassa (orbita). Silmäkuopassa on rasvakudosta, joka toimii iskunvaimentajana. Kovakalvo (sclera) muodostaa silmämunan uloimman kerroksen. Kovakalvo muuttuu silmän etuosassa kirkkaaksi sarveiskalvoksi (cornea). (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverund 2008, 119 – 131.)

Silmäluomet suojaavat silmää erilaisilta vierailta esineiltä, voimakkaalta valolta ja mekaanisilta vaurioilta. Silmän yläpintaa peittää iho ja sisäpintaa sidekalvo (conjunctiva), joka on limakalvoa. Sidekalvo jatkuu kovakalvon päälle ja peittää sitä sarveiskalvon reunaan asti. Se koostuu levyepiteelisoluista, verisuonista, hermoista, löyhästä sidekudoksesta sekä lisäkyynelrauhasista. (Bjälje ym. 2008, 119 – 131; Hietanen ym. 2005, 7 – 10.)

Räpyteltäessä silmiä luomet levittävät silmän ulkopinnalle kyynelnestettä. Sitä muodostuu alati kyynelrauhasessa, joka sijaitsee silmän ulkokulmassa silmäkuopan katon alla. Kyynelnesteen tehtävä on puhdistaa ja kostuttaa silmää sekä estää sarveiskalvoa kuivumasta. Kylmässä ilmassa lämmin kyynelneeste suojaa sarveiskalvoa paleltumasta.

Kyynelneste valuu silmän sisänurkassa sijaitsevien kyynelpisteiden kautta kanavajärjestelmään ja sieltä nenäonteloon, jonne se tyhjenee kostuttaen samalla nenän limakalvoa. Neste sisältää bakteereita tappavaa entsyymiä ja immunoglobuliini A:ta, joka ehkäisee silmien ja nenäontelon infektoita. (Bjälle ym. 2008, 119 – 131.)

Kovakalvon ja silmäkuopan sisäpintaan on kiinnittyneenä kuusi poikkijuovaista lihasta, joita kutsutaan uloimmiksi silmälihaksiksi. Nämä lihakset voivat liikuttaa silmää kaikkiin suuntiin. Suonikalvo (chorioidea) on kovakalvon sisäpuolella, johon yhtyvät silmämunan verisuonet. Suonikalvon edessä on värikalvo (iris). Se ympäröi silmän mustausta eli pupillia (pupilla). Ihmisen silmän väri johtuu värikalvon pigmenttimäärästä. Runsaasti pigmenttiä omaavat silmät ovat ruskeat, kun taas siniset silmät ovat ihmisellä, jolla on vähäinen värimäärä. (Bjälle ym. 2008, 119 – 131.)

Suonikalvon ja värikalvon välissä on sädekehä (corpus ciliare), joka sisältää sileitä lihassyytiä. Kimmoisa mykiö (lens) kiinnittyy silmään ripustinsäikeillä, jotka tulevat sädekehästä mykiön pintaan. Mykiö jakaa silmämunan etukammioon ja lasiaiseen. (Bjälle ym. 2008, 119 – 131.)

Silmään tuleva valo tarkentuu verkkokalvolle (retina), joka on sisin kerros silmämunassa. Verkkokalvossa on valoon reagoivia aistinsoluja sekä erityyppisiä hermosoluja, joiden tehtävä on muodostaa synapseja. Silmän takaosasta lähtee näköhermo (n. opticus), joka kuljettaa näköaistimuksista tietoa aivoihin. (Bjälle ym. 2008, 119 – 131.)



Kuva 1. Silmän rakenne (Silmä)

3 KIPU JA SEN MERKITYS

Kivun merkitystä on pohdittu aikojen alussa jo Jobin kirjassa. Silloin sen ajateltiin jaloitavan ja puhdistavan ihmismieltä. Biologisen käsityksen mukaan kipua taas on elossa säilymisen ehtona. (Kalso 2009, 104 – 105.) Kivuntuntemus on lisääntynyt rajusti viime vuosikymmeninä ja tämän lisäksi eri tieteenalat yhdessä sekä erikseen ovat tuottamassa ymmärrystä ihmisten kivun kokemuksista, lääkkeellisten ja lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytöstä ja näitä asioita sivuavista kysymyksistä. Keskeistä on, että kipua tarkastellaan lääketieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksissa, sillä tutkimusten mukaan joka kolmannella terveyskeskuslääkärillä käynnin syynä on jokin kipuoire. (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 17.)

Monikaan ihminen ei elä elämäänsä kokematta koskaan kipua ja siihen liittyviä tunteita. Kipu voi vaikuttaa laajalti ihmiseen: hänen mielialaansa, ihmissuhteisiin, työ- ja toimintakykyyn, sekä sillä voi olla merkitystä jopa taloudelliseen toimeentuloon. Kipu koetaan aina yksilöllisesti, minkä takia siitä on vaikeaa kertoa toisille niin, että tulisi ymmärretyksi. Kipu on kaikista vaivoista yleisin, minkä takia ihmiset hakeutuvat lääketieteellisiin tutkimuksiin. Viime vuosina tieto kivun mekanismeista ja kipuun liit-

tyvistä ilmiöistä on huomasti lisääntynyt niin kuin edellä mainittiin. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry.).

Kuten Vehviläinen-Julkunen & Pietilä (2004, 17) myös Kauppila, Axelin, Kiuru, Koukkula, Nikunen, Onkinen, Ratinen, Rintala-Salminen & Salanterä (2008, 38 – 40) ovat kivuntuntemuksen lisääntymisestä viime vuosina samaa mieltä. He ovat tarkastelleet yliopistoissa tehtyjä hoitotieteellisiä kipututkimuksia. Hoitotieteellinen kipututkimus on Suomessa alana nuori, ja ensimmäinen sitä koskeva väitöskirja tarkastettiin vuonna 1999. Yhteensä niitä on tarkastettu neljä vuoteen 2008 mennessä. Kaikki nämä väitöskirjat liittyivät lasten kipuun. Lisensiaatintöitä on valmistunut kuusi vuosina 1995 – 2008, pro gradu -tutkielmia yhteensä 66 kappaletta, joista 51 on tehty 2000-luvulla. Eniten pro gradu -tutkielmia on tehty kohderyhmästä aikuisten kivunhoito. Suurin osa tutkielmista on ollut potilaiden kokemuksia kartoittavia, mikä on käytännön kivunhoitotyön kehittymisen kannalta hyvä asia. Tulevaisuudessa tarvitaan kuitenkin enemmän tietoa potilaiden toiveista. Kivun tunnistaminen ja sen arviointi ovat hyvän kivunhoidon lähtökohtia, minkä vuoksi näistä alueista tarvitaan myös lisää tietoa. Lisäksi erilaisia auttamistyylikkeinoja kivunhoitoon on tutkittu, mutta niiden vaikuttavuudesta ei ole tarpeeksi tuloksia. Vaikkakin kivun hoitotieteellinen tutkimus Suomessa on vielä nuorta tuloksista käy ilmi, että hoitotieteellisestä kipututkimuksesta ollaan kiinnostuneita. (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 17; Kauppila, Axelin, Kiuru, Koukkula, Nikunen, Onkinen, Ratinen, Rintala-Salminen & Salanterä 2008, 38 – 40.)

3.1 Kipuaisti ja kiputyypit

Aistimalla kivun, elimistö saa varoituksen uhkaavasta kudosvauriosta. Tämä johtaa toimintoihin, joilla pyritään estämään kudosvaurion synty tai eteneminen. Kipua voivat laukaista monet erityyppiset ärsykkeet, jotka kohdistuvat kehoon. Kaikille näille ärsykeille on yhteistä se, että ne aiheuttavat tai uhkaavat aiheuttaa kudosvaurioita. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverund 2008, 105; Kalso, Vainio & Estlander 2002, 85 – 86.)

Kipu koetaan epämiellyttävänä ja pelottavana, josta johtuu kipuaistin saama "erityis-asema" muihin aisteihin verrattuna. Kipu myös aktivoi sympaattista hermostoa samalla tavoin kuin pelko ja suuttumus, joten tältäkin osa-alueelta se poikkeaa muista ais-

teista. Sympaattisen hermoston aktivoituminen aiheuttaa sydämen sykkeen nopeutusta ja verenpaineen nousua. (Bjälle ym. 2008, 105.)

Jollei kipuaisti toimisi tai sitä ei olisi, päivittäisissä askareissa voisi syntyä vaarallisia vammoja. Esimerkiksi maataessa osa kudoksista ei saa riittävästi verta, mikä aiheuttaa jonkin ajan kuluttua kipuaistimuksia ja ihminen vaihtaa asentoa tiedostamattaan. Näin ei vakavia vaurioita pääse syntymään. Ihminen, jolla ei kipuaistia ole on altis infektioille ja kudolvaurioille. Ihmisen hengissä säilymisen kannalta on kipuaisti tärkein aisteistamme. (Bjälle ym. 2008, 105.) Kipuaistin tärkeydestä ovat esimerkkinä kongenitaalisesta analgesiasta kärsivät ihmiset, jotka Kalson (2009, 104 – 105) mukaan ovat vakuuttavimpia todisteita kivun merkityksestä elossa säilymisen kannalta. Tästä sairaudesta kärsivät ovat syntymästään lähtien kykenemättömiä aistimaan kipua. He voivat esim. purra kieleensä tai murtaa luunsa tuntematta ollenkaan kipua. Näin ollen nivelet tuhoutuvat näiden toistuvien vaurioiden kautta.

Kipu voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin, joita ovat nosiseptinen kipu, neurogeeninen kipu ja iskeeminen kipu. Nosiseptistä kipua aiheuttavat ärsykkeet, jotka aktivoivat kipureseptoreja. Nosiseptiivista kipua voivat aiheuttaa voimakkaat mekaaniset tai kemialliset ärsykkeet sekä äärimmäiset lämpötilat. Esimerkkinä kemiallisesta vaikutuksesta on iskemia eli kudosten hapenpuute, joka on luustolihaskipujen yleisin syy. Nosiseptinen kipu voidaan jakaa kahteen luokkaan jotka ovat: somaattinen kipu (pinta- ja syväkipu) sekä viskeraalinen kipu (sisäelinkipu). Somaattinen kipu jaetaan edelleen pinta-kipuun, joka liittyy ihoon ja syväkipuun, joka on lähtöisin luustolihasista, sidekudoksista, luista taikka nivelistä. Neurogeeninen kipu taas paikallistuu aina sellaiselle alueelle, jossa sijaitsee kipusyiden vapaat hermopäätteet. Esimerkkejä tällaisesta kivusta ovat: iskiaskivut, kolmoishermosto ja aavekipu. (Bjälle ym. 2008, 105.)

3.2 Kivun hoitaminen

Keskeisenä lähtökohtana kivun tarkastelussa hoitotieteessä ovat kivun moniulotteisuuden, subjektiivisuuden ja kulttuurisuuden ymmärtäminen (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 17). Kivunhoidossa on hyvä ottaa huomioon moniammatillinen kivunhoito. Sillä tarkoitetaan eri ammattiryhmien järjestäytynyttä yhteistoimintaa kivunhoidossa, joka on potilaan kannalta suuri asia. Järjestäytynyt toiminta on säännöllistä yhteistyötä tai ennalta sovittuja toimintamalleja eri ammattiryhmien kesken. Moniamma-

tillista kipupotilaanhoitoa toteutetaan kipupoliklinikoilla ja kipupotilaiden kuntoutusyksiköissä. Akuutin kivun moniammatillista yhteistyötä on kehitetty paljon periooperatiivisen kivunhoidossa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 66.)

Nykyään on puhuttu paljon myös kipupotilaan hyvästä ohjauksesta osana kivunhoitoa. Esimerkiksi professori Salanterä (2008, 42 – 43) tuo esille, että potilasohjaus toimii osana laadukasta kivunhoitoa. Useissa sairaaloissa monien potilasryhmien ohjausta toteutetaan vielä vajavaisesti ilman, että kartoitettaisiin potilaan oppimistarpeita, taikka oppimiselle asetettaisiin päämäärä tai tavoite. Viime vuosina päiväkirurgian ansiosta potilaiden hoitoajat ovat merkittävästi lyhentyneet, ja tämä tuo haasteen ohjaamiselle. Myös potilaiden korkea ikä tuo asiaan oman haasteen, jolloin ohjaustarve korostuu. Potilaan ohjaukseen ja oppimiseen tulisi kiinnittää huomiota.

Tarkasteltaessa asiaa potilaan näkökulmasta ohjauksen päämääränä on tiedon saaminen, jonka avulla hän pystyy jäsentämään ajatteluaan, toimintojaan ja tunteitaan sekä itsenäisesti tekemään päätöksiä kivustaan ja sen hoidosta. Tällaisen tiedon avulla potilaan on mahdollisuus voimavaraistua kipunsa ja sen hoidon suhteen. Organisaation kannalta tavoitteena on, että potilas oppii tekemään tarkoituksenmukaisia ratkaisuja edistäen omaa hyvinvointiaan turvallisesti sekä tehokkaasti. (Salanterä 2008, 42 – 43.)

Jollei kivun syytä pystytä poistamaan, tarvitaan avuksi kivunlievitystä. Sen valinnassa on huomioitava, ettei se kuitenkaan vaikuta olennaisesti potilaan tajunnan tasoon. Analgesiassa eli kivun hoidossa voidaan käyttää erilaisia keinoja, joita on kuvattu taulukossa 1. (Bjälle ym. 2008, 107)

Taulukko 1. Kivun hoidossa käytettävät keinot

- lääkkeet, jotka estävät kipureseptoreiden aktivoitumisen
- lääkkeet, jotka estävät ärsykeenvälityksen kipusyissä
- lääkkeet, jotka estävät ärsykeenkulun keskushermoston kipuradoissa
- elimistön omien kivunlievitysmekanismien aktivointi

Asetyylisalisyylihapo ja muut tulehduskipulääkkeet kuten ibuprofeeni, paracetamoli ovat lääkeaineita, joiden tarkoitus on vähentää prostaglandiinisynteesiä ja näin ollen estää kipureseptoreiden aktivoitumista. Opioidit kuten morfiini lievittävät sitoutumalla kipuratojen opioidireseptoreihin ja estämällä näin kipuärsykkeiden välittymisen. (Bjällie ym. 2008, 107.)

Walle (1999, 48 – 52) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. Hänen tutkimuksessaan tulee ilmi, että asiakkaat olivat tyytyväisiä eri alojen erikoislääkäreiltä saamaansa tukeen ja että he olivat saaneet lähetteen kipupoliklinikalle. Asiakkaat kertoivat olevansa valikoivia ja ottavansa ongelmatilanteissa yhteyden suoraan omiin lääkäreihinsä.

Kipupoliklinikan henkilöstön toimintaa arvostettiin ja asiakkaat pitivät tärkeinä seikkoina sopivien lääkehoitojen löytymistä. Asiakkaat kokivat myös, että he olivat saaneet hyvää, kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa. Kipupoliklinikan asiakkaiden toive henkilökunnalle oli, että he uskoisivat heidän kipujensa olevan todellisia. Haastateltujen mukaan hoitotyöntekijät olivat moniammatillisessa yhteistyössä onnistuneet kipupoliklinikalla. Muilla hoitotyön alueilla hoitotyöntekijöiden tuki oli vähäistä ja jokseenkin myös riittämätöntä. (Walle 1999, 48 – 52.) Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Careassa toimii kipupoliklinikka, jossa tutkitaan ja hoidetaan kroonisia ja pitkäaikaisia kiputiloja. Moniammatillisessa tiimissä pyritään löytämään potilaalle paras mahdollinen hoito kivun lievittämiseksi ja kivun aiheuttamien ongelmien selvittämiseksi. (Kuntoutus).

3.3 Kivun arviointi ja kirjaaminen

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökunnan yksi perustehtävistä on tunnistaa kipu. Arvioiden mukaan n. 40 % sairaalaan tulleista potilaista tulee kivun takia. Lisäksi useat kokevat kipua tutkimusten ja hoitojen aikana. Kivun kokija on paras asiantuntija kertomaan kivusta ja sen laadusta. Kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on oleellista, että kivun syy löydetään. Aina tämä ei kuitenkaan toteudu, mutta kipua tulee silti arvioida. (Salanterä ym. 2006, 75.)

Flinkman ja Salanterä (2004, 17 – 19) ovat tutkimuksessaan saaneet selville, että potilaiden mukaan lääkäreistä 17 % ja hoitajista 18 % ei kysynyt kertaakaan kivusta hei-

dän ollessaan päivystyspoliklinikalla. Kipumittareitakaan ei käytetty yleisesti tai systemaattisesti. Jos mittaria oli käytetty, se oli tehty monissa tapauksissa ainoastaan keran.

Hoidon alkaessa ja aina tarpeen tullen tulisi määritellä potilaan kivun sijainti, luonne ja voimakkuus. Apuna voidaan käyttää esim. kipuanalyysiä, joka antaa hoitajalle paljon tietoa. Siitä selviää missä kipua tuntuu, kauanko se on kestänyt ja onko se ajoittaista, jatkuvaa tai kohtauksittaista. Onko kipu laadultaan pinnallista vai syvää, tylppää vai jomottavaa, viiltävää, repivää tai jollain muulla adjektiivilla kuvailtavaa. Onko kipu voimakkuudeltaan minkälaista (kivunaste ilmaistuna: kasvojen ilmeillä, asteikolla 0–10 tai adjektiivein lievä kipu- kohtalainen kipu- voimakas kipu). Mitkä seikat vaikuttavat kipuun helpottaen ja pahentaen sitä? Lääkehoidon vaikutus kipuun - onko kokeiltu joitain valmisteita ja onko niistä tehoa? (Friman 2010, 319; Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 50.)

Ihmiset kokevat kipua yksilöllisesti. Kivun arvioinnin pitäisi tapahtua suhteessa jokapäiväiseen elämään. Mitä vaikeampi potilaan kiputila on, sitä useammin arviointeja tehdään. Myös potilaan kivun syy ja vointi vaikuttavat arviointitiheyteen. Kivun arvioimiseksi käytetään apuvälineitä (mm. kipumittari, kipukiila tai kipuanalyysi) potilaan haastattelun ja tarkkailun lisäksi. (Kotovainio & Mäenpää 2010, 592; Salanterä ym. 2006, 75.)

Kivunarvioinnissa käytetään samaa menetelmää koko hoitojakson ajan. Näin saadaan vertailukelpoiset mittaustulokset. Kivun voimakkuutta mitataan ennen annettavaa hoitoa, hoidon aikana vaikutusajan puitteissa sekä hoitomuotojen vaihtuessa. Tärkeää on kirjata myös tuloksettomat kivunlievitysyriytykset potilasasiakirjoihin. (Kuusisto 2010, 591.)

Kivunhoidosta tehtyjä havaintoja ei saa unohtaa kirjata. Tarkka kirjaaminen kivusta ja havainnoista on pohjana yksilölliselle ja laadukkaalle kivunhoidolle. Potilaan oikeuksiin kuuluu tulla kuulluksi ja kivusta voidaan kirjata esimerkiksi käyttäen potilaan omia sanoja tai kertomaa. Kirjaamisessa on tärkeä huomioida lääkeaineallergiat, edellisten hoitojen vaikutukset sekä niiden tai lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamat sivuvaikutukset. Hoidon jatkuvuuden vuoksi, esim. potilaan vaihtaessa hoitoyksikköä on tärkeää, että potilaan saamat kipulääkkeet, niiden vaikutukset ja muut kivunhoitoon

liittyvät seikat on kirjattu asiallisesti potilaspapereihin. Kivun kirjaamisen perustana on kivun määrittelemine, eli kipuanalyysin teko. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista; Sailo 2000, 98 – 99.)

Päivystyspoliklinikalla kivunhoitotyöhön liittyvään kyselyyn vastanneista 69 %:n mukaan kivunhoitotyö oli onnistunut hyvin tai erinomaisesti. Puolet vastaajista koki, että lääkäreiden ja hoitajien kivunhoitotyö oli ollut hyvää. Potilaat olivat kuitenkin tyytyväisempiä onnistuneeseen hoitoon kuin onnistuneeseen kivunhoitoon. (Flinkman & Salanterä 2004, 17 – 19.)

3.4 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutin ja kroonisen kivun erottaminen toisistaan on tärkeää. Niitä on perinteisesti erotettu toisistaan sen kestolla. Kipu on kroonista, kun se on kestänyt 3–6 kuukautta. Kipu voidaan määrittellä myös krooniseksi, jos se kestää kauemmin kuin mitä kudosten odotettu paranemisaika on. Sekä akuutti että krooninen kipu aiheuttavat epämiellyttäviä tunteita, mutta niiden merkitys on erilainen. Akuutti kipu on yleensä seurausta elimistöön kohdistuneesta vaurioista tai vammasta ja sen suojaava merkitys ihmiselle on selvä. Krooniselle kivulle ei toistaiseksi ole pystytty löytämään mitään positiivista funktiota, joka sen selittäisi. (Kalso 2009, 105; Mitä kipu on?)

Krooninenkin kipu voi toimia elimistöä suojaavana varoittajana esim. reuman tai nivelrikon yhteydessä. Useimmiten krooniselle kivulle ei voida kuitenkaan löytää mitään hyödyllistä tehtävää. Kroonisen kivun lievittäminen ja poistaminen lääketieteellisin keinoin on usein vaikeaa. (Mitä kipu on?).

Akuutin kivun ensisijainen merkitys on suojata elimistöä ja varoittaa kudolvaurioista sekä estää väistöheijasteen avulla lisävaurioiden syntyminen kehoon. Yleensä akuutille kivulle on selvä syy, jota voidaan hoitaa. Akuuttia kipua voidaan hoitaa tehokkaasti, sillä sen patofysiologia tunnetaan. Kudolvaurion paranemisen ja hyvän kivunlievityksen seurauksena akuutti kipu paranee päivien - viikkojen kuluessa. Huonosti hoidettu tai hoitamaton kipu voi osalla potilaista pitkittyä. Akuuttia vaihetta pitää hoitaa tehokkaasti ja riittäväillä kivunhoitokeinoilla. (Kalso 2009, 106.)

4 SILMÄKIPU

Akuutin silmäkivun tyypillisiä aiheuttajia ovat sidekalvon ja sarveiskalvon rikat, sarveiskalvon eroosio, tulehdukset, kuivasilmäisyys, akuutti sulkukulmaglaukooma, tapaturmat, urheiluvammat, syöpymisvammat, palovammat, neurologinen kipu, toimenpiteestä aiheutuva kipu, UV-säteily ja selittymätön silmäkipu eli dolor oculi (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 50). Edellä mainituista kivun aiheuttajista opinnäytetyön loppupuolella käsitellään tarkemmin sarveiskalvon eroosiota, akuuttia sulkukulmaglaukoomaa ja silmävammoja.

Silmän seutuun voi heijastua myös kipua monista kallon ja niskan rakenteista. Esimerkiksi niskan syvien lihasten kiputilat heijastuvat silmän ulkolaitaan kun taas niskan pinnallisten lihasten ja epäkäslihaksen kipu tuntuu ohimoseudussa. Nyökyttäjälihaksen kipu heijastuu usein kulmakarvojen alueelle. Jos silmäkipu on heijastusta kaulan tai kallon lihakivuista voi fysikaalisesta hoidosta olla apua, mutta tilan korjautuminen tarvitsee työergonomian parantamista. Silmän seutuun heijastuvan kivun taustalla voi olla purennan muutos, sillä niitä tapahtuu aikuisiässäkin. Potilaalta on hyvä kysyä tätä silmällä pitäen hampaiden oikomishoidoista sekä muista hoidoista suun alueella. Kivun luonne ja paikantaminen auttavat kuitenkin diagnoosin tekemistä pelkkien esitietojen perusteella. (Hyvärinen 2009.)

Usein silmäkipu poistuu heti, kun kivun syy saadaan hoidettua. Silmäkipua on hyvin vaikea hoitaa kipulääkkeiden avulla, sillä lääkeaine imeytyy silmään heikosti sen verikudosnesteeseen takia. Esimerkiksi sarveiskalvon kipuihin kuitenkin suositellaan tulehduskipulääkkeitä. Kipua voidaan yrittää lievittää myös erilaisin hoitotyön keinoin kuten potilaan ohjauksella ja kuuntelemisella sekä keskustelulla. Tavoitteena on ehkäistä potilaan jännittyneisyyttä ja pelkoa sekä vahvistaa yhteistyötä mahdollisten toimenpiteiden aikana. (Hietanen ym. 2005, 50 – 51.)

Kuten edelläkin on jo mainittu myös Hietanen ym. (2005, 50 – 51, 123) ovat sitä mieltä, että yksilöllisen kivunhoidon peruspilarina toimii kivun säännöllinen arviointi. Silmäkivun arvioinnin lähtökohtana on potilaan tuntemus kivusta, sillä hän tuntee ainoastaan sen voimakkuuden. Kipuun ja sen reagointiin vaikuttavat monet seikat, kuten aiemmat kipukokemukset, niiden hoidot ja hoitojen onnistuminen sekä potilaan kulttuuritausta. Kivun voimakkuus ei ole aina merkki vamman vaikeudesta, sillä esimer-

kiksi vakavissa emäsvammoissa (esim. puhdistusaineet) potilas ei tunne lainkaan kipua.

Kun silmäkipupotilas tulee päivystykseen, tulotilanteen haastattelun perusteella hoitajan täytyy arvioida hoidontarpeen kiireellisyys. Samalla myös arvioidaan potilaan kokemaa kipua ja sen määrä sekä potilaan tarpeet. Potilas voi esimerkiksi tarvita tiedollista tukea kuten ohjausta, käytännöllistä apua ja toimintatapoja uuteen tilanteeseen tai emotionaalista tukea kuten keskustelua ja rohkaisua. (Hietanen ym. 2005, 50; Järvi 2002, 20.)

Kirjaamisen merkitystä ei voi korostaa liikaa. Se on hyvin tärkeässä osassa kivunhoitoa, joten potilaan kuvaus kivusta, sen sijainnista, ilmenemisajankohdasta ja tekijöistä, jotka pahentavat tai helpottavat sitä kirjataan tarkkaan potilasasiakirjoihin. Keskustelemalla potilaan kanssa selvitetään hänen kokema kipua sanallisesti (kts. luku 3.3 Kivun arviointi). Potilaan, joka kärsii silmäkivusta voi olla vaikeaa ilmaista kipuaan kasvojen ilmeillä kipumittarilta, sillä hänen näkökyky voi olla heikentynyt. Tällaisen potilaan kohdalla voidaan käyttää jotain vaihtoehtoisia kipumittaria, kuten asteikkoa 1–10. (Hietanen ym. 2005, 50; Järvi 2002, 20.)

5 SILMÄKIVUNHOITO

Kehittämiprojektissaan Helsingin yliopistollisen keskussairaalan silmäklinikalla Järvi (2002, 20) tuo esille, että silmäkivunhoidosta ei ole riittävästi tietoa. Kysely järjestettiin poliklinikan ja päivystävien osastojen hoitajille (N=57). Vastauksia kyselyyn tuli 34, joista puolet poliklinikan hoitajilta. Kyselyyn vastanneista hoitajista 35 %:n mukaan heillä ei ole tarpeeksi tietoa silmäpotilaan kivunhoidosta. Hoitajat kokevat, että koulutus ja kokemus ovat tuoneet kivunhoitoon lisätietoa. Lähes kaikki vastanneet pitivät kivunhoitoa tärkeänä osana silmäpotilaan hoitoa.

Silmähoitajan on oltava rauhallinen hoitaessaan akuutista silmäkivusta kärsivää potilasta. Hoitajan on kuunneltava ja tarkkailtava kipupotilasta sekä huolehdittava potilasta helpottavista asennoista, tilan pimennyksestä sekä potilaan vuoteesta. Kylmäpakkaus voi olla joskus avuksi kipeälle alueelle, ja se helpottaa turvotusta. Muistettava on myös jatkohoito eli potilaan ohjaus ja opetus sekä suullisesti että kirjallisesti antaen

potilaalle kotiin ohjeet paperilla. Potilaan kannalta tilannetta helpottaisi, jos läsnä on koko ajan sama hoitaja. (Hietanen ym. 2005, 51; Järvi 2002, 21.)

Lääkitysohjeena kipuun on, että potilaan arvioidessa kivun olevan kipumittarilla mitattuna yli kolme tai sanallisesti "kohtalainen" on kipua lääkittävä. Maailman terveysjärjestö WHO:n (The World Health Organization) suositus kipulääkkeiden valintaan on seuraava: ensin tulehduskipulääke, toiseksi heikko opioidi ja kolmanneksi vahvempi opioidi riippuen millä saadaan vastetta potilaan kipuun. Potilaan saadessa kipulääkettä, sen vaikutusta tarkkaillaan 20 minuutin välein ja huomiot kirjataan potilasasiakirjaan. Leikatun potilaan kohdalla pätee sama sääntö, johon kipulääkityksen määrää joko anestesiaalääkäri tai toimenpiteen tehnyt lääkäri. (Hietanen ym. 2005, 51.)

Toimenpiteistä johtuvaa kipua voidaan yrittää estää ja vähentää puudutustippojen sekä paikallispuudutteiden avulla. Puudutustippoja voidaan käyttää esimerkiksi roskanpoistossa ja huuhtelussa, paikallispuudutteita taas haavan ompelussa tai silmänpohjan reuna-alueiden lasertoimenpiteissä. Toimenpidettä mahdollisesti jännittävälle voidaan antaa pieniä määriä opiaatteja tai rauhoittavaa lääkettä ja kipulääkettä samanaikaisesti. Traumojen yhteydessä käytetään lihakseen tai suoneen injisoitavia lääkkeitä. (Hietanen ym. 2005, 51.)

Silmäkipua voidaan saada vähenemään myös silmänpainetta alentavalla lääkityksellä. Tätä käytettäessä on huomioitava tarkistaa annettujen lääkkeiden vaatima seuranta-aika potilasta kotiutettaessa. (Hietanen ym. 2005, 51.)

Järven (2002, 20) kehittämissuunnitelman kyselyn mukaan yli puolet hoitajista korosti kivunhoidossa potilaan kuuntelemista ja huomioimista kokonaisvaltaisesti. Kirjaaminen on myös tärkeässä osassa kivunhoitoa. Työryhmä kehitti lomakkeen "Akuutin silmäkivun arviointi", johon kirjataan silmäkivusta aika, kivun laatu, aste (0–10) ja toimenpiteet sekä huomiot. Päivystyspotilaiden silmäkivun kirjaamiseen saatiin projektin aikana huomattava kehittyminen: projektiin osallistuneista henkilöistä kaksi sairaanhoitajaa tarkasteli, kuinka kipua oli kirjattu ennen kipulomakkeen käyttöönottoa. Työryhmä auditoi neljän eri päivän ajalta potilaiden hoitosuunnitelmia. Yhteensä tarkastettiin 87 potilaan hoitosuunnitelmaa, joista vain 25 %:ssa oli joitakin merkintöjä kivusta. Kipulomakkeen käyttöönoton jälkeen vastaava luku nousi 64 %:iin.

Luvussa 3.2 Kivun hoitaminen kerrottiin kipupotilaan hyvästä ohjauksesta. Ohjauksen merkitys sekä tarkemmin ohjauksen sisällön merkityksellisyys täytyy muistaa myös silmäkivusta kärsivän potilaan kohdalla. Ohjauksen tulisi sisällöltään olla monipuolista. Ei riitä, jos potilas saa ainoastaan tietoa eri kipulääkkeistä ja itse kivusta. Hänen täytyy tietää myös, kuinka hänen elimistönsä reagoi kipuun ja erilaisiin hoitoihin sekä kuinka hän omalla toiminnallaan voi edistää kivun hoitoa ja ehkäistä kivun voimistumista. Toisaalta pelkkä tiedon antaminen ei riitä. Vasta sitten, kun potilas on riittävän motivoitunut ja varma tiedoistaan, voi tieto ymmärryksen kautta muuttua toiminnaksi. (Salanterä 2008, 42 – 43.) Seuraavassa kappaleessa paneudutaan silmäpotilaan hoitamiseen akuutin sulkukulmaglaukooman, silmän eroosion ja silmävammojen näkökulmasta.

6 SILMÄPOTILAAN HOITAMINEN

Tämän otsikon alla tarkastellaan akuuttia sulkukulmaglaukoomaa, silmän eroosiota sekä silmävammoja ja niistä kärsivän potilaan hoitamista.

6.1 Akuutti sulkukulmaglaukooma ja sen hoitaminen

On todettu että, akuuttiin sulkukulmaglaukoomaan (glaucoma congestivum acutum) sairastuvan silmät ovat keskimääräistä lyhyempiä. Tautia esiintyy vuodenaajoista eniten syksyn pimeinä aikoina. Tavallisemmin sitä tavataan yli 40 – vuotiailla sekä naisilla yleisemmin kuin miehillä. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 280.)

Akuuttiin sulkukulmaglaukoomaan sairastuvilla on jo nuoresta asti etukammio tavallista matalampi ja kammiokulma ahdas. Silmän mykiö sijaitsee normaalia edempänä, jonka takia sen pinnan ja värikalvon välinen kontakti mustuaisen ympärillä on leveä. Tämä johtaa pupillaariblokkiin, jolloin värikalvon taakse kerääntyy nestettä ja värikalvon ohut perifeerinen osa työntyy eteenpäin. Paine kohtausta syntyy, kun värikalvo pääsee kontaktiin trabekkelivyöhykkeeseen ja nesteen ulosvirtaus estyy. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 280.)

Kohtausta on hyvin usein monokulaarinen eli yhden silmän sairaus, vaikkakin taipumus on molemminpuolista ja toinen silmä sairastuu yleensä myöhemmin. Kohtauksen kehittymiseen voi vaikuttaa esim. mustuaisen laajentuminen pimeässä tai lääkeaineen vai-

kutus. Näin ollen värikalvo kokoon vetäytyessään paksuuntuu ja tukkii kammiokulman. Jos mustuaista joutuu laajentamaan esim. silmänpohjatutkimusta varten, ei ole syytä tiputtaa profylaktisesti eli ennaltaehkäisevästi pilokarpiinia mustuaisen supistamiseksi akuutin sulkukulmaglaukooman pelossa. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 280.)

Akuutti sulkukulmaglaukooma on yleensä oireeton, mutta kun kammiokulma tukkeutuu, silmänpaine nousee nopeasti korkealle yleensä 50 – 80 mmHg:aan asti. Normaalisti silmänpaine on 10 – 21 mmHg. Silmänpaineen noustessa potilaan oireet ovat voimakkaat. Hän tuntee voimakasta silmä- ja päänsärkyä, joka paikallistuu silmän ympärille ja ohimoon. Usein kipu on niin kokonaisvaltaista, ettei potilas enää osaa sanoa sen johtuvan silmästä. Silmä on myös punainen. Sarveiskalvo samenee ja tulee pistelöidyksi, jonka potilas voi nähdä värillisinä renkaina valojen ympärillä. Potilaan näkö on hämärtynyt, mikä johtuu siitä, että korkea paine työntää kammionestettä sarveiskalvoon. Kovan kivun lisäksi potilas voi olla lähes toimintakyvytön ja oksentelevainen. Diagnoosi varmistuu silmänpainemittauksella. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 280; Hietanen ym. 2005, 100, 102.)

Potilaalle järjestetään rauhallinen ja mielellään hämärä tila, johon hän pääsee lepäämään. Hänen yleistilaansa ja kipua seurataan. Tarvittaessa mitataan verenpainetta ja otetaan sydänfilmi sekä aloitetaan parenteraalinen nesteytys. (Hietanen ym. 2005, 102 – 103.)

Jos potilas ei ole yliherkkä sulfalle, annetaan hänelle suonensisäisesti 500 mg asetatsoliamidia, joka on sulfajohdannainen nesteenpoistolääke. Edellisen lisäksi silmänpainetta pyritään alentamaan myös timololi-tipoilla sekä apraklonidiini-tipoilla. Tavoitteena on saada silmänpaine laskemaan 40 mmHg:iin. Tällä silmänpainetasolla annettu pilokarpiini-hoito tehoaa, eikä aiheuta kipua pienentäessään mustuaista. Näin toimittaessa painekohtaus yleensä laukeaa, mustuainen supistuu, sarveiskalvo kirkastuu ja silmäkipu väistyy. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 280 – 281; Hietanen ym. 2005, 102 – 103.)

Potilas lähetetään jatkohoitopaikkaan silmäyksikköön, jossa hoitoa jatketaan tarvittaessa silmätipoilla ja laseroimalla värikalvoon reikä tai reiät. Tämä tehdään, jotta varmistetaan kammionesteen kierron pysyvyys. Laserhoito voidaan tehdä kuitenkin vasta sitten, kun silmänpaine on saatu laskettua niin alas, että sarveiskalvo on kirkastunut

silmänpaineen aiheuttamasta turvotuksesta. Hoito tehdään usein kumpaankin silmään, sillä silmät ovat rakenteeltaan toistensa kaltaiset. Muutoin olisi todennäköistä, että akuutti sulkukulmaglaukoomakohtaus iskisi myös toiseen silmään. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 281; Hietanen ym. 2005, 103.)

Hoitajana tärkeää on paneutua seuraaviin seikkoihin akuuttia sulkukulmaglaukoomakohtauksista sairastavan hoidossa: potilaan ja saattajan ohjaus ja rauhoittelu, kivun ja yleistilan tarkkailu sekä hoito ja nesteytyksestä sekä ravitsemuksesta huolehtiminen. Myös silmänpaineen mittauksessa tarvittavien välineiden käyttökuntoon saattamisesta sekä potilaan lääkityksestä pitää huolehtia. (Hietanen ym. 2005, 103.)

6.2 Silmän eroosio ja sen hoitaminen

Silmän eroosiota kutsutaan toiselta nimeltään sarveiskalvon pinnalliseksi haavaumaksi (erosio corneae). Se edellyttää usein edeltävää vammaa, harvoin eroosio syntyy spontaanisti. Tällaisia edeltäviä vammoja voivat olla esimerkiksi kynnen, oksan tai paperin raapaisu. Esitiedot potilaalta ovat avainasemassa hoidon alkuvaiheessa, jotta voidaan sulkea pois rikka ja lävistävä tai kemiallinen vamma oireiden aiheuttajista. Potilaan voi olla vaikea avata haavauman saanutta silmää. Silmässä esiintyy voimakasta roskan tunnetta, se on kipeä, vetistävä ja valonarka. Epiteelipuutos näkyy sarveiskalvon pintaheijasteen rosoisuutena. (Hietanen 2001, 586; Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 120; Hietanen, Karma & Uusitalo 2009; Paakkala 2007.)

Eroosio tulee esille fluoreseiinivärjäyksessä. Siinä fluoreseiiniliuskan väri tarttuu sille sarveiskalvon alueelle, jolta epiteeli puuttuu. Väri saadaan näkyviin sinivalon avulla hämärässä huoneessa. Puutos näkyy sarveiskalvon pintaheijasteen rosoisuutena. (Hietanen 2001, 586.)

Eroosiota hoidetaan salvalapulla samalla tavoin kuin sarveiskalvorikan poiston jälkeen. Silmän pintaan tarkemmin alaluomen sidekalvopohjukkaan laitetaan reilusti antibioottivoidetta (kloramfenikoli), jonka jälkeen silmä peitetään paksulla luomien liikkeen estävällä taitoksella 24 tunnin ajaksi. (Hietanen 2001, 586; Hietanen, Karma & Uusitalo 2009.) Puudutustippoja saa käyttää vain apuna tutkimuksessa, koska ne ovat haitaksi sarveiskalvon pintaepiteelille ja sen uusiutumislle (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 120; Hietanen, Karma & Uusitalo 2009). Jos kyseessä on suurikokoinen

haavauma tai sen hoidon aloitus on viivästynyt, on mustuaista laajentavien silmätippojen (esim. skopolamiini tai syklopentolaatti) käyttö suotavaa sekundaarisen värikalvo-ärsytyksen lievittämiseksi (Hietanen 2001, 586).

Epiteelin paranemista edesauttaa lepo silmät suljettuina. Suurten tai uusiutuvien haavumien jatkohoitoon on syytä käyttää kosteuttavia silmätippoja jopa usean kuukauden ajan. Suurikokoinen eroosio voi vaatia lappuhoitoa kaksikin vuorokautta, jotta se paranee. Eroosio paranee kuitenkin usein vuorokaudessa, mutta diabeetikoilla paraneminen voi viedä pidempään. Yli kaksi vuorokautta kestänyttä eroosiota on syytä silmälääkärin katsoa. Jatkohoidoksi suositellaan antibioottivoidetta kolmesti päivässä 3 – 5 vrk:n ajan sekä suurissa eroosioissa sen jälkeen vielä kostutustippoja. (Hietanen, Karma & Uusitalo 2009.) Saunomista on hyvä välttää siihen asti, kunnes potilas on täysin oireeton, sillä saunan kuumuus voi aiheuttaa silmäpinnan kuivumista (Hietanen 2001, 586; Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 121).

Silmäkipu sarveiskalvon pinnallisessa haavaumassa johtuu eroosion epitelisoitumisesta. Silmäkipua esiintyy niin kauan kuin epitelisoitumista kestää. Tavallisesti tämä vie 1 – 3 vuorokautta. (Paakkala 2007.) Tulehduskipulääkkeitä (esim. ibuprofeeni) voi käyttää suun kautta tarvittaessa ja ne ovat yleensä tarpeen (Hietanen 2001, 586).

6.2 Silmävammat ja niiden hoitaminen

Silmävammat jaotellaan niiden syntymekanismien perusteella säteilyn aiheuttamiin, kemiallisiin-, lävistäviin- ja palovammoihin sekä sidekalvon ja luomen haavoihin, tylppiin ruhjevammoihin sekä vieraaseen esineeseen silmällä (Hietanen ym. 2005, 118). Edellä mainituista tässä työssä paneudutaan kemiallisiin- ja lävistäviin vammoihin sekä sidekalvon haavoihin. Jako on tehty yhteistyössä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean silmäyksikön kanssa siitä syystä, että heidän yksikössään ei ole päivystystoimintaa, kuin arkisin. Näin ollen esim. ilotulitevammoja tulee erittäin harvoin.

Vuonna 2006 tapaturmien osuus näkövammaisuuden ja sokeuden aiheuttajista oli 0,5 %. Näkövammarekisterissä ei kuitenkaan ole tilastoitu niitä, joilla vain yksi silmä on sokea tai heikkonäköinen. Tapaturmaisesti sokeutuneet ovat lähes aina lapsia tai

työikäisiä, yleensä miehiä. Vammautumisen seuraukset ovat vaikeita ja pitkäaikaisesti hoidettavia. (Kivelä 2009).

Silmävammat voivat näyttää pahoilta, mutta ne eivät yleensä koskaan uhkaa henkeä. Vammautunutta silmää tulisi käsitellä varovaisesti ilman turhaa manipulointia ja painamista. Näöntarkkuus on hyvä tutkia sekä terveestä että vahingoittuneesta silmästä ja merkitä se tarkasti potilaan sairauskertomukseen. (Hietanen ym. 2005, 118, 125 – 126).

6.1.1 Kemialliset silmävammat ja niiden hoito

Kemiallinen aine voi silmän pintaan joutuessaan aiheuttaa pinnallisen kudoksen ärsytyksen. Syövyttävä aine saa aikaan silmän side- ja sarveiskalvolle vaurion varsin helposti. Silmän pinta ärsyyntyy, verestää ja siihen tulee kemoosia eli turvotusta. Kemiallinen aine voi pahimmassa tapauksessa aiheuttaa silmään syöpymävamman, jossa silmäkudosten proteiinit denaturoituvat ja koaguloituvat. (Hietanen ym. 2005, 123; Saari 2001, 412.)

Kemiallinen aine aiheuttaa potilaalle silmään kipua, vetistystä, valonarkuutta ja näön heikkenemistä. Emäksiset aineet ($\text{pH} > 7$), kuten puhdistusaineet aiheuttavat vakavimmat ja syvimmat silmävauriot, jotka tunkeutuvat hitaasti syviin kudoksiin asti. Vakava emäsvamma voi olla kuitenkin täysin kivuton, koska hermopäätteet ovat tuhoutuneet. Happo ($\text{pH} < 7$), kuten liuotin käyttäytyy joutuessaan silmään siten, että se aiheuttaa vaurion sitoutumalla proteiinien kanssa denaturoituneiksi yhdisteiksi. Näin ollen hapot tuhoavat silmiä, mutta niiden aiheuttamat vammat ovat pinnallisempia ja rajallisempia kuin emäksien aiheuttamat. Happojen aiheuttama kudostuho syntyy nopeasti, mutta niiden aiheuttamat vauriot eivät näin etene syvempiin kudoksiin eli niitä esiintyy vain kontaminaatiokohdassa. (Hietanen ym. 2005, 123; Iivanainen & Syväoja 2008, 496; Ikäheimo & Sorri 2007, 1869; Saari 2001, 412.)

Heti, kun silmässä havaitaan kemiallinen vamma on aloitettava huuhtominen runsaalla neutraalilla nesteellä, kuten vedellä. Kuitenkaan silmään ei saa laskea suoraan hanastavettä, koska hanasta laskettuna paine on liian kova. Huuhtomisen tarkoituksena on alentaa silmään joutuneen kemiallisen aineen pitoisuutta. Potilaan saavuttua terveydenhuoltoon huuhtomista jatketaan vielä 30 min ja silmä puudutetaan puudutustipoil-

la. Emäsvammoissa huuhtomista jatketaan pidempään kuin happovammoissa, koska emäksen aiheuttamat vauriot tunkeutuvat syvemmälle kudokseen. Kemiallisissa silmävammoissa huolellinen huuhtelu on siis kaiken A ja O. (Iivanainen & Syväoja 2008, 496; Ikäheimo & Sorri 2007, 1869.)

Niin kuin aiemmin on jo todettu, silmäkipu on vaikeahoitoista kipulääkkein siitä syystä, että lääkeaine imeytyy silmään heikosti silmän veri-kudosesteen vuoksi, jolloin hoitotyön keinot mm. kuuntelu ja keskustelu otilaan kivunhoidossa korostuvat (Hietanen ym. 2005, 50). Kaikkien havaintojen kattava kirjaus silmävammasta on tärkeää myöhempää hoitoa varten (Ikäheimo & Sorri 2007, 1869).

6.1.2 Lävistävät silmävammat ja niiden hoito

Lävistävää silmävammaa tulee epäillä sille tyypillisen vammamekanismin perusteella. Lävistävä silmävamma (penetraatio ja perforaatio) syntyy, jos silmään osuu terävä esine riittävällä voimalla. Esimerkiksi potilas on hakannut metallia ja siitä on kimmonnut metallinen esine silmän seutuun. Esine voi lävistää silmämunan tai tunkeutua silmän sisään. Tällaiset vammat hoidetaan aina erikoissairaanhoidossa. Vamman vakavuuteen ja ennusteeseen vaikuttavat mistä kohdasta vierasesine on silmämunan lävistänyt sekä se kuinka syvälle esine on silmän sisällä edennyt. Penetraatiossa vamma on puhkaissut silmän kertaalleen, kun taas perforaatioissa on kyse ns. kaksoispenetraatiosta. Eli vamma on puhkaissut silmän myös takaseinämän läpi. (Hietanen ym. 2005, 121; Ikäheimo & Sorri 2007, 1868 – 1869; Uusitalo 2007, 2626).

Yleensä lävistävien silmävammojen kohdalla ei ole diagnostista ongelmaa. Silmä on pehmeä, paineeton ja silmässä näkyy haava, josta voi näkyä myös silmän sisältöä. Harvoin haava voi olla niin pieni, että se sulkeutuu itsestään ja sitä voi olla vaikea huomata tai se peittyy sidekalvon laajan verenvuodon alle. Kuitenkin oleellisinta on aina kysyä potilaalta vammamekanismia. (Uusitalo 2007, 2626). Lävistävän silmävamman saaneen potilaan yleisestä voinnista ja kivunhoidosta huolehditaan. Potilaan oloa voidaan pyrkiä helpottamaan myös hoitotyön keinoin. Muuten ei potilasta tutkita sen enempää vaan lähetetään päivystystapauksena silmälääkärin hoitoon. (Hietanen ym. 2005, 121; Uusitalo 2007, 2626).

Potilaan silmiin ei saa laittaa silmätippoja eikä -salvoja vaan potilaan silmät peitetään kuivilla taitoksilla maakuulla tapahtuvan kuljetuksen ajaksi. Jos potilaalla on vierasesine silmässä, sitä ei poisteta lisävaurioiden välttämiseksi vaan tuetaan matkan ajaksi hoitopaikkaan. Potilaan on hyvä olla myös ravinnotta mahdollisen anestesian varalta. (Hietanen ym. 2005, 121; Ikäheimo & Sorri 2007).

6.1.3 Sidekalvon haavaumat ja niiden hoito

Pienet sidekalvon haavaumat paranevat usein itsestään ilman ompelua. Kuitenkin on muistettava, että pieneltä näyttävän sidekalvohaavankin alle voi kätkeytyä lävistävä silmävamma. Tämän takia silmä täytyy tutkia huolellisesti. Lääkäri määrää usein antibioottitippoja tai -rasvaa silmän suojaksi. Suuret sidekalvohaavat ommellaan, ja mikäli vamma on syntynyt niin, että se voi lävistää silmän, tutkitaan ja ommellaan silmä leikkaussalissa. (Hietanen ym. 2005, 126).

Sidekalvolle voi tulla myös rikka, joka sijaitsee usein yläluomen tarsuksen sisäpinnalla. Tämän rikan löytämiseksi yläluomi pitää kääntää pumpulipuikon avulla. Vaikka paljas silmä ei rikkaa näkisikään, kannattaa yläluomen sidekalvo pyyhkiä kostutetulla pumpulipuikolla. Kerta-annos fusidiinihappoa tai krolamfenkolia sisältäviä antibioottitippoja tai -salvaa riittää jatkohoidoksi sidekalvorikan poistamisen jälkeen. (Hietanen 2001, 586).

7 YHTEISTYÖKUMPPANIN ESITTELY

Seuraavat tiedot ovat saatu Kymenlaakson keskussairaalan Internet-sivuilta:

<http://www.kymshp.fi/koks/silmataudit.html>. sekä sairaanhoitaja Piritta Martikaiselta sähköpostitse 5.5.2010 ja 27.9.2010.

Silmäyksikkö sijaitsee Kymenlaakson keskussairaalassa Kotkassa, mikä kuuluu vuoden 2010 alussa syntyneeseen Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymään, joka palvelee nimellä Carea. Silmäyksikössä työskentelee viisi lääkäriä, seitsemän sairaanhoitajaa, yksi lähihoitaja sekä 1½ sihteerä. Silmäyksikkö on avoinna virka-aikaan. Muulloin silmätautipotilaat ohjautuvat terveyskeskuspäivystykseen tai ensiapuun.

Poliklinikalle potilaat voivat saapua päivystysläheteellä, jolloin potilas saapuu samana päivänä tai poliklinikan ollessa suljettuna heti seuraavana arkipäivänä. Muut läheteet saapuvat poliklinikalle, jossa ylilääkäri katsoo niiden kiireellisyyden. Potilaille ilmoitetaan kotiin joko poliklinikka-aika tai tieto jonoon asettumisesta.

Silmätautien poliklinikalla vastaanottoa pitää silmälääkäri, joka ottaa vastaan sekä päivystysläheteellä tulevia potilaita että vastaanottopotilaita. Karsastushoitaja hoitaa näöntarkkuuden ja karsastustilanteen seurantaan kuukausittain. Glaucomahoitaja taas antaa ohjausta ja neuvontaa silmänpainetautia sairastaville henkilöille. Hänen vastaanotto on viikoittain. Optikko hoitaa apuvälinesovituksia kuukausittain.

Silmäyksikössä tehdään silmän laserhoitoja sekä silmänalueelle pientoimenpiteitä. Tällaisia toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi ihomuutosten poistot, luomirakkuloiden poistot tai silmäluomien virheasentojen korjaukset. Toimenpiteet kestävät yleensä n. 15 min.

Silmäyksikössä suoritetaan myös silmänsisäisiä lääkeinjektioita sekä joitakin leikkauksia. Yleisimpiä näistä ovat kaihileikkaukset. Muita leikkauksia ovat esimerkiksi silmänpainetta alentava leikkaus ja siipikalvonpoistoleikkaus.

Nykyään he toteuttavat kivunhoitoa silmäyksikössä lääkärin erillisen ohjeen mukaan ts. lääkärikohtaisesti. Heillä ei ole olemassa mitään yleistä ohjetta, jonka mukaan toimia. Yleensä he käyttävät suunkautta annettavia kipulääkkeitä, harvoin lihakseen injisoitavia. Kipulääkkeet, joita annetaan suun kautta ovat: Paracetamol, Ibuprofeeni, Panacod sekä harvoin Oxycontin. Ketorinia annetaan lihakseen.

8 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, kuinka muissa Suomen keskus- ja yliopistosairaloissa hoidetaan silmäkipua lääkkeiden avulla sekä hoitotyön keinoin. Lisäksi tavoitteena on selvittää, miten silmäkipua kirjataan ja kuinka se huomioidaan hoitoprosessin aikana. Tämän kautta tarkoituksena on tuottaa tietoa ja antaa uusia näkemyksiä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean silmäyksikön hoitajille. Aiemmin asiaa on tutkittu melko vähän (vrt. liite 1 aikaisempien

tutkimusten taulukko). Opinnäytetyössä painotetaan kivunhoidon merkitystä silmätautien hoidossa.

Tutkimuksessa haetaan vastusta seuraaviin yksityiskohtaisiin tutkimusongelmiin:

1. Millainen on silmähoitajan koulutus ja työkokemus?
2. Millä keinoin silmäkipua voidaan hoitaa akuutissa sulkukulmaglaukoomassa, silmävammoissa ja silmän eroosiossa?
3. Mitä keinoja potilaan kivun tarkkailuun käytetään?
4. Kuinka kivunhoitoa kirjataan?
5. Kuinka kipua arvioidaan?
6. Millaiset asiat vaikuttavat jatkohoitoon/kotihoidon ohjaukseen?
7. Kuinka silmätautien hoitoa voitaisiin kehittää akuutissa sulkukulmaglaukoomassa, silmävammoissa ja silmän eroosiossa?

9 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ

9.1 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeenlaadinta

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin lomakekysely. Lomakekyselyyn päädyttiin siksi, että se koettiin helpoksi tavaksi ja melkein pä ainoaksi tavoittaa eri keskus-/ yliopistosairaaloitten silmäyksiköiden hoitajat. Kyselylomake on yleisin kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä käytetty aineistonkeruumenetelmä ja tunnettu survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Survey tarkoittaa sellaista kyselyä, jossa aineistoa kerätään standardoidusti ja jossa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Aineisto, joka kerätään surveyn avulla, käsitellään yleensä määrällisesti eli kvantitatiivisesti. Standardoituus taas tarkoittaa sitä, että jos tutkija haluaa saada esimerkiksi selville, mikä on vastaajien ammattinimike, tätä asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 180 – 181; Vilka 2007a, 74, 86 – 87.)

Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja itse lukee kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa myös itse siihen kirjallisesti. Tällainen aineistonkeruumenetelmä sopii hyvin

hajallaan olevalle ja suurelle joukolle ihmisiä, niin kuin tässä opinnäytetyössä eri puolilla suomea olevat silmäyksikön hoitajat. Etuna tässä on se, että vastaaja jää aina anonymiksi. Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto: mukaan voidaan ottaa paljon ihmisiä ja kysyä monia asioita. (Hirsjärvi ym. 2000, 181; Vilka 2007a, 74.)

Tyypillisenä haittana kyselylomakkeelle on pidetty sitä, että vastausprosentti jää alhaiseksi. Tätä nimitetään tutkimusaineiston kadoksi. Vastausprosentin suuruuteen vaikuttavat tutkimuksen kohderyhmä, tutkimuksen aihe, kysymysten määrä, kyselylomakkeen ulkoasu sekä se, kuinka saatekirjeessä on motivoitu vastaajaa. Muina heikkouksina pidetään vastausvaihtoehtojen onnistumista vastaajan näkökulmasta sekä vastauslomakkeiden palautumisessa tutkijalle voi olla viiveitä, joka vaikuttaa tutkimusaikatauluun. Melkeinpä tärkein palautusprosenttiin vaikuttava asia on se, kuinka tärkeänä vastaajat tutkimusta pitävät. (Heikkilä 2004, 66; Hirsjärvi ym. 2000, 181; Vilka 2007a, 74.)

Vilkan (2007a, 81) mukaan tutkimuksen ideointivaiheessa tulee olla jo varmistunut siitä, että tutkittava asia on mitattavissa ja testattavissa. Tutkittava asia voi sinällään olla mikä tahansa teoreettinen asia tai ilmiö, kunhan se on operationalisoitavissa eli muutettavissa mitattavaan muotoon. Käytännössä tämä tarkoittaa, että siirrytään teoreettiselta tasolta (määritelmät) empiiriselle tasolle (kyselylomake). Tulosten tulkinnaassa taas edetään päinvastoin; kyselylomakkeen vastauksista eli empiiriseltä tasolta siirrytään takaisin määritelmiin eli teoreettiselle tasolle.

Muuttujien eli havaintoyksiköiden ominaisuuksien valinta tutkimuksessa ja kyselylomakkeessa pitää aina perustella tutkimukseen valittua teoreettista viitekehystä ja tutkimuksen tavoitteita vasten. Tämä tarkoittaa sitä, että kyselylomakkeella ei kysytä mielivaltaisesti asioita. Ennen kyselylomakkeen suunnittelua tulee siis olla päätetty teoreettinen viitekehys ja tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet, koska niihin liittyvien yleisten käsitteiden avulla tutkimuksessa mitataan tutkittavaa asiaa. Kyselylomakkeen on mitattava sitä asiaa, mitä teoreettisilla käsitteillä väitetään mitattavan (liite 2, muuttujataulukko). Samalla teoriasta muokattujen käsitteiden pitäisi olla vastaajan ymmärrettävissä. Tämä selittää osaltaan sen, miksi kyselylomake on testattava ennen varsinaista kyselyä. (Vilka 2007a, 81, 84.)

Kysymykset voidaan esittää vastaajalle kyselylomakkeella monella eri tavalla. Yleisimpiä kysymystyyppejä ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset (suljettu kysymys, strukturoitu kysymys) ja sekamuotoiset kysymykset. Avoimissa kysymyksissä tavoitteena on saada vastaajilta spontaaneja mielipiteitä niin, ettei valintamahdollisuuksia rajata mitenkään. Avoimia kysymyksiä käytetään, kun vastausvaihtoehtoja ei etukäteen tarkkaan tunneta. Avointen kysymysten purkaminen on usein työläämpää kuin monivalintakysymysten. (Heikkilä 2004, 49; Vilka 2007a, 84 – 87.) Tässä opinäytetyössä käytettiin useaa avointa kysymystä, koska niiden uskottiin tuovan enemmän tietoa asiasta.

Monivalintakysymyksissä annetaan vastaajille valmiit vastausvaihtoehdot, joista ympäröidään sopiva(t) vaihtoehdot. Monivalintakysymyksissä kysymysmuoto on standardoitu. Monivalintakysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun selvästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja niitä on rajoitetusti. Tällaisiin kysymyksiin vastaaminen on nopeaa ja tulosten tilastollinen käsittely helppoa. Vastausvaihtoehtojen määrä ei voi kuitenkaan olla kovin suuri. Sekamuotoisissa kysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista on annettu ja mukana on aina myös yksi tai useampi avoin kysymys. Sekamuotoinen kysymys on hyvä silloin, kun on epävarmaa, ettei tutkija tunne varmuudella kaikkia vastausvaihtoehtoja. (Heikkilä 2004, 50 – 52; Vilka 2007a, 86 – 87.)

Tutkimuksen tavoitteen ja tutkimusongelmien on oltava selvillä ennen kuin kyselylomaketta voi alkaa laatia. Teoreettisten käsitteiden pohjalta tehtiin muuttujaluettelo (liite 1), joka toimi apuna kyselylomaketta rakennettaessa. Muuttujaluettelo auttoi jäsentämään kysymykset loogiseen järjestykseen ja sen avulla varmistuttiin, että kaikki keskeiset käsitteet käydään läpi ja saadaan vastaukset tutkimusongelmiin. Tässä opinäytetyön kyselylomakkeessa päätettiin käyttää kaikkia kolmea edellä mainittua kysymystyyppiä. Ensin olivat monivalinta- ja sekamuotoiset kysymykset ja lomakkeen lopussa avoimet kysymykset (vrt. Heikkilä 2004, 49). Kyselylomake sisälsi viisi taustatietokysymystä sekä 17 tutkimuskysymystä. Monivalinta- ja sekamuotoisilla kysymyksillä tiedusteltiin keinoja tarkkailla ja hoitaa potilaan kipua, mitä ja millaisia asioita kivusta kirjataan ja käytetäänkö kivun arvioinnissa apuvälineitä. Monivalintakysymyksissä käytettiin Likterin asteikkoa, jota käytetään tavallisesti mielipideväittämissä. Tähän opinäytetyöhön valittiin viisiportainen asteikko, jossa 5 kuvaa havainnon suu-

rinta määrää. (Vrt. Heikkilä 2004, 52 – 53.) Vastausvaihtoehdot monivalintakysymyksissä, jotka mittasivat kivun tarkkailuun ja hoitoon liittyviä asioita olivat: aina, usein, silloin tällöin, harvoin ja en koskaan. Joihinkin monivalintakysymyksiin viimeiseksi vaihtoehdoksi oli laitettu kohta "muu, mikä?", johon vastaaja sai itse laittaa mahdollisesti puuttuvan vaihtoehdon eli niistä tehtiin sekamuotoisia kysymyksiä. Tämä päädyttiin sen takia, että teoriankaan pohjalta ei voitu laittaa kaikkia olemassa olevia eri vaihtoehtoja. (Heikkilä 2004, 48; Vilka 2007a, 87 – 88.)

Avoimilla kysymyksillä haluttiin selvittää mitä seikkoja vastaajat pitävät tärkeänä silmäpotilaan kotihoito-ohjauksessa, mitä eri lääkkeitä akuutin sulkukulmaglaukooman, silmävammojen ja silmänerosion hoitoon käytetään sekä kuinka vastaajat haluaisivat kehittää em. sairauksien hoitoa. Lopuksi tiedusteltiin kuinka kunkin sairauden/vamman kokonaisuhoitoa pitäisi kehittää. Kysymykset pyrittiin asettelemaan johdonmukaisesti, jotta vastaaminen olisi helppoa. Kyselylomakkeesta laadittiin selkeän ja houkuttelevan näköinen sekä helppo vastata, johon kysymykset oli jaoteltuina asia-sisällöllisesti. (Heikkilä 2004, 48; Vilka 2007a, 87 – 88.)

Kyselylomakkeita lähetettiin marraskuussa 2010 esitettäväksi Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean silmäyksikköön yhteyshenkilölle jaettavaksi kolme kappaletta, joista kaksi palautui. Heidät oli ohjeistettu vastamaan ja antamaan palautetta lomakkeesta. Esitetauksen perusteella lomakkeeseen ei enää tehty muutoksia. Yhdessä sairaanhoitopiirissä tutkimussuunnitelman lukenut henkilö kommentoi kysymyksiä 13 – 15, joissa tiedusteltiin tärkeitä seikkoja kotihoito-ohjauksen kannalta. Hänen mielestään kysymykset ovat laajat, koska silmätautien parissa suurta osaa näyttelee operatiivinen toiminta, jossa ohjaus poikkeaa täysin muusta ohjauksesta. Näitä kysymyksiä muokattiin siten, että niissä kysyttiin tärkeitä seikkoja kotihoito-ohjauksessa kivunhoidon osalta. Kyselylomakkeen esitetaus on välttämätöntä ja sen tarkoituksena on, että kohdejoukon edustajat vastaavat siihen ja pyrkivät selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden ja ajan, joka vastaamiseen kului. (Heikkilä 2004, 47, 61 – 62; Vilka 2007a, 81, 88 – 89.)

Varsinaisen kyselylomakkeen (liite 3) yhteyteen laadittiin saatekirje (liite 4), jonka tarkoitus oli muun muassa antaa tietoa tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta sekä motivoida vastaajaa täyttämään lomake. Siinä kerrottiin myös tutkimuseettisistä ky-

symyksistä, kuten, että vastaaminen on täysin vapaaehtoista eikä vastaajaa voida tunnustaa. Saatekirjeen loppuun laitettiin vielä omat sekä ohjaavan opettajan yhteystiedot, jotta vastaajat voivat halutessaan ottaa yhteyttä ja esittää mahdollisia kysymyksiä tutkimuksesta. (vrt. Vilka 2007a, 152 – 156).

9.2 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimussuunnitelman sisältöjä pohdittaessa, valitaan ideointivaiheessa ensin tutkimusmenetelmä ja sen jälkeen päätetään aineiston keräämisen tapa. Tämän prosessin jälkeen pohditaan, minkä kokoinen tutkimusaineisto tarvitaan vastaamaan tutkimusongelmaan. Perusjoukoksi kutsutaan tutkittavaa kohdejoukkoa, josta tieto halutaan. Perusjoukosta voidaan valita tutkimukseen joko kaikki perusjoukon havaintoyksiköt taikka tehdä edustava otos. (Heikkilä 2004, 34; Vilka 2007a, 77 – 78.)

Otannassa olennaista on sen satunnaistaminen. Otokseen tulevien yksiköiden tulee määräytyä sattumanvaraisesti. Tämä mahdollistaa harhattomien tulosten saamisen sekä otantavirheiden suuruuden mittaamisen. Käytettävä otantamenetelmä on harkittava tarkasti, koska virheellinen menetelmä voi aiheuttaa tuloksiin esimerkiksi systemaattisia virheitä. (Heikkilä 2004, 35.)

Otantamenetelmiä on useita, joista yleisemmin käytettyjä ovat yksinkertainen satunnaisotos, systemaattinen otanta, ryväotanta ja ositettu otanta. Tässä opinnäytetyössäni käytin systemaattista eli tasavälistä otantaa, koska tutkittavasta joukosta ja niiden eroista on vähän tietoa. Se on suosittu menetelmä, koska se on nopea toteuttaa. Sitä käytetään, jos perusjoukko on ominaisuuksiensa perusteella satunnaisessa järjestyksessä niin, ettei joukossa ei tapahdu jaksottaisia vaihteluita. Tällaisia perusjoukkoja ovat esimerkiksi aakkosjärjestyksessä olevat luettelot. (Heikkilä 2004, 36 – 37; Vilka 2007a, 79.)

Tässä opinnäytetyössäni perusjoukkona toimivat kaikki Suomen sairaanhoitopiirien silmäyksiköt lukuun ottamatta Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean silmäyksikkö. Tämän jätettiin pois perusjoukosta sen takia, että Carean silmäyksikkö haluaa kehittää toimintaansa ja saada lisää tietoa sekä näkemyksiä muilta sairaaloilta silmäkipupotilaiden hoitoon. Yhteensä perusjoukko oli siis 19. Tämän perusjoukko laitettiin aakkosjärjestykseen, jonka jälkeen perusjoukon koon jaet-

tiin otoskoolla (5) ja saatu luku pyöristettiin kokonaisluvuksi (4). Ensimmäinen yksikö tutkimukseen valittiin arpomalla poimintavälistä, jonka jälkeen yksiköt lukeutuivat mukaan systemaattisesti. (Vrt. Heikkilä 2004, 37). Tutkimukseen valituiksi tulleiden sairaanhoitopiirien silmäyksiköiden hoitajat muodostavat otoksen. Edustavaan otoskokoon vaikuttavat tutkimuksessa määritellyn perusjoukon ominaisuudet, perusjoukon koko ja se, että millaiseen tarkkuuteen tutkimuksella pyritään. (Vilka 2007a, 80.)

Heikkilän (2004, 44) mukaan usein kuvitellaan, että perusjoukon suuruus on ratkaiseva tekijä otoskokoa määrättäessä. Näin asia ei kuitenkaan ole, vaan perusjoukon suuruus vaikuttaa siihen tehdäänkö kokonaistutkimus vai otantatutkimus, mutta se ei suoranaisesti vaikuta otoskokoon. Otoksoon ollessa yli puolet perusjoukosta, suositaan kokonaistutkimusta.

Otantatutkimus päätettiin tehdä kyselylomakkeella, johon silmäyksiköiden hoitajat vastaavat yksilöinä. Tekemällä kokonaisotanta, saataisiin määrällisesti paljon vastauksia ja niiden analysointiin menisi paljon aikaa, koska kyselylomake sisältää myös kivunhoidon kannalta tärkeitä avoimia kysymyksiä. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean silmäyksikön henkilökunta ehdotti viittä eri sairaalaa ja niiden silmäyksiköiden kaikkia hoitajia vastaajiksi ja sitä pidettiin sopivana määränä. Ajateltiin, että tällä määrällä vastauksissa näkyisi jo samanlaisuuksia hoitokäytännöissä sekä viiden silmäyksikön toimintamalleista uskottiin saavan kattavat vastaukset tutkimusongelmiin. Näiden eri sairaaloiden silmäyksiköt olivat hyvin erikokoisia ja henkilökuntamäärät vaihtelivat suuresti. Henkilömäärä ei ollut tiedossa tutkimuksen alkuvaiheessa, vaan se selvisi vasta, kun otin yhteyttä yksiköihin. Määrälliselle eli kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on, että sen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Kvantitatiivista tutkimusta arvostellaan sen pinnallisuudesta, koska tutkija ei pääse siinä riittävän syvälle tutkittavien maailmaan. (Heikkilä 2004, 16.)

9.3 Aineiston keruu

Ensin laadittiin tutkimussuunnitelma (liite 5), joka lähetettiin tutkimuslupahakemuksen sekä kyselylomakkeen ja saatekirjeen kanssa tutkimuslupien myöntäjille marraskuussa 2010. Tutkimussuunnitelmasta kävi ilmi opinnäytetyön tavoitteet, teoreettinen viitekehys ja tutkimusaineiston kokoaminen ja tutkimusmenetelmät. Kaikki viisi tut-

kimusluvan myöntäjää antoi tutkimukselleni luvan. Kaikissa tutkimusluvuissa (liite 6) on ehtona opinnäytetyön toimittaminen heidän yksiköihinsä sen valmistuttua. Lupien saamisen jälkeen otin yhteyttä tutkimuslupien myöntäjien nimeämiin vastuuhenkilöihin puhelimitse tai sähköpostitse ja sovin käytännönasioista heidän kanssaan.

Lomakkeiden lähettämisen jälkeen kyselylomakkeessa huomattiin virhe kysymyksessä viisi, joka koski työyksikköä. Tutkimuslupaa oli tarkoitus ollut hakea Itä-Savon sairaanhoitopiiriltä, mutta koska he käyttävät samaa tutkimuslupahakemuslomaketta Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kanssa, oli erehdyksissä lupahakemus lähetetty sinne. Asia selkeni siinä vaiheessa, kun Itä-Savon sairaanhoitopiirin kirjaamon työntekijä soitti ja kertoi, ettei heiltä löydy tämän nimistä henkilöä, jolle kirje oli osoitettu. Kirjaamon työntekijä lupasi postittaa kirjeen Pohjois-Savon silmäyksikköön, ja heille soitettiin, että kyselylomakkeessa Itä-Savon sairaanhoitopiirin kohdalla pitäisi lukea Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Lupahakemus siis oli käsitelty Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja tutkimuslupa heidän yksikköönsä oli, mutta alun perin erehdyksessä se oli osoitettu väärään sairaanhoitopiiriin. Yhteyshenkilö Pohjois-Savon sairaanhoitopiiristä vaihtoi heidän yksikköön lähetettyihin kyselylomakkeisiin oikean sairaanhoitopiirin nimen, joten asia hoitui mutkattomasti. Tutkimuksen tulosten kannalta erhatta ei pidetä vaikuttavana, mutta muuten harmillisena tapahtumana.

Kyselylomakkeet postitettiin kaikkiin viiteen silmäyksikköön 17.1.2011. Palautuspäivä lomakkeille oli 27.1.2011 mennessä. Näin ollen vastausaika jäi 8 arkipäivää, mikä koettiin riittäväksi. Yhteyshenkilöt jakoivat kyselylomakkeet saatekirjeineen silmäyksikkönsä hoitajille. Lomakkeet palautettiin opinnäytetyöntekijälle kirjekuoressa, johon oli postimaksu valmiiksi maksettu.

Taulukossa 2 esitetään vastaajat sairaanhoitopiireittäin. Heistä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden sairaanhoitopiiristä, Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja Satakunnan sairaanhoitopiiristä kustakin vastauksia palautui 20 % (n=7). Sen lisäksi Pohjois-Savon sairaanhoitopiiristä 31,4 % (n=11) ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiristä 8,6 % (n=3).

Taulukko 2. Vastaajat sairaanhoitopiireittäin (N=35)

Sairaanhoitopiirit	n	%
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden sairaanhoitopiiri	7	20,0
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	11	31,4
Keskisuomen sairaanhoitopiiri	7	20,0
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri	3	8,6
Satakunnan sairaanhoitopiiri	7	20,0
Yhteensä	35	100,0

9.4 Tutkimusaineiston analyysimenetelmät

Tässä opinnäytetyössä käytetään sisällönanalyysiä avointen kysymysten analysointiin. Strukturoitujen kysymysten analysointi suoritettiin tilastollisia menetelmiä (PASW) käyttäen.

9.4.1 Tilastollinen analyysi

Vastauksia analysoitiin vertaamalla prosenttiosuuksia taustamuuttujiin ja vastaajien kokonaismääriin. Ristiintaulukointi muodostetaan tilastoyksiköistä, kun tutkitaan samaan aikaan kahden eri muuttujan arvoja. Se suoritetaan, kun halutaan verrata kahden muuttujan välistä riippuvuutta eli onko toisen muuttujan arvoilla vaikutusta toisen muuttujan arvoihin. (Karjalainen 2010, 42.) Ristiintaulukoinnilla verrattiin työvuosien määrää vastauksiin.

Lisäksi osaan strukturoituja kysymyksiä laskettiin vastauksille keskiarvo. Keskiarvot ovat tunnuslukuja, jotka kuvaavat jakauman sijaintia. Sitä voidaan ajatella myös jakauman painopisteenä. Keskiarvosta ei yksinään tule kuitenkaan tehdä päätelmiä tutkittavasta asiasta, sillä hyvinkin erimuotoisilla jakaumilla voi olla sama keskiarvo. (Nummenmaa 2004, 57 – 59). Joissakin kysymyksissä kerrotaan moodista, joka tarkoittaa tyyppiä eli useimmiten esiintyvää arvoa havaintoaineistosta (Laininen 2007, 10).

9.4.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi kuuluu laadullisiin tutkimusmenetelmiin ja sen avulla voidaan analysoida kirjoitettua sekä suullista aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Aineisto

voi olla kirja, artikkeli, päiväkirja, kirje, haastattelu, puhe, keskustelu, dialogi tai miltei mikä tahansa kirjallisessa muodossa oleva materiaali (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105). Myös asioiden ja tapahtumien merkitysten ja niiden seurauksien tarkastelu on mahdollista. Menetelmä perustuu kommunikaatioteoriaan ja kommunikaatioprosessin tutkimukseen. Sisällönanalyysia voidaan käyttää monin eri tavoin riippuen, mitä kommunikaation elementtejä korostetaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2005, 21 – 22.)

Sisällönanalyysillä on tarkoitus saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä kiteytettynä. Lopputuloksena siitä tuotetaan ilmiötä kuvaavia kategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 – 5.) Olennaista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta saadaan eroteltua samanlaisuudet ja erilaisuudet (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2005, 23). Tarkoitukseni on opinnäytetyössäni pohtia sisällönanalyysin avulla kivunhoidon onnistumista ja saada siitä uusia päätelmiä.

Sisällönanalyysin tekemisessä ei ole yksiselitteisiä sääntöjä, vain ohjeita prosessin etenemisestä. Puhutaan yleisesti ottaen induktiivisesta ja deduktiivisesta analyysistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tässä opinnäytetyössä prosessissa edetään induktiivisesti eli yksittäisestä yleiseen. Työssä analysoidaan vain sitä, mikä on ilmaistu dokumenteissa. Induktiivinen lähestymistapa sopii siitäkin syystä tähän opinnäytetyöhön, ettei aiheesta ole kovin paljon aikaisempaa tutkimusaineistoa. (vrt. Kari & Toivonen 2004, 27.)

Ensimmäinen vaihe induktiivisessa päättelyssä on analyysiyksikön määrittely, jonka valintaa ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Se voi olla sana, sanayhdistelmä, lause tai lausuma riippuen tutkimustehtävästä. Yksikön valitsemisen jälkeen aineistoa luetaan läpi monta kertaa aktiivisesti. Lukemisen aikana yritetään luoda analyysille hyvä pohja. Lopuksi aineisto luokitellaan, tulkitaan ja arvioidaan sisällön analyysin luotettavuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2005, 24.)

Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti (kuva 2). Se kuvataan kolmivaiheiseksi prosessiksi, jonka vaiheet ovat aineiston 1) pelkistäminen eli redusointi, 2) ryhmittely eli klusterointi ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämävaiheessa analysoidavasta tutkimusaineistosta

karsitaan kaikki epäolennainen pois. Se on joko aineiston tiivistämistä tai osiin pilkkomista. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan pelkistäminen tapahtuu esimerkiksi kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkkaan samalla lailla, kun ne ovat dokumenteissa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2006 110 – 112.)

Pelkistämisen jälkeen tapahtuu aineiston klusterointi eli ryhmittely. Ryhmittelyn idea on etsiä pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään saman kategorian alle. Kategorian sisällölle annetaan sitä kuvaava nimi. Luokitteluyksiköksi voidaan valita tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Aineisto tiivistyy luokittelussa, sillä yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Tässä vaiheessa induktiivisesti kategorioita muodostettaessa päätetään tulkinnan perusteella mitkä asiat voidaan yhdistää saman kategorian alle ja mitä ei voida yhdistää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 – 6; Latvala & Vanhanen 2005, 27 – 29; Tuomi & Sarajärvi 2006, 111 – 113.)

Kolmantena vaiheena prosessissa on aineiston abstrahointi, jossa tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä, joita kutsutaan yläluokiksi. Abstrahointia jatketaan niin kauan, kun se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista eli yläluokille muodostetaan taas alaluokkia, jotka käsittävät laajemmin yläluokkiin kuuluvia käsitteitä. Niitä yhdistellään pääluokiksi ja lopuksi saadaan vastaus tutkimusongelmaan. Abstrahointia kuvataan prosessiksi, jossa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla tutkimuskohteesta kuvaus. (Latvala & Vanhanen 2005, 29; Tuomi & Sarajärvi 2006, 113 – 115.)

Sisällönanalyysi perustuu suurimmalta osin tulkintaan sekä päättelyyn. Tarkoitus on päätyä käsitteelliseen näkemykseen tutkittavasta asiasta. Johtopäätösten perusteella tutkija pyrkii pohtimaan, mitä tutkimustulokset merkitsevät tutkijalle. On tärkeää pitää mielessä koko tutkimuksen ajan, että tutkittavia pyritään ymmärtämään heidän näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 113 – 115.)

Tutkimuksen tuloksista raportoidaan käsitejärjestelmä tai kategoriat. Tämän lisäksi tuloksissa kuvataan mitä kategoriat tarkoittavat. Sisältö kuvataan alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmausten avulla. Suoria lainauksia käytetään, jotta raportin luotettavuus paraneekin sekä lukija tietää, millaisista aineistoista alun perin kategoriat ovat muodostet-

tu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)



Kuva 2. Induktiivisen sisällönanalyysin eteneminen (mukailen Tuomi & Sarajärvi 2006, 111)

Sisällönanalyysi-menetelmän käytössä on paljon etuja, vaikka siihen kohdistuukin kritiikkiä. Sisällönanalyysiä on käytetty monissa hoitotieteellisissä väitöskirjatutkimuksissa joko täydentävänä tai lisämenetelmänä. Prosessista muodostuu erilainen tutkijasta riippuen ja siitä, kuinka hän menetelmää käyttää. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2005, 40.)

10 TUTKIMUSTULOKSET

Lomakkeita postitettiin yhteensä 62, mutta yhden silmäyksikön yhteyshenkilö viestitti, että hän sai lähetetyn 20 lomakkeen sijasta jakoon vain 15. Näin ollen lomakkeita jaet-

tiin yhteensä 57, joista palautui kaikkiaan 36. Yksi lomake palautui tyhjänä, joten sitä ei voitu ottaa mukaan analysointiin. Tulokset ovat koottu 35 lomakkeesta. Vastausprosentti oli 63. Kaikki vastaajat eivät olleet vastanneet jokaiseen kysymykseen, mikä huomioitiin vastausten analysoinnissa, joten kunkin kysymyksen otosmäärä muuttuu vastausten määrän mukaisesti.

Tutkimuksen tulokset ovat esitetty siten, että taulukoiden tulkitseminen on suoritettu kyseisen taulukon yläpuolella. Avoimen vastauskohdan vastaukset ovat analysoitu sisällönanalyysiä käyttäen ja yhdistetty sen jälkeen kyseisen tutkimusongelman alle. Tulokset ovat kuvattu sairauksittain (kivunhoito ja jatkohoidon ohjaus) sekä yleisesti silmäkivun hoitoon liittyen (hoitajien työkokemus ja koulutus, kivun tarkkailu ja arviointi, kirjaaminen sekä hoidon kehittäminen). Jokaisen sairauden alla hoitotyönkeinot ovat esitetty aina omana taulukkona, sillä keskiarvojen antama tieto ei olisi ollut yhtä tarkkaa. Aineistositaateissa käytetään (...) merkinä siitä, että vastauksista on poistettu se osa, jolla ei ole olennaista merkitystä opinnäytetyön kannalta.

10.1 Aineiston kuvaus

Kyselyyn vastasi 35 silmäyksikössä työskentelevää henkilöä. Taulukossa 3 on esitetty vastaajat ammattiryhmittäin. Heistä 91,4 % (n=32) oli sairaanhoitajia, 2,9 % (n=1) perus-/lähihoitaja sekä 5,7 % (n=2) henkilöä, jotka olivat vastanneet kohdan muu. Heistä toinen oli terveydenhoitaja ja toinen työterveyshoitaja.

Taulukko 3. Vastaajat ammattiryhmittäin (N=35)

Ammattiryhmä	n	%
Sairanhoitajat	32	91,4
Perus-/lähihoitaja	1	2,9
Muu	2	5,7
Yhteensä	35	100,0

10.2 Silmähoitajan työkokemus ja koulutukset

Kysymyksellä numero 4 selvitettiin, kuinka kauan hoitajat ovat tehneet töitä silmätautien parissa. Vastaajien työkokemus silmätautien hoitotyöstä on koottu taulukkoon 4. Suurin osa vastaajista 60 % (n=21) on tehnyt silmätautien parissa hoitotyötä yli 10

vuotta. Alle viisi vuotta alalla olleita vastaajista oli 28,6 % (n=10) sekä 11,4 %:lla (n=4) työkokemusta on 5 - 10 vuotta.

Taulukko 4. Vastaajien työkokemus silmätautien hoitotyöstä (N=35)

Työssäolo aika	n	%
Alle 5 vuotta	10	28,6
5 - 10 vuotta	4	11,4
Yli 10 vuotta	21	60,0
Yhteensä	35	100,0

Taulukossa 5 on ristiintaulukoitu vastanneiden työvuodet silmätautien parissa (kys. 4) ja niitä on verrattu siihen, onko heille karttunut jotakin erikoiskoulutusta silmätaudeista (kys. 2). Alle kymmenen vuotta silmätautien parissa työtä tehneistä ei kenelläkään ollut erikoiskoulutusta. Ainoastaan kahdella yli kymmenen vuotta työtä silmätautien parissa tehneellä oli jokin erikoiskoulutus.

Taulukko 5. Ristiintaulukointi työssäoloajan ja silmätauteihin liittyvän erikoiskoulutuksen kanssa (N=35)

Työssäoloaika	Erikoiskoulutus	
	Kyllä	Ei
Alle 5	0	10
5 - 10v	0	4
Yli 10v	2	19
Yhteensä	2	33

Avoimissa vastauksissa vastaajat kertoivat suorittamistaan erikoiskoulutuksista. Yksi vastaajista oli suorittanut ammatilliset erikoistumisopinnot silmänsairauksien hoitotyöhön ja toinen päiväkirurginen hoitotyö -koulutuksen.

Työpaikkakoulutusta kysyttiin kysymyksellä 3, jota verrattiin työssäoloaikaan taulukossa 6, jossa on myös ristiintaulukointi. Vastaajista suurimmalla osalla (71,4 %) on työpaikkakoulutusta. Eniten sitä on yli kymmenen vuotta työssä olleilla, mutta heistäkään ei kaikilla.

Taulukko 6. Ristiintaulukointi työssäoloajan ja silmätauteihin liittyvän työpaikkakoulutuksen kanssa (N=35)

Työssäoloaika	Työpaikkakoulutus	
	Kyllä	Ei
Alle 5	6	4
5-10v	3	1
Yli 10v	16	5
Yhteensä	25	10

Kysymyksen kolme avoimeen kohtaan vastaajat saivat luetella, mitä työpaikkakoulutusta heillä on. Työpaikkakoulutusten aiheet vaihtelivat hyvinkin paljon. Hyvin moni vastaaja on osallistunut silmähoitajapäiville. Osalla koulutus koski eri silmätauteja, kuten kaihia tai karsastusta. Toisilla vastaajilla koulutus taas oli osastotunneilla lääkäreiden tai edustajien pitämiä luentoja.

"Silmähoitajapäivät vuosittain, esim. erilaisia kuvaus-koulutuksia, opintokäyntejä."

(lomake nro 3)

"Silmähoitajapäivät x3, kaihiluennot." (lomake nro 13)

10.3 Akuutin sulkukulmaglaukooman aiheuttaman silmäkivun hoitaminen ja potilaan ohjaus

Kysymyksillä 7 a – f, 13 ja 16 a – c selvitettiin akuuttiin sulkukulmaglaukoomaan liittyvän silmäkivun hoitoa ja sitä, mitä hoitajat pitivät tärkeinä seikkoina ajatellen potilaan koti-/jatkohoidon ohjausta. Kysymys 7 käsitti hoitotyönkeinoja hoitaa potilaan silmäkipua. Kysymyksen 7 viimeinen kohta oli jätetty avoimeksi, sillä kaikkia vastausvaihtoehtoja ei voitu laittaa teoriantaan pohjalta.

Ensimmäisessä kohdassa kysymyksessä 7 oltiin kiinnostuneita, hoitavatko vastaajat akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivän potilaan kipua asentoa vaihtamalla tai sitä huomioimalla (taulukko 7). Useimmat käyttivät asentoa kipua lievittämään aina tai usein (n=34). Vastaajista kolme ei tätä hoitotyönkeinoa käyttänyt koskaan. Yksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Taulukko 7. Kipua lievittävän asennon huomiointi (n=34)

Asennon huomiointi	n	%
En koskaan	3	8,6
Harvoin	6	17,1
Silloin tällöin	3	8,6
Usein	15	42,9
Aina	7	20,0
Yhteensä	34	97,1
Vastaamatta jättäneet	1	2,9
Yhteensä	35	100,0

Kysymyksessä 7 b vastaajilta kysyttiin, kuinka usein he käyttävät tilan pimentämistä akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivän potilaan hoidossa (taulukko 8). Vastaukset jakautuivat kaikkien vastausvaihtoehtojen kesken, mutta selvästi enin osa (40,0 %) käytti tilan pimentämistä vaihtoehtona silmä kivun hoitoon usein. Yhdistettynä "harvoin" ja "silloin tällöin" vastaukset ovat prosenttiosuudet usein käyttävien kanssa samaa luokkaa. Eli käytäntö on kirjavaa. Tähän kohtaan vastaamatta jätti 2 henkilöä.

Taulukko 8. Tilan pimentäminen (n=33)

Tilan pimennys	n	%
En koskaan	1	2,9
Harvoin	9	25,7
Silloin tällöin	8	22,9
Usein	14	40,0
Aina	1	2,9
Yhteensä	33	94,3
Vastaamatta jättäneet	2	5,7
Yhteensä	35	100,0

Kohdassa 7c kysyttiin potilaan vuoteesta ja peitteestä huolehtimisesta. Kuten taulukosta 9 näkee, vastaukset jakautuvat melko tasaisesti. Usein vastauksen antaneita on 28,6 %, mutta merkittäviä eroja vastaajien välillä ei ole. Vähiten (11,4 %) on kuitenkin heitä, jotka eivät koskaan huolehtineet potilasvuoteesta ja peitteestä. Vastaajista kolme ei huomionnut tätä kohtaa.

Taulukko 9. Potilasvuoteesta ja peitteestä huolehtiminen (n=32)

Peitteestä/vuoteesta huolehtiminen	n	%
En koskaan	4	11,4
Harvoin	6	17,1
Silloin tällöin	5	14,3
Usein	10	28,6
Aina	7	20,0
Yhteensä	32	91,4
Vastaamatta jättäneet	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

Kylmähoitoa kylmäpakkauksen avulla tiedusteltiin kysymyksellä 7 d, jossa kysyttiin minkä verran vastaajat käyttävät kylmäpakkausta kivuliaalla alueella. Yksi kolmasosa vastaajista (n=33) ei käyttänyt kylmäpakkausta koskaan. Harvoin tai silloin tällöin kylmäpakkauksen käyttäjiä oli yhteensä 15. Vastaamatta jättäneitä oli kaksi. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Kylmäpakkauksen asettaminen kivuliaalle alueelle (n=33)

Kylmäpakkauksen asettaminen	n	%
En koskaan	11	31,4
Harvoin	7	20,0
Silloin tällöin	8	22,9
Usein	5	14,3
Aina	2	5,7
Yhteensä	33	94,3
Vastaamatta jättäneet	2	5,7
Yhteensä	35	100,0

Ravitsemusasioita silmäkivunhoidossa selvitettiin kysymällä, tarjoavatko vastaajat potilaille raikasta syötävää tai juotavaa (kysymys 7 e, taulukko 11). Aina tai usein syötävää tai juotavaa tarjosi vain 5 vastaajaa. Suuri osa (37,1 %) valitsi vastausvaihtoehdokseen harvoin. Kysymykseen jätti vastaamatta kolme henkilöä. Syynä siihen, ettei tässä tapauksessa syötävää tai juotavaa tarjoiltu, voi olla potilaiden pahoinvointi akuutissa sulkukulmaglaukoomakohtauksessa, kuten avoimissa vastauksissa käy ilmi.

Taulukko 11. Raikkaan syötävän/juotavan tarjoaminen potilaalle (n=32)

Syötävän/juotavan tarjoaminen	n	%
En koskaan	6	17,1
Harvoin	13	37,1
Silloin tällöin	8	22,9
Usein	4	11,4
Aina	1	2,9
Total	32	91,4
Vastaamatta jättäneet	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

Viimeinen kohta (f) kysymyksessä seitsemän oli avoin. Siihen vastaajat saivat kirjoittaa, mitä muita keinoja he käyttivät akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivän silmäkivun hoitamiseen. Vastauksia tähän kysymykseen tuli 14, joista asiallisia – tätä asiaa koskevia oli 12. Kahdessa vastauksessa tuli esille pahoinvoinnin huomioiminen ja sen hoito, sillä akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivät voivat usein pahoin ja oksentelevat. Kolme vastaajaa kertoi keskustelusta potilaan kanssa kipuun liittyvissä asioissa. Vaikka kysymys koski hoitotyön keinoja, oli kymmenessä lomakkeessa kirjoitettu lääkehoidosta. Lääkärin määräämän lääkehoidon pikaista aloittamista pidettiin tärkeänä. Vastaajat mainitsivat painetta alentavien silmätippojen antamisen silmään sekä kipulääkityksen suun kautta. Yhdessä lomakkeessa mainittiin, ettei kipulääkitys auta akuuttiin sulkukulmaglaukoomakohtaukseen.

Kysymyksellä 16 a – c selvitettiin millaista lääkehoitoa vastaajat käyttävät akuuttia sulkukulmaglaukoomaa sairastavan silmäpotilaan kivunhoitoon. Osa vastaajista oli vastannut yleisesti ottaen kysymykseen. Vastaajat pitivät tärkeimpänä alentaa silmänpainetta, joka hoitaa kivun aiheuttajaa:

"Tärkein kivun hoito on hoitaa silmänpaine kuntoon, silmätipat laserointi yms." (lomake nro 3)

"Paineen alennus on tärkein kivunlievitys. Painetta alentavat silmätipat." (lomake nro 4)

"Tärkeintä on huolehtia painetta alentavan lääkkeen antaminen, jotta syy kipuun saataisiin hoidettua. Lääkärin määräyksestä voin myös antaa kipulääkettä." (lomake nro 6)

"Ei varsinaisia kipulääkkeitä vaan paineen alennus lääkkeet." (lomake nro 28)

Ensimmäisessä kohdassa (a) tiedusteltiin annettavaa lääkitystä suun kautta. Vastaajat toteuttivat lääkahoitoa lääkärin määräysten mukaisesti. Tähän kysymykseen avoimen vastauksen oli antanut 28 vastaajaa. Tässä tuli ilmi kuten jo aiemminkin, että silmänpaineen alentaminen helpottaa myös särkyyn. Vastaajat mainitsivat yleisimmin käyttäneensä valmistetta, joka alentaa kohonnutta silmänpainetta:

"Joskus harvoin särkylääkettä. Yleensä painelääkitys helpottaa särkyyn. painetta alentavia tabletteja." (lomake nro 2)

"Ödemin, tarv. kipulääkkeet, kun pysyvät sisällä." (lomake nro 4)

"Ödemin 250mg p.o." (lomake nro 27)

Yleisimmin käytössä olevien särkylääkkeiden vaikuttavat aineet ovat Ibuprofeeni sekä Paracetamol. Vastauksissa oli käytetty joko kauppanimiä tai vaikuttavien aineiden nimiä:

"Parasetamolia ja ibuprofeenia." (lomake nro 25)

"Särkylääkettä Burana, Panadol ym." (lomake nro 33)

Osassa vastauksista näkyi käytössä olevan myös vahvemmat kipulääkkeet:

"Ibuprofeeni 400-800mg, parasetamoli 1-2g, oksikodini 5-10mg riippuen lääkärin määräyksestä." (lomake nro 9)

"Panadol, Burana, Ödemin (silmänpaineen laskuun), Oxynorm." (lomake nro 10)

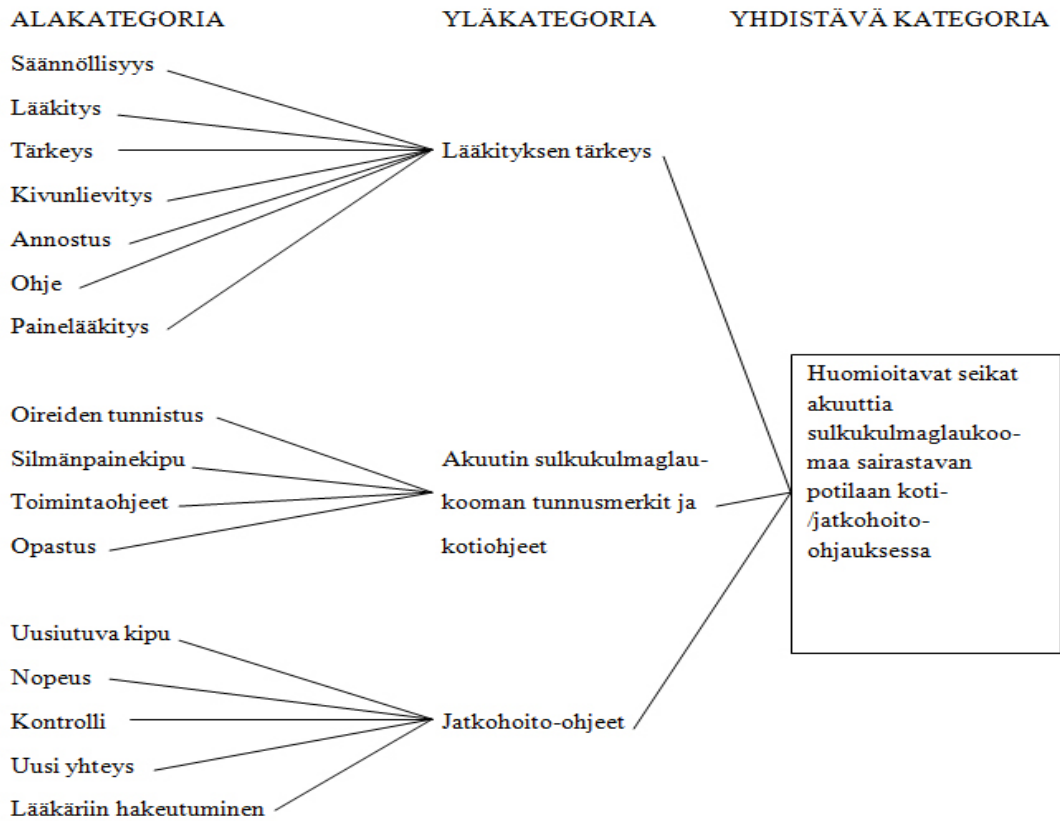
"Luvalliset määrätyt esim. Ödemin, Panadol, Burana, Tramal, Oxynorm." (lomake nro 11)

"Ödemin (lääkärin määräämä), parasetamoli, ibuprofeini, oxynorm (lääkärin määr.)." (lomake nro 13)

Toisella kohdalla (b) tiedusteltiin, millaista lääkehoitoa suonensisäisesti annettuna käytetään potilaiden hoidossa. Vastaajista 25 vastasi tähän kysymykseen. Kahdeksan vastaajista mainitsi käytettävän Mannitol-infuusiota lääkärin määräyksestä. Samoin kahdeksan vastaajaa vastasi ainoastaan antavan lääkkeitä lääkärin määräyksestä mainitsematta lääkkeiden nimiä. Kuusi vastaajaa taas mainitsi käyttävän lääkärin määräyksestä Diamoxia. Kolme vastaajista kirjoitti, että harvoin suonensisäisiä lääkkeitä määrätään akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsiville potilaille.

Kolmanteen kohtaan (c) vastaajat saivat kirjoittaa lihakseen injisoitavasta lääkehoidosta kivunhoitoon. Vastauksia tuli yhteensä 18. Kahdeksassa vastauksessa mainittiin ainoastaan lääkärin määräyksestä annettavat lääkkeet. Kolme vastaajaa mainitsi Diamoxia käytettävän. Kaksi vastaajista listasi Oxanestin. Kaksi vastaajista taasen kirjoitti, ettei lihakseen annettavia lääkkeitä yleensä määrätä. Yksi vastaaja kirjoitti antavan lihakseen lääkitystä huonovointiselle potilaalle.

Kysymys 13 oli avoinkysymys. Sillä selvitettiin, mitä seikkoja vastaajat pitävät tärkeinä akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivän potilaan koti- ja jatkohoito-ohjauksessa kivunhoidon osalta. Tähän kysymykseen oli vastauksia tullut 30. Vastauksissa korostuivat lääkityksen tärkeys, kohtauksen tunnusmerkit ja oireet sekä koti- ja jatkohoito-ohjeet. Sisällönanalyysi tuloksista on kuvattu kuvassa 2.



Kuva 2. Akuutin sulkukulmaglaukoomapotilaan kotihoidossa huomioitavat asiat.

Tärkeiksi koettuja seikkoja esitettiin seuraavin ilmaisin:

"Nopea hoitoonhakeutuminen/ yhteys lääkäriin jos oireita ilmenee." (lomake nro 9)

"Tietää mitä tehdä ja mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä tilanteen pahetessa." (lomake nro 26)

"Ohjata lääkärin määräämien silmänpainetta alentavien silmätippojen ja suun kautta otettavien nesteenoistolääkkeen oikea annostus ja käyttö. ..." (lomake nro 23)

"Silmätippojen ja särkylääkkeiden ja muiden lääkkeiden käytön opastus." (lomake nro 31)

"Potilas tietää kohtausten oireet ja osaa hakeutua lääkäriin. Silmlääkkeiden tärkeys, jottei kohtausta tule. ..." (lomake nro 4)

"Potilaan ymmärrettävä sairauden hoito I. ennaltaehkäisy. Kertoisin oireista (voimakas silmä- ja päänsärky silmän ympärillä ja ohimossa, värilliset renkaat valojen ympärillä) jotka kertovat kohonneesta silmänpaineesta ja ovat merkkejä hoitoon hakeutumisen tarpeesta." (lomake nro 29)

10.4 Silmän eroosion aiheuttaman silmäkivun hoitaminen ja potilaan ohjaus

Kysymykset 8 a – f, 14 ja 18 a – c koskivat silmänerosiopotilaan hoitamista, kotihoito-ohjausta ja lääkehoitoa. Kysymys 8 käsitteli hoitotyön keinoja hoitaa kipua silmänerosiassa. Viimeiseksi oli jätetty avoin kohta, johon vastaajat saivat laittaa muita kuin luettelosta löytyneitä hoitokeinoja.

Kysymyksessä 8a selvitettiin, kuinka usein vastaajat huomioivat potilaan asentoa silmänerosio potilaan hoidossa. Usein potilaan asentoa huomioi 31,4 % vastaajista ja silloin tällöin 28,6 % (taulukko 12). Tämän kohdan jätti täyttämättä kolme henkilöä.

Taulukko 12. Silmänerosiopotilaan asennon huomiointi (n=32)

Asennon huomiointi	n	%
En koskaan	3	8,6
Harvoin	5	14,3
Silloin tällöin	10	28,6
Usein	11	31,4
Aina	3	8,6
Yhteensä	32	91,4
Vastaamatta jättäneet	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

Tilan pimentämistä eroosiopotilaan kivun hoidossa kysyttiin kysymyksellä 8b (taulukko 13). Sekä usein että silloin tällöin vastauksen antaneita oli kumpiakin 31,4 % (n=11). "Harvoin" tai "ei koskaan" vastanneita oli yhteensä 28,6 % (n=10). Tämänkin kysymyksen jätti vastaamatta kolme vastaajaa.

Taulukko 13. Tilan pimentäminen kipua helpottavana keinona (n=32)

Tilan pimentäminen	n	%
En koskaan	3	8,6
Harvoin	7	20,0
Silloin tällöin	11	31,4
Usein	11	31,4
Yhteensä	32	91,4
Vastaamatta jättäneet	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

Taulukkoon 14 on koottu, kuinka usein vastaajat huomioivat silmänerosiopotilaan vuoteen ja peitteen. Vastaukset ovat jakautuneet hyvin tasaisesti kaikkien vastausvaihtoehtojen kesken. Ainoastaan yksi vastaaja huolehtii vuoteesta ja peitteestä aina, muiden vastausten prosenttiosuudet asettuvat hyvin lähelle toisinaan. Todettakoon, että tämän asian huomioiminen on paljon työntekijästä kiinni. Vastaamatta jätti neljä vastaajaa.

Taulukko 14. Vuoteesta ja peitteestä huolehtiminen (n=31)

Vuoteesta/peitteestä huolehtiminen	n	%
En koskaan	7	20,0
Harvoin	9	25,7
Silloin tällöin	8	22,9
Usein	6	17,1
Aina	1	2,9
Yhteensä	31	88,6
Vastaamatta jättäneet	4	11,4
Yhteensä	35	100,0

Taulukko 15 osoittaa, kuinka usein vastaajat käyttävät kylmäpakkauksen asettamista kivuliaalle alueelle. Vajaa puolet 40,0 % (n=14) ei käytä koskaan kylmäpakkausta silmänerosiopotilaalle. Harvoin sitä käyttää vastaajista 25,7 % (n=9). Tässä kysymyksessä vastaukset jakautuivat vain neljälle portaalalle. Vastaajista neljä jätti huomiotta tämän kysymyksen.

Taulukko 15. Kylmäpakkauksen asettaminen kivuliaalle alueelle (n=31)

Kylmäpakkauksen asettaminen	n	%
En koskaan	14	40,0
Harvoin	9	25,7
Silloin tällöin	3	8,6
Usein	5	14,3
Yhteensä	31	88,6
Vastaamatta jättäneet	4	11,4
Yhteensä	35	100,0

Taulukossa 16 on esitetty kysymyksen 8e, raikkaan syötävän tai juotavan tarjoaminen potilaalle vastaukset. Vastausten moodi on "harvoin" (48,6 %), seuraavaksi suurimman frekvenssin sai "en koskaan" (22,9 %). Vastaajat siis tarjoavat syötävää tai juotavaa harvoin potilaille. Vastaajista kolme ei vastannut tähän kysymykseen.

Taulukko 16. Syötävän tai juotavan tarjoaminen potilaalle (n=32)

Syötävän/ juotavan tarjoaminen	n	%
En koskaan	8	22,9
Harvoin	17	48,6
Silloin tällöin	2	5,7
Usein	3	8,6
Aina	2	5,7
Yhteensä	32	91,4
Vastaamatta jättäneet	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

Avoimissa vastauksissa (8f) muita hoitokeinoja silmänerosiopotilaalle kommentoitiin melko hyvin (n=14) ja samansuuntaisesti. Päälimmäiseksi nousi silmän peittäminen monoculuksella eli yhden silmän peittäväällä sidoksella, jotta silmäluomi ei liiku. Myös Chloro silmävoiteen käytöstä kirjoitettiin useassa vastauksessa. Vaikka kysymys koski hoitotyön keinoja niin, vastaajat kirjoittivat antavan suunkautta kipulääkkeitä. Lisäksi vastauksissa korostettiin keskustelua potilaan kanssa.

Kysymyksellä 18a selvitettiin millaisia lääkkeitä vastaajat käyttävät silmän eroosiopotilaan kivunhoitoon suun kautta annettuna. Avoimia vastauksia saatiin 30, joista 26 kirjoitti käyttävän lääkärin määräyksestä Paracetamolia/Ibuprofeenia. Kahdessa vastauksessa mainittiin Oxynorm ja Tramal. Yksi vastaajista mainitsi kipulääkkeiden huonon tehon silmän eroosion aiheuttamassa kivussa:

"Lääkärin määräämät. Kipulääke auttaa huonosti – aika parantaa." (lomake nro 28)

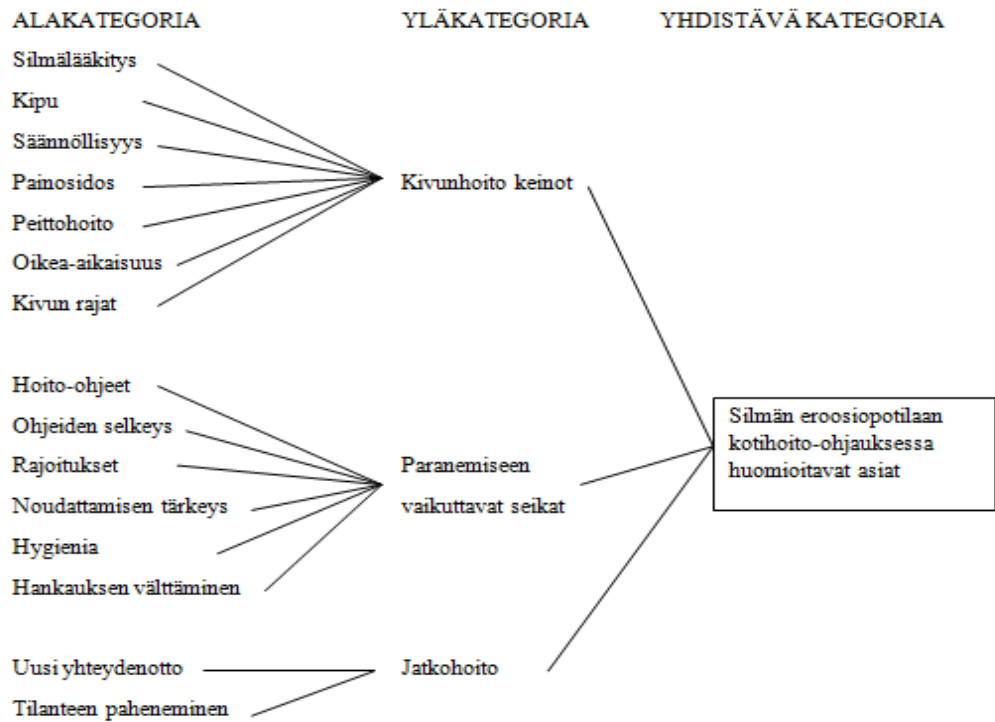
Yhdessä vastauksessa tuli myös ilmi kipulääkkeiden huono teho eroosion hoidossa:

"Harvoin särkylääkettä." (lomake nro 2)

Toisella kohdalla (18b) tutkittiin, millaisia lääkkeitä vastaajat käyttävät silmän eroosiopotilaan kivunhoitoon suonensisäisesti annettuna. Kolmestatoista vastauksesta seitsemän vastasi yleisesti "lääkärin määräyksestä". Kolme käytti suonensisäisiä lääkkeitä harvoin silmän eroosiopotilailla.

Lihakseen annettavien lääkkeiden käyttöä silmän eroosiopotilaan kivunhoidossa selvitettiin kysymyksellä 18c. Samoin kuin edelliseen, myös tähän avoimen vastauksen kirjoitti 13 vastaajaa, joista seitsemän vastasi yleisesti "lääkärin määräyksestä". Kaksi vastaajaa kirjoitti, että harvoin lihakseen annettavia lääkkeitä eroosiopotilailla käytetään. Kaksi vastaajista taas mainitsi kaupanimenä Oxynormin.

Vastaajilta kysyttiin avoimessa kysymyksessä 14, mitä seikkoja he pitävät tärkeänä silmän eroosiosta kärsivän potilaan koti- ja jatkohoito-ohjauksessa kivunhoidon osalta. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen ja tulokset ovat esitetty kuvassa 3. Vastauksia kysymykseen tuli runsaasti 32, eli vain kolme jätti vastaamatta kysymykseen. Vastaajat olivat kirjoittaneet monesta asiasta ja laajasti, erityisesti kivunhoidon keinoja kuvattiin monisanaisesti. Vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia – suurin osa (28) pitää tärkeänä kivunhoidon keinoista (kipulääkkeet, silmätipat ja -voiteet, ei-lääkkeelliset keinot) ja kivusta kertomista. Myös paranemiseen vaikuttavat asiat ja jatkohoidon onnistuminen koettiin tärkeinä.



Kuva 3. Silmän eroosiotilaan koti-/jatkohoito-ohjauksessa esiin tulleita seikkoja.

Koti- ja jatkohoidon toteutusta pohdittiin seuraavin ilmaisin:

"Kerron kivun kuuluvan eroosioon ja neuvon hoito-ohjeiden noudattamisen tärkeyttä myös jotta kipu helpottuisi." (lomake nro 3)

"Mitä lääkkeitä saa ottaa ja paljonko, mistä kipu johtuu. Kipua lievittävät muut keinot e. silmälappu." (lomake nro 17)

"Hyvä hoitava lääkitys kuivumisen ehkäisemiseksi, riittävä ja oikea-aikainen kipulääkitys." (lomake nro 25)

"Potilaan ohjaus. Kipu on kova 1-2 päivää mutta kipeenä ei ole vaarallinen asia. Kipulääkettä paremmin auttaa lepo hämärässä silmät suljettuina." (lomake nro 28)

Reilu puolet vastaajista (17) koki tärkeänä seikkana myös ohjausta peittohoidosta, hygieniasta ja hankauksen välttämisestä:

"Napakka monokulus, tieto silmänräpytyksen haitallisesta vaikutuksesta epiteelin eheytymiseen. ..." (lomake nro 9)

"Puhtaus, silmälle rauha eheytyä." (lomake nro 11)

"Potilaan ohjaus. Kipu on kova 1-2 päivää mutta kipeenä ei ole vaarallinen asia. Kipulääkettä paremmin auttaa lepo hämärässä silmät suljettuina." (lomake nro 28)

"... Silmälapun anto jolla voi peittää silmän ja joka auttaa kipuunkin!" (lomake nro 34)

Kymmenen vastaajaa huomioi jatkohoidosta tiedottamisen, jota havainnoitiin seuraavien ilmaisuin:

"... Potilas tietää minne ottaa yhteyttä, jos ei pärjää kotona." (lomake nro 10)

"... Yhteys lääkäriin, jos kipulääke, sidos ja kostutus auta." (lomake nro 21)

10.5 Silmävammojen aiheuttaman silmäkivun hoitaminen ja potilaan ohjaus

Toisella tutkimusongelmalla etsittiin myös vastausta siihen, mitä keinoja silmävammojen hoitoon hoitajat käyttävät. Kyselylomakkeen kysymyksillä 9 a – f, 15 ja 20 a – c selvitettiin silmävammapotilaan hoitamista, koti-/jatkohoito-ohjausta ja lääkehoitoa.

Kyselylomakkeen kysymyksellä 9a selvitettiin, kuinka usein silmävammapotilaan kipua lievittävän asennon huomiointia vastaajat käyttivät (taulukko 17). Kaikki vastaajat vastasivat kysymykseen; heistä vajaa puolet 45,7 % (n=16) huomioi asentoa usein. Toiseksi suurimman frekvenssin sai vastaus aina, jonka valitsi 37,1 % (n=13) vastaajaa. Kaikki vastaajat kiinnittävät asentoon huomiota ainakin harvoin, sillä vastaukset sijoittuivat neljälle portaalle.

Taulukko 17. Silmävammapotilaan asennon huomioiminen (n=35)

Asennon huomiointi	n	%
Harvoin	1	2,9
Silloin tällöin	5	14,3
Usein	16	45,7
Aina	13	37,1
Yhteensä	35	100,0

Taulukossa 18 on kuvattuna, kuinka usein tilan pimentämistä silmävammapotilaan hoidossa vastaajat käyttivät. Vastauksen moodi on usein (37,1 %). Seuraavaksi suurimman frekvenssin sai silloin tällöin (28,6 %). Kysymykseen jätti vastaamatta 5,7 %.

Taulukko 18. Tilan pimentäminen silmävammapotilaan hoidossa (n=33)

Tilan pimentäminen	n	%
Harvoin	9	25,7
Silloin tällöin	10	28,6
Usein	13	37,1
Aina	1	2,9
Yhteensä	33	94,3
Vastaamatta jättäneet	2	5,7
Yhteensä	35	100,0

Suurin osa vastaajista huolehtii potilaan vuoteesta ja peitteestä joko usein tai aina (65,7 %). Vastaajista 10 huolehtii vuoteesta ja peitteestä harvoin, silloin tällöin tai ei koskaan. Tuloksista voi päätellä, että silmävammapotilaan kohdalla tätä pidetään tärkeänä. Tulokset ovat esitetty taulukossa 19.

Taulukko 19. Silmävammapotilaan vuoteesta ja peitteestä huolehtiminen (n=33)

Vuoteesta/ peitteestä huolehtiminen	n	%
En koskaan	3	8,6
Harvoin	3	8,6
Silloin tällöin	4	11,4
Usein	12	34,3
Aina	11	31,4
Yhteensä	33	94,3
Vastaamatta jättäneet	2	5,7
Yhteensä	35	100,0

Kylmäpakkauksen käytöstä kivuliaalle alueelle käytännöt vaihtelevat tasaisesti (taulukko 20). Neljäsosa vastaajista ei käytä sitä koskaan. Samoin neljäsosa käyttää sitä silloin tällöin. Kylmäpakkauksen käyttö kivuliaalle alueelle oli harvinaista. Kolme vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen.

Taulukko 20. Kylmäpakkkaus kivuliaalle alueelle (n=32)

Kylmäpakkauksen asettaminen	n	%
En koskaan	9	25,7
Harvoin	3	8,6
Silloin tällöin	9	25,7
Usein	8	22,9
Aina	3	8,6
Yhteensä	32	91,4
Vastaamatta jättäneet	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

Taulukossa 21 on esitetty, kuinka usein vastaajat tarjoavat raikasta syötävää tai juotavaa potilaille. Vain yksi vastaaja tarjoaa sitä aina. Neljän ensimmäisen vastausvaihtoehdon välillä on havaittavissa tasainen jakauma. Ainoastaan kolme vastaajista jätti vastaamatta tähän kohtaan.

Taulukko 21. Raikkaan syötävän tai juotavan tarjoaminen potilaalle (n=32)

Syötävän/ juotavan tarjoaminen	n	%
En koskaan	7	20,0
Harvoin	10	28,6
Silloin tällöin	7	20,0
Usein	7	20,0
Aina	1	2,9
Yhteensä	32	91,4
Vastaamatta jättäneet	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

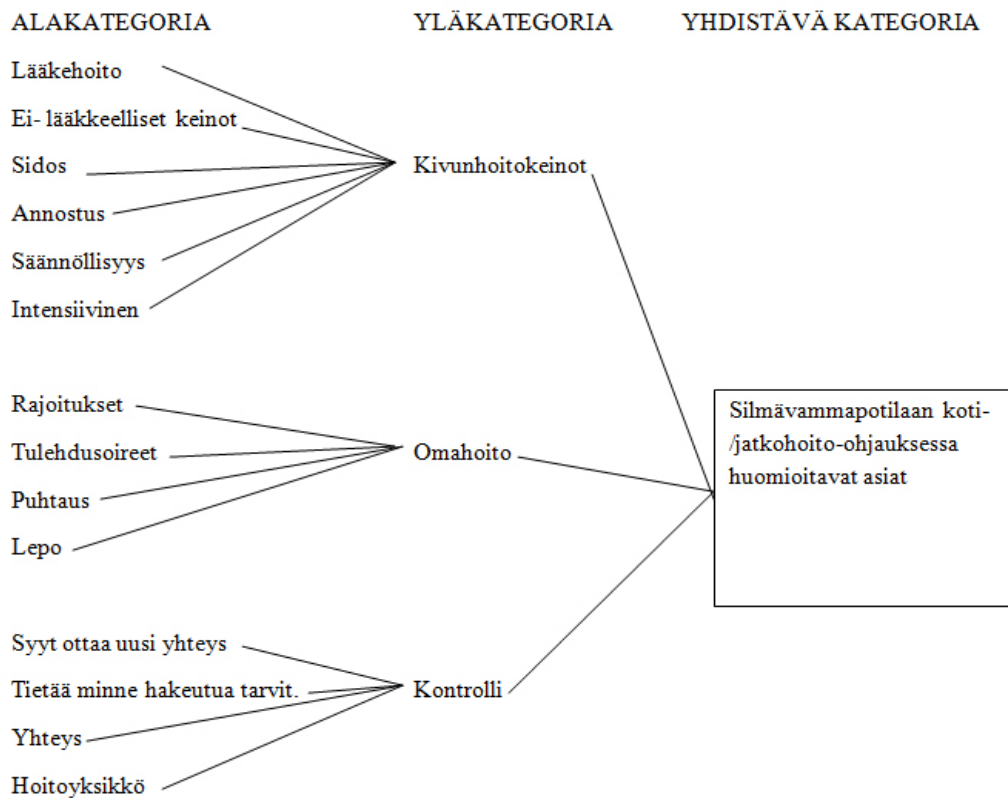
Viimeinen kohta (9f) oli avoin, johon vastaajat saivat kirjoittaa muita käyttämiään hoitotyön keinoja hoitaa silmävammapotilaan kipua. Avoimia vastauksia tuli 13. Kivulääkityksen antaminen oli mainittu yhdeksässä vastauksessa. Lisäksi neljässä lomakkeessa oli mainittu keskustelu potilaan kanssa ja potilaan kuuntelu. Yksi vastaaja oli maininnut seuraavansa potilaan psyykettä.

Kysymyksellä 20a selvitettiin, millaisia lääkkeitä vastaajat käyttävät silmävammapotilaan kivunhoitoon suun kautta. Avoimen vastauksen antoi 29 vastaajaa. Suurin osa (21) vastaajista mainitsi Paracetamolien tai Ibuprofeenin tai niiden kaupanimen. Seitsemän vastaajaa lisäsi em. lääkkeiden lisäksi opiaatit tai jonkin opiaatin kaupanimen (Oxynorm). Osa vastaajaa oli ilmoittanut vain "lääkärin määräyksestä" ilman vaikuttavia aineita tai kaupunimiä.

Kysymyksellä 20b haluttiin selvittää, millaisia lääkkeitä vastaajat käyttävät silmävammapotilaan kivunhoitoon suonensisäisesti annettuna. Vastauksia tuli vajaa puolet (14). Kolmessa vastauksessa mainittiin Perfalgan ja yhdessä yleisesti kipulääke. Puolet (7) olivat vastanneet antavan lääkkeitä lääkärin määräyksestä ilman vaikuttavien aineiden nimiä taikka kaupunimiä.

Kysymyksen 20 kohdassa c tiedusteltiin, mitä lääkkeitä lihakseen annettuna vastaajat käyttävät silmävammapotilaan kivunhoitoon. Viidestätoista vastaajasta kuusi ilmoitti Oxanestin. Seitsemän vastasi yleisesti ottaen antavansa lääkkeitä vain lääkärin määräyksestä.

Kysymys 15 oli avoin, jolla selvitettiin mitä seikkoja vastaajat pitivät tärkeänä silmävammoista kärsivän potilaan koti- ja jatkoahoito-ohjauksessa kivunhoidon osalta. Asiaa oli pohdittu monipuolisesti ja vastauksia tuli yhteensä 29. Useassa oli selvitetty monia huomioitavia asioita. Kivunhoitokeinot puhuttivat vastaajia ja niistä kirjoitettiin monisanaisesti. Lääkityksestä – oikea-aikaisesta annostelusta ja säännöllisyydestä sekä ohjeiden noudattamisesta oli maininta 23 vastauksessa. Osa vastaajista huomioi lääkkeiden lisäksi muut kipua helpottavat keinot. Kontrollin tärkeys ja onnistunut omahoito olivat myös keskeisiä asioita, joita oli pohdittu (kuva 4).



Kuva 4. Silmävammapotilaan koti-/jatko-ohjauksessa huomioitavat asiat.

Huomioitavia asioita pohdittiin seuraavin ilmaisin:

"Kipulääkitys tarpeeksi ajoissa ennen kivun yltymistä voimakkaaksi." (lomake nro 12)

"Mitä lääkkeitä saa ottaa ja paljonko, missä tilanteessa kivun luonteesta syytä huolehtua esim. tulehdusoireet. Kipua lievittävät ei-lääkkeelliset keinot." (lomake nro 17)

"Oireenmukaista hoitoa ja riittävän intensiivisesti." (lomake nro 25)

Monessa vastauksessa pidettiin myös tärkeänä kertoa potilaalle syistä, jolloin on tarpeellista ottaa uudelleen yhteyttä hoitavaan yksikköön:

"Potilas tietoinen mitkä ovat syyt ottaa yhteyttä silmäpkl:lle/ -osastolle. Lääkityksen käytöstä saanut ohjauksen." (lomake nro 10)

"Ei anna kivun päästä liian korkealle, tietää minne hakeutua jos kipu ylittää ns. normaalirajat." (lomake nro 26)

"Kivun luonteen muutos → heti yhteys hoitoyksikköön samoin jos näkö alenee." (lomake nro 30)

Kuusi vastaajaa huomioi omahoidon merkitystä sekä mahdollisten rajoitusten noudattamista:

"... Rajoitukset ohjeen mukaan." (lomake nro 5)

"Mahd. tulehdusoireiden seuranta ja hakeutuminen hoitoon jos jotain epämääräistä ilmenee." (lomake nro 9)

"... Hygienia. Mitkä saattavat pahentaa vammaa. ... Koska yhteys sairaalaan kotoa, jos tilanne hankaloituu." (lomake nro 32)

10.6 Silmäkivun tarkkailemiseen käytettävät keinot ja silmäkivun arviointi

Kolmas tutkimusongelma oli, mitä keinoja potilaan kivun tarkkailuun käytetään. Kyselylomakkeen kuudennella (a – d) kysymyksellä selvitettiin vastausta tähän ongelmaan. Valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi lopussa oli myös avoin kohta.

Kysymyksessä 6a tiedusteltiin, minkä verran vastaajat käyttävät kuuntelua potilaan kipua tarkkaillessaan. Tähän kysymykseen 34 vastaajasta selvästi suurin osa, yli kolme neljäs osaa (n=28) vastaasi aina kuuntelevansa potilasta. Usein kuuntelua käytti kuusi vastaajaa. Kysymykseen vastaamatta jätti yksi henkilö. (Taulukko 22).

Taulukko 22. Kuuntelun käyttäminen apuna kivun tarkkailussa (n=34)

Potilaan kuuntelu	n	%
Usein	6	17,1
Aina	28	80,0
Yhteensä	34	97,1
Vastaa- matta jät- täneet	1	2,9
Yhteensä	35	100,0

Kyselylomakkeen kohdassa 6b selvitettiin keskustelun käyntiä kivun tarkkailussa. Potilaan kanssa keskustelivat kaikki vastaajat (N=35) usein tai aina ja näin tekevät päätelmiä kivusta. Tulokset ovat koottuna vielä taulukkoon 23.

Taulukko 23. Keskustelun käyttäminen apuna kivun tarkkailussa (N=35)

Keskustelu	n	%
Usein	11	31,4
Aina	24	68,6
Yhteensä	35	100,0

Ihon värin tarkkailua (kysymys 6c) kivun hoidossa vastaajat eivät pitäneet oleellisena asiana. En koskaan, harvoin tai silloin tällöin ihon väriä tarkkailee 19, kun taas vajaa puolet (n=15) usein tai aina. Tämä on selvitetty taulukossa 24.

Taulukko 24. Ihonvärin tarkkailun käyttäminen apuna kivun huomioidussa (n=34)

Ihonvärin tarkkailu	n	%
En koskaan	1	2,9
Harvoin	8	22,9
Silloin tällöin	10	28,6
Usein	9	25,7
Aina	6	17,1
Yhteensä	34	97,1
Vastaamatta jättäneet	1	2,9
Yhteensä	35	100,0

Kipumittarin käyttöä kivun tarkkailussa haluttiin selvittää kysymyksellä 6d. Kuten taulukko 25 osoittaa, 32 vastaajasta vajaa puolet ei käytä kipumittaria koskaan. Harvoin tai silloin tällöin käyttäviä on seuraavaksi eniten. Ainoastaan yksi vastaaja käytti sitä usein. Vastausten keskiarvo on 1,75, joka sanallisesti kertoisi, että vastaajat käyttävät sitä harvoin.

Taulukko 25. Kipumittarin käyttäminen apuna kivun tarkkailussa (n=32)

Kipumittarin käyttö	n	%
En koskaan	16	45,7
Harvoin	9	25,7
Silloin tällöin	6	17,1
Usein	1	2,9
Yhteensä	32	91,4
Vastaamatta jättäneet	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

Avoimeen kohtaan vastasi yhteensä kuusi hoitajaa, jotka tarkkailivat potilaan kipua edellisten toimien lisäksi yleisvointia ja pahoinvointia seuraamalla. Neljä kirjoitti vastaukseksi potilaan käyttäytymisen tarkkailun.

Kivun arvioinnissa käytettäviä apuvälineitä tiedusteltiin kysymyksellä 11. Taulukosta 26 nähdään, että kipumittaria käytti vastaajista ainoastaan 25,7 % (n=9). Muita keinoja kivunarviointiin käytti yli puolet 51,4 % (n=18) vastaajista. Apuvälineitä käyttämättömiä vastaajista oli 22,9 % (n=8).

Taulukko 26. Kivun arvioinnissa käytettävät apuvälineet (N=35)

Kivun arvioinnin apuvälineet	n	%
Kipumittari	9	25,7
Muu	18	51,4
En mitään	8	22,9
Yhteensä	35	100,0

Avoimissa vastauksissa hoitajien käyttämiä muita arviointikeinoja olivat potilaan kanssa keskustelu, kysely, kuuntelu ja tarkkailu/havainnointi (mm. potilaan olemus ja liikehdintä).

Verraten kahta edellistä taulukkoa toisiinsa selviää, että vastaajien määrät eivät ihan täsmää kipumittarin osalta kivun tarkkailussa ja arvioinnissa. Suunta on kuitenkin se, että kipumittari ei ole yleisesti käytössä.

10.7 Silmäkivun kirjaamisen käytännöt

Yksi opinnäytetyön tutkimusongelmista oli selvittää, kuinka kivunhoitoa kirjataan. Kivunhoidon kirjaamisen käytäntöjä kartoitettiin lomakkeen kysymyksellä 10 a-c ja 12 a-g. Kysymykseen 10a vastanneista (N=35) suurin osa 74,3 % kirjasi aina kivunhoitoa potilasasiakirjoihin (hoitosuunnitelmalle). Usein potilasasiakirjoihin (hoitosuunnitelmalle) kirjaavia vastaajista oli 14,3 % sekä silloin tällöin, harvoin tai ei koskaan kirjaavia yhteensä 11,5 %. Erilliselle kipukaavakkeelle kirjaamista tiedusteltiin kysymyksellä 10b. Tähän kysymykseen neljä jätti vastaamatta (n=31). Tulosten mukaan kipukaavake ei ole yleisesti käytössä yhdessäkään tutkimuksessa mukana olleista silmäyksiköstä, sillä vastaajista vain kolme kirjasi kipukaavakkeelle harvoin tai silloin tällöin ja 28 ei koskaan.

Kysymykseen 10c, jossa selvitettiin kivunhoidon kirjaamatta jättämistä, oli vastaamatta jättänyt 11 eli (31,4 %), joten tuloksia ei voida pitää kovin luotettavina. Kuitenkin suurin osa 45,7 % vastanneista vastasi "en koskaan". Harvoin ei kirjannut viisi vastaajaa, silloin tällöin yksi ja usein kaksi vastaajaa. Selvästi siis suurin osa vastaajista kirjasi kivunhoidosta aina tai usein johonkin potilaspapereihin.

Kysymyksellä 12 a-g selvitettiin, millaisia asioita hoitajat kirjaavat kivusta. Tämän kysymyksen lopussa oli avoin kohta, johon hoitajat saivat kirjoittaa muita kirjaamia asioita. Taulukossa 27 on esitetty keskiarvoina kivusta kirjattavat asiat. Mitä lähempänä viittä keskiarvo on, sitä useampi vastaaja kirjasi aina kyseessä olevaa asiaa. Kuten taulukosta näkee, vastaajat kirjaavat lähes aina jokaista kysyttyä asiaa. Kipuun annettu lääkitys ja lääkkeen antoaika ovat yleisimmät asiat, jotka kirjataan. Ainoastaan annetun lääkkeen vaikuttavuuden kirjaaminen on lähempänä usein kirjattua kuin aina kirjattua. Huomioitava seikka on se, että yksikään vastaajista ei ole käyttänyt missään

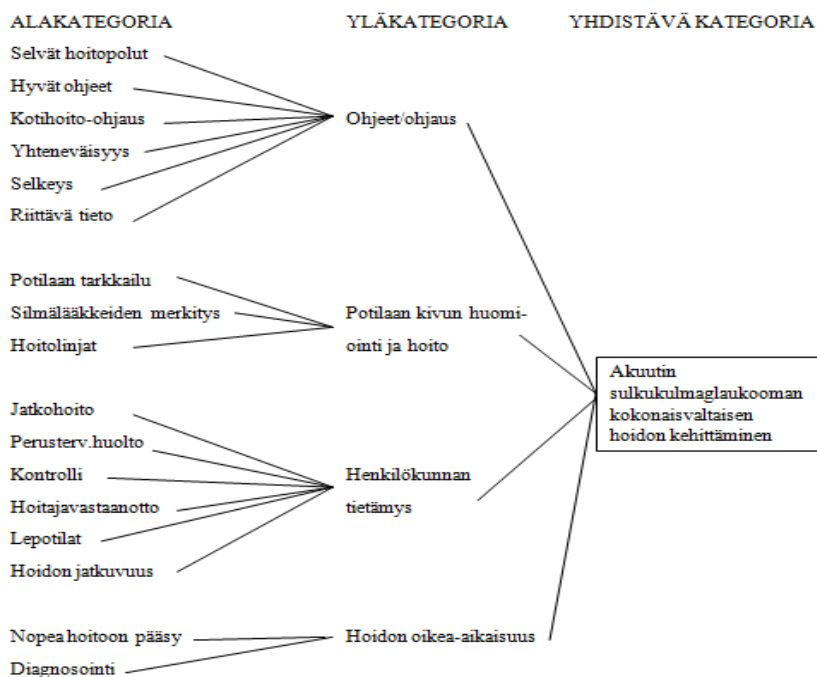
kohdassa vaihtoehtoa en koskaan. Tämä lisää keskiarvojen luotettavuutta tässä kysymyksessä. Avoimeen kohtaan vastasi kaksi hoitajaa, jotka kirjasivat edellä mainittujen asioiden lisäksi potilaan yleisvoinnista ja siitä, kuinka kauan kipu on jatkunut.

Taulukko 27. Kivusta kirjattavat asiat keskiarvoina

Kivusta kirjattavat seikat	n	Keskiarvo
Kipuun annettu lääkitys	35	4,97
Annetun lääkkeen antoaika	35	4,91
Kivun sijainti	35	4,57
Kivun voimakkuus	34	4,35
Kivun luonne	34	4,29
Auttoiko annettu lääke	35	4,11

10.8 Silmätautien hoidon kehittäminen akuutin sulkukulmaglaukooman, silmän eroosion ja silmävammojen piirissä

Kysymyksellä 17 selvitettiin, kuinka akuutin sulkukulmaglaukooman kokonaisvaltaista hoitoa pitäisi kehittää. Vastaajista 14 vastasi tähän avoimeen kysymykseen. Kehittämiskohteiksi nousivat hoidon jatkuvuuden tehostaminen sekä yhtenäisten ja hyvin ohjeiden laatiminen. Vastauksissa tuli esille myös potilaan kokonaisvaltainen huomiointi akuutissa sulkukulmaglaukoomassa tiedon annon ja keskustelun kautta. Tärkeinä seikkoina kokonaisvaltaisessa hoidossa pidettiin potilaan ohjausta ja kivunhoitoa sekä annettavaa lääkitystä ja siitä kertomista potilaalle. Myös hoitohenkilökunnan tietämystä aiheesta joka sektorilla pidettiin huomionarvoisena samoin hoidon oikea-aikaisuutta ja sitä, että potilas saisi viipymättä oikean hoidon. (Kuva 5.)



Kuva 5. Akuutin sulkukulmaglaukoomapotilaan kokonaisvaltaisen hoidon kehittäminen.

Kehittämiskohteita pohdittiin muun muassa seuraavin ilmaisin:

"Tärkeintä on saada laskettua silmänpaine (selvät hoitopolut) Sen jälkeen kun potilaan phv hellittää, voidaan miettiä hoitoa pidemmälle (tipat, kipulääkkeet, laser)."
(lomake nro 4)

"Tehostaa kotihoito-ohjausta, varmistaa, että potilas osaa/muistaa tiputtaa silmätipat tai että hänelle joku laittaa ne säännöllisesti. Perusterveydenhuollossa toimiville henkilöille koulutusta silmlääkkeiden merkityksestä!" (lomake nro 13)

"Potilaan tulee saada riittävästi tietoa, lääkitystä ja tarpeen mukaan keskustelua."
(lomake nro 32)

Kehittämisalueita mietittiin myös työyksikön suhteen. Potilaiden lepotilojen saatavuuteen pitäisi kiinnittää huomiota sekä hoitajavastaanottoa kehittämään:

"...Hoitajavastaanoton kehittäminen." (lomake nro 14)

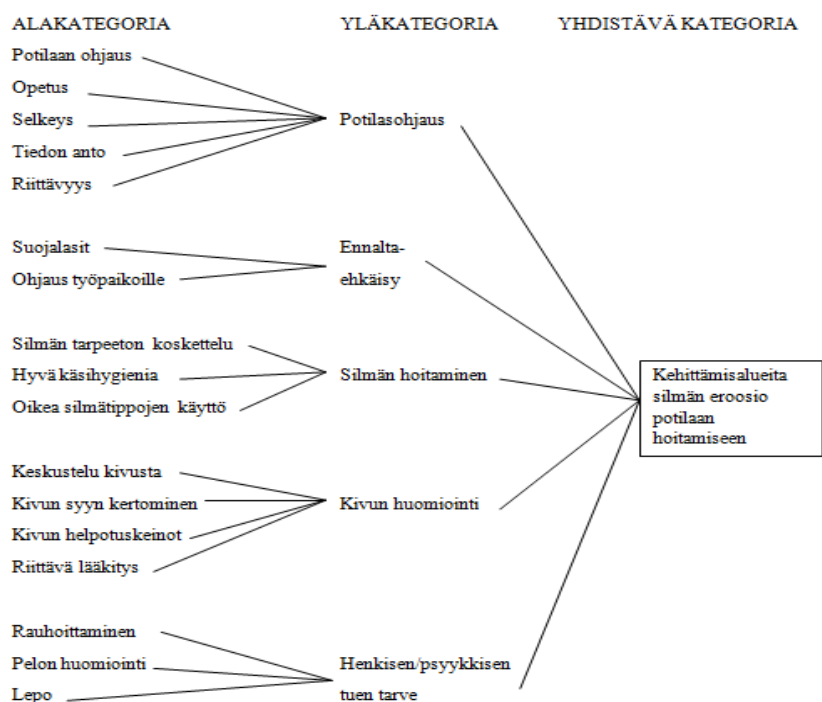
"...Toki omassa yksikössä esim. lepotilojen saatavuudessa olisi toivomisen varaa."

(lomake nro 25)

Hoitoon pääsyä pohdittiin mm. näin:

"Tilanne pitäisi pystyä diagnostisoimaan jo päivystävässä yksikössä ettei potilas joudu odottamaan aamua tai viikonlopun loppumista. Hoidon aloitus mahdollisimman nopeasti." (lomake nro 28)

Kysymyksellä 19 tiedusteltiin, kuinka silmänerosion kokonaisvaltaista hoitoa pitäisi kehittää. Avoimia vastauksia kysymykseen tuli 13, joista suurin osa ei osannut sanoa asiaan mitään. Kehittämialueiksi sisällönanalyysin kautta nousivat potilasohjaus, eroosion ennaltaehkäisy, silmän hoitaminen kotona, kivun huomiointi sekä henkisen/psykykkisen tuen tarve (kuva 6).



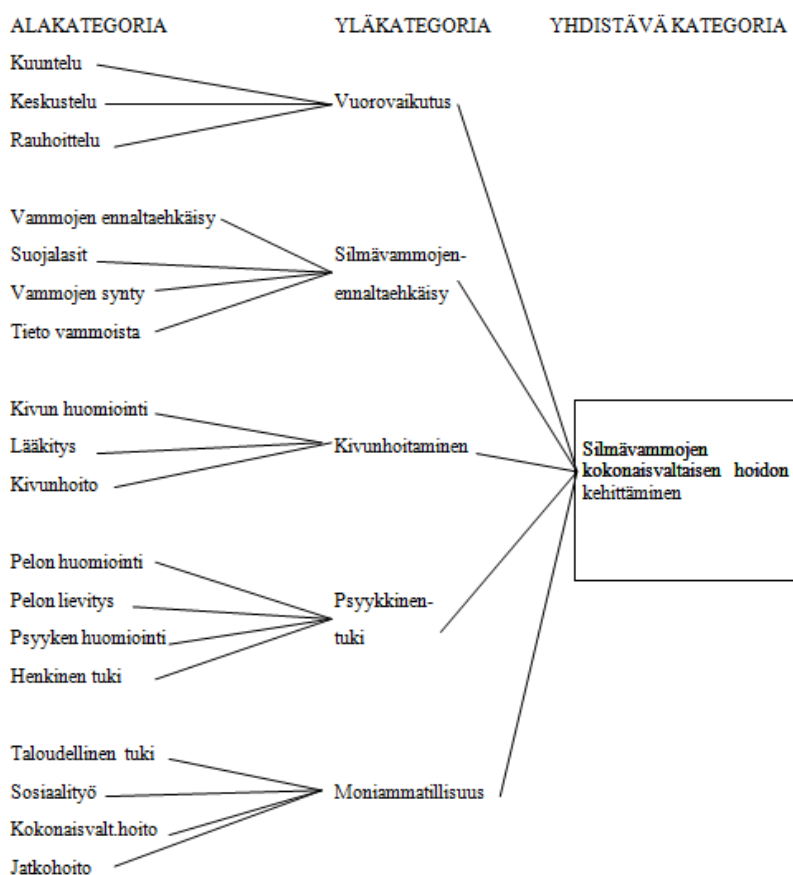
Kuva 6. Silmän eroosiotilaan hoidon kehittämialueita.

Kehittämisalueita silmän eroosiotilaan hoitoon pohdittiin seuraavin ilmaisin:

"Potilasta tulee ohjata niin, että hän tietää mistä kipu johtuu ja kuinka sitä voi helpottaa. Keskustelua kivusta." (lomake nro 4)

"Enemmin ohjausta/ tietoa työpaikalle esim. suojalaseista missä eroosiot ovat usein tapahtunu tai tietoa ihmisille yleensä." (lomake nro 20)

Silmävammojen kokonaisvaltaisen hoidon kehittämistä kysyttiin kysymyksellä 21. Vastaajista 15 vastasi tähän kysymykseen. Sisällön analyysin jälkeen kehittämiskohteiksi nousivat vuorovaikutus, silmävammojen ennaltaehkäisy, kivun hoito, potilaan psyykkinen tukeminen ja moniammatillisen työryhmän panos (kuva 7).



Kuva 7. Silmävammapotilaan kokonaisvaltaisen hoidon kehittäminen.

Hoitotyön kehittämisalueita kommentoitiin seuraavasti:

"Ennaltaehkäisy on tärkeää. Esim. kampanjointi suojalasien käytöstä olisi tärkeää. Kivunhoidosta tulisi tehdä selkeät ohjeet kaikissa silmäsairauksissa." (lomake nro 6)

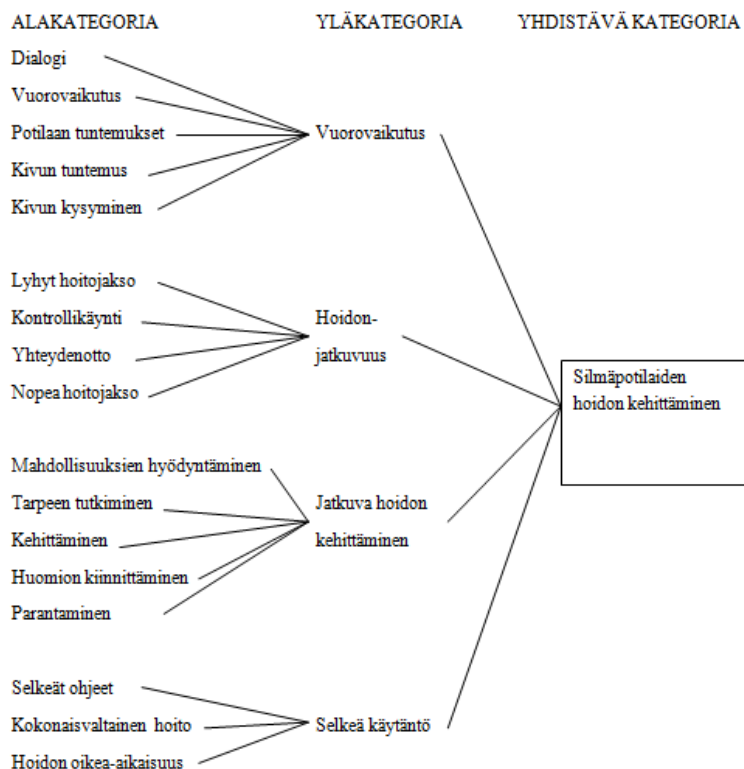
"Selvät ohjeet huuhteluajoista esim. aineista jotka voivat aih. silmävamman, kouluille tietoa liikuntatunneilla tapahtuvista vammoista, suojalasit yms. " (lomake nro 20)

Lisäksi vastaajat näkevät kehittämiskohteena potilaan psyykkiseen tilaan paneutumisen ja mahdollisten pelkojen ottamisen esille. Vastauksissa tuli esille myös potilaan tilanteen hoitaminen kokonaisvaltaisesti moniammatillisuus huomioiden.

"Ei pelkästään vammaisilmän hoito, vaan myös potilaan kokonaisvalt. hoito, mm. henkinen ja taloudellinen tilanne huom. ottaen." (lomake nro 15)

"Vakavan trauman jälkihoito, varsinkin jos näkö menetetään. Henkinen tuki ym. sos.työntekijä." (lomake nro 16)

Viimeisellä kysymyksellä (nro 22) haluttiin selvittää, onko vastaajilla mielessä muita asioita edellä mainittujen sairauksien potilashoidosta, joita tällä lomakkeella ei huomioitu. Kymmenen henkilöä vastasi tähän avoimeen kysymykseen. Kivun huomiointi nousi monessa vastauksessa usealta eri kantilta esille. Hoidon kehittäminen sekä selkeiden hoitokäytäntöjen saaminen hoitajille olivat keskeisiä kehittämisalueita, joita vastaajat toivat esille Sisällönanalyysin vaiheet (kategoriointi) ovat näkyvissä kuvassa 8.



Kuva 8. Silmäpotilaiden hoidon kehittäminen

Seuraavassa lainauksia, jossa vastaajat saivat tuoda esille mielipiteitään silmäpotilaan hoidosta.

"Aina potilaan tuntemukset, kivun luonne yms. selvitettävä. Osa kohdentaa optimaalisen hoidon, ennen kuin kipu liian kova. " (lomake nro 11)

"Lääkityskysymyksissä vaihtoehtoina lähinnä parasetamoli ja ibuprofeeni. Toki lääkärin määräyksestä olisi muitakin mahdollisuuksia, mutta yksikössämme ei ole ollut tapana/tarvetta. Tarpeen tutkimisessa varmasti olisi toivomisen varaa. Potilaat harvoin valittavat kipua. Jos pt näyttää kivuliaalta tai oire/vamma antaa olettaa kipua olevan, sitä potilaalta kysyn." (lomake nro 25)

"Kivunhoitoa pitäisi kehittää edelleen. Lääkärit kiinnittävät siihen liian vähän huomiota. " (lomake nro 27)

Oman haasteen kivunhoidolle sekä potilaan kokonaisvaltaiselle huomioinnille tuo lyhentyneet hoitoajat. Potilaat joutuvat omaksumaan tietoa nopeasti ja hoitajien täytyy kiinnittää huomiota potilaan uuteen tilanteeseen. Yksi vastaaja koki, että hoito on hyvää nykyisellään ja sillä on saatu tuloksia aikaan.

"Hoidot ovat nopeutuneet ja tulokset ovat hyviä. Hoito on ok!" (lomake nro 20)

10.9 Yhteenveto tuloksista

Yhteenvetona tuloksista voidaan sanoa, että suurimmalla osalla silmäyksikössä työskentelevistä hoitajista on jo pitkä työkokemus. Lisäkoulutusta he ovat hakeneet erilaisilta luennoilta sekä vuosittain järjestettäviltä silmähoitajapäiviltä.

Akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivän potilaan hoidossa käytettiin hoitotyön keinoina yleisimmin potilaan asennon parantamista, potilasvuoteesta ja peitteestä huolehtimista. Vastaajat mainitsivat kipulääkkeiden tehoavan huonosti kohtauksen hoidossa ja sen takia paineenalennuslääkkeiden käytön nopea aloitus on tärkeää, sillä kun silmänpaine laskee, yleensä myös kipu helpottaa. Silmänpaineen alennus koettiin tärkeimmäksi keinoksi hoitaa kipua. Kuitenkin kipulääkkeitä käytetään kohtauksen hoidossa. Koti- ja jatkohoito-ohjausta potilaalle kerrottaessa kaksi tärkeintä, painotettavaa asiaa olivat: minne ottaa yhteys tarvittaessa uudelleen, jos vaiva jatkuu tai kotona tulee ongelmia sekä silmälääkkeiden oikeaoppinen käyttö.

Silmän eroosipotilaan kipua hoidetaan yleisimmin seuraavilla hoitotyökeinolla: tilan pimentäminen, potilaan asennosta huolehtiminen sekä silmälle peittosidoksen asettaminen. Lääkehoitona suurin osa käyttää Paracetamolia tai Ibuprofeenia, joka riittää eroosion aiheuttamaan kipuun. Eroosipotilaan koti- ja jatkohoidon ohjauksessa vastaajat pitivät tärkeänä kivunhoitoon sekä silmän peittohoitoon paneutumisen.

Silmävammapotilaan kipua hoidetaan hoitotyön keinoista yleisimmin myös potilaan asennosta huolehtimisella ja potilaan kuuntelulla. Silmävammojenkin hoidossa yleisimmin käytetyt lääkkeet ovat Paracetamol ja Ibuprofeeni ja niiden lisäksi tarpeen mukaan opiaatit. Lihakseen ja suoneen annettavia lääkkeitä käytetään vammaapotilaiden hoidossa useammin kuin akuutin sulkukulmaglaukooman tai eroosion. Johtopäätös miksi näin on – silmävammapotilaat ovat kivuliaampia, jolloin tarvitaan vahvem-

pia lääkkeitä. Koti- ja jatkohoito-ohjauksessa huomioitiin lääkehoito sekä minne ottaa tarvittaessa yhteys uudelleen samoin kuin muissakin sairauksissa.

Kivun tarkkailemisessa ja sen arvioinnissa käytettiin apuna useimmiten potilaan kuuntelua ja tarkkailua sekä keskustelua hänen kanssaan. Kipumittari ei ole suuressa suosiossa kivun tarkkailussa ja arvioinnissa – vastaajista puolet ei käytä sitä koskaan.

Akuutin sulkukulmaglaukooman hoidon kehittämiskohteina nähtiin tilanteen nopeampi diagnosointi, jolloin hoidon aloitus ei viivästyisi sekä tiedon lisääminen sairaudesta potilaalle. Eroosipotilaan hoidon kehittämisehdotuksiin suurin osa vastaajista ei osannut sanoa mitään kun taas vammaapotilaan hoidon kehittämiskohteet suunnattiin ennaltaehkäisyyn, jottei vammoja syntyisi.

Vastaajien mielestä kivunhoidossa olisi kaikilla ammattiryhmillä edelleen kehitettävää. Nykyään potilaat viipyvät sairaalassa lyhyen ajan, joka lisää koti-/jatkohoidon merkitystä. Osa vastaajista näkee hoidot ja niiden tulokset nykyisellään hyvinä.

11 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia keinoja silmäyksiköissä työskentelevät hoitajat käyttävät silmävamma- ja silmänerosio sekä akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivän potilaan hoitamiseen. Lisäksi opinnäytetyöllä pyrittiin selvittämään miten silmäkipua kirjataan ja arvioidaan. Aiemmat tutkimukset eivät ole käsitelleet laajemmin silmäkipun hoitoon käytettäviä keinoja. Opinnäytetyö toteutettiin postikyselynä ja analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä sekä tilastollisia menetelmiä. Kyselylomakkeilla saatiin asiasisällöltään hyviä vastauksia, vastausprosentti jäi kuitenkin hieman alle odotetun.

11.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Kalson ja Kontisen (2009, 54 – 55) mukaan kivun mittaamista tarvitaan kliinisten hoitovasteiden seurannassa. Akuuttia kipua ja sen kehittymistä voidaan mitata ja seurata, kuten esim. kuumekäyrää. Kirjattaessa kipua potilaan sanoin raportoinnissa potilasasiakirjoihin siirtyy potilaan kokema kipu ja sen määrä hoitohenkilökunnan näkemysten sijasta. Erilaisilla kipuasteikoilla pyritään selvittämään pääasiassa kivun voimak-

kuutta. Yleisin, käytössä oleva kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS. Silmäkivun tarkkailuun vastaajat käyttivät lähes aina dialogia potilaan kanssa ja sen lisäksi potilaan yleisvoinnin seuranta. Ihon väriäkin seurattiin, mutta se oli vähäisempää. On huomion arvoista, että käytännössä kipumittaria ei käytetä lähes lainkaan kivun tarkkailussa tämän opinnäytetyön tulosten mukaan. Puolet vastaajista ilmoitti, ettei käytä kipumittaria koskaan. Voidaankin pohtia, kokevatko hoitajat saavansa enemmän tietoa potilaan voinnista dialogilla, etteivät he koe tarvitsevansa enää asteikkoa. Asiantuntijoiden mukaan voidaan kuitenkin tehdä havainto, että kipumittarin käyttö on helppoa ja vaivatonta (vrt. Kalso & Kontinen 2009, 54 – 55).

Järven (2002, 18 – 22) projekti Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Silmäklinikalla sai alkunsa, kun ylihoitaja otti silmäpotilaan kivunhoidon arvioinnin esille osastokokouksessa. Klinikalla sovittiin potilaan silmäkivun arviointimittarin käyttöönotosta keinona saavuttaa tavoitteita hoitotyön toimintasuunnitelmassa. Työryhmä kehitti lomakkeen "akuutin silmäkivun arviointi", johon voitiin kirjata potilaan arvio silmäkivusta tulotilanteessa, silmäkipua helpottavat ja pahentavat tekijät, sekä aika, kivun laatu, aste sekä toimenpiteet ja huomiot. Opinnäytetyöni tuloksissa kävi ilmi, ettei lomake ole käytössä tutkimuksessa mukana olleisiin silmäyksiköihin. Tämän voi päätellä siitä, että 28 vastaajaa ei kirjaa kipulomakkeelle koskaan vaan kirjaaminen tapahtuu potilasasiakirjaan (hoitosuunnitelmaan).

Järven (2002, 18 – 22) luotsaaman projektin aikana silmäkivun kirjaaminen kehittyi huomattavasti Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Silmälinikalla. Ennen heidän projektinsa alkua vain neljäsosassa hoitosuunnitelmista oli mainintaa päivystyspotilaan kivusta. Projektin aikana sama osuus nousi 64 %:iin. Samalla käyttöön otettu kivunhoidon arviointilomake monipuolisti kirjaamista ja kivun huomiointia polikliinissä hoitamisessa. Tämän opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että hoitajat kirjaavat kivusta lähes aina kivun sijainnin, luonteen, voimakkuuden sekä annetun lääkkeen, antoajan ja autoiko annettu lääke potilasasiakirjaan (hoitosuunnitelmaan). Lisätietoa asiaan lienee tuonut vielä se, jos olisi kysytty, kuinka usein kirjaus kivusta suoritetaan. Tämä asia olisi vaikuttanut osaltaan myös tulosten luotettavuuteen.

Akuuttia sulkukulmaglaukoomaa sairastavien potilaiden kipua hoidetaan huomioimalla potilasvuode ja peite sekä potilaalle hyvä asento. Tilan pimentämistä sen sijaan käytettiin harvemmin, myöskään kylmäpakkauksen käyttö ei ollut kovin yleistä. Akuutis-

ta sulkukulmaglaukoomasta kärsivälle potilaalle tarjottiin harvoin syötävää ja juotavaa. Tätä selittää ehkä osaltaan se, että potilaat ovat usein pahoinvoivia ja oksentelevia (vrt. Airaksinen & Tuulonen 2001, 280; Hietanen ym. 2005, 100, 102). Kysymyksen avoimesta vastauskohdasta suoritettu sisällönanalyysi antoi myös osviittaa potilaiden pahoinvoinnista ja sen huomioinnista. Vuorovaikutus potilaan kanssa kipuun liittyvistä asioista koettiin yhtenä keinona luoda kipuun helpotusta.

Akuutin sulkukulmaglaukooman lääkehoidosta tiedusteltaessa, vastaajat huomioivat ensisijaisesti paineenalennuslääkkeiden antamisen. Vastauksissa perusteltiin asiaa siten, että paineenalennus on tehokkain kivunlievityskeino. Useat vastaajat kommentoivat juuri em. mainittua asiaa eli, kun silmänpaine saadaan laskemaan myös silmäkipu helpottuu niin kuitenkin hyvin monissa vastauksissa kävi ilmi Paracetamolil- tai Ibuprofeenin antaminen silmäkipuun. Herää kysymys siitä, millainen rooli Paracetamolilla ja Ibuprofeenilla akuutin sulkukulmaglaukooman hoidossa lopulta on, vaikka niitä käytetään paljon. Tuloksista ei käy ilmi tämä yhtälö.

Suonensisäisesti yleisimmin käytettiin Mannitol-infuusiota, jonka listasi kahdeksan vastaajaa 25:stä. Mannitolia käytetään, kun elimistön kokonaisnestemäärä nousee liian korkeaksi. Mannitol saa aikaan ns. osmoottisen vesidiureesin, eli munuaistiehyissä se imee runsaasti vettä, jolloin virtsamäärä lisääntyy. Vaikutus alkaa muutamissa minuuteissa. (Nurminen 2006, 437). Kuusi vastaajaa taasen listasi käytettävän Diamoxia. Tämän kysymyksen kohdalla täytyy ottaa huomioon se, että kahdeksan vastaajaa ei maininnut mitään lääkkeen nimeä vaan toteuttaen lääkehoidon lääkärin määräyksen mukaisesti. Samoin tiedusteltaessa lihakseen injisoitavia lääkkeitä, vastauksista kahdeksassa mainittiin ainoastaan lääkärin määräyksestä toteuttaa lääkehoitoa. Kysymyksen luotettavuus kärsii, kun haluttiin tiedustella valmisteita. Kuitenkin kolme vastasi käytettävän Diamoxia ja kaksi vastaajista listasi Oxanestin. Samoin kaksi vastasi, että heillä harvoin käytetään lihakseen annettavia kipulääkkeitä akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivien potilaiden kohdalla.

Koti- ja jatkohoito-ohjeita annettaessa huomioitaviksi seikoiksi nousi minne ottaa yhteys ongelmatilanteissa, lääkityksen oikeanlaisen käytön opastaminen ja sairauden pahenemisvaiheen tunnistaminen. Koti- ja jatkohoito-ohjaus on tärkeässä osassa potilastyötä. Varsinkin, kun hoitoajat ovat lyhyitä. Vastaajat huomioivat lääkityksestä kertomisen. Voidaan päätellä, että hoitajat pitävät sitä tärkeänä, sillä Hietanen ym. (2005,

28) korostavat, että silmlääkkeet ovat lääkkeitä siinä missä esimerkiksi suunkautta annosteltavatkin. Ne määrätään hoitamaan sairautta tai ehkäisemään sitä taikka sen pahenemista. Silmlääkkeillä on annostelujärjestys, joka on hyvä tietää kotona. Hoidon onnistumisen kannalta on potilaan hyvä tietää lääkkeiden tärkeys.

Silmän eroosipotilaan kivunhoidossa yleisemmin käytettäviä hoitotyönkeinoja ovat tilan pimentäminen ja potilaan asennosta huolehtiminen. Silmän peittäminen monoculksella tuli esille avoimissa vastauksissa. Lääkehoitona eroosipotilaan kohdalla käytetään Paracetamolia ja Ibuprofeenia suunkautta annosteltavista. Lääkehoidosta suomensisäisesti tai lihakseen injisoiden ei voida antaa luotettavia tuloksia, sillä enin osa vastaajista oli vastannut antavansa ko. lääkkeitä vain lääkärin määräyksestä.

Koti- ja jatkohoidon ohjauksessa pidetään tärkeänä lääkehoidon oikeaoppisen käytön opetus ja silmän peittohoidosta kertomista, sillä se auttaa myös kipuun. Jatkohoidon huomiointi ohjaustilanteessa koettiin myös tärkeänä. (Vrt. Hietanen ym. 2005, 28-29.)

Myös silmävammoissa potilaan asennon huomiointia ja dialogia potilaan kanssa pidettiin tärkeinä kivunhoidon kannalta. Kipulääkkeistä yleisimmin käytössä ovat Paracetamol ja Ibuprofeeni. Koti- ja jatkohoito-ohjauksessa silmävammapotilaan kohdalla esiin nousivat kivunhoitokeinot, omahoidon ja kontrollin tärkeys.

Silmäpotilaan kokonaisvaltaista hoitoa vastaajat kehittäisivät kaikissa em. sairauksissa/vammoissa suhteellisen samalla tavalla. Potilasohjeet kuten myös yhtenäiset linjat henkilökunnalle nousivat esille kehittämiskohteina. Silmävammojen ennaltaehkäisyä pidettiin suuressa osassa, kehittämisalueita pohtiessa. Myös Hietanen ym. (2005, 118) toteavat, että silmävammojen paras hoito on niiden ehkäisy. Kivunhoito oli myös yksi esille noussut asia silmäpotilaan hoidossa. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että silmäkivun hoitoa pidetään vaativana. Tässä opinnäytetyössä tulee hyvin esille, mitä keinoja hoitajat käyttävät.

11.2 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi

Ensimmäisenä edellytyksenä tutkimuksen luotettavuudelle on, että se on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteereiden mukaisesti. Hyvässä määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimusraportissa tutkija arvioi koko tutkimuksen luotettavuutta

kahdella käsitteellä, jotka ovat validiteetti eli pätevyys sekä reliabiliteetti eli tarkkuus. Tutkimuksen koko luotettavuuden kannalta on tärkeää, että saadaan edustava ja tarpeeksi suuri otos, korkea vastausprosentti sekä kysymykset mittaavat oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. (Heikkilä 2004, 185 – 188.)

Tutkimuksen validiteetti kuvaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata eli miten tutkija on onnistunut siirtämään teoriassa käytetyt käsitteet lomakkeeseen. Validiteetti on mittaustulosten kannalta ensisijainen peruste, sillä, jos ei mitata oikeaa asiaa ei reliabiliteetilla ole merkitystä. Kyselytutkimuksessa validiteettiin suurin vaikuttava tekijä on, miten onnistuneita tutkimuskysymykset ovat, eli saatiinko niiden avulla vastaus tutkimusongelmiin. Tämä tarkoittaa sitä, miten tutkittavat ovat ymmärtäneet kyselylomakkeen kysymykset. Vastauksiin tulee vääristymiä, jos vastaajat eivät ajattele, kuten tutkija oletti. Näin ollen tutkimuksen validiteetti tulee huomioida jo kysymyslomaketta rakentaessa sekä käsitteitä, perusjoukkoa ja muuttujia määriteltäessä. (Heikkilä 2004, 186; Vehkalahti 2008, 41; Vilka 2007a, 161; Vilka 2007b, 150.)

Osa tutkimuskysymyksistä olisi vaatinut lisätarkennusta, esim. "silmävammat" -termin alle olisi pitänyt luetella, mitä vammoja tässä yhteydessä tarkoitetaan. Opinäytetyön validiteettia heikentää osa huonosti muotoiltuja tutkimuskysymyksiä. Myös eroosiota koskevat kysymykset olisi pitänyt tarkentaa koskemaan sarveiskalvon eroosiota. Koska hoitajat toteuttavat lääkehoitoa lääkärin ohjeiden mukaan, lääkehoitoa koskevissa kysymyksissä olisi voitu kysyä "Mitä lääkkeitä teidän yksikössänne käytetään yleisemmin lääkärin määräyksestä?". Näin vastaukset olisivat olleet vielä tarkempia. Kokonaisuudessaan validiteettia voidaan pitää kuitenkin hyvänä, sillä lomake tutki sitä, mitä oli tarkoituskin tutkia.

Vilka (2007a, 161) määrittelee reliabiliteetin mittauksen kyvyksi tuottaa tarkkoja eli ei-sattumanvaraisia tuloksia. Käytännössä tämä tarkoittaa, että toistettaessa mittaus saadaan sama tulos tutkijasta riippumatta. Tutkimuksen reliabiliteettia aivan kuten validiteettiakin tulee arvioida jo tutkimuksen aikana, mutta siihen liittyviä asioita voidaan tarkastella myös tutkimuksen jälkeen. Reliabiliteetissa tarkastellaan mittaukseen liittyviä seikkoja ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Tutkimuksen tarkkuus merkitsee sitä, ettei tutkimukseen sisälly satunnaisvirheitä. (Vilka 2007b, 149 – 150.) Niiden aiheuttajina voivat olla otanta ja erilaiset mittaus- sekä käsittelyvirheet. Esi-

merkiksi mitä pienempi otos on tehty, sitä sattumanvaraisempia tulokset ovat. (Heikkilä 2004, 187.)

Kyngäs & Vanhanen (1999, 10) pitävät luotettavuuden kannalta sisällönanalyysin ongelmana, ettei tutkija pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti. Heidän mielestään tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Ongelmaa ei pidetä siinä tapauksessa merkittävänä, jos tutkimuksessa on analysoitu ainoastaan ilmisisältöä.

Sisällönanalyysin haasteena luotettavuuden lisäksi on se, kuinka tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksessa tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineiston ja tulosten välillä. Sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta tärkeää on, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tulosten ja aineiston välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2005, 36 – 37.) Sisällön analyysin luotettavuutta tämän aiheen kannalta on vaikea arvioida, sillä aiheesta on hyvin vähän aiempia tutkimuksia. Kuitenkin tulokset vaikuttavat toden tuntuisilta.

Monet tutkijat kuten Kyngäs & Vanhanen (1999, 10 – 11) sekä Latvala & Vanhanen-Nuutinen (2005, 37) pohtivat tutkimuksen luotettavuuden lisääntyvän käytettäessä Face-validiteettia. Sillä tarkoitetaan, että tutkimustulokset esitetään henkilöille, joita dokumentit koskevat tai joille tutkittava ilmiö on muuten tuttu. Näin ollen heitä pyydetään arvioimaan tulosten luotettavuutta. Tämän opinnäytetyön kohdalla ei Face-validitettia käytetty, joka hieman heikentää luotettavuutta.

Mittaustulosten luotettavuuteen vaikuttavat myös yksilölliset erot. Henkilöiden ominaisuudet, kyvyt sekä taidot vaikuttavat siihen, kuinka he vastaavat kyselylomakkeeseen. Tämän takia on mahdollista, että toistettaessa mittaus ryhmien väliset erot johtuvatkin ainoastaan yksilöllisistä eroista. Otannan johdosta ryhmiin on tullut henkilöitä, joilla on eri määrä mitattavaa ominaisuutta. (Nummenmaa 2004, 175 – 176.)

Tuloksissa esiintyvä virhe voi olla satunnaista. Satunnaisvirhe voi aiheutua esimerkiksi huomaamattomista muutoksista mittausolosuhteissa tai yleisesti ottaen kaikista tekijöistä, joita ei pystytä kontrolloimaan mittaustilanteessa. Tämänkaltaiset tekijät aiheuttavat satunnaisesti jakautunutta mittausvirhettä. (Nummenmaa 2004, 175 – 176.) Ti-

lastollinen analyysi suoritettiin PASW:lla, jolloin esim. näppäilyvirhe tuloksia kirjoittaessa on ollut mahdollinen.

Opinnäytetyön aineiston hankinnassa on käytetty alan aikaisempaa teoriatietoa käsitteleviä lähteitä; kirjallisuutta sekä tieteellisiä lehtiä. Valitut lähteet ovat olleet 2000-luvulta. Näin ollen teoriatieto on tuoretta, luotettavaa ja ajantasaista. Internet-lähteitä käytettäessä tarkistettiin niiden olevan luotettavia, kuten tunnetun organisaation sivut.

Luotettavuutta heikentävänä tekijänä työssä pidetään sitä, ettei aiheesta ole kovin paljon aiempaa tutkimustietoa vertailun kohteeksi. Silmäsairauksia on kyllä tutkittu, mutta suurin osa tutkimuksista ei käynyt tähän opinnäytetyöhön. Vastausprosentti oli kohdalainen, mutta vastaajat eivät olleet jättäneet kovin monia kysymyksiä tyhjiksi. Tässä opinnäytetyössä otos jäi melko pieneksi. Verraten opinnäytetyön tuloksia aiempaan teoriatietoon löytyy niiden väliltä yhtäläisyyksiä, mikä tukee luotettavuutta. Koska tutkimusjoukko oli pieni, tuloksia ei voida yleistää, mutta ne ovat suuntaa antavia silmäkivunhoidon tilanteesta Suomessa. Luotettavuutta parantaisi osaltaan se, että otanta olisi ollut määrältään suurempi.

Kyselylomakkeen rakennuksen luotettavuuteen vaikutti esitestaus, joka suoritettiin Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean silmäyksikössä. Viimehetken muutos tehtiin vielä tutkimussuunnitelman lukeneen henkilön huomioinnin perusteella.

Kyselylomakkeeseen vastattiin asiallisesti ja suurin osa lomakkeen saaneista oli sen täyttänyt. Tämä merkitsee, että asia kiinnostaa vastaajia. Osa oli kirjoittanut lomakkeen loppuun, että aihe on tutkimuksen arvoinen. Tämä antoi tekijällekin lisäpotkua jatkaa.

Tutkimukseen vastanneista lähes kaikki olivat sairaanhoitajia ja työkokemusta suurimmalla osalla oli yli 10 vuotta silmätautien parista. Erikoiskoulutusta silmätauteihin heistä ei ollut kuin kahdella, mistä voidaan päätellä, että käytäntö on opettanut heitä työhönsä. Tämän luotettavuutta lisää se, että työpaikkakoulutusta vastaajista oli lähes kaikilla. Avoimilla vastauksilla saatiin selville, että silmähoitajapäivät ovat suosittu tapa hakea lisätietoa.

11.3 Tutkimuseettiset näkökohdat

Hoitotyössä etiikalla tarkoitetaan tiedonala, joka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä ammatillisen hoitotyön yhtenä osana. Hoitotyöntekijä joutuu usealla tavalla kosketuksiin tutkimuksen kanssa. Käytännössä hoitotyöntekijä etsii esimerkiksi tutkimuksista perusteita päätöksenteolle tai toiminnalleen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 23, 360.) Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä käytäntöä eli tutkimusetiikkaa, jolla tarkoitetaan niiden eettisten kysymysten tarkastelua, jotka ovat nousseet esille tutkimuksen suorittamisen eri vaiheissa. Näitä vaiheita ovat tutkimuksen suunnittelu, menetelmien valinta, aineiston kokoaminen ja käsittely sekä tutkimustulosten julkaisu. Tutkimusetiikalla pyritään löytämään vastauksia tällaisiin ongelmiin. Tutkimuseettisestä näkökulmasta asiaa tarkasteltuna tutkimuksen tekemisessä korostuu ennen kaikkea tutkimuksen huolellinen suunnittelu. (Louhiala & Launis 2009, 200; Vilka 2007b, 90, 100.)

Eriksson, Leino-Kilpi & Vehviläinen-Julkunen (2008, 296 – 299) ovat havainneet, että etiikkaa käsittelevässä kirjallisuudessa on kiinnitetty huomiota empiirisen tutkimuksen tietolähteiden kohteluun ja tutkimusaineiston keruun käytännön ratkaisuihin. Yhtä oleellista on kuitenkin miettiä eettisiä velvoitteita myös muissa tutkimusprosessin vaiheissa (Vrt. Louhiala & Launis 2009, 200; Vilka 2007b, 90, 100). Tutkimusongelman määrittelyvaiheessa hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tieteellisesti perusteltua tarvetta tutkimukselle eikä sellaiseksi riitä esimerkiksi tutkijan oman tieteellisen pätevöitymisen kehittyminen. Perustelun tulee rakentua hoitotieteen tai yleensä tieteenalan eetoskelle eli tutkijoiden uskollisuudelle hoitotieteen tehtävää kohtaan. Tutkimusongelman tulee osoittaa kunnioitusta tutkimuskohdetta kohtaan. Tutkimuksen tulee oletettavasti myös tuottaa hyvää ja sen riskien on oltava oikeudenmukaisessa suhteessa oletettavaan voimavaratarpeeseen sekä tuloksiin. Lähdekirjallisuus, joka käsittelee tutkimusaihetta kertoo myös osaltaan tutkijan etiikasta. Tutkimuksen alkuvaiheen tutkimuseettiset pohdinnat muodostavatkin keskeisen osan suunnitteluprosessia. (Eriksson ym. 2008, 296 – 299.)

Tutkijan tehtävänä on minimoida tutkimuksesta kertyvät haitat suhteessa siitä saataviin hyötyihin. Tutkija on vastuussa omassa tutkimuksessa esiintyvistä virheistä ja puutteista sekä tuottamastaan tutkimustiedosta. Tutkija ei saa toiminnallaan tuottaa vahinkoa tutkittavilleen eikä tiedeyhteisölle. Eettisesti tärkeä asia on hyvä muistaa, et-

tä tutkittavan niin halutessa on hänellä aina oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. (Vilka 2007b, 91, 101.)

Vilka (2007b, 100 – 101) pohtii määrällisen tutkimuksen tyypillisimpiä virheitä tutkimuseettisistä näkökulmasta. Hän mainitsee, että yksi seikka virheen aiheuttajana voi olla tutkimusongelman ja tutkimuksen tavoitteen jääminen tutkijalle epäselväksi tai sen hämärtyminen tutkimuksen aikana. Tämän sorttinen asia ilmenee jo tutkimusongelmassa. Tutkimusongelma on näin ollen liian laaja, ja sen alle on laitettu liikaa kysymyksiä. Yhdellä tutkimuksella ei voi vastata koko asiaongelmaan, vaan siitä määritellään ja rajataan tutkimusongelmalla se, mitä halutaan tutkia ja mitata. Tätä asiaa pohdittiin tämän opinnäytetyön kohdalla ja tultiin päätökseen, että pilkotut tutkimusongelmat ovat kokonaisuuksia, jotka nivoutuvat toisiinsa. Silmäkivunhoito on iso osio, johon liittyvät kipu, kivunhoito ja -tarkkailu, arviointi sekä kirjaus. Tämä sisältää paljon asioita, ja hyvään kivunhoitoon liittyvät kaikki em. asiat. Jälkeenpäin ajatellen tarkastelun kohteeksi olisi voinut valita silmäkivunhoidosta yhden aihealueen, johon olisi etsitty syvemmin vastausta.

Tähän opinnäytetyön tutkimukseen tutkimusluvan antoi kunkin silmäyksikön ylihoitaja tai koulutuspäällikkö sairaanhoitopiiristä riippuen. Kaikissa sairaanhoitopiireissä ylihoitajat tai koulutuspäällikkö olivat sitä mieltä, ettei eettisen toimikunnan puolta tarvita. Tutkimukseen osallistuville oli varsinaisen kyselylomakkeen mukaan nidottu saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta. Kirjeessä kerrottiin myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista sekä se, että heidän henkilöllisyytensä ei tule julki. Kirjeeseen oli laitettu myös opinnäytetyöntekijän ja ohjaavan opettajan yhteystiedot siltä varalta, että tutkittavilla nousisi kysymyksiä. Kyseeseen vastaaminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi opinnäytetyöhön. Tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti taattiin siten, että vastaukset tulivat vain opinnäytetyöntekijän käyttöön ja ne hävitettiin analysoinnin jälkeen asianmukaisella tavalla. Joidenkin silmäyksiköiden ylihoitaja tai koulutuspäällikkö oli nimennyt yhteyshenkilön, kelle kyselylomakkeet lähetettiin ja kuka lähetti kerralla kaikki vastaukset takaisin opinnäytetyöntekijälle. Osaan yksiköistä soitettiin ja tiedusteltiin, kenen nimelle lomakkeet voidaan lähettää ja kuka huolehtii niiden takaisinlähetyksestä. Yksiköiden toimintamallit kyselyihin vastaamisen vaiheessa eivät olleet opinnäytetyöntekijän tie-

dossa, joten tältä osin eettisten käytäntöjen toimimiseen opinnäytetyöntekijä ei voi olla varma. Esimerkiksi, kuinka yhteyshenkilö on ohjeistanut laittamaan vastaukset.

11.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan tulevaisuudessa käyttää sairaanhoidossa kertomaan millaisia eri keinoja silmäkipupotilaan hoitoon on saatavilla. Kivunhoitoon erikoistuneet yksiköt sekä kaikki kivunhoidosta kiinnostuneet saavat spesifiä tietoa silmäkipuhoidon tilasta Suomen keskus- ja yliopistosairaaloissa. Tuloksista käy ilmi kehittämistarpeita siitä, kuinka silmäkipun hoitoa voitaisiin parantaa. Sovellettuna tulokset ovat käyttökelpoisia myös muuhun kuin silmäkipunhoitoon. Esimerkiksi tuloksissa käy ilmi, millä keinoilla hoitajat tarkkailevat kipupotilasta, mitä keinoja he käyttävät kipupotilaan kivun arvioimiseen ja millaisia seikkoja he kivusta kirjaavat. Tuloksista pidettiin osastotunti Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean silmäyksikön hoitajille 15.4.2011. Tunnilla tuli ilmi, että he hoitavat silmäkipua samalla lailla, kuin tuloksissa on kuvattu muuallakin hoidettavan.

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksessa tuloksia voidaan hyödyntää opetuksessa, sillä silmätauteja käsitellään koulutuksessa hyvin vähän. Tuloksilla voidaan myös herätellä opiskelijoita pohtimaan kivunhoitoa kokonaisuutena hoitotyössä.

Sairaanhoitajana kiinnitän itse huomiota potilaan kivun moninaisuuteen paljon enemmän tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen. Kivuista kärsivän potilaan tilanteeseen tulee osasta eläytyä ja hänen kipuaan arvioida säännöllisesti unohtamatta kirjaamisen merkitystä. Kipu on käsitteenä laaja, ja se vaikuttaa ihmisen elämään monella tapaa.

Jatkotutkimusehdotuksia voisivat olla esimerkiksi kuinka potilaat kokevat silmäkipuhoidon onnistuneen. Tutkimuskohteena voisi esimerkiksi olla, että oliko kivunhoito riittävää, millaiset kivunhoidon keinot olivat tehokkaita ja mitä potilaat olisivat toivoneet hoitohenkilökunnan tekevän toisin. Toinen ehdotus jatkotutkimusaiheeksi voisi olla hoitajille kivun kirjaamiseen ja arviointiin liittyen. Kuinka kipua kirjataan ja arvioidaan käytännössä? Niin kuin teoriaosassakin todettiin, kivusta kirjataan ja sitä arvioidaan liian vähän. Hoitajille tutkimuksen voisi suorittaa laadullisia menetelmiä käyttäen.

LÄHTEET

- Airaksinen, P. & Tuulonen, A. 2001. Glaukooma. Teoksessa: Saari, K.M. (toim.) Silmätautioppi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.
- Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2008. Ihminen Fysiologia ja anatomia. 1.- 5. painos. Helsinki: WSOY.
- Eriksson, K., Leino-Kilpi, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008 Hoitotiede ja tiedeetiikka. Hoitotiede Vol. 20, 6/2008. S. 295 – 303.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2004. Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa. Tutkiva hoitotyö Vol 2 3/2004, s 16 – 21.
- Friman, P. 2010. Syöpäkivun kokonaishoito. Teoksessa: Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. (toim.) 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. 5. painos. Porvoo: WSOY. S. 318 – 321.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hietanen, J. 2001. Näin hoidan Punainen silmä. Duodecim 2001;117:583 – 9.
- Hietanen, J., Hiltunen, R., Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. Helsinki: WSOY.
- Hietanen, J., Karma, A., & Uusitalo, M. Silmätautien päivystysongelmia. Suomen lääkärilehti 2005;60(34):3247 – 3251.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6., uudistettu painos. Vantaa: TAMMI.
- Hyvärinen, L. 2009. Silmän seudun särky. Lääkäriin käsikirja 3.4.2009. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=. [Viitattu 14.10.2010].
- Iivanainen, A. & Syväoja P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1. painos. TAMMI

Ikäheimo, S. & Sorri, I. 2007. Näin hoidan Silmävammat. *Duodecim* 2007;123:1865 – 9.

Järvi, M. 2002. Akuutin silmä kivun arviointi. *Silmähoitaja-lehti* 3/2002, s. 18 – 22.

Kalso, E. 2009. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M., Vainio, A. (toim.) 2009. *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 104 – 108.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. *Kipu*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 52 – 36.

Kalso, E., Vainio, A. & Estlander, A. 2002. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa: Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) 2002. *Kipu*. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 85 – 107.

Kari, H. & Toivonen, M. 2004. Terveysthuollon toimijoiden välittämä julkisuuskuva terveydenhuollon palvelujen toimivuudesta sanomalehtiartikkeleissa. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto.

Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. 1. painos. Pii-kirjat ky.

Kauppila, M., Axelin, A., Kiuru, M., Koukkula, R., Nikula, S., Onkinen, K., Ratinen, P., Rintala-Salminen, T. & Salanterä, S. 2008. Suomalainen hoitotieteellinen kipututkimus. *Kipuviesti* 2/2008, s. 38 – 40.

Kivelä, T. 2009. Silmätapaturmat. Terveyskirjaston Internet-sivut. Päivitetty 19.1.2009. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00061. [Viitattu 2.10.2010].

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2010. Kivun arviointi. Teoksessa: Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. (toim.) 2010. *Sairaanhoitajan käsikirja*. 5. painos. Porvoo: WSOY. S. 592 – 595.

Kujala, E., Parkkari, M., Salminen, L. & Kivelä, T. 2000. Ilotulitteiden aiheuttamat silmävammat vuodenvaihteessa 1999–2000. *Lääkärilehti* 2000;55(48):4931 – 4936.

Kuusisto, P. 2010. Akuutin kivun hoito. Teoksessa: Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. (toim.) 2010. *Sairaanhoitajan käsikirja*. 5. painos. Porvoo: WSOY. S. 591 – 592.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. Vol. 11, 1/1999. S. 3 – 12.

Laininen, P. 2007. Tilastollisen analyysin perusteet. 5. painos. Helsinki: Otatieto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2005. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY. S. 20 – 43.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. *Etiikka hoitotyössä*. 1. - 3. painos. Helsinki: WSOY.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. *Parantamisen ja hoitamisen etiikka*. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuntoutus. Kymenlaakson keskussairaala. Saatavissa:

http://www.kymshp.fi/koks/koks_kuntoutus.html. [Viitattu 26.9.2010].

Martikainen, P. Sähköpostitiedoksianto 27.9.2010. Kotka: Kymenlaakson keskussairaala.

Martikainen, P. Sähköpostitiedoksianto 5.5.2010. Kotka: Kymenlaakson keskussairaala.

Nummenmaa, L. 2004. *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Helsinki: Tammi.

Nurminen, M-L. 2006. *Lääkehoito*. 7., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Paakkala, M. 2007. Sarveiskalvon eroosio. Lääkäriin käsikirja.

Saari, K. M. 2001. Silmätapaturmat. Teoksessa: Saari K.M. (toim.) Silmätautioppi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa: Sailo E. & Varti A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, s 97 – 110.

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

Salanterä, S. 2008. Kipua kokevan potilaan hyvä ohjaus. Kipuviesti 2/2008, s. 42 – 43.

Silmä. Näkövammaisten keskusliitto. Saatavissa:

<http://www.nkl.fi/kuvat/tietoa/silma.jpg>. [Viitattu 12.10.2009].

Silmätaudit. Kymenlaakson keskussairaala. Saatavissa:

<http://www.kymshp.fi/koks/silmataudit.html>. [Viitattu 2.5.2010].

Summanen, P. 2009. Diabeteksen aiheuttamat silmämuutokset. Päivitetty 19.1.2009.

Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00058. [Viitattu 3.5.2010].

Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Saatavissa: <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/>. [Viitattu 10.8.2010].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1. - 4. painos: Tammi.

Uusitalo, M. 2007. Silmätaudit. Silmäpotilas päivystyksessä. Duodecim 2007;123:2623 – 32.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vehviläinen-Julkunen, H., Pietilä, A-M. 2004. Hoitotieteen tutkimus kivun hoidon perustana. Teoksessa: Vehviläinen-Julkunen, H., Pietilä, A-M. (toim.) Kuopion yliopis-

ton selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35: Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. S. 17 – 34.

Vilka, H. 2007a. Tutki ja kehitä. 1. - 2. painos. Vaajakoski: Tammi.

Vilka, H. 2007b. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi.

Walle, P. 1999. Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Aikaisempien tutkimusten taulukko

Missä, Tutkija(t), Vuosi, Tutkimus	Otos, Menetelmä(t)	Keskeiset tulokset
Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteenlaitos Hannele Kari Marika Toivonen 2004 Terveystieteiden toimijoiden välittämä julkisuuskuva terveydenhuollon palvelujen toimivuudesta sanomalehtiartikkeleissa Pro gradu -tutkielma.	Helsingin Sanomista kerättyjä lehtiartikkeleita 218kpl Induktiivinen kvalitatiivinen sisällönanalyysi	Terveystieteiden alaa kritisoitiin ja sen ongelmista tiedotettiin ahkerasti. Aiheista tiedotettiin päivittäin. Myönteisten asioiden esille tuominen on vaikeampaa.
Kuopion yliopisto, Terveystieteiden opettajankoulutus, Hoitotieteenlaitos Pia Walle 1999 Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta Pro gradu -tutkielma.	12 kipupoliklinikan asiakasta Interventtiivinen haastattelu	Lääkehoito on ensimmäisellä sijalla kivunlievitysmenetelmistä. Haastateltavista ainutkään ei kokenut voivansa hallita kipua. Kipupoliklinikalta suuri apu.
Turun yliopisto, Hoitotieteenlaitos Mervi Flinkman Sanna Salanterä 2004 Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa Tieteellinen artikkeli lehdessä: Tutkiva hoitotyö vol 2 3/2004.	148 kolmen eri päivystyspoliklinikan kotiin pääsevää potilasta Strukturoitu kyselylomake Tilastollinen menetelmä Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Kivun arviointimenetelmiä käytetään vähäisesti. Kivun lääkitys ja sen riittämättömyys.
Helsingin yliopistollinen keskussairaala, silmäkliniikka Maija Järvi, ylihoitaja THM 2002 Akuutin silmäkivun arviointi Tieteellinen artikkeli lehdessä: Silmähoitaja 3/2002.	Kaksi asiantuntijaa sairaanhoitajaa auditoivat neljän päivän aikana yhteensä 87 potilaan hoitosuunnitelmaa Auditointi	Potilaan silmäkivun seurannasta ei ole kirjattu riittävästi ja se on puutteellista. Tulotilanne kivun osalta yleensä kirjataan, mutta sen kehittymistä ei seurata/kirjata. Kivun hoidon jälkeen maininnat kivun hoidosta nousivat huimasti.

<p>Marjo Kauppila, Anna Axelin, Marja Kiuru, Rauni Koukkula, Sirkka Nikula, Kaarina Onkinen, Pirkko Ratinen, Tuula Rintala-Salminen, Sanna Salanterä 2008 Suomalainen hoitotieteellinen kipututkimus. Tieteellinen artikkeli lehdessä: Kipuviesti 2/2008.</p>	<p>Yliopistoissa tehdyt hoitotieteelliset kipututkimukset, jotka kerättiin otsikoiden perusteella yliopistojen Internet-sivuilta</p> <p>Karkea analyysi on tehty abstrakteista</p>	<p>Suomessa pisimmällä ollaan lasten kivunhoitotyön tutkimuksessa. Potilaiden kokemuksia kartoittavia tutkimuksia on tehty runsaasti, mikä on käytännön kehittymisen kannalta hyvä lähtökohta. Tulevaisuudessa kuitenkin tarvitaan lisää tietoa potilaiden toiveista. Sairaanhoitajat ohjaavat potilaita paljon, mutta kivunhoitotyön osalta ohjaukseen liittyvä tutkimus on melko olematonta. Tarvitaan enemmän tietoa millaista ja millä tavoin annettua tietoa potilas tarvitsee.</p>
<p>Turun yliopisto, Hoitotieteenlaitos. Sanna Salanterä 2008 Kipua kokevan potilaan hyvä ohjaus. Tieteellinen artikkeli lehdessä Kipuviesti 2/2008.</p>	<p>Katsaus kivunhoitotyöhön ja potilaan hyvään ohjaukseen</p>	<p>Potilasohjauksen laatuun tulisi kiinnittää nykyään enemmän huomiota. Monissa sairaaloissa toteutetaan potilasohjausta vielä epäsystemaattisesti niin, että ennen oppimistilannetta ei potilaan tarpeita kartoiteta. Ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota potilasopetuksen sisältöön ja menetelmiin. Kirjallisen tiedon tulisi olla tarkkaa, ajantasaista ja vastata kysymyksiin: mitä, miksi, milloin ja missä.</p>

1. Millä keinoin silmäkipua voidaan hoitaa akuutissa sulkukulmaglaukoomassa, silmävammoissa ja silmän eroosiossa?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymyksen numero
Hoitotyönkeinot akuutissa sulkukulmaglaukoomassa	12-14, 20-22	7 a-f
Hoitotyön keinot silmänerosiossa	12-14, 22-23	8 a-f
Hoitotyönkeinot silmävammoissa	12-14, 23-26	9 a-f
Lääketieteelliset keinot	12-14, 19	16, 18, 20
Hoitotyön keinot	12-14, 17, 19	7 a-f, 8 a-f, 9 a-f, 11, 12
2. Millainen on silmähoitajan koulutus ja työkokemus?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymyksen numero
Työpaikkakoulutus	18	3
Erikoistumisopinnot	18	2
Silmäyksikössä työskentelyaika	18	4
3. Mitä keinoja potilaan kivun tarkkailuun käytetään?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymyksen numero
Kipumittari	12-16	6 d
Kipukaavake	16-19	10 b
Kuuntelu/keskustelu	12-13, 16-17	6 a-b
Ihonvärin tarkkailu	14-16	6 c
4. Kuinka kivunhoitoa kirjataan?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymyksen numero
Annettu lääkitys	15-16, 18	12 d-f
Kivun sijainti, luonne ja voimakkuus	15-16, 18	12 a-c
Potilasasiakirja (hoitosuunnitelma)	15-16, 18	10 a
Kipukaavake	15-16, 18-19	10 b
5. Kuinka kipua arvioidaan?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymyksen numero
Kipumittari	17-18	11
6. Millaiset asiat kivun kannalta vaikuttavat jatkohoitoon/kotihoidon ohjaukseen?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymyksen numero
Suulliset ohjeet	14, 18-20	13, 14, 15
Kirjalliset ohjeet	14, 18-20	13, 14, 15
7. Kuinka silmätautien hoitoa voitaisiin kehittää akuutissa sulkukulmaglaukoomassa, silmävammoissa ja silmän eroosiossa?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymyksen numero
Työpaikkakoulutus	18	3, 17, 19, 21
Lisäkoulutus	18	2, 17, 19, 21

Valitse sopivin vaihtoehto ympyröimällä aina numero.

1. Oletko koulutukseltasi?

1) Sairaanhoidtaja

2) Perus-/lähihoitaja

3) Muu, mikä? _____

2. Onko sinulla silmätauteihin jotain erikoiskoulutusta esim. silmähoitajan erikoistumisopinnot?

1) Kyllä, mitä? _____

2) Ei

3. Onko sinulla silmätauteihin jotakin työpaikkakoulutusta?

1) Kyllä, mitä? _____

2) Ei

4. Minkä verran aikaa olet tehnyt silmätautien hoitotyötä?

1) Alle 5 vuotta

2) 5-10 vuotta

3) Yli 10 vuotta

5. Onko työyksikkösi?

1) Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto

2) Itä-savon shp

3) Keski-suomen shp

4) Pohjois-Karjalan shp

5) Satakunnan shp

6. Millä keinoin tarkkailet potilaan kipua? Minkä verran käytät esimerkiksi:

	Aina	Usein	Silloin tällöin	Harvoin	En koskaan
a) Kuuntelua	5	4	3	2	1
b) Keskustelua	5	4	3	2	1
c) Ihonvärin tarkkailua	5	4	3	2	1
d) Kipumittaria	5	4	3	2	1
e) Muu, mikä? _____					

7. Millä hoitotyön keinoin hoidat silmäkipua akuutissa sulkukulmaglaukoomassa?

	Aina	Usein	Silloin tällöin	Harvoin	En koskaan
a) Kipua lievittävä asento	5	4	3	2	1
b) Tilan pimentäminen	5	4	3	2	1
c) Potilasvuoteesta ja peitteestä huolehtiminen	5	4	3	2	1
d) Kylmäpakkaus kivuliaalle alueelle	5	4	3	2	1
e) Raikasta juotavaa/ syötävää	5	4	3	2	1
f) Muuta, mitä? _____					

8. Millä hoitotyön keinoin hoidat silmäkipua silmäneroosiossa?

	Aina	Usein	Silloin tällöin	Harvoin	En koskaan
a) Kipua lievittävä asento	5	4	3	2	1
b) Tilan pimentäminen	5	4	3	2	1
c) Potilasvuoteesta ja peitteestä huolehtiminen	5	4	3	2	1
d) Kylmäpakkaus kivuliaalle alueelle	5	4	3	2	1
e) Raikasta juotavaa/syötävää	5	4	3	2	1
f) Muuta, mitä? _____					

9. Millä hoitotyön keinoin hoidat silmäkipua silmävammoissa?

	Aina	Usein	Silloin tällöin	Harvoin	En koskaan
a) Kipua lievittävä asento	5	4	3	2	1
b) Tilan pimentäminen	5	4	3	2	1
c) Potilasvuoteesta ja peitteestä huolehtiminen	5	4	3	2	1
d) Kylmäpakkaus kivuliaalle alueelle	5	4	3	2	1
e) Raikasta juotavaa/syötävää	5	4	3	2	1
f) Muuta, mitä? _____					

10. Kirjaatko kivunhoitoa?

	Aina	Usein	Silloin tällöin	Harvoin	En koskaan
a) Potilasasiakirjoihin (hoitosuunnitelma)	5	4	3	2	1
b) Erilliselle kipu- kaavakkeelle	5	4	3	2	1
c) En minnekään	5	4	3	2	1

11. Käytätkö kivun arvioinnissa apuvälineenä?

1) Kipumittaria

2) Muuta, mitä? _____

3) En mitään

12. Millaisia asioita kirjaat kivusta?

	Aina	Usein	Silloin tällöin	Harvoin	En koskaan
a) Kivun sijainti	5	4	3	2	1
b) Kivun luonne	5	4	3	2	1
c) Kivun voimakkuus	5	4	3	2	1
d) Annettu lääkitys	5	4	3	2	1
e) Annetun lääkkeen aika	5	4	3	2	1
f) Auttoiko annettu lääke	5	4	3	2	1
g) Muuta, mitä? _____					

Vastaa seuraaviin kysymyksiin sanallisesti

13. Mitä seikkoja pidät tärkeänä akuutista sulkukulmaglaukoomasta kärsivän potilaan kotihoito-ohjauksessa kivunhoidon osalta?

14. Mitä seikkoja pidät tärkeänä silmän eroosiosta kärsivän potilaan kotihoito-ohjauksessa kivunhoidon osalta?

15. Mitä seikkoja pidät tärkeänä silmävammoista kärsivän potilaan kotihoito-ohjauksessa kivunhoidon osalta?

16. Millaista lääkehoitoa käytät akuuttia sulkukulmaglaukoomaa sairastavan silmäpotilaan kivunhoitoon?

a) Suunkautta
annettuna _____

b) Suonensisäisesti _____

c) Lihakseen injisoituna _____

17. Kuinka mielestäsi akuutin sulkukulmaglaukooman kokonaisvaltaista hoitoa pitäisi kehittää?

18. Millaisia lääkkeitä käytät silmänerosiotilaan kivunhoitoon?

a) Suunkautta
annettuna

b) Suonensisäisesti

c) Lihakseen injisoituna

19. Kuinka mielestäsi silmänerosion kokonaisvaltaista hoitoa pitäisi kehittää?

20. Millaisia lääkkeitä käytät silmävammapotilaan kivunhoitoon

a) Suunkautta
annettuna

b) Suonensisäisesti

c) Lihakseen injisoituna

21. Kuinka mielestäsi silmävammojen kokonaisvaltaista hoitoa pitäisi kehittää?

22. Mitä muuta haluat kertoa edellä mainittujen sairauksien potilashoidosta?

Kiitos yhteistyöstä!



Sosiaali- ja terveysala Kotka
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Sairaanhoidon opiskelija Piia Pousi

16.1.2011

Hyvä vastaanottaja!

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja teen opinnäytetyötäni aiheesta silmäkivunhoito- kuinka hoitajat toteuttavat silmäkivunhoitoa?

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää silmäyksiköissä työskenteleviltä hoitajilta, kuinka he työssään toteuttavat silmäpotilaiden kivunhoitoa. Kysely on osa tutkimustani ja vastauksillasi on suuri merkitys työssäni, sillä asiaa ei ole tutkittu juuri lainkaan. Tiedot kokoan tutkimukseeni viidestä eri keskussairaalan silmäyksiköstä, jotka ovat valittu mukaan systemaattisella otannalla. Luvan tutkimuksen tekemiseen olen saanut sairaanhoitopiirien koulutuspäälliköltä tai ylihoitajalta. Kyselylomakkeen tiedot kootaan käyttäen PASW:ia (strukturoidut kysymykset) ja sisällönanalyysiä (avoimet kysymykset). Pyydän ystävällisesti Teitä vastaamaan oheiseen kyselyyn. Vastauksellasi on tärkeä merkitys luotettavien tulosten saamiseksi. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Vastauksia käytetään ainoastaan tähän tutkimukseen ja raportissa kerrotuista tuloksista Teitä ei voida tunnistaa. Vastauslomakkeet hävitetään tutkimuksen jälkeen.

Palauta kyselylomake kirjekuoressa, johon on postimaksu valmiiksi maksettu. Palautus viimeistään 27.1.2011 mennessä.

Koko opinnäytetyöni on luettavissa kesäkuusta lähtien osoitteessa <http://www.theseus.fi>.
Opinnäytetyötä voi hakea tekijän sukunimellä.

Kiitos vaivannäöstäsi!

Jos haluatte lisätietoa tutkimuksesta tai Teillä on muuta kysyttävää, ottakaa yhteyttä:

Piia Pousi piia.pousi@student.kyamk.fi

Voitte ottaa halutessanne myös yhteyttä työni ohjaajaan:

Mirja Nurmi, lehtori mirja.nurmi@kyamk.fi

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyön sv

Piia Pousi

SILMÄKIVUN HOITO - KUINKA HOITAJAT TOTEUTTAVAT KIVUNHOITOA

Tutkimussuunnitelma

19.11.2010

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	3
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET.....	4
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	4
4	TUTKIMUSAINEISTON KOKOAMINEN JA TUTKIMUSMENETELMÄT	5
	LÄHTEET.....	9

1 JOHDANTO

Tyypillisimpiä akuuttia silmäkipua aiheuttavia tilanteita ovat: sidekalvon- ja sarveiskalvonriikat, sarveiskalvon eroosio, tulehdukset, kuivasilmäisyys, akuutti glaukooma, tapaturmat, urheilu-, syöpymis- ja palovammat, neurologinen sekä toimenpiteestä aiheutuva kipu, UV-säteily ja selittymätön dolor oculi. Hoitajan tärkein piirre on rauhallisuus kohdatessa silmäkivusta kärsivän potilaan. (Järvi 2002, 21).

Järven (2002, 20) kehittämisprojektin tuloksista Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Silmäklinikalla tuli esille, että potilaiden silmäkivun seurannan kirjaamisessa on puutteita. Kipulomakkeista 76 %:iin oli kirjattu potilaan silmäkivun tulotilanne, mutta kivun kehittymistä ei oltu seurattu. Yli puolelle (54%) potilaista kivunlievitystä oli tarjottu.

Kehittämisprojektissään Järvi (2002, 20) tuo esille myös, että silmäkivunhoidosta ei ole riittävästi tietoa. Kysely järjestettiin poliklinikan ja päivystävien osastojen hoitajille (N=57). Vastauksia kyselyyn tuli 34, joista puolet poliklinikan hoitajilta. 35% kyselyyn vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että heillä ei ole tarpeeksi tietoa silmäpotilaan kivunhoidosta. Hoitajat ovat sitä mieltä, että koulutus ja kokemus ovat tuoneet kivunhoitoon lisätietoa. Lähes kaikki vastanneet pitivät kivunhoitoa tärkeänä osana silmäpotilaan hoitoa.

Opinnäytetyöni aihe lähti Carean silmäyksikön hoitajien toiveista. Heillä silmäyksikössä halutaan edelleen kehittää silmäpotilaiden kivunhoitoa. Näin ollen he pohtivat, josko opinnäytetyö aiheesta toisi lisätietoa asiaan. Aiheesta on vähän tutkittua tietoa, joten aihe on ajankohtainen. Työssäni aihetta lähestytään hoitajien näkökulmasta ja siitä, kuinka he kivunhoitoa silmäyksiköissä toteuttavat.

Opinnäytetyöni aihe on tarkoin rajattu ja tarkoituksena on selvittää, kuinka silmävammojen, silmän eroosion ja akuutin sulkukulmaglaukooman aiheuttamia kiputiloja sekä miten itse sairauksia/vammoja hoidetaan viidessä suomalaisessa keskussairaalassa. Työssäni käyn nämä kolme sairautta/vammaa läpi hoitoprosessin mukaisesti eli millä mekanismeilla ko. vamma/sairaus syntyy, kuinka sitä hoidetaan ja kuinka kipua voidaan hoitaa.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, kuinka viidessä Suomen keskussairaalassa hoidetaan silmäkipua lääkkeiden avulla sekä hoitotyön keinoin. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten silmäkipua kirjataan ja kuinka se huomioidaan koko hoitoprosessin aikana. Tämän kautta tarkoitus on antaa uusia näkemyksiä silmäyksikön hoitajille ja koota tiedot ohjeiston muotoon. Opinnäytetyössä painotetaan kivunhoidon merkitystä silmätautien hoidossa.

1. Millä keinoin silmäkipua voidaan hoitaa akuutissa sulkukulmaglaukoomassa, silmävammoissa ja silmän eroosiossa?
2. Millainen on silmähoitajan koulutus ja työkokemus?
3. Mitä keinoja potilaan kivun tarkkailuun käytetään?
4. Kuinka kivunhoitoa kirjataan?
5. Kuinka kipua arvioidaan?
6. Millaiset asiat vaikuttavat jatkohoitoon/kotihoidon ohjaukseen?
7. Kuinka silmätautien hoitoa voitaisiin kehittää akuutissa sulkukulmaglaukoomassa, silmävammoissa ja silmän eroosiossa?

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Usein silmäkipu poistuu heti, kun kivun syy saadaan hoidettua. Silmäkipua on hyvin vaikea hoitaa kipulääkkeiden avulla, sillä lääkeaine imeytyy silmään heikosti sen verikudosnesteeseen takia. Esimerkiksi sarveiskalvon kipuihin suositellaan tulehduskipulääkkeitä. Kipua voidaan yrittää lievittää myös erilaisin hoitotyön keinoin kuten potilaan ohjauksella ja kuuntelemisella sekä keskustelulla. Tavoitteena on ehkäistä potilaan jännittyneisyyttä ja pelkoa sekä vahvistaa yhteistyötä mahdollisten toimenpiteiden aikana. (Hietanen, Hiltunen & Hirn. 2005, 50-51.)

Kuten edelläkin on jo mainittu myös Hietanen ym. (2005, 50-51) ovat sitä mieltä, että yksilöllisen kivunhoidon peruspilarina toimii kivun säännöllinen arviointi. Silmäkivun

arvioinnin lähtökohtana on potilaan tuntemus kivusta, sillä hän tuntee ainoastaan sen voimakkuuden. Kipuun ja sen reagointiin vaikuttavat monet seikat, kuten aiemmat kipukokemukset, niiden hoidot ja hoitojen onnistuminen sekä potilaan kulttuuritausta. Kivun voimakkuus ei ole aina merkki vamman vaikeudesta, sillä esimerkiksi vakavissa emäsvammoissa potilas ei tunne lainkaan kipua.

Kirjaus on hyvin tärkeässä osassa kivunhoitoa, joten potilaan kuvaus kivusta, sen sijainnista, ilmenemisajankohdasta ja tekijöistä, jotka pahentavat tai helpottavat sitä kirjataan potilasasiakirjoihin. Keskustelemalla potilaan kanssa selvitetään hänen kokema kipu sanallisesti. Silmäkipuisen potilaan voi olla vaikeaa ilmaista kipuaan kasvojen ilmeillä kipumittarilta, sillä hänen näkökyky voi olla heikentynyt. (Hietanen ym. 2005, 50; Järvi 2002, 20.)

Lääkitysohje kipuun on, että potilaan arvioidessa kivun olevan kipumittarilla mitattuna yli kolme tai sanallisesti kohtalaista on kipua lääkittävä. Maailman terveysjärjestö WHO:n suositus kipulääkkeiden valintaan on seuraava: tulehduskipulääke, heikko opioidi ja vahvempi opioidi. Potilaan saadessa kipulääkettä, sen vaikutusta tarkkaillaan 20 minuutin välein ja huomiot kirjataan potilasasiakirjaan. Leikatun potilaan kohdalla pätee sama sääntö, johon kipulääkityksen määrää joko anestesia lääkäri tai toimenpiteen tehnyt lääkäri. (Hietanen ym. 2005, 51.)

Sarveiskalvon pinnallista haavaumaa kutsutaan eroosioksi. Sarveiskalvon spontaani eroosio ei ole harvinainen, sillä silmät kuivuvat herkästi ja sen lisäksi voi esiintyä iriittejä (Summanen 2009). Eroosiota edeltää usein jokin ulkoinen vamma, kuten paperin, kynnen tai oksan raapaisu (Hietanen 2001, 586).

Akuutissa sulkukulmaglaukoomassa eli toiselta nimeltään ahdaskulmaglaukoomassa silmänpaine nousee hyvin korkeaksi ja se vaatii välitöntä silmälääkärin hoitoa. Näkö vaurioituu hyvin nopeasti koholla olevalla silmänpaineella. Korkealla silmänpaineella tarkoitetaan yli 50mmHg. (Hietanen, Karma & Uusitalo 2005, 3247).

4 TUTKIMUSAINEISTON KOKOAMINEN JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Aineisto kootaan lomakekyselynä. Joissakin strukturoiduissa kysymyksissä viimeisenä vaihtoehtona on kohta, johon vastaaja sai itse laittaa mahdollisesti puuttuvan vaihtoehdon. Tämä tehtiin sen takia, että teoriankaan pohjalta ei voitu laittaa kaikkia olemassa olevia eri vaihtoehtoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 180; Vilka 2007, 74, 86-87.)

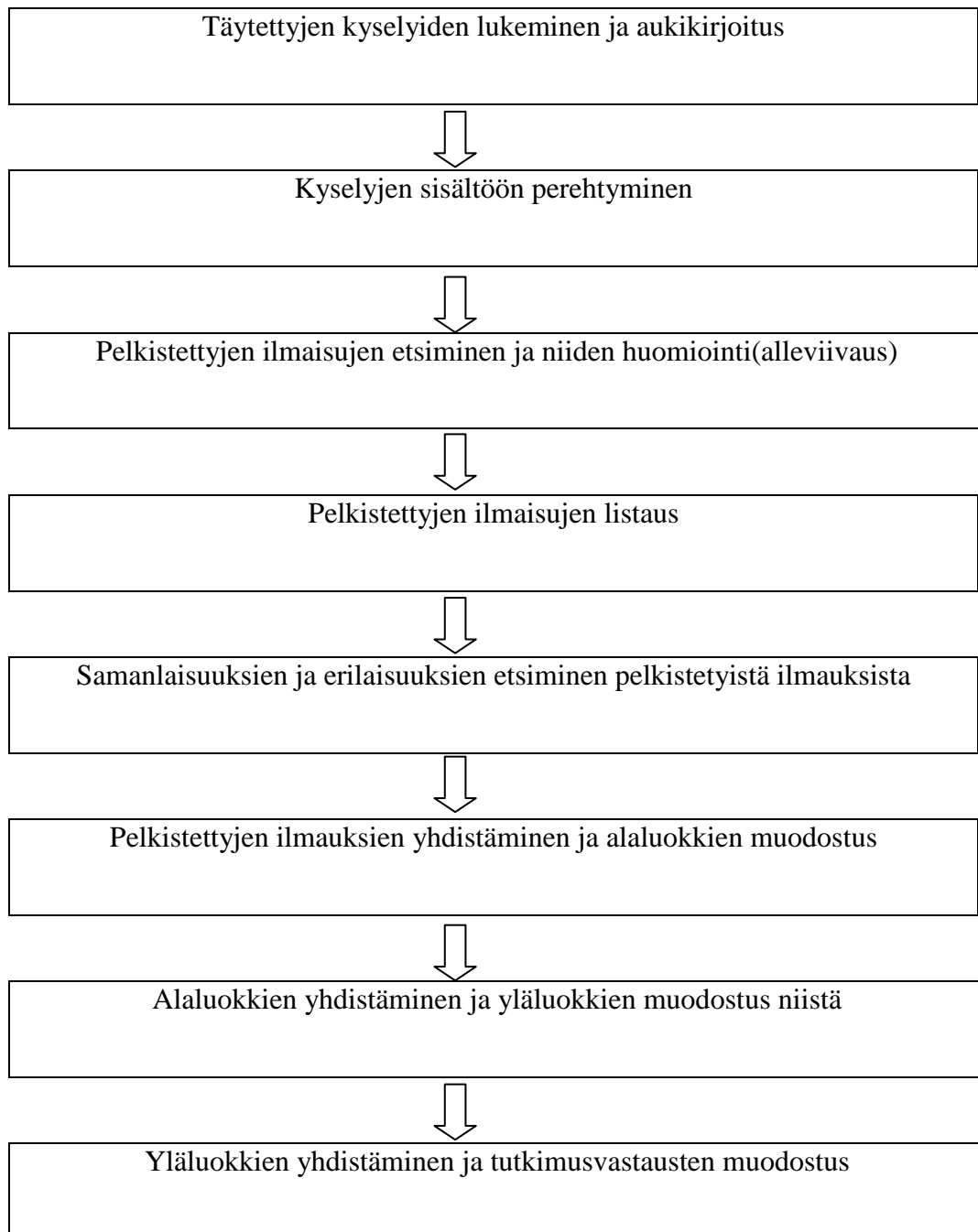
Tässä opinnäytetyöni kyselylomakkeessa käytetään kolmea kysymystyyppiä. Ensin ovat monivalinta- ja sekamuotoiset kysymykset ja lomakkeen lopussa avoimet kysymykset (vrt. Heikkilä 2002, 49). Avoimilla kysymyksillä halutaan selvittää mitä seikkoja vastaajat pitävät tärkeänä silmäpotilaan kotihoito-ohjauksessa, mitä eri lääkkeitä akuutin sulkukulmaglaukooman, silmävammojen ja silmäneroosion hoitoon käytetään sekä kuinka vastaajat haluaisivat kehittää em. sairauksien hoitoa. Kyselylomake esiteltiin Carean silmäyksikön hoitajilla. (Heikkilä 2002, 48; Vilka 2007, 88.)

Tutkimusaineisto hankitaan satunnaisotannalla. Suomen yhdeksästätoista keskussairaalaan otokseen arvottiin viisi silmäyksikköä, joihin kyselylomake lähetetään. Tarkoituksena on, että kunkin silmäyksikön kaikki hoitajat vastaavat yksilöinä kyselyyn. Aineisto kerätään joulukuussa 2010-tammikuussa 2011. Lomakkeet lähetetään tutkimusluvan saamisen jälkeen kuinkin yksikön vastuuhoitajalle saatteineen ja postimaksettuine vastauskuorineen. Valmis työ lähetetään sen valmistuttua tutkimusluvan antajalle keväällä 2011.

Avoimet kysymykset analysoidaan sisällönanalyysiä käyttäen. Strukturoidut kysymykset analysoidaan tilastollisin menetelmin (PASW). Tarkoitukseni on opinnäytetyössä pohtia sisällönanalyysin avulla silmäkivunhoidon onnistumista ja saada siitä uusia päätelmiä.

Sisällön analyysiä käyttäen edetään induktiivisesti eli yksittäisestä yleiseen (Kuvio 1). Analysoin työssäni vain sitä, mikä on ilmaistu dokumenteissa (manifest content) eli en analysoi piilossa olevaa tietoa. Induktiivinen lähestymistapa sopii myös siitäkin

syystä, ettei aiheesta ole kovin paljon aikaisempaa tutkimusaineistoa. (vrt. Kari & Toivonen 2004, 27.)



Kuva 1. Induktiivisen sisällönanalyysin eteneminen (mukailten Tuomi & Sarajärvi 2006, 111)

Opinnäytetyöntekijä sitoutuu opinnäytetyötä tehdessään vaitiolovelvollisuuteen, eikä hänellä ole lupaa levittää siinä ilmenneitä tietoja eteenpäin. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettöminä, joten tutkittavien henkilöllisyys ei tule esille.

LÄHTEET

Heikkilä, T. 2002. Tilastollinen tutkimus. 4. painos. Edita Prima Oy, Helsinki. Edita.

Hietanen, J., Hiltunen, R., Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. Helsinki: WSOY.

Hietanen, J., Karma, A., & Uusitalo, M. Silmätautien päivystysongelmia. Suomen lääkärilehti 2005;60(34):3247-3251.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6., uudistettu painos. Tummavuoren kirjapaino Oy, Vantaa. TAMMI.

Järvi, M. 2002. Akuutin silmäkivun arviointi. Silmähoitaja-lehti 3/2002, s. 18-22.

Kari, H. & Toivonen, M. 2004. Terveystieteiden toimijoiden välittämä julkisuuskuva terveydenhuollon palvelujen toimivuudesta sanomalehtiartikkeleissa. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1-4 painos: TAMMI.

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehittä. 1.-2. painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski. TAMMI.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Aistinsairauksien klinikkaryhmä Ylihoitaja aistinsairauksien hoitotyö	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös 03.01.2011	1 (2) 1 §
--	--	----------------------

Tutkimusluvan myöntäminen Silmäkivunhoito - kuinka hoitajat toteuttavat silmä kivunhoitoa ? opinnäytetyön tekemistä varten / Piia Pousi

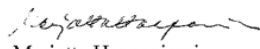
Selostus asiasta Sairaanhoitajaopiskelija Piia Pousi anoo tutkimuslupaa opinnäytetyön tekemistä varten aiheena Silmä kivunhoito - kuinka hoitajat toteuttavat silmä kivunhoitoa ? Tutkimus on tarkoitus suorittaa kyselylomakkeen avulla osasto 11A:n hoitohenkilöstön keskuudessa tammikuun 2011 aikana. Osastonhoitaja Sanna Westman puoltaa tutkimusluvan myöntämistä.

Päätös Myönnän tutkimusluvan Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi opiskelevalle Piia Pousille opinnäytetyön tekemistä varten. Valmis opinnäytetyö tulee toimittaa opetuskoordinaattori Kaisa Laatikaiselle osoitteella Pohjois-Karjalan keskussairaala, Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu.

Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu

Kuntayhtymän johtosääntö 14 §

Allekirjoitus ja virka-asema


Marjatta Haapaniemi
Ylihoitaja aistinsairauksien hoitotyö

Tiedoksianto Annettu postin kuljetettavaksi 4.1.2011

Tiedoksi Piia Pousi, osastonhoitaja Sanna Westman, sh Marja Lievonen, opetuskoordinaattori Kaisa Laatikainen

Tiedoksiantaja klinikkasihteeri Tarja Kareinen

Otto-oikeus Yhtymähallitus

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Aistinsairauksien klinikaryhmä Ylihoitaja aistinsairauksien hoitotyö	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös 03.01.2011	2 (2) 1 §
---	--	----------------------

Muutoksenhaku

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Jäsenkunnan ja niiden jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Lähettäjä on vastuussa siitä, että oikaisuvaatimus saapuu perille oikaisuvaatimusajan kuluessa.

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite:

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallitus
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

Sosiaali- ja terveysala Kotka
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Sairaanhoitajaopiskelija Piia Pousi

22.11.2010

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERÄÄMISEKSI

Arvoisa ylihoitaja Erja Humalamäki

Olen sairaanhoitaja AMK -opiskelija ja teen opinnäytetyötäni aiheesta
silmäkivunhoito- kuinka hoitajat toteuttavat silmäkivunhoitoa?

Tutkimussuunnitelma, kyselylomake ja saatekirje ovat koottuna oheisessa liitteessä
(Liite 1). Aineisto kootaan yhteensä viiden eri keskussairaalan silmäyksiköiden kaikilta
hoitajilta kyselylomakkeella.

Pyydän lupaa aineiston kokoamiseen kyselylomakkeella. Sitoudun käyttämään
aineistoa vain tutkimustehtävän selvittämiseen ja siten, että tutkimukseen
osallistuneiden henkilöiden anonymiteetti säilyy.

Ystävällisin terveisin,

Kotkassa 22.11.2010



Piia Pousi



Mirja Nurmi

Hyväksyn
opinnäytetyön teke-
missen silmäyksikössämme
7/12.2010
Erja Humalamäki
ylihoitaja

Uutena: 1 kpl opinnäytteen
paperiversion silmäyksik-
össämme



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

<p>HAKIJA/HAKIJAT</p>	<p>Nimi/nimet Piia Pousi</p> <hr/> <hr/> <p>Yhteyshenkilön Puh: Osoite: Postino:49400 Postitoimipakka:Hamina Email: piia.pousi@student.kyamk.fi</p>	<p>Opiskelu- tai työpaikka Kymenlaakson AMK</p> <hr/> <p>Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)</p> <hr/> <p>Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> opinnäytetyö/ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu</p>
<p>OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto)</p> <p>LIITTEET opinnäytetyösuunnitelma (ks. erillinen ohje)</p>	<p>Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää miten hoitajat toteuttavat silmäkivunhoitoa seuraavissa sairauksissa/vammoissa: Silmän eroosio, akuutti sulkukulmaglaukooma sekä silmävammat. Kohderyhmänä on viiden eri keskussairaalan silmäyksikön hoitajat. Lomakekysely on tarkoitus tehdä silmäyksikön hoitajille. Kyselyn analysoinnissa käytetään strukturoitujen ja puolistrukturoitujen kysymysten osalta PASW:ia ja avoimet kysymykset analysoidaan sisällönanalyyysiä käyttäen. Työni aihe-ehdotelma on lähtenyt Kymenlaakson sairaanhoidopiiriin silmäyksikön toiveista, sillä he haluavat kehittää edellä mainituissa sairauksissa/vammoissa kivunhoitoa. Tavoitteena on tuoda keinoja silmäyksikön hoitajille silmäkipuputilaan hoitoon. Valmis työ julkaistaan Theseuksessa ja toimitetaan luvan myöntäjälle ohjeiden mukaan. Ennen julkaisemista työ toimitetaan tarkastettavaksi luvanantajalle. Liitteenä: tutkimussuunnitelma ja kyselykaavake saatekirjeineen</p>	
<p>OPPILAITOKSEN OHJAAJA(T)</p>	<p>22.11.2010 <i>Mirja Nurmi</i> allekirjoitus/nimen selvitys <u>MIRJA NURMI</u></p> <hr/> <p>allekirjoitus/nimen selvitys</p>	
<p>SITOUMUS</p>	<p>Sitoudun noudattamaan sairaanhoidopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta</p> <p>22.11.2010 <i>Piia Pousi</i> allekirjoitus/nimen selvitys <u>PIIA POUSI</u></p>	
<p>LUVAN MYÖNTÄMINEN</p>	<p>Sairaanhoidopiirin/toimialueen/yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää):</p> <hr/> <p>Eettisen toimikunnan lausunto saatu <input type="checkbox"/></p> <p>Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita <input checked="" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Lupa opinnäytetyön toteuttamiselle</p> <p>Myönnän <input checked="" type="checkbox"/> En myönnä <input type="checkbox"/></p>	



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kunppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

	<p>Ylihoitaja(t) <u>7, 12, 2010</u> <u><i>Pirjo Harju</i></u> Pirjo Harju toimialueylihoitaja allekirjoitus/nimen selvennys</p> <p><u>1</u> _____ allekirjoitus/nimen selvennys</p> <p>Ylilääkäri(t) <u>1</u> _____ allekirjoitus/nimen selvennys</p> <p><u>1</u> _____ allekirjoitus/nimen selvennys</p>
<p>RAANHOITOPIIRIN DYSHENKILÖN NIMEÄMINEN</p>	<p>_____ (ylihoitaja nimeää)</p> <p>Yhteystiedot (puh/email) _____</p>

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**
Sosiaali- ja terveystyöpiiri
Koulutuspäällikkö

Viranhaltijapäätös

1

12.01.2011 Dnro 844/13.00/2010

§ 6/2011/ Tutkimuslupapäätös

TUTKIMUSLUPA / Piia Pousi

Päätös

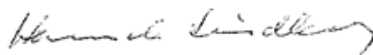
Teille on myönnetty tutkimuslupa koskien tutkimustanne "Silmäkivun hoito - kuinka hoitajat toteuttavat kivunhoitoa".

Lappeenrannassa 12.1.2011



Taru Juvakka
Koulutuspäällikkö, TtT
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri
Koulutuspalvelut
PL 24
53101 Lappeenranta

Tämä päätös on postitettu asianosaisille 13.1.2011



Hannele Lindberg
toimistosihiteeri



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYS-
TIETEIDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro 6 / 20 10

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Vastuullinen tutkija : _____, 49400 Hamina
Piia Pousi : _____
Nimi : _____, piia.pousi@student.kyamk.fi
Muut tutkijat : _____
Osoite, puh, s-posti

Työ- tai opiskelupaikka : Kymenlaakson ammattikorkeakoulu
Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) : _____
Opiskelupaikka AMK mikä Kyamk yliopisto mikä _____ muu mikä _____
Suoritettava tutkinto : Sairaanhoitaja

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi : Silmäkivunhoito- Kuinka hoitajat toteuttavat kivunhoitoa

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää miten hoitajat toteuttavat silmäkivunhoitoa seuraavissa sairauksissa/vammoissa: Silmän eroosio, akuutti sulkukulmaglaukooma sekä silmävammat. Kohderyhmänä on viiden eri keskussairaalan silmäyksikön hoitajat. Lomakekysely on tarkoitus tehdä silmäyksikön hoitajille. Kyselyn analysoinnissa käytetään strukturoitujen ja puolistrukturoitujen kysymysten osalta PASW:a ja avoimet kysymykset analysoidaan sisällönanalyysiä käyttäen. Työni aihe-ehdotelma on lähtenyt Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin silmäyksikön toiveista, sillä he haluavat kehittää edellä mainituissa sairauksissa/vammoissa kivunhoitoa. Tavoitteena on tuoda keinoja silmäyksikön hoitajille silmäkipupotilaan hoitoon. Valmis työ julkaistaan Theseuksessa ja toimitetaan luvan myöntäjälle ohjeiden mukaan. Ennen julkaisemista työ toimitetaan tarkastettavaksi luvanantajalle.

Tutkimus on amk-tutkinto ylempi amk-tutkinto pro gradu lisensiaattityö
 väitöskirja muu, mikä _____
Monikeskustutkimus ei kyllä kansallinen kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu : _____ Aikataulu KYSissä
Työni valmis keväällä 2011 : _____ joulukuuta 2010-tammikuu 2011

Kustannukset
 Arvio KYSille koituvista kustannuksista _____ €
Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.
 Ei aiheuta kustannuksia KYSille

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto
 annettu käsittelyssä ei ole haettu

Toimikunta _____

Lausunto nro _____ pvm _____

Johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten


pvm _____

 annettu käsittelyssä ei ole haettu

STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten

pvm _____

 annettu käsittelyssä ei ole haettu

Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten
pvm 1.12.2010 
 annettu käsittelyssä ei ole haettu

Muu lupa (mikä)

pvm _____

 annettu käsittelyssä

Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille
 kyllä ei

ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS

Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.

18/11 2010

Tutkijan allekirjoitus

Piia Pousi

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus

Nimen selvennys

Tutkijan allekirjoitus

Nimen selvennys

OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT

Ohjaajan allekirjoitus

Mirja Nurmi

Nimen selvennys

Ohjaajan allekirjoitus

Nimen selvennys

Osoite, puhelin, s-posti

KyAmk, Kotka- terveystalo

PL 9, 48401 Kotka

L...

mirja.nurmi@kyamk.fi

Osoite, puhelin, s-posti

PUOLTO Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön yliääkäriltä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajayliääkäriltä (useita tulosalueita).

 Puollan hakemusta

 En puolla, perustelut

___ / ___ 20__

Allekirjoitus

Nimen selvennys, virka-asema

PÄÄTÖS

- Myönnän tutkimusluvan
- Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä

Tulosyksikön / -alueen ylihoitajan / hallintoylihoitajan päätös nro 6/200

11/2010Ali Luostarinen

Allekirjoitus

Ali Luostarinen

Nimen selvennys

YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Tulosyksikön /-alueen ylihoitaja tai hallintoylihoitaja nimeää)

Nimi

Tvöyksikkö

S-posti

Puhelin

Silmätautien osasto 2501**LIITTEET**

- | | | |
|---|-------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma | <u>9</u> | sivua |
| <input type="checkbox"/> Rahoitussuunnitelma | <u> </u> | sivua |
| <input checked="" type="checkbox"/> Muita liitteitä | <u>8</u> | sivua |