

KIVUNHOIDON MENETELMÄT HOITAJAN
NÄKÖKULMASTA SISÄTAUTIEN VUODEOSASTOLLA

Sari Menna ja Maarit Mättö
Opinnäytetyö, kevät 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Menna, Sari & Mättö, Maarit. Kivunhoidon menetelmät hoitajan näkökulmasta sisätautien vuodeosastolla. Kevät, 2016, 64 s., 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa sisätautien osastolla työskentelevien hoitajien tietopohjaa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Samalla haluttiin tuottaa tutkittua tietoa yhteistyötaholle kivunhoidosta sekä vaihtoehtoisista kivunhoidon menetelmistä. Kyselytutkimuksen tuloksista pidettiin osastotunti ja niistä keskusteltiin osastotunnille osallistuneiden työntekijöiden kanssa. Osastotunnilla käydyn keskustelun pohjalta saatiin mielenkiintoista materiaalia opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erikoissairaanhoidon sisätautien vuodeosaston kanssa. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen suuren potentiaalisen osallistujamäärän ja tulosten nopean analysoinnin vuoksi, sekä koska haluttiin saada mahdollisimman yleistettävää tietoa yhteistyötaholle. Kyselytutkimus tehtiin kokonaistutkimuksena, jolloin kaikki hoitohenkilöstöön kuuluvat kutsuttiin osallistumaan kyselytutkimukseen. Kyselylomakkeeseen lisättiin monivalintakysymysten lisäksi kaksi avointa kysymystä. Aineisto analysoitiin Webropol-ohjelmalla.

Kyselytutkimuksen perusteella hoitohenkilöstö kaipaa lisää koulutusta kivun hoitoon. Hoitajat tuntevat monipuolisesti erilaisia kivunhoidon menetelmiä, mutta käyttävät työssään ensisijaisesti vain lääkkeellistä kivunlievitystä. Useat lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät koetaan vaikeaksi toteuttaa vuodeosastolla niiden hitauden vuoksi. Eniten hoitajat käyttävät kylmä- tai lämpöhauteita sekä asentohoitoja.

Asiasanat: kipu, kivunhoito, hoitomenetelmät, lääkkeetön hoito

ABSTRACT

Menna, Sari & Mättö, Maarit. Analgesia methods in medical ward department from nurses point of view. Language: Finnish. Spring, 2016. 64 p. 3 appendices. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Health Care. Degree: Bachelor of Health Care

The aim of this study was to find out which methods of pain alleviation are familiar to nurses who are working in the internal medicine department at hospital. Furthermore we wanted to produce research information of medical and non-medical pain relieving methods.

The thesis was executed partly in co-operation with the internal medicine department. The participants of the survey were nurses working in the ward, totally 80 employees. Due to potential large amount of replies, used research method was quantitative. Our questionnaire consisted of half-structured questions with two open questions. The research data was analyzed with Webropol-programme.

We introduced our study to the employees in their ward's weekly meeting and had a very interesting discussion of the results concerning the survey results. The results showed us that the employees need more training in pain-treatment. Nurses know various pain alleviation methods but rather choose medical care instead of non-medical ways to treat the pain. Often the non-medical treatment is thought to be difficult to use, because it is more time consuming than the medical treatment. The most used pain-treatment method is either cold or warm packages.

Keywords: Pain, Analgesia, Treatment Methods, Nonpharmacological treatment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KIPU JA KIVUN HOITO	7
2.1 Kipu	8
2.1.1 Krooninen kipu	9
2.1.2 Akuutti kipu	11
2.2 Kivunhoidon viitekehykset	12
2.3 Kivun hoitotyö ja sairaanhoitajan rooli kivunhoidossa	14
3 KIVUNHOIDON MENETELMÄT	20
3.1 Lääkehoito	21
3.2 Lääkkeetön kivunhoito	25
3.2.1 Kylmä- ja lämpöhoito	25
3.2.2 Asento- ja liikehoidot	26
3.2.3 Huomion suuntaaminen muualle	26
3.2.4 Mielikuvaharjoittelu	27
3.2.5 Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa	28
3.2.6 Oppimisteorioita	29
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	30
5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ, AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	31
6 TUTKIMUSTULOKSET	34
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	40
7.1 Osastotunti	41
8 POHDINTA	43
8.1 Luotettavuus ja eettisyys	44
8.2 Ammatillinen kasvu	46
LÄHTEET	47

LIITE 1: Saatekirje Webropol-kyselyyn vastaaville

LIITE 2: Webropol-kyselylomake

LIITE 3: Power Point-esitys kyselyn tuloksista osastotunnille

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme lähtökohtana on yhteinen kiinnostuksemme kivunhoitoon osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Olemme kiinnostuneita kivunhoidon vaikuttavuudesta potilaan sairauden hoidossa ja eri kivunhoito menetelmien vaikutuksesta kivun kokemisessa. Potilaan hoidossa keskitytään usein pelkäämään diagnoosin mukaiseen sairauden hoitoon, jolloin sairaudesta aiheutunut kipu saattaa jäädä alihoitetuksi. Olemme kiinnostuneita myös miten kivunhoitoa toteutetaan vuodeosastolla osana sisätautipotilaan hoitoa. Huomioidaanko potilaan kokema kipu tärkeänä osana onnistunutta hoitoa, vai jääkö kipu alihoitetuksi? Olemme kiinnostuneita myös kivunhoidon eri menetelmien käytettävyydestä sisätautien vuodeosaston potilaan hoidossa.

Kivunhoidon kuuluisi olla osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Yhteistyötahollemme, sisätautien vuodeosastolla, toivotaan keskustelua kivunhoidosta ja erityisesti lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Osastolla halutaan kartoittaa kivunhoitoa sekä hoitohenkilökunnan tietoa ja osaamista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä.

Opinnäytetyömme tavoitteena on esittää tutkittua tietoa yhteistyötahollemme kivunhoidosta ja sen eri menetelmistä. Osastolle tekemällämme kivunhoidon kyselyllä kartoitamme sairaalan sisätautien osaston kivunhoitoa sekä kivunhoitomenetelmien tuntemusta ja käyttöä, hoitotyöhön osallistuvan henkilöstön näkökulmasta. Etsimme vastauksia kysymyksiin: Hoidetaanko kipua pääasiallisesti lääkkein vai käytetäänkö myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä? Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä hoitohenkilöstö tietää ja käyttää? Yhteistyötahomme toiveesta pidimme tutkimustuloksiin perustuvan osastotunnin.

Kyselytutkimuksemme on luonteeltaan kvantitatiivinen sisältäen suljettujen kysymysten lisäksi kaksi avointa kysymystä. Avoimilla kysymyksillä kartoitetaan hoitajien tietoa ja osaamista koskien kivunhoitomenetelmiä sekä mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta.

Opinnäytetyömme tuottaa yhteistyötahollemme tietoa osaston kivunhoidon toteutumisesta ja hoitohenkilöstön kivunhoidon ammatillisesta osaamisesta hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyössämme tarkennetaan ja kootaan tietoa siitä, miten hoitohenkilöstö voi työssään huomioida potilaan kipua ja millaisia kivunhoitokeinoja voidaan käyttää.

Laajemmalle sisätauteja sairastavalle potilasryhmälle tai erikoissairaanhoidon vuodeosastolle soveltuvaa tutkimusta lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä ei ole saatavilla. Opinnäytetyömme toteutettuna sairaanhoitajan näkökulmasta sisätautien vuodeosastolle ja erityisesti lääkkeettömään kivunhoitoon keskittyen on sen vuoksi erityinen.

2 KIPU JA KIVUN HOITO

Etsimme asiasanoilla lääkkeetön kivunhoito ja hoitomenetelmät aikaisempia tutkimuksia. Jätimme lääkkeellisen kivunhoidon tutkimukset haun ulkopuolelle, koska tarkoituksenamme oli keskittyä tarkemmin lääkkeettömään kivunhoitoon. Hakusanalla lääkkeetön kivunhoito löytyi kolmesta väitöskirjaa ja kolme pro gradu-työtä, mutta ne eivät soveltuneet verrattavaksi tai teorialiedoksi opinnäytetyöhömme, koska tutkimuksia ei ollut kohdennettu sisätautienosastolle, eivätkä ne myöskään olleet sairaanhoitajan näkökulmasta tehtyjä. Hakusanalla musiikkiterapia löytyi kolme väitöskirjaa ja kaksi pro gradu-työtä. Väitöskirjoista Anne Vaajoen tutkimus gastroenterologisen potilaan leikkauksen jälkeisestä kivun lievityksestä musiikki intervention avulla kohdentuu lähimmäksi opinnäytetyömme aihetta. Väitöskirjan tuloksissa hän toteaa musiikkia kuunnelleiden potilaiden systolisen verenpaineen ja hengitystiheyden, kivun voimakkuuden ja epämiellyttävyyden levossa, syvään hengitettäessä tai asentoa vaihtaessa, olleen tilastollisesti merkittävästi alhaisemmat kuin kontrolliryhmän potilailla, leikkauksen jälkeisinä ensimmäisinä kolmena päivänä. Kipulääkkeiden määrään, niiden haittavaikutuksiin tai sairaalassa oloaikaan musiikin kuuntelulla ei ollut kuitenkaan vaikutusta. (Vaajoki 2012, 38.)

Musiikkiterapiasta on tehty opinnäytetöitä, mutta ne eivät käsittele musiikkia juuri kivunhoidon menetelmänä, vaan lähinnä psykiatrisista ongelmista kärsivien ihmisten kuntoutusmuotona. Lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät olivat useimmiten fysioterapiahoitoihin ja fysioterapeuttien opinnäytetöitä, eli sairaanhoitajan näkökulmaa niistä ei löydy. Mika Rahkola (2001) on tehnyt fysioterapi-an pro gradu-työn koskien kahden viikon laituskuntoutuksen vaikutusta koettuun kipuun ja kaularangan isomeeriseen maksimilihasvoimaan krooniseen niskaoireiseen henkilöön. Maj-Britt Eloranta (2002) tutki pro gradu-työssään kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia, kroonisen kivun vaikutuksia heidän arkielämässään ja kivun kanssa selviytymistä. Hoitotieteellisenä tutkimuksena tämä auttaa lähinnä ymmärtämään miten terveydenhuoltohenkilöstö pysyy hahmottamaan kroonisen kipupotilaan elämää kivusta aiheutuvine seurauk-

sineen ja heidän selviytymistään kipuongelman kanssa. Tämä tutkimus luo edellytyksiä kroonisen kipupotilaan hoitotyön kehittämiseksi.

Myös Tapio Ojala on tutkinut väitöskirjassaan ”Essence of the experience of chronic pain” (2015) kroonista kipua potilaan näkökulmasta ja pyrkinyt selvittämään potilaiden näkökulmasta kivun syvempää ymmärrystä. Haastatteluista tehdyn merkitysanalyysin mukaisesti Ojala löysi kivulle neljä eri ulottuvuutta: kroonisen kivun vaikutus koko ihmiseen, hallitsevuus, näkymättömyys ja kielteisyys. Ojalan tutkimuksen mukaan kivun kokemuksellista luonnetta ei ymmärretä oikealla tavalla, vaan edelleen on pyrkimyksenä kiputuntemuksen lievittäminen, mikä on Ojalan mukaan riittämätön keino hoitaa ja ennalta ehkäistä kroonista kipua. Ojala kuvaa kipua monimutkaiseksi ja moniulotteiseksi kokemukseksi, jonka tutkimuksissa, hoitosuosituksissa ja käytännön hoitotyössä tarvitaan moniammatillista ja poikkitieteellistä osaamista. (Ojala 2015, 82–86.)

2.1 Kipu

IASP (International Association for Study of Pain) määrittelee kivun olevan epämiellyttävä aistinvarainen sekä tunneperäinen kokemus, joka yhdistyy olemassa olevaan tai mahdolliseen kudosaan, tai jota kuvataan kudosaan termein (International Association for Study of Pain, i.a.). Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi. Se on yksilöllinen epämiellyttävä tunne tai tila, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on aina kokijalleen todellinen. (Sailo 2000, 30.)

Kipuelämyksen syntyyn liittyy sensorinen, kipua erittelevä osatekijä. Somatosensorinen kuorikerros, eli aivokuoren kipua havaitseva keskus, käsittelee talamuksen kautta nousevaa informaatiota. Se arvioi myös kipuärsyksen ominaisuuksia, kuten kestoa, voimakkuutta ja erityisesti sijaintia. Hyvin monet tekijät, kuten tarkkaavaisuus, tunnetila, suggestio, asenteet ja odotukset sekä viireystaso vaikuttavat kivun kokemiseen. Kun ihminen kokee kipua, hän arvioi ensimmäiseksi sen merkityksen, eli onko kipu vaarallinen ja tavallisuudesta poikkeava, merkki vaarasta vai onko se harmitonta kipua. Tämä arvio vaikuttaa

kivun voimakkuuteen. (Vainio 2009, 32–33.) Kipu voi olla hyvinkin monimuotoista; kipua voi olla ilman kudonvauriota ja myös toisinpäin: kudonvaurioita voi olla ilman kipua. Kipu voi jatkua kudonvaurion jo parannuttua. Samanlaisessa kudonvauriossa voi olla erilainen kipu. Samasta diagnoosista voi tuntua erilaista kipua. Saman hoidon saanut voi päätyä erilaiseen hoitotulokseen. Kudonvauriosta voi tulla erilainen kipu ja erilainen haitta. (Estlander 2003, 32.)

Toisen ihmisen käsitys potilaan kivusta syntyy siltä pohjalta, miten kipua kokeva ilmaisee kipuaan. Kivusta kärsivä voi ontua, voihkia, hieroa kipeää kohtaa, puhua kivusta tai vetäytyä omiin oloihinsa. Auttajan tehtäväksi jää siis selvittäminen, mitä tämän kivun ilmaisemisen takana on ja mitä asialle voisi tehdä (Estlander 2003, 9.)

2.1.1 Krooninen kipu

Kipu määritellään krooniseksi kivuksi, kun kiputila kestänyt yli kolme kuukautta ja ylittänyt normaalin kudonvaurion parantumisaajan (Sailo 2000, 34). Krooninen kipu jaetaan vielä erikseen kudonvaurio- eli nosiseptiseen kipuun, hermovaurio- eli neuropaattiseen kipuun ja mekanismeiltaan tuntemattomaan eli idiopaattiseen kipuun sekä psyykkisiin mekanismeihin selittyvään eli psykogeeniseen kipuun (Suomen kivuntutkimusyhdistys i.a.).

Jatkuva kipuimpulssien virta muuttaa hermoston reaktiota kipuun. Pitkään jatkuva voimakas kipu muuttaa myös toisella tasolla ihmisen elämää. Se aiheuttaa väistämättä masennusta miltei jokaiselle kipupotilaalle. Myös unettomuus on yleistä. Tällaisessa tilanteessa puhutaan kroonisesta kipuoireyhtymästä. (Vainio 2009c, 32.)

Krooninen kipu on moniulotteinen sairaus, jossa yhdistyvät fyysiset ja psykososiaaliset oireet. Krooniselle kivulle altistavina, laukaisevina ja kroonista kipua ylläpitävinä tekijöinä psyykkisillä tekijöillä on todennäköisesti suurempi vaikutus kuin fyysisillä. Kroonisella kivulla ei tiedetä olevan vastaavanlaista tehtä-

vää, kuin akuutilla kivulla, jonka ajatellaan ilmoittavan vauriosta ja siten varoittavan terveyttä uhkaavasta vaarasta. (Ojala 2015, 82.)

Nosiseptinen kipu syntyy, kun kipuhermopääte (nosiseptori) reagoi voimakkaaseen ärsykkeeseen, joka mahdollisesti johtaa kudოსvaurioon. Kudoksessa nosiseptistä kipua tyypillisimmin aiheuttavat tulehdukset, tuumorit ja iskemia. Nosiseptoreista osa reagoi ainoastaan mekaaniseen ärsykkeeseen, kuten esimerkiksi syöpäkasvaimen aiheuttamaan paineeseen ympäröivässä kudoksessa. Polymodaaliset nosiseptorit reagoivat mekaanisen ärsytyksen lisäksi myös lämpöön sekä kudoksissa tapahtuvaan biokemiallisiin muutoksiin. Nosiseptisiä eli kudოსvauriokipuja ovat tulehdus-, iskeeminen-, lihas- ja luustokivut sekä syöpäkasvaimen aiheuttama kiputila, kun siihen ei liity hermovauriota. (Vainio 2009a, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Viskeraalinen eli sisäelinkipu mielletään yleensä nosiseptiseksi kivuksi. Se syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Sisäelinkipu poikkeaa kuitenkin somaattisesta kivusta monin tavoin. Viskeraaliselle kivulle tyypillisiä piirteitä ovat vaikea paikannettavuus, kivun tuntuminen laajemmalla alueella kuin mitä itse kivun aiheuttama elin on, ja kaukokipu (referred pain), jossa kipu tuntuu kipua aiheuttavan elimen lisäksi samaan aikaan myös muualla, esimerkiksi iholla. Kaukokipu tuntuu tietylle elimelle tyypillisellä alueella. Myös autonomiset oireet, kuten sydämentykytys, hikoilu, kalpeus tai pahoinvointi on tyypillisiä oireita viskeraalisessa kivussa. (Vainio 2009a, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Neuropaattisen kivun aiheuttaa kipua välittävissä hermojärjestelmässä oleva vaurio, jolloin hermosolut aktivoituvat sellaisista ärsykkeistä, jotka eivät tavallisesti aiheuttaisi kipua. Kroonisessa neuropaattisessa kivussa on kyse hermovaurioista. Vaurio voi olla perifeerinen eli kaukana kehon keskuksesta tuntuva, sentraalinen eli kehon keskellä tuntuva tai kombinoitunut eli yhdistynyt tai kytkeytynyt. Hermovauriokivussa patologisen prosessin ja kivun alkamisen välillä voi kulua pitkään. Kivun luonne myös muuttuu ajan kuluessa; perifeerisen hermovaurion vaikuttaessa keskushermoston toimintaan. Neuropaattinen kipu ei aina tunnu vauriokohdassa, vaan vaurioituneen hermon hermotusalueella, ku-

ten esimerkiksi yläraajan kipu johtuu kaulahermopunoksenvauriosta. (Vainio 2009a, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Neuropaattisen kivun tyypillisiä piirteitä ovat puuttuneisuus, pistely, polttelu ja myös kliinisesti todennettavissa olevat tuntohäiriöt. Hermovauriokivussa kipualueella voi samanaikaisesti esiintyä puutoksia sekä vääristymiä tuntoaistimuksissa, esimerkiksi kosketustunnon puuttuminen tai sivelyn aiheuttamana pitkäkestoinen, kova kipu. Puuttuminen ja tunnon alenema liittyvät hermovauriokipuun, kun taas herkistynyt kivuntunto liittyy myös kudonsvauriokipuun. (Vainio 2009a, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Idiopaattinen kipu on kipua, jonka aiheuttajana ei ole kudons- tai hermovaurio. Kipua voidaan kutsua myös psykogeeniseksi kivuksi. Siihen liittyy usein ahdistusta ja levottomuutta. Tällaista kipua kutsutaan usein myös somatoformiseksi kipuoireyhtymäksi. Idiopaattisen kivun kriteereiksi katsotaan se, että kipu on vaivannut potilasta vähintään kuusi kuukautta, asianmukaisista tutkimuksista huolimatta kivulle ei ole löytynyt somaattista syytä, patologisten orgaanisten muutosten esiintyessä potilaan valittama kipu ja siitä aiheutuva sosiaalinen toimintahäiriö ovat suhteettoman suuria objektiivisiin löydöksiin verrattuna. Idiopaattista kipua tavataan useimmiten masennuspotilailla. (Sailo 2000, 33–34.)

Psykkisen kivun katsotaan olevan sielun kipua, eli kaikkea sitä, joka pelottaa, ahdistaa, huolestuttaa ja aiheuttaa henkistä tuskaa. Suru on sielun kipua (Sailo 2000, 37). Pelkästään psykogeenisenä ilmaantuva kipu ilman mitään kipua selittäviä vaurioita on harvinaista ja sen tunnistamisessa on merkittävä osuus psykiatrisilla tutkimuksilla (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi, 2006, 83).

2.1.2 Akuutti kipu

Akuutti kipu on yleensä seurausta äkillisestä sairaudesta, vammasta tai leikkauksesta ja sen hoidossa onkin tärkeää löytää kivun syy ja pyrkiä poistamaan se. Hoitamattomana voimakas akuutti kipu voi johtaa kivun kroonistumiseen poti-

laalla (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi, 2006,147). Kun kivun syy on selvitetty tai poistettu, lääkityksellä voidaan yleensä rauhoittaa kipuoire. Akuuttiin kipuun liittyy usein kudonvaurio, joka voi johtaa inflammaatioon eli tulehdukseen. Tulehduksen oireita ovat kivun lisäksi kuumotus, punotus ja turvotus. Inflammaatiota ei pidä sekoittaa infektiin, joka on bakteerin, viruksen tai sienien aiheuttama tulehdus ja vaatii joskus hoidokseen antibiootin. Inflammaatio on siis steriili tulehdus. Akuutti kipu on jopa mielekäs, elintärkeäkin, koska se varoittaa kehoamme ja hyvinvointiamme uhkaavasta vaarasta. Sen tärkeä tehtävä on viestittää, että jotain on vialla. Luonnollisia reaktioita kudosta vaurioittavaan ärsykkeeseen ovat väistäminen ja välttäminen. Jos kudon vaurioitunut, yksilön luonnollisia toimintoja suhteessa kipuun ovat lepo, vaurioituneen kudoksen tai ruumiinosan varjeleminen ja hoitoon hakeutuminen. Akuutin kivun lievittäminen lääketieteellisin keinoin onnistuu useimmiten hyvin. Useimmat elimistön akuutit vauriot, niihin liittyvät tulehdusreaktiot ja elimistön toimintahäiriöt paranevat joko itsestään tai levolla ja lääkkeillä, jolloin myös kipu häviää. (Suomen kivuntutkimusyhdistys i.a.)

2.2 Kivunhoidon viitekehykset

Viitekehys on ajattelutapa tai näkökanta, kokonaisuus, joka muodostuu käsitteistä, käsityksistä, tiedoista ja niiden taustalla olevista teorioista. Eri aikakaudet ja kulttuurit ovat ymmärtäneet kipua eri tavoin. (Vainio 2009b, Duodecim Terveyskirjasto i.a.)

Vainio jakaa kivunhoidon viitekehykset neljään erilaiseen malliin: biolääketieteelliseen-, psykologiseen- ja psykiatriseen viitekehykseen, psykiatriseen ajatusmalliin sekä biososiaaliseen viitekehykseen (Vainio 2004, 21).

Biolääketieteellisen käsityksen mukaan ihminen koostuu sielusta ja ruumiista. Filosofin Descartesin opin mukaisesti aistimus ulkoisesta vauriosta kulkee hermostoa pitkin aivoihin; aivoissa sijaitsee ihmisen sielu. Lääketieteen käsitys kivusta on säilynyt vastaavanlaisena aina vuoteen 1980 saakka, jolloin kivun ajateltiin olevan suoraan suhteessa vaurion suuruuteen ja että kipua oli vain kahdenlaista, joko elimellistä tai psyykkistä. Malli alkanut muuttua, kun tutkimusmene-

telmillä on saatu uutta tietoa ihmisen mielen ja fysiologisten tapahtumien yhteydestä. Perinteisen biolääketieteellisen ajattelumallin mukaisesti tietty oire johtuu tietyn elimen toimintavirheestä, jota selvitetään lääketieteellisillä tutkimuksilla ja hoidetaan lääkkeillä ja toimenpiteillä. Biolääketieteessä pyritään täsmällisiin diagnooseihin joihin voidaan käyttää täsmällistä hoitoa. (Vainio 2004, 21–22.)

Potilaan kivun tuntemuksia, joille ei löydy elimellistä syytä, ei voida selittää biolääketieteellisellä mallilla. Tällöin puhutaan psykogeenisestä kivusta. Psykogeenistä kipua on käytännössä nimitetty myös luulosairaudeksi, epätodelliseksi kivuksi, ainakin potilaiden kokemuksen perusteella: Vainio sanoo potilaan todenneen, että ”luulosairaus on sitä, että lääkäri luulee, että minä teeskentelen”. (Vainio 2004, 22.)

Biolääketieteellinen ajattelumalli on ollut pohjana psykosomatiikalle. Sen mukaisesti esimerkiksi vatsahaavaa on pidetty psykosomaattisena sairautena, jolloin yhtenä sairauden aiheuttajana pidetään potilaan tunne-elämän problematiikkaa. Psykiatrian tautiluokitukset ja diagnoosit perustuvat oireiden taustalla olevan patologian tai sairauden tunnistamiseen. Tämä on vaikuttanut kivunluokitusjärjestelmään siten, että krooniset kiputilat, joita ei ole pystytty selittämään elimelliseksi, on voitu luokitella kuuluviksi mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiksi, jollin niistä käytetään nimityksiä kuten toiminnalliset oireet tai elimellisoireiset eli somatoformiset häiriöt. Luokitusten ongelmana on, ettei kipuhäiriöiden synty-mekanismista ole sellaista tietoa, jota voitaisiin hyödyntää yksittäisen potilaan hoidossa. Viime vuosien tutkimukset ovat osoittaneet, että ulkoiset ja myös mielen sisäiset tapahtumat vaikuttavat hermoverkkojen rakenteeseen ja, että voimakas kipu muuttaa aivojen toimintaa, niin sähköistä kuin kemiallistakin. Potilaan odotuksien on todettu vaikuttavan keskushermostoon, esimerkkinä lumelääketutkimukset, joissa kipuun lumelääkkeen saaneella potilaalla todettiin samanlaisia muutoksia kuin vahvan kipulääkkeen saaneella. Myös miellyttävien ajatusten tiedetään vähentävän kipua ja taas epämiellyttävien lisäävän. Psykisten ja elimellisten tapahtumien vuorovaikutus on jatkuva prosessi, jossa syitä ja seurauksia ei voida erottaa. (Vainio 2004, 22–23.)

Biososiaalinen viitekehys tarkastelee ihmistä monitahoisesti, huomioiden ruumiillisen toiminnan, tunteet, ajatukset, motivaation ja sosiaalisten suhteiden vuorovaikutuksen ihmisen terveyteen ja sairauteen. Biososiaalinen malli huomioi somaattisesta sairaudesta kärsivällä potilaalla voivan yhtäaikaisesti olla myös mielenterveyteen vaikuttavia ongelmia, jotka yhdessä vaikuttavat potilaan terveyteen ja paranemiseen. Malli huomioi myös mielenterveyspotilaan voivan yhtälailla kärsiä somaattisesta sairaudesta, jolloin kaikkia oireita ei voida yhdistää mielenterveydenhäiriöön. (Vainio 2004, 23–24.)

2.3 Kivun hoitotyö ja sairaanhoitajan rooli kivunhoidossa

Kivun hoitotyö on kipua kokevan potilaan ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyö edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipu, valita kuhunkin tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot, yhdistää ne muihin kivunhoitokeinoihin ja arvioida hoidon onnistumista (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi, 2006, 9).

Kivun hoitoon on tarpeellista varata aina aikaa. Potilaan ja lääkärin sekä hoitajan välinen hoitosuhde tulee olla jatkuva, koska sopivan hoidon etsiminen saattaa kestää viikkoja tai jopa kuukausia (Vainio 2007, 158). Kivunhoidon tavoitteena on kivuttomuus, ja aina siihen ei riitä pelkästään lääkkeet, myös lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät yhdessä lääkkeiden kanssa voivat antaa toivotun lopputuloksen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ilmaisee selkeästi potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon. Potilaan oikeus hyvään kivunhoitoon tarkoittaa tutkittuun tietoon ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvien kivun arviointi- ja hoitovaihtoehtojen valintaa, käyttöä ja arviointia.

Joulukuussa 2015 julkaistu Käypä hoito -suositus kivun hoidosta painottaa lääkkeettömän kivun hoidon menetelmiä erityisesti. Suomessa kivun on todettu liittyvän noin 40 prosenttiin käynneistä terveyskeskuslääkärin luona. Euroopalaisen monikeskustutkimuksen mukaan kroonisista kivuista kärsineistä aikuisista 60 prosenttia oli käynyt edellisten kuuden kuukauden aikana 2–9 kertaa lääkärissä kivun vuoksi. Kivun aiheuttamista kokonaiskustannuksista selkeästi

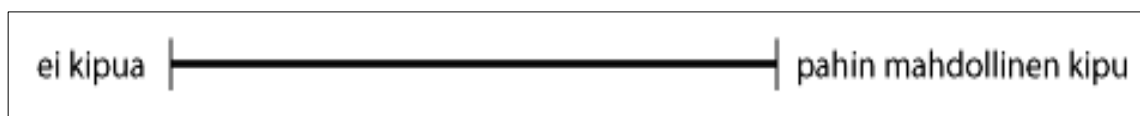
suurimman osan muodostavat epäsuorat kustannukset, kuten poissaolot työstä ja toimintakyvyn heikkeneminen. Potilaan kanssa yhdessä tehty huolellinen kokonaistilanteen kartoitus sekä hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu ovat siis tärkeitä, koska hoidon tavoitteina tulee olla kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun parantuminen. Potilaan tulee viipymättä saada syyntukainen hoito, sekä kivusta aiheutuneiden oheisoireiden hoito selviytymisen tukena. Uuden Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia pitkäkestoisen kivun hoidossa ja kuntoutuksessa. Suosituksessa korostetaan moniammatillista lähestymistapaa hoidossa. Potilaan saama kivun hoito tulisi siis olla mahdollisimman oikea-aikaista, tehokasta ja laadukasta, jotta potilas saisi tarvitsemansa avun ja sitä kautta säästyisi esimerkiksi sairauspoissaoloilta. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015 i.a.)

Sairaanhoitajat, varsinkin ne jotka ovat saaneet erityiskoulutuksen kivunhoitoon, ovat avainasemassa potilaan kivun hoidossa. Sairaanhoitaja on keskeisessä asemassa potilaalle annettavan kipulääkityksen suunnittelussa, toteutuksessa, kirjaamisessa ja myös potilaan kivun hoidon seurannassa, sekä kotihoidon ohjauksessa. Sairaalan vuodeosastoilla sairaanhoitaja vastaa potilaan kivuliaan potilaan lääkehoidon toteuttamisesta, kirjaamisesta ja seurannasta. Kivunhoito on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä. Sairaanhoitaja luo hoidon kannalta tärkeän suhteen potilaaseen ja usein muodostaa perustan moniammatillisessa yhteistyössä potilaan kivunhoidossa (Vartiainen 2000, 22; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,141.).

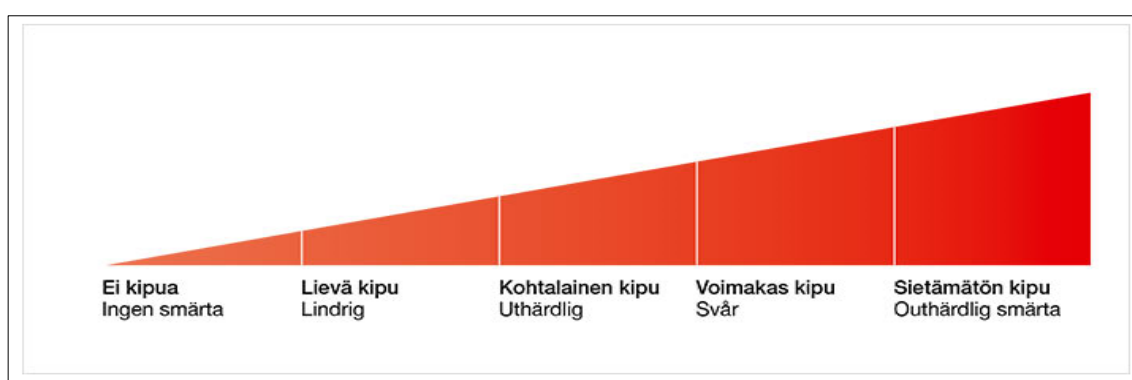
Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sanotaan muun muassa, että sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Sairaanhoitajaliitto i.a.). Tämä ohjaa hoitajaa työssään aktiivisesti kysymään ja seuraamaan potilaan kipua, hoidon vastetta ja kivun uudelleen arviointia.

Moniammatillisen työryhmän jäsenenä sairaanhoitajan on kirjattava riittävän tarkasti potilaan tuntemukset kivusta, sen laadusta, sen muuttumisesta, helpotumisesta tai pahenemisesta. Sairaanhoitajan on osattava käyttää erilaisia kivunhoidon mittareita, kuten kipujanaa VAS (visual analogue scale) tai kipukiilaa,

numeerista asteikkoa 0–10 NRS (numerical rating scale), jossa numero 0 on yhtä kuin ”ei kipua” ja numero 10 ”pahin mahdollinen kuviteltavissa oleva kipu”, sanallista arviota VRS (verbal rating scale), kipukarttaa tai kasvokuvaa (erityisesti lapsilla).



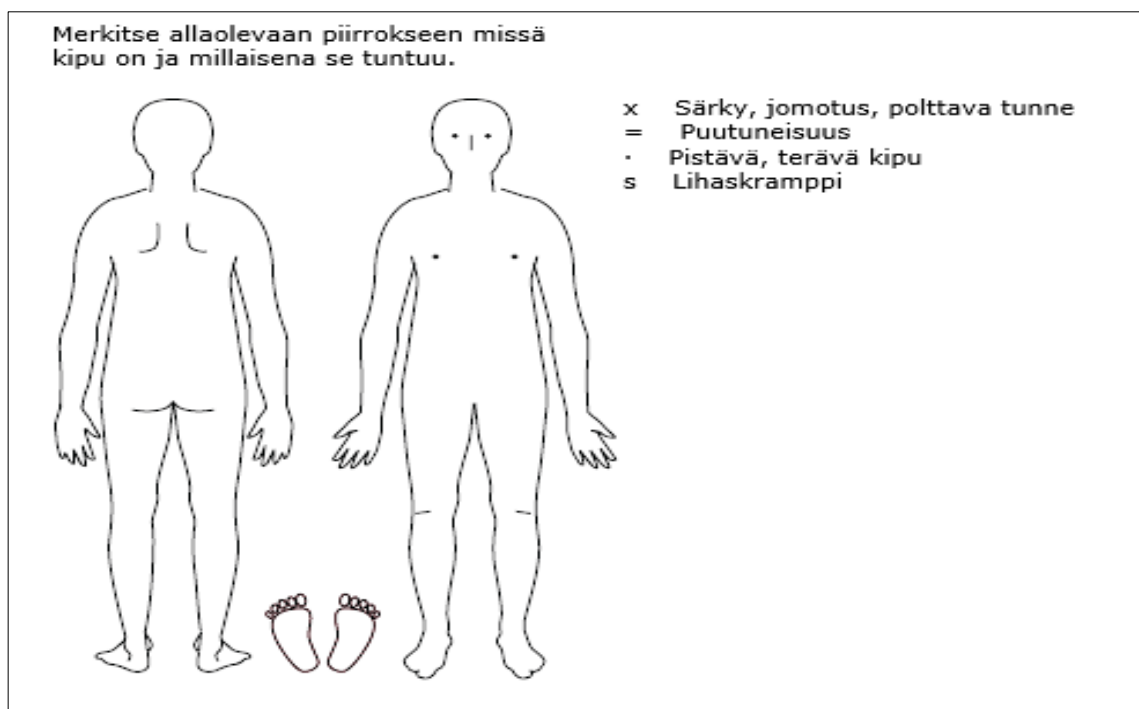
KUVA 1. Kipujana (Vainio, 2009d, Duodecim Terveyskirjasto i.a.).



KUVA 2. Kipukiila (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri i.a.).

TAULUKKO 1. Sanallinen kipuasteikko, VRS (Vainio, 2009d, Duodecim Terveyskirjasto i.a.).

0	Ei kipua
1	Lievä kipu
2	Kohtalainen kipu
3	Voimakas kipu
4	Sietämätön kipu



KUVA 3. Esimerkki kipukartasta (Kivuton.info i.a.)

Potilaan kipua ei pidä yli- tai aliarvioida. Potilasta on motivoitava kivun hoidossa ja kannustettava muuttamaan elintapojaan, kuten esimerkiksi liikuntatottumuksia ja ruokavaliota terveys-suositusten mukaisiksi, tukeutuen tutkittuun ja näyttöön pohjautuvaan hoitotyön tietoon. Kivun hoidon Käypä hoito -suosituksessa painotetaan potilaan osallistamisen ja potilaan oman motivaation merkitystä kivun hoidossa (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015 i.a.).

Kipua tulisi seurata yhtä säännöllisesti kuin verenpainetta, pulssia, hengitystä tai lämpöä, ja kipu, sekä sen hoito vasteineen on kirjattava potilasasiakirjoihin. Potilaan näkökulmasta hyvä kivunhoito tarkoittaa, että häntä kuunnellaan, hänen kipunsa otetaan todesta ja että kivunhoito toteutetaan hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Kivun hoitotyön prosessi on keskeisesti sairaanhoitajan toteuttama. Hoitajan työ tapahtuu potilaan vierellä; hän hoitaa potilasta kaikkina vuorokauden aikoina erilaisissa tilanteissa, ja hänellä on siksi hyvät mahdollisuudet oppia tuntemaan potilas ja tunnistaa hänen kipuaan. Kivun säännöllinen arviointi ohjaa toteuttamaan lääkehoitoa ja valitsemaan potilaalle sopivia hoitotyön auttamismenetelmiä. Kivun arviointiin on kehitetyt mittarit helpottavat sairaanhoitajan päätöksentekoa. Näiden mittareiden lisäksi sairaanhoitajan on ar-

vioitava potilaan motorisia, sensorisia sekä muita kipuun viittaavia oireita aistein, eli kuuntelemalla, katselemalla ja tunnustelemalla potilasta (Kipu: Käypä hoito – suositus, 2015 i.a.). Vanhusten kivun arvioinnissa on huomioitava potilaan kognitiivinen kyky hahmottaa visuaalisia kipumittareita. Sanallisten mittareiden käyttö esimerkiksi VAS-mittarin sijaan on suositeltavaa. Vanhusten kivun arvioinnin tulee kuitenkin pohjautua ensisijassa potilaan omaan ilmoitukseen kivusta.

Dementoituneen potilaan kivun arviointiin on kehitetty esimerkiksi PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia), jossa kivun arviointi perustuu potilaan käyttäytymisen muutosten tarkkailuun. PAINAD-mittarilla arvioidaan viiden minuutin ajan potilaan hengitystä, negatiivista ääntelyä, kasvojen ilmeitä, kehon kieltä, sekä lohdutuksen tarvetta tai vaikutuksen poikkeavuutta asteikolla 0–2. Mittarissa 0 on normaali, 1 lievästi poikkeava ja 2 selvästi poikkeava. Potilaan saamat kipupisteet lasketaan yhteen, jolloin saadaan tulos välillä 0–10. (Kalso 2009a, Duodecim Oppikirjat i.a.)

TAULUKKO 2. PAINAD-mittari (Kalso 2009a, Duodecim Oppikirjat i.a.).

Muuttuja	0	1	2
Hengitys	Normaali	Hengitys on ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatiojakso	Hengitys on äänekästä ja vaivalloistaa. Pitkä hyperventilaatiojakso. Cheyne – Stokesin hengitystä
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerointia ja voihteita. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerointia tai voihteita, itkua
Kasvojen ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön.	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää.
Kehonkieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarveta lohduttamiseen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle ja tyyntyyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu.

Tavoitteellinen kivun hoitotyö edellyttää jatkuvaa hoidon seuranta. Hoidon onnistumisen paras arvioija on potilas itse. Hänen mielipiteensä voinnistaan ja selviytymisestään kertoo siitä, miten hyvin kivun hoitotyön tavoite on saavutettu. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013 i.a.)

3 KIVUNHOIDON MENETELMÄT

Lyhytaikaiset, tilapäiset kivut ja säröt menevät yleensä ohi itsestään, tai niitä voi lievittää itsehoitona lämmöllä, kylmällä, hauteilla, rentoutumalla ja lepäämällä. Lievään lyhytaikaiseen kipuun käytetään myös apteekista reseptivapaasti saatavia itsehoitolääkkeitä, jotka kuuluvat usein särky- ja tulehduskipulääkkeiden ryhmään. Kroonisen kivunhoidon lääkehoito tulisi suunnitella moniammatillisen työryhmän kanssa potilaalle yksilöllisesti. Etukäteen on vaikea määritellä, mikä hoito on paras ja tehokkain, joten lääkettä on testattava erikseen jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Kroonisen kivun hoito poikkeaa satunnaisen, akuutin kivun hoidosta siten, että tulehduskipulääkkeet eivät yleensä yksistään riitä lievittämään kipua. Poikkeuksena on selvät tulehdukseen liittyvät kivut esimerkiksi reuman ja syöpätautien yhteydessä. (Vainio 2009c, 87–89.)

Kipua hoidetaan lääkehoidon lisäksi myös erilaisilla lääkkeettömillä kivunhoidon menetelmillä. Näitä ovat muun muassa TNS-hoito eli transkutaaninen hermostimulaatio jonka ajatellaan vaikuttavan kivunsäätelyyn selkäytimen porttikontrollin kautta: pienellä patterikäyttöisellä laitteella ärsytetään sähköisesti kosketushermopäätteitä ja kosketushermoärsykkeet estävät kipuärsykkeiden etenemisen selkäytimestä aivoihin. TNS-hoito soveltuu hyvin itsehoitoon kotiloissa. Tämän lisäksi potilas voi saada fysikaalista hoitoa, kuten sähkövirtaa, lämpöä, kylmää, ääntä, valoa sekä liikuntaa, liikeharjoituksia ja hierontaa.

Hoitojen tehosta kroonisissa kiputiloissa on vain vähän tutkimuksia. Ainoana hoitokeinona ne ovat todennäköisesti riittämättömiä, mutta hyödyllisiä kuitenkin osana hoitokokonaisuutta. Muita keinoja kivun hoitoon on myös erilaiset kipuryhmät, esimerkiksi psykologiset kivunhoidon ryhmät. Parhaita tuloksia on saatu niin sanotulla kognitiivis-behavioristisella, oppimiseen perustuvalla hoitomenetelmällä. Koska kipuun liittyvät ajatustottumukset ovat kulttuurisidonnaisia ja oppittuja, ajatuksia muuttamalla ja oppimalla voidaan myös vaikuttaa kipukokemukseen. (Vainio 2009c, 101–105.)

3.1 Lääkehoito

Lääkehoitona kipuun voidaan käyttää hoidon tarpeesta riippuen, parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä (myös ulkoisesti käytettävät voiteet/geelit), opioideja, mäsennuslääkkeitä, epilepsialääkkeitä, Na⁺ kanavan salpaajia, neuroleptejä sekä lääkeyhdistelmiä (Kalso 2009b, Duodecim Oppikirjat i.a.).

Kivun lääkehoito tulee räätälöidä potilaalle yksilöllisesti huomioiden itse kipu, mahdolliset muut sairaudet ja niiden aiheuttamat riskitekijät sekä potilaan psykososiaalinen tilanne. Potilaan ikä, yleiskunto sekä mahdollinen raskaus ja imeytys vaikuttavat myös kivun lääkkeelliseen hoitoon, kuten myös potilaan muiden sairauksien lääkehoito, jolloin lääkkeiden mahdollinen yhteisvaikutus tulee tarkastaa.

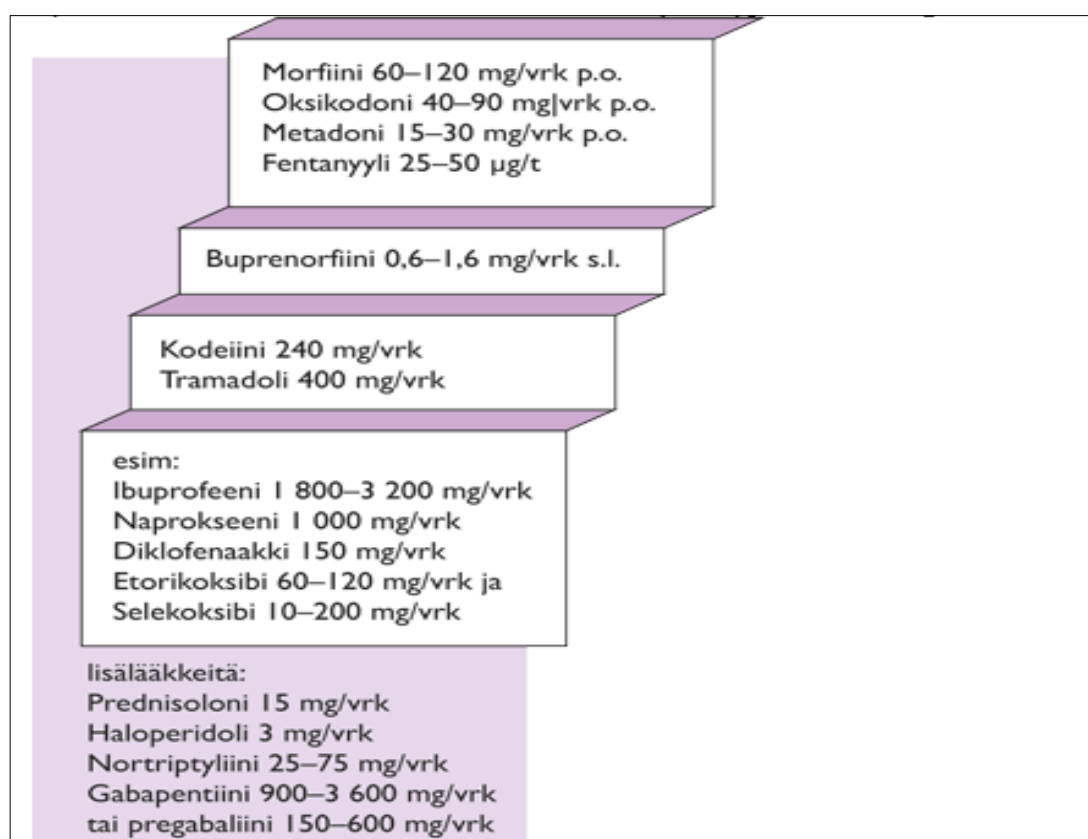
Tulehduskipulääkkeet (NSAID) ovat tehokkaita kudonsvaurion kivun ja tulehduksen lievityksessä, mutta niiden haittavaikutukset voivat olla vakaviakin, kuten esimerkiksi maha-suolikanavan vauriot tai vuoto. Tulehduskipulääkkeiden tärkeimpiä käyttötarkoituksia ovat leikkauksen jälkeinen kivunhoito, vammoihin liittyvän kivunhoito, lihas- ja luustoperäiset kivut, syöpäkivut, reuma- ja nivelrikkokivut, kuukautiskivut ja jotkin suolistokivut. Neuropaattisiin kipuihin ei tulehduskipulääkkeistä tai parasetamolista ole tavallisesti apua. (Kalso 2009b, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Opioidit estävät kivun välittymistä ääreishermostossa, selkäytimessä ja aivoissa, sitoutumalla opioidireseptoreihin. Opioideja käytetään akuutin kivun hoidon lisäksi myös kroonisessa syöpäkivussa, johon opioidien on todettu vaikuttavan suurimpaan osaan. Sen sijaan muuhun krooniseen kipuun opioideilla ei ole välttämättä vaikutusta. Opioidit ovat tehokkaita akuuteissa kiputiloissa, kuten leikkauksen jälkeinen kiputila tai trauma, kun kipu johtuu kudonsvauriosta tai tulehduksesta. Syöpäkivun lisäksi opioidit ovat osoittautuneet tehokkaiksi akuuteissa iskeemisissä kivuissa, esimerkiksi sydänlihaksen hapen puutteessa. Myös nivelrikkojen hoidossa opioideilla (fentanyyllillä, morfiinilla ja oksikodonilla) on todettu kipua lievittävä vaikutus. Sen sijaan hermovauriokipujen hoidossa opioidien vaikuttavuus ei ole ennustettavissa. Opioidien käyttöön liittyy myös haasteita, ku-

ten addiktion ja toleranssin kehittyminen, sekä haittavaikutuksia pahoinvoinnista väsymykseen, vakavimpana kuitenkin hengityslama. (Kalso 2009b, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Uudessa Käypä Hoito-suosituksessa ei suositeta ottamaan opioideja käyttöön päivystystilanteissa ja tuntemattomalle potilaalle kovinkaan herkästi. Opioidein käyttöä suositellaan mieluiten vain pitkäkestoisessa potilassuhteessa. Myös potilaan psykososiaalinen tilanne tulee olla vakaa ja työikäisillä suositellaan keskittämään opioidien käytön aloitus kivun hoitoon erikoistuneisiin yksiköihin. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015 i.a.)

Maailman Terveysjärjestö WHO on julkaissut 1996 lääkkeellisen kivunhoidon portaat muun muassa syöpäkivun hoitoon.



KUVA 3. Syöpäkivun porrasteinen hoitokaavio (WHO). Kodeiinin ja Tramadolin annokset ovat enimmäisannoksia/vrk. Vahvojen opioidien annokset ovat keskimääräisiä ekvianalgeettisia annoksia. (Vainio & Kalso 2009, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Ohjeistuksen mukaan kivunhoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä. Mikäli ne eivät riitä voidaan siirtyä käyttämään SNRI-lääkkeitä (serotoniini- ja noradrenaliinijärjestelmiin vaikuttavat) ja epilepsialääkkeitä, joita voidaan käyttää erityisesti vaikean neuropaattisen kivun hoitoon tai mietoja opioideja kuten kodeiinia. Mikäli näistäkään lääkkeistä ei ole riittävää apua kivun hoitoon, voidaan ottaa käyttöön vahvemmat opioidit, esimerkiksi oksikodoni tai morfiini, jotka vaikuttavat keskushermoston kautta eli aivojen ja selkäytimen alueella oleviin kivunsaätelyjärjestelmän osiin. (World Health Organization i.a.)

Trisykliset masennuslääkkeet ovat keskeisiä kroonisen, erityisesti hermovauriokivun hoidossa. Niiden on todettu tehoavan moniin eri kiputiloihin. Trisykliset masennuslääkkeet ovat tehokkaita esimerkiksi yöruusun jälkeisessä hermokivussa, reumassa, fibromyalgiassa, diabeettisessa neuropatiassa, migreenissä, jännityspäänsäryssä, syöpäkivuissa, kroonisessa selkäkivussa sekä aivoverenkiertohäiriön jälkeisessä kiputilassa. Kliinisten tutkimusten tuloksien arviointiin vaikuttaa krooniseen kipuun liittyvä masennus. Trisyklisten masennuslääkkeiden kipua lievittävä teho on kuitenkin masennuksesta riippumaton, sillä kipua lievittävä vaikutus ilmaantuu nopeammin ja pienemmillä annoksilla kuin masennusta lievittävä. Myös trisyklisten masennuslääkkeiden käyttöön liittyy haittavaikutuksia, kuten esimerkiksi väsymys, fobiat, hypomania, vapina ja sekavuus. (Kalso 2009b, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Na⁺-kanavia salpaavat epilepsialääkkeet lievittävät sähköiskun- ja viiltävän omaista hermovauriosta johtuvaa kipua. Kipua lievittävä vaikutus saadaan aikaan samalla annoksella kuin kouristuksia estävä. Epilepsialääkkeitä voidaan käyttää esimerkiksi kolmoishermostosäryssä, yöruusun jälkeisessä hermokivussa, diabeettisessa neuropatiassa, MS-taudissa kohtauksittaisissa kivuissa sekä kasvojen alueen hermokivussa (glossofaryngikusneuralgia). Muun tyyppisissä kivuissa epilepsialääkkeidentehoa ei ole tutkittu. (Kalso 2009b, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Neurolepteistä levomepromatsiinilla on osoitettu olevan kipua lievittävä vaikutusta lihakseen annosteltuna, lähinnä kuitenkin sedatoivan ominaisuutensa vuoksi. Levomepromatsiinia käytetään myös syöpäpotilaiden kivun hoidossa opioidien lisänä, sen sedatoivan ja opioideista aiheutuvaa pahoinvointia lievittävän vaikutuksen vuoksi. Neuroleptien haittavaikutuksia ovat ekstrapyramidaalioireet, kuten esimerkiksi akatisia (motorinen levottomuus), opistotonus (selkälihaskouristus) ja akuutti dystonia (kivuliaita kaulan, niskan, silmien ja vartalon kouristustiloja). (Kalso 2009b, Duodecim Oppikirjat i.a.).

Eri lääkeaineiden yhdistelmäkäytössä päämääränä on aikaan saada tehokkaampi kivunlievitys vähemmällä haittavaikutuksilla, yhdistämällä kivunlievitysjärjestelmässä eri paikoissa vaikuttavia lääkeaineita. Toisin sanoen eri tulehduskipulääkkeitä ei pidä käyttää samanaikaisesti eikä myöskään eri opioidivalmisteita tulisi yhdistää. Tulehduskipulääkkeiden ja opioidien yhdistäminen lisää toistensa vaikutusta ja niiden yhdistelmä on todettu tehokkaaksi akuutissa kivussa. Myös syöpäkivuissa ja vaikeissa reumakivuissa tulehduskipulääkkeiden ja opioidien samanaikainen käyttö on perusteltua. (Kalso 2009b, Duodecim Oppikirjat i.a.)

Onnistuneen kipulääkityksen edellytyksenä on myös oikeanlainen lääkkeenantomuoto. Jos suun kautta annettu lääkitys ei ole riittävä tai toteutettavissa, voidaan siirtyä muihin antomuotoihin. Pitkävaikutteiset fentanyylilaastarit, opioidin annostelu ihon alle tai laskimonsisäisesti ovat parempia vaihtoehtoja kuin lihakseen injisoituna, silloin kun potilaan lihaskudos on vähäistä. Pitkäaikaisessa hoidossa, etenkin syöpäkivun hoidossa, lihakseen injisoitu lääke aiheuttaa turhaa kipua sekä kudosaivourioita. Opioidilääkitys voidaan annostella myös kipupumpulla ihon alle tai epiduraalitalaan. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 158-159.)

3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömällä kivunhoidolla tarkoitetaan menetelmänä hoitaa kipua muilla kuin lääkkeillä. Menetelminä voivat olla muun muassa musiikin kuuntelu, aquarakkulat, rentoutusharjoitteet, hierominen, liikunta, meditaatio, kylmä- ja kuuma tai lämpöhoidot, stimulaatiohoidot ja fysioterapia. Lääkkeetön kivunhoito voi olla yhtälailla potilaan toteuttamaa itsehoitoa kuin ammattilaisen tuottamana annettua lääkkeetöntä kivunhoitoa. Lääkkeettömän kivunhoidon tarkoituksena on tukea lääkkeellistä hoitoa ja päinvastoin, silloin kun kumpikaan ei yksinään riitä. Käypä hoito- suosituksen mukaan lääkkeettömän menetelmän tulisi olla perusta kivunhoidolle, jota lääkkeellisillä kivunhoidonmenetelmillä voidaan tarvittaessa tukea (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015 i.a.).

3.2.1 Kylmä- ja lämpöhoito

Kylmähoito voi lievittää potilaan kipua vaikuttamalla kudosten verenkiertoon. Vaikutusmekanismina kylmä alentaa kudosten lämpötilaa, verenkierto ja aineenvaihdunta hidastuvat ja lihasspasmit vähenevät. Lihakset rentoutuvat, jolloin kipu lievittyy. Vaikutusmekanismina taas lämpö eliminoi solullaisia metaboliitteja (kudosten aineenvaihduntatuotteita), jotka stimuloivat kipua. Pintalämpö lisää ihoverenkiertoa. Syvälämpö lisää kudosten verenkiertoa jolloin lihakset rentoutuvat ja kudosten verenkierto lisääntyy. Akuutissa leikkauksen jälkeisessä kivussa lämpöhoito kuitenkin lisää verenkiertoa ja vuotoriskiä. Tämän vuoksi lämpöhoitoa ei suositella leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Heikkoa näyttöä löytyy siitä, että kylmähoito vähentää verenvuotoa ja potilaan kipua 48 tuntia polvileikkauksen jälkeen sekä lisää polvinivelen liikkuvuutta (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013 i.a.).

3.2.2 Asento- ja liikehoidot

Asento- ja liikehoidot voivat lievittää potilaan kipua. Potilasta voi tukea hyvään asentoon tyynyin, kiiloin, erilaisten tukien tai erikoisvuoteen avulla. Asennon vaihto lievittää kipua edistämällä verenkiertoa ja vähentämällä lihasspasmeja. Passiivinen tai aktiivinen liikunta edistävät verenkiertoa, vähentävät lihasspasmeja ja ehkäisevät virheasentojen kehittymistä. Liikkuminen vähentää turvotusta ja vähentää tromboosi- eli laskimotukosriskiä. Lepo edistää paranemisprosessia, mutta sitä ei suositella ainoaksi kivunlievitysmenetelmäksi. Lepoa käytetään rajoitetun ajan ja se soveltuu esimerkiksi luunmurtumaleikkauksen jälkeiseksi hoidoksi. Potilaan sydäntutkimuksen (cardiac catheterization) jälkeisestä välttämättömästä selinmakuusta aiheutuvia selkäkipuja voidaan vähentää asento-ohjauksella. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013 i.a.)

3.2.3 Huomion suuntaaminen muualle

Suzanne Chapman (2012) kirjoittaa artikkelissaan ”Cancer pain part 2, assessment and management” siitä, kuinka syövän läpilyöntikivuihin optimoitu kivunhallinta saadaan lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon yhdistelmänä. Kipukynnystä voidaan nostaa esimerkiksi psykoterapian avulla ohjaamalla potilasta oheis- tai sijaistoimintaan kivun tullessa niin sanotusti päälle. Potilasta voidaan opastaa tekemään ristikoita, kuuntelemaan musiikkia tai meditoimaan. Hoitajan rooli on erittäin tärkeä auttaessaan potilasta kehittämään omia tekniikoita saadakseen kivut hallintaansa. (Chapman 2012, 46–47).

Maj-Britt Elorannan (2002) tutkimuksessa haastateltavat kertoivat, että huomion kääntäminen pois kivusta oli tärkeää. Jokin mielenkiintoinen tehtävä tai tekeminen vei huomion pois kivusta. Joku heistä työsti kipua kirjoittamalla päiväkirjaa. Kunnollisen yön levon jälkeen kipua esiintyi yleensä vähemmän. Jotkut heistä käyttivät tukivyyötä ja muita apuvälineitä, jotta kuormitus olisi vähäisempää. Melkein kaikille haastateltavista sauna tai lämpö ei sopinut. Useimmille ei myöskään istuminen tai seisominen paikoillaan ollut hyväksi. Rasitus pahensi toisaal-

ta luonnollisestikin kipua. Toiset heistä olivat huomanneet, että on parempi kuin ihmiset eivät aina kyselisi heidän kivustaan ja että kipupotilaan pitäisi itsekin yrittää poisoppia itsensä tarkkailusta. Toisinaan saattoi käydä niin, että hyvinä päivinä potilas arvioi kuntonsa väärin ja seuraavana päivänä oli taas kivuliaampi. Haastateltavat korostivat, että vain kokeilemalla löytyi omat kipua lievittävät tai pahentavat tekijät.

Myös hoitosuosituksissa viitataan siihen että huomion siirtäminen kivusta muualle auttaa kivun hoidossa. Kokeellisessa tutkimuksessa vähemmän pelokkaat henkilöt kykenivät suuntaamaan huomion pois kivusta paremmin kuin voimakkaasti pelkäävät. Koehenkilöt kokivat kokeellisesti aiheutetun kivun lievempänä suorittaessaan vaativaa tehtävää. Keskittyminen tehtävään vei huomion pois kivusta. Koehenkilöt, jotka pelkäsivät kipua eniten, kokivat myös kivun voimakkaampana. Huomion suuntaaminen pois kivusta tehoi vain henkilöihin, joilla ei ollut voimakas kivunpelko. Kivun voimakkuus oli matalampi koehenkilöillä, kun huomio suunnattiin pois kivusta. Huomion suuntaaminen pois kivusta aktivoi aivoalueita, joka saattaa heikentää kipusignaalin välittymistä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013 i.a.)

Vuorovaikutukseen perustuvat psykologiset hoitomenetelmät ovat yksi osa-alue lääkkeetöntä kivunhoitoa. Vuorovaikutukseen perustuvia hoitomenetelmiä ovat ohjattu mielikuva harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa potilaan kivun hoitoon ja eri oppimisteorioiden käyttäminen kivunhoidossa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,149–155.)

3.2.4 Mielikuvaharjoittelu

Ohjattu mielikuvittelu auttaa myös potilasta hallitsemaan kipuaan. Ohjattu mielikuvittelu on rentoutumiskeino, jolla tavoitellaan mahdollisuutta potilaan itsensä kontrolloida kipua oman mielikuvituksensa avulla ja, että potilas voisi hyödyntää omia voimavarojaan aktiivisesti kivunlievityksessä. Ohjatussa mielikuvittelussa potilas ohjataan ajattelemaan jotakin itselleen mieluisaa asiaa tai toimintaa. (Sa-

lanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 152–153.) Mielikuvittelua käyttäneillä potilailla oli lonkkaleikkauksen jälkeen kivun voimakkuus alhaisempi, he tarvitsivat vähemmän kipulääkitystä verrattuna kontrolliryhmään ja he myös kotiutuivat aikaisemmin. Ohjattu mielikuvaharjoittelu vähensi gastro-enterologisessa leikkauksessa olleiden potilaiden ahdistusta. Heidän kivun voimakkuutensa oli alhaisempi, he tarvitsivat vähemmän kipulääkkeitä ja he olivat tyytyväisempiä hoitoonsa verrattuna kontrolliryhmään. Ohjattu preoperatiivinen mielikuvittelu voi vähentää preoperatiivista ahdistusta sekä postoperatiivista kipua.

3.2.5 Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa

Vuorovaikutukseen perustuvassa kognitiivis-behavioraalisessa lähestymistavassa kiinnostus kohdistuu potilaan kipuun liittyviin ajatuksiin, uskomuksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen. Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa perustuu viiteen olettamukseen, joiden mukaan ajatuksilla, käsityksillä, odotuksilla ja uskomuksilla on vaikutusta ihmisen mielialaan, sosiaalisiin suhteisiin, fysiologisiin prosesseihin ja niistä johtuen käyttäytymiseen sekä myös päinvastoin, jolloin mieliala, fysiologiset prosessit, ympäristö ja käyttäytyminen muokkaavat ihmisen ajattelua. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 149–150.)

Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan olettamusten mukaisesti ihminen myös oppii uusia tapoja ajatella, käyttäytyä ja tuntea ja että ihminen on itse aktiivinen osallistuva näiden tapojen muuttamisessa. Kivuista kärsivä potilas saattaa tuntea itsensä arvottomaksi, riittämättömäksi, kyvyttömäksi sekä tulevaisuuden osalta näköalattomaksi eli kipuun liittyvät kognitiiviset vääristymät aiheuttavat ihmisessä negatiivisen itsensä ja ympäristönsä hahmottamisen. Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan avulla potilas oppii tunnistamaan kipuun liittyviä vääristyneitä elementtejä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi, 2006, 149–150.) Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan pohjalta kehitetty hoitomenetelmä kivun hyväksymiseen on muun muassa hyväksyvän tietoisien läsnäolon opetteleminen (mindfulness treatment), jonka tavoitteena on potilaan suhtautuminen kipuunsa mahdollisimman neutraalisti ja tiedostaen, ei kontrolloiden ja vältellen kipua. (Elomaa & Estlander 2009, Duodecim Oppikirjat i.a.)

3.2.6 Oppimisteorioita

Oppimisteorioiden mukaisesti ihminen on oppinut tunteisiin ja kipukäyttäytymiseen liittyviä haittoja ja ongelmia, joten näihin pystytään myös vaikuttamaan oppimisen kautta. Oppimisteorioiden avulla pyritään vaikuttamaan kivusta aiheutuvaan haittaan sekä kivun ilmaistamiseen, ei itse kivun lievittämiseen. Tutkimuksissa on todettu kognitiivis-behavioraalista lähestymistapaa käyttävien potilaiden selviytymiskeinojen olevan paremmat, kipukäyttäytymisen vähäisempää ja kivun olevan voimakkuudeltaan lievempää, kun heitä verrattiin muita hoitoja saaneisiin potilaisiin. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 149–151.)

Ehdollistumisoppimisessa potilas oppii pelkäämään kipua aiempien kiputunteuksien pohjalta. Tällöin kipuun liittyvät tunteet, kuten pelko ja ahdistus kivun aiheuttavasta tilanteesta aiheuttaa potilaalle lihasjännitystä, joka puolestaan lisää kipua. Hoidolla tavoitellaan päinvastaista tilaa, jossa potilas pystyisi rentoutumaan ennen kipukohtausta ja tämä jännitteetön tila ehdollistuisi kipua aiheuttaviin tilanteisiin. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 149–151.)

Seuraamusoppimisteorian mukaan potilas pyrkii välttämään sellaista toimintaa, jonka on aiemmin kokenut kipua aiheuttavaksi. Samoin myös, jos potilas havaitsee läheistensä ahdistuvan kivusta, hän saattaa peittää kipunsa. Myös terveydenhuolto saattaa vahvistaa potilaan kipukäyttäytymistä, potilasta passivoivilla hoitomenetelmillä, sekä jatkuvilla tutkimuksilla tai epäselvillä diagnooseilla. Potilaan epätietoisuus, omat käsityksensä kivusta, sen syistä ja seurauksista voivat johtaa potilaan elämän kapeutumiseen kivun ympärille. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 149–151.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kyselytutkimuksella kartoittaa hoitajien kivunhoidon menetelmien tietämystä. Haluamme selvittää yhteistyötahomme sisätautien vuodeosaston kivunhoitoa ja eri kivunhoitomenetelmien tuntemusta sekä käyttöä hoitotyöhön osallistuvan henkilöstön näkökulmasta. Tavoitteenamme on lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien kehittäminen sisätautien vuodeosastolla, esittämällä yhteistyötahollemme tutkittua tietoa kivunhoidosta ja sen eri menetelmistä.

Etsimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Hoidetaanko kipua pääasiallisesti lääkkeillä vai käytetäänkö myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä?
2. Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä hoitohenkilöstö tietää ja käyttää?”

Henkilökohtaisena tavoitteenamme on kehittää osaamistamme lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä, sekä ymmärtää kivunhoidon merkitys potilaan hyvinvoinnille muunakin, kuin pelkästään kivun lievittymisenä tai sen puuttumisena.

5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ, AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

Opinnäytetyöhömmme liittyvä kyselytutkimus tehtiin yhteistyötahomme erikoissairaanhoidon sisätautien vuodeosastolla, jossa hoidetaan aikuisia sisätauteja sairastavia potilaita. Osasto koostuu neljästä eri solusta, joissa hoidetaan kardiologisia, keuhkosairauksia, gastroenterologisia, infektiosairauksia sekä hematologisia sairauksia sairastavia potilaita. Osaston tyypillinen potilas on ikääntynyt, hänellä voi olla akuutin sairauden lisäksi useita perussairauksia ja näin ollen hän on haasteellinen hoidettava, jonka hyvä hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä ja osaamista. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika osastolla on 5,6 vuorokautta. Potilaan hoitoon osastolla osallistuu noin 80 hoitajaa, jotka ovat sairaanhoitajia, sekä lähi- ja perushoitajia. Lisäksi osastolla työskentelee kaksi osastonhoitajaa, jotka eivät osallistu jokapäiväisesti potilaiden hoitotyöhön.

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus suuren potentiaalisen osallistujamäärän ja tulosten nopean analysoinnin vuoksi, sekä koska halusimme saada mahdollisimman yleistettävää tietoa yhteistyötahollemme. Kyselymme perusjoukko muodostui osastolla potilaan hoitoon osallistuvasta hoitohenkilöstöstä ja oli kooltaan noin 80. Teimme kyselytutkimuksemme kokonaistutkimuksena, jolloin kaikki perusjoukkoon kuuluvat kutsuttiin osallistumaan kyselytutkimukseen. Otoksen koko on keskeinen tekijä kvantitatiivisessä tutkimuksessa ja se kuvastaa suoraan tulosten yleistettävyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 106).

Kyselytutkimus (Liite 2) toteutettiin Internetissä Webropol-kyselynä. Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonyymisti ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselytutkimukselle haettiin yhteistyötaholta tutkimuslupa ja itse kysely toteutettiin lokakuussa 2015. Kyselyyn varattiin vastausaikaa kolme viikkoa, jota pidennettiin vielä yhdellä viikolla saatujen vastausten vähyyden vuoksi. Kyselylomakkeen ohella lähetettiin saatekirje (Liite 1), jossa tiedotettiin ja ohjeistettiin kattavasti kyselyyn osallistumisesta. Kyselytutkimuksesta ei pidetty yhtenäistä alkuinformaatiota hoitajille, koska työ on kolmivuorotyötä, eikä näin ollen olisi tavoitettu läheskään kaikkia hoitajia. Sovimme yhdessä osastonhoitajan kanssa, että

osastonhoitaja informoi henkilöstöä ja välittää sähköpostitse kyselyn saatekirjeineen kyselyyn vastaavalle hoitohenkilöstölle. Jokaiselle osallistujalle annettiin mahdollisuus vastata kyselylomakkeen kysymyksiin itsenäisesti, lomakkeen mukana olevan saatekirjeen ohjeiden mukaisesti. Kyselyn saatekirjeessä mainittiin, että jos kyselyyn osallistujille tulisi kyselyn aikana opinnäytetyöhön tai itse kyselyyn liittyviä kysymyksiä, yhteyden voisi ottaa suoraan kyselyn tekijöihin. Yhteystietomme löytyivät saatekirjeestä yhdessä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan yhteystietojen kanssa.

Kyselyn kohderyhmänä olevalle hoitohenkilöstölle kysely välitettiin apulaisosastonhoitajan toimesta. Opinnäytetyöntekijät olivat toimittaneet apulaisosastonhoitajalle edelleen lähetettäväksi sähköpostiviestin, jonka sisältämästä linkistä kysely saatekirjeineen avautui.

Kyselylomaketutkimuksella haettiin vastauksia sisätautienosaston kivunhoidon tarkoituksenmukaisuudesta, oikeanaikaisuudesta, vasteen arvioinnista, sekä eri hoitomenetelmien tuntemuksesta ja käytöstä, sekä kivunhoidon koulutuksen tarpeesta hoitohenkilöstön näkökulmasta katsoen. Kyselylomake sisälsi neljätoista suljettua kysymystä, joiden valmiista vastausvaihtoehdoista osallistujan tuli valita yksi, itselleen parhaiten sopiva. Kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin laatimaan siten, ettei erilaisia tulkintoja pääsisi syntymään. Näiden neljätoista suljetun kysymyksen lisäksi kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä, joihin vastaajalla oli mahdollisuus kirjoittaa 120 merkkiä. Nämä avoimet kysymykset koskivat kivunhoitomenetelmien tuntemusta sekä lisätiedon tai koulutuksen tarvetta.

Palautuneista kyselylomakkeista vastauksien analysoitiin ja raportointiin käytettiin Webropol-ohjelmasta saatavia raportteja. Esimerkiksi osastotunnille tehty Power Point-esityksen diagrammit on saatu Webropol-ohjelman raportista. Kyselytutkimuksella pyrittiin kuvailemaan osaston kivunhoitoa, joten vastauksista laskettiin prosenttiosuudet ja frekvenssit. Suljettujen kysymysten vastaukset kuvastivat kivunhoidon nykyistä tilannetta, eikä siten ollut tarkoituksenmukaista etsiä syy-yhteys tekijöitä esimerkiksi vastaajien koulutustaustan ja muiden kysymysten välillä. Jos vastaajien koulutustaustan hajonta olisi ollut suurempi,

olisi tätä muuttujaa saattanut voida tutkia. Työkokemusvuosien vaikutusta vastauksiin kysymyksissä, jotka käsittelivät kivunhoitoa ja kipumittareiden käyttöä verrattiin taulukoissa eri työkokemusvuosien mukaisesti. Kahden avoimen kysymyksen osalta vastausten prosenttimäärät laskettiin manuaalisesti.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Taulukossa 3 on esitetty vastaajien jakauma ammatin sekä työkokemusvuosien mukaisesti. Vastaajien kokonaismäärä oli 23, joista vain yksi oli lähihoitaja tai perushoitaja. Vastaajista yli puolet, 52,2 prosenttia oli työskennellyt yli kymmenen vuotta ammatissaan.

TAULUKKO 3. Vastaajan ammatti sekä työkokemusvuodet (N=23) (n)

Ammatti	n	<1 vuosi	1-5 vuotta	5-10 vuotta	>10 vuotta
Sairaanhoitaja / Terveystenhoitaja	22	2	6	3	11
Lähihoitaja / Perushoitaja	1	0	0	0	1

Taulukoissa 4 ja 5 nähdään niiden osallistujien määrät, jotka osallistuneet potilaan kivunhoitoon tai kysyneet potilaan kiputunteuksia jokaisessa työvuorossa. Taulukoista selviää, että potilaan kipuun kiinnitetään huomiota ja siitä kysytään selvästi useammin kuin välttämättä osallistutaan konkreettisesti potilaan kivun hoitoon. Luvuista käy ilmi, että vastanneista kaikki alle yhden vuoden työskennelleet kysyvät kivusta jokaisessa työvuorossa, vaikka samalla työkokemuksella osallistutaan kivunhoitoon puolta harvemmin.

TAULUKKO 4. Osallistuminen kivunhoitoon jokaisessa työvuorossa työkokemukseen suhteutettuna (N=23) (n, %)

n	%	< 1 vuosi	1-5 vuotta	5-10 vuotta	>10 vuotta
14	60,9	50,0 %	83,3 %	66,7 %	50,0 %

TAULUKKO 5. Kivusta kysyminen jokaisessa työvuorossa työkokemusvuosiin suhteutettuna (N=23) (n, %)

n	%	< 1 vuosi	1-5 vuotta	5-10 vuotta	>10 vuotta
19	82,6 %	100,0 %	83,3 %	66,7 %	83,3 %

Potilaan kipua määritellään vastausten perusteella usein, mutta kaikki kivunhoidon määritykseen käytettävät mittarit eivät ole aktiivisessa käytössä. VAS-asteikko on hoitajille tuttu, mutta kipukartta ei ole yhtä hyvin hyödynnetty työvälineenä. Lähes 70 prosenttia vastanneista ei koskaan käytä kipukarttaa (taulukko 7). Taulukossa 6 on nähtävissä kipumittarin ja taulukossa 7 kipukartan käyttäminen. Ainoastaan kolme vastanneista käyttää VAS- tai vastaavaa kipumittaria jokaisessa työvuorossa. Suurin osa vastanneista eli 87 prosenttia käyttää mittaria viikoittain tai harvemmin. Vaikka konkreettista mittaria tai paikannusta ei kivusta kysymisessä käytetä aktiivisesti, niin kuitenkin 87 prosenttia vastaajista kysyy potilaalta myös kivun tyypistä (taulukko 8).

TAULUKKO 6. Kipumittarin, esimerkiksi VAS-mittarin käyttäminen suhteutettuna työkokemusvuosiin (N=23) (n, %)

	n	%	< 1 vuosi	1-5 vuotta	5-10 vuotta	>10 vuotta
Jokaisessa työvuorossa	3	13,0 %	0 %	0 %	0 %	25,0 %
Viikoittain	12	52,2 %	50,0 %	50,0 %	33,3 %	58,3 %
Harvemmin	8	34,8 %	50,0 %	50,0 %	66,7 %	16,7 %

TAULUKKO 7. Kipukartan käyttäminen kivun paikannuksessa suhteutettuna työkokemusvuosiin (N=23) (n, %)

	n	%	< 1 vuosi	1-5 vuotta	5-10 vuotta	>10 vuotta
Viikoittain	1	4,3 %	0 %	0 %	0 %	8,3 %
Harvemmin	6	26,1 %	0 %	0 %	100,0 %	25,0 %
En koskaan	16	69,6 %	100,0 %	100,0 %	0 %	66,7 %

TAULUKKO 8. Kivun tyypistä (kuumottava, säteilevä, jomottava) kysyminen suhteutettuna työkokemusvuosiin (N=23) (n, %)

	n	%	< 1 vuosi	1-5 vuotta	5-10 vuotta	>10 vuotta
Kyllä	20	87,0 %	100,0 %	66,7 %	66,7 %	100,0 %
En	1	4,3 %	0 %	0 %	33,3 %	0 %
Joskus	2	8,7 %	0 %	33,3 %	0 %	0 %

Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä käytettiin pääasiassa silloin, kun potilas itse pyysi sellaista, tai kun lääkehoito ei yksinään riittänyt lievittämään kipua. Kipulääkkeen sijaan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttäminen kuitenkin koettiin luontevaksi (78,3 prosenttia vastanneista), vaikka 82,6 prosenttia vastanneista vastasi aikapulan haittaavan sen hyödyntämistä lääkkeellisen hoidon rinnalla tai sijaan.

TAULUKKO 9. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttäminen (N=23)(%)

	%
Systemaattisesti jokaisella hoitamallani potilaalla	17,4 %
Vain, potilaan pyytäessä esim. kylmäpakkausta	34,8 %
Vain, jos kipulääkitys ei vaikuta riittävältä	47,8 %

TAULUKKO 10. Kiireen vaikutus lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttöön (N=23) (%)

	%
Vaikuttaa	43,5 %
Ei vaikuta	17,4 %
Vaikuttaa joskus	39,1 %

Kahden avoimen kysymyksen avulla ei voitu selvittää, onko työkokemusvuosien ja kivunhoitomenetelmien tuntemuksessa sekä työkokemusvuosien ja kivunhoitoon liittyvän koulutustarpeen välillä yhteyttä. Vastausten lukumäärän perusteella voitaneen kuitenkin todeta lähes jokaisen kyselyyn vastanneen kokeneen kivunhoidon lisäkoulutuksen tarpeelliseksi.

Ensimmäisessä avoimissa kysymyksissä kysyimme kokeeko vastaaja tarvitsevan lisätietoa tai koulutusta kivunhoitoon, sekä tarkennettuna minkälaista? Vastaja ei voinut ohittaa kysymystä, vaan siihen oli vastattava vaikka yhdellä merkillä. Saimme kysymykseen 20 tulkittavaa vastausta, kolmen ollessa -, ja yhhh, joten 13 prosenttia vastanneista ei kertonut kantaansa kysymykseen. Vastajista 4 eli 17,4 prosenttia oli sitä mieltä, ettei kokenut lisätietoa tai – koulutusta

tarpeelliseksi, kun taas 16 vastaajaa eli 69,6 prosenttia toivoi lisäkoulutusta kivunhoitoon.

Vastaajat toivoivat lisätietoa ja koulutusta erityisesti saattohoito- ja kommunikoinnattoman potilaan kivunhoitoon, syöpäkivun hoidosta sekä palliatiivisesta kivunhoidosta ja munuais- ja maksasairauksia sairastavien potilaiden kivunhoidosta. Lisäksi toivottiin koulutusta liittyen lääkkeiden sivu-, haitta- ja yhteisvaikutuksiin. Useassa vastauksessa tuli esiin tiedon tarve kipulääkkeistä, niiden vaikutusmekanismeista sekä erilaisista kivuista. Myös kipumittareiden käyttö sekä vaihtoehtoiset kivunhoitomenetelmät mainittiin vastauksissa.

Vastaajat toivat esille koulutuksen tarpeesta muun muassa seuraavasti:

Uutta tietoa kipulääkkeistä, syöpäkivun hoidosta mm.

Kyllä. Ihan kaikki käy. Opiskellessa sh:ksi asiaa ei käsitelty riittävästi.

Kyllä ehdottomasti, meillä ei ole ollut minkäänlaista koulutusta mikä olisi nimenomaan kivunhoitoon liittyvää.

Kipulääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutuksista.

Ehdottomasti olisi tarpeellista. Äkilliset kivut sekä krooniset kivut ja niiden hoito, tiedon päivittäminen.

Uusista kipulääkkeistä on melko vähän ajankohtaista tietoa. Oma-toimioipiskeluun on yleensä liianvähän aikaa työn ohella.

Kyllä. Kipulääkkeistä, niiden yhteisvaikutuksesta, vaikutusmekanismeista. Kipumittareiden käyttö. Vaihtoehtoisesta kivun

Kyllä, sellaisien potilaiden kivunhoidosta, joilla esim. korkeat maksa/munuaisarvot tai muu lääkitys rajaa lääkkeitä ulos

Toinen avoin kysymys koski kivunhoitomenetelmien tuntemusta, mukaan lukien lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät. Tähän kysymykseen vastasi 23 vastaajasta 22 asianmukaisesti. Vastauksissa kylmähoito esiintyi 91,3 prosentissa, lämpö- tai kuumahoito 43,5 prosentissa ja asentohoito 34,8 prosentissa.

Vastausten perusteella voimme päätellä että hoitajat tuntevat erittäin monipuolisesti lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä; esiin nousivat esimerkiksi puudutukset, ilokaasu, kylmägeelit ja kipupumppu perinteisempien kivunhoitolääkkeiden kuten tulehduskipulääkkeiden, opioidien ja masennuslääkkeiden lisäksi. Lisäksi vastauksissa mainittiin lymfaterapia, TENS-hoito, tukisidokset, akupunktio, hypnoositerapia, rentoutus, keskustelu, kuuntelu, hieronta, mobilisointi, musiikki, huomion suuntaaminen pois kivusta, psykoterapia ja fysikaalinen hoito.

Vastaajat mainitsivat myös:

Normaali kipulääkkeet tutuimmat. En tiedä tiedäkö riittävästi. Joskus geeliä tai kylmäpakkausta.

Lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien lisäksi käytän joskus kylmävettä kipeään kohtaan. Myös kylmägeeli, hieronta.

Rentoutumisharjoitukset, huomion suuntaaminen pois kivusta, lääketerapia, kylmähoito, kipupumput, puudutukset, epiduraal.

Asentohoito, kylmä-, rentoutus, keskustelu, kuuntelu. Kipulääkitys eri reittejä pitkin annettuna ja erilaisina valmisteina.

fysikaalinen hoito, akupunktio, hypnoositerapia, psykoterapia, tulehduskipulääkkeet, opioidit, masennuslääkkeet, sähköhoito

Kivunhoidon ja vaihtoehtoisten hoitomenetelmien tuntemusta koskeneiden avoimien kysymysten vastauksista kävi ilmi, että henkilökunta kaipaa kivunhoitoon enemmän koulutusta. Saattohoitovaiheen sekä palliativisen hoitotyön kivunhoitoon kaivataan lisää tietoa. Osastolla oli ollut syksyn aikana yksi palliativisen potilaan kivunhoitoon liittyvä koulutus kyselyn tekemisen jälkeen. Sekä pidetyn koulutuksen, että tutkimuksemme perusteella osastotuntiin osallistuneella henkilökunnalla oli yhtenäinen mielipide vastaavanlaisten koulutusten lisätarpeesta. Myös kipulääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksista, sekä erityisesti munuaisten vajaatoimintaa ja maksasairauksia sairastavan potilaan kivunhoitoon kaivataan lisää koulutusta.

Näyttöön perustuvien hoito-ohjeistuksien noudattaminen silloin, kun toiminta- ja hoitokäytänteitä pitäisi muuttaa, ei ole helppoa. Hoitajat hakevat edelleen tietoa

mieluummin kollegoilta kuin tutkimuksista. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 34.) Sisätautien osaston henkilökunta kaipasi kuitenkin kyselyvastauksien perusteella enemmän nimenomaan koulutusta kivun hoitoon. Hoitohenkilökunnalle tulisi järjestää säännöllisesti kivun hoitotyön koulutusta ammattitaidon ajantasaisuuden ylläpitämiseksi. Potilaan kivunhoito on parhaimmillaan moniammatillista ja hyvin organisoitua. Silloin kun hoitohenkilökunnan vastualueet määritellään selkeästi, näyttöön perustuvaa hoitotyön tietoutta kartutetaan, potilaan kivunhoidon jatkuvuus turvataan.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kyselytutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että hoitajat pitävät kivunhoitoa tärkeänä osana sisätautien osaston potilaan hoitotyötä. Kivusta ja kivun tyypistä kysytään potilaalta johdonmukaisesti. Tärkeää olisi saada kipua mitatuksi, seurattavaksi ja vertailtavaksi. Olisi ensiarvoisen tärkeää saada osastolle työvälineeksi käyttöön kaikille hoitajille oma kipumittari, aivan kuten hoitajilla on käytössään omat muistiot ja kynät. Tällöin kivun mittaaminen, todentaminen, hoitovasteen seuraaminen ja vertailtavuus tulisi näkyvämmäksi, kun kaikilla olisi sama, selkeä mittari, esimerkiksi kipukuilla numeroasteikolla, käytössään.

Toinen selkeä johtopäätös tutkimustuloksista näyttäisi olevani hoitohenkilöstön akuutti lisäkoulutuksen tarve. Hoitajat kokivat tarpeelliseksi erityisesti kivunhoidon lääkkeisiin liittyvän koulutuksen, sekä esimerkiksi syöpä- sekä maksa- ja munuaissairauksia sairastavan potilaan kivunhoidon koulutuksen.

Lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin ei toivottu lisäkoulutusta yhdessäkään vastauksessa. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kuitenkin tunnettiin vastausten perusteella useita. Yksi syy, ettei lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin toivottu lisäkoulutusta, on mahdollisesti niiden haasteellinen sovellettavuus käytännössä sisätautien vuodeosastolla. Potilaiden hoitoajat eivät ole riittävän pitkiä, jotta esimerkiksi oppimiseen perustuvia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä voisi opetella käyttämään potilaan kanssa.

Kyselyn perusteella sisätautien osastolla tunnetuimmat lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat kylmä- ja lämpöhoito. Näiden lisäksi osastolla voisi käyttää ajatusten kivusta pois suuntaamista, tekemisen, keskustelun ja vuorovaikutuksen kautta. Myös hierontaa voi käyttää rentoutumiskeinona, perustuuhan sen mielialaa kohottava vaikutus juuri kosketukseen ja vuorovaikutukseen. Sairaalaolosuhteissa on kuitenkin tiedostettava hieronnan vasta-aiheet ja millaisilla potilailla sitä ei saa käyttää.

Lääkkeettömien hoitomenetelmien laaja-alainen hyödyntäminen potilaan hoidossa on vaikea toteuttaa vuodeosastolla sairaanhoitajan toimesta. Sisätautien osastolla olisi hyvä tehdä moniammatillista yhteistyötä esimerkiksi fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien ja kipuhoitajien kanssa, jolloin erityisalojen osaaminen hyödyttäisi myös kipuja potevaa sisätauteja sairastavaa potilasta.

7.1 Osastotunti

Osastotunti, jossa raportoimme tutkimuksen tulokset henkilöstölle, pidettiin joulukuussa. Osastotunnilla aiheenamme olivat kyselyn tulokset, jotka raportoimme PowerPoint-esityksenä (Liite3). Osastotunnilla esittelimme sellaisia lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä, jotka olisivat helposti mahdollisia toteuttaa sisätautienosastolla. Esittelimme myös lääkkeettömään kivunhoitoon liittyen osan uusimmasta Käypä Hoito - suosituksesta. Osastotunnilla käytiin keskustelua niistä lääkkeettömistä kivun hoidon keinoista, mitkä soveltuvat heidän työhönsä parhaiten. Kyselytutkimuksemme perusteella osastonhoitajat pohtivat, miten saisivat työntekijöiden käyttöön VAS-kipumittareita. Tutkimuksessamme kävi ilmi, että vain 13 prosenttia vastaajista käyttää kyseistä kipumittaria jokaisessa työvuorossa, ja noin 34 prosenttia harvoin. Keskustelussa kävi ilmi, että hoitajilla ei ole työvuoroissa käytössä mukana pidettävää kipumittaria, joten osastonhoitajat keskustelivat mahdollisuudesta hankkia niitä pikaisesti.

Keskustelussa pohdittiin myös, miten musiikkia pystyisi soveltamaan yhtenä hoitokeinona kipupotilaille. Sairaala on rakentamassa uusia tiloja lähitulevaisuudessa, ja keskustelussa pohdittiin, olisiko uusiin tiloihin mahdollista hankkia esimerkiksi potilaspöytiin upotettavat cd-soittimet.

Kyseisellä sisätautiosastolla on osastonhoitajien kertoman mukaan panostettu paljon potilaan ravitsemus- ja nestehoitoon ja niiden arviointiin. Keskustelussa pohdittiin ravitsemuksen vaikutuksesta kivunhoitoon. Keskustelussa pohdittiin esimerkiksi miten syöpäpotilaan suukipu vaikuttaa potilaan ruokahaluun ja sen myötä ravitsemukseen ja hoitojen sietoon. Kivunhoito on siis tästä näkökulmasta arvioituna myös kokonaisvaltaista hyvinvoinnin edistämistä.

Avattuamme kyselymme tulokset osastotunnilla sisätautiosastolla osastonhoitajat alkoivat välittömästi miettiä jatkotoimenpiteitä esille tulleisiin asioihin. He ryhtyivät selvittämään kipumittareiden saatavuutta osastolle sekä pohtivat mahdollisuuksia hyödyntää erilaisia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä osastolla. Kyselytutkimus oli toisin sanoen tarpeellinen osastolle hoitotyön kehittämisen näkökulmasta.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme muokkautui suunnitelmavaiheen jälkeen saamiemme kommenttien avulla nykyiseen muotoonsa. Suunnittelimme aluksi tekevämme kyselyn ja osastotunnin lisäksi kirjallisuuskatsauksen aiheesta, mutta työstä olisi tullut liian suuri. Kivun hoidosta on tehty paljon erityyppisiä tutkimuksia, joten materiaalia olisi tullut liian paljon käsiteltäväksi.

Kipua ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä sekä sairaanhoitajan näkökulmasta tehtyjä opinnäytetöitä, väitöskirjoja ja graduja etsiessämme havaitsimme, että kivusta on tehty paljon tutkimuksia. Tutkimukset ovat usein täsmäytetty esimerkiksi nivelrikkopotilaan hoitotyöhön, syöpäpotilaan hoitoon tai joihinkin muihin erityisaloihin liittyviin hoitomenetelmiin. Löytämämme tutkimukset auttavat meitä ymmärtämään sekä lääkkeettömän kivunhoidon mahdollisuuksia, että erityisesti kroonisen kivun monitahoista luonnetta. Lisäksi ne ovat merkittäviä tutkittuna tietona ja muun kirjallisen teoria tiedon tukena opinnäytetyössämme.

Kyselytutkimuksemme tulos ei ole riittävän kattava yleistettäväksi vastausten vähäisen määrän vuoksi. Maaret Rask (2001) on tehnyt vastaavantyyppisen tutkimuksen Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Tutkimuksessaan hän kartoitti sairaanhoitajien kivun arvioinnin ja kivunhoidon tietotaitotasoa puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Rask oli jakanut kyselylomakkeet henkilökohtaisesti kuhunkin tutkimuksessa olevaan työyksikköön mahdollistaen näin henkilökohtaisen ohjauksen kyselyyn osallistuville ja kertoen tutkimuksen tarkoituksesta ja niin edelleen. Rask myös haki vastaukset sovitusti henkilökohtaisesti jolloin oli tilaisuus palautteelle ja keskustelulle.

Pohdimme, olisiko ollut mahdollista saada edellä mainitulla henkilökohtaistamisella useampi vastaus osastolta kyselyymme. Nyt kyselyyn jätti vastaamatta suurin osa, 71,2 prosenttia kyselyn kohdejoukosta. Oliko kyselyyn vastaamatta jättäneiden syynä se, että aihetta ei ehkä koeta tutuksi ja turvalliseksi, jolloin saatetaan ajatella, että tietopohja vastaamiseen on liian suppea? Vai koetaanko

aihe merkityksettömäksi? Vai suhtaudutaanko ammattikorkeakoulun opinnäytetöihin liittyviin kyselytutkimuksiin välinpitämättömästi tai pidetäänkö niitä merkityksettöminä omaan työhön? Paljonko vastausprosentin pienuuteen vaikutti vuodeosastotyön hektisyys, jossa ylimääräistä aikaa hoitotyön lomassa jää vain harvoin? Paljonko kyselyyn vastaamiseen vaikuttivat tekniset ongelmat? Osastotunnilla käydyssä keskustelussa selvisi, että kyselyn linkki ei toiminut alkuun toivotulla tavalla, mikä varmasti osaltaan vaikutti vastauksien määrään.

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötämme varten tutustuimme tieteellisiin tutkimuksiin, väitöskirjoihin ja artikkeleihin. Lisäksi luimme hoitosuosituksia liittyen kivun hoitoon sekä asiaa käsittelevää kirjallisuutta.

Kyselylomaketutkimukseen sisältyy riskejä, jos saatujen vastauksien määrän jää vähäiseksi. Vastausprosentin jäädessä alhaiseksi tutkimustulosten luotettavuus ja yleistettävyyys kärsii, kun saatu tulos ei edustakaan koko perusjoukkoa. Tällaisessa tilanteessa osallistumatta jättäneiden joukko muodostuu suuremmaksi, eikä heidän mielipiteitään voida huomioida tuloksissa. Tällöin kyselyn käyttökelpoisuus vastausten analysoinnissa ja johtopäätösten laadinnassa ei vastaa käyttötarkoitustaan. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa haasteena onkin tutkittavien saatavuus, jolloin henkilöstölle suunnattujen kyselyiden otokset voivat jäädä niukoiksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 107).

Otoksen koko on tärkeä, jopa tutkimuseetiikkaan ulottuva kysymys. Tutkimusta, joka ei kykene vastaamaan asetettuun kysymykseen liian pienen otoskoon vuoksi, on pidettävä jopa epäeettisenä. Otoskoon ollessa pieni, voidaan miettiä uusintakyselyn tekemistä. Metodikirjojen mukaan sitä suositellaan toteutettavaksi korkeintaan kahdesti. Uusintakyselyllä voidaan suurentaa vastausprosenttia, mutta toisaalta sen käyttäminen saattaa arveluttaa, jos opinnäytetyön tekijät ovat saatekirjeessään sitoutuneet vastaajien anonymiteetin takaamiseen. Vastaajalle saattaa herätä epäily jos vapaaehtoisuuteen ja anonyymiyteen perus-

tuva kysely tulee hänelle useaan kertaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 106–109).

Suunnitellessamme kyselytutkimusta, tavoitteenamme oli saada vähintään puolet hoitajista osallistumaan kyselyyn, joten valitsimme otokseksi koko osaston hoitohenkilöstön, joka muodosti tutkittavien perusjoukon. Kuitenkin vastausprosentti jäi huomattavasti alle viidenkymmenen ollen 28,7 prosenttia. Vastaajien vähyydestä huolimatta saimme kyselytutkimuksella ajankohtaista ja merkityksellistä tietoa hoitajien näkemyksistä kivunhoidosta, vaikka tuloksia ei voida yleistää koko osaston hoitajien mielipiteiksi.

Opinnäytetyön aihetta valittaessa on mietittävä kuka tai ketkä aiheen valitsevat tai ehdottavat, ja miksi siitä on hyvä tehdä opinnäytetyö. Tässä vaiheessa pohditaan usein, tulisiko valita vai erityisesti välttää muodinmukaisia aiheita; valitaanko aihe, joka on helposti toteutettavissa, mutta joka ei ole merkitykseltään erityisen suuri. Miten ylipäättänsä tulisi ottaa huomioon aiheen yhteiskunnallinen merkittävyys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012,24.) Vaikka kivunhoidosta on kirjoitettu useita opinnäytetöitä, koemme tutkimuksemme olevan ajankohtainen sekä tarpeellinen, erityisesti, koska yhteistyötahomme on pyytänyt aiheesta opinnäytetyötä. Lisäksi juuri vastaavanlaista tutkimusta sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajien näkökulmasta tehtyä kivunhoitotyön tutkimusta ei ollut saatavilla.

Opinnäytetyössä on tärkeää, että tutkimustyö on kiinnostavaa, mikä mahdollistuu siten, että se liittyy luontevasti jokapäiväiseen elämään ja ajatteluun. Aiheen löydyttyä sitä on rajattava. On tarkennettava ajatusta siitä, mitä haluaa tietää ja mitä haluaa osoittaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 74.) Rajasimme siksi tutkimuksemme koskemaan nimenomaan kivunhoitoa ja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä hoitohenkilöstön näkökulmasta. Kysymykset esitettiin muutamalla koehenkilöllä, joilta pyydettiin arviota kysymysten ymmärrettävyydestä sekä kyselylomakkeen ulkoasusta ja vastaamisen sujuvuudesta. Kyselylomake myös testattiin analysoinnin pohjalta Webropol-ohjelmalla. Hoitotieteellisen tutkimuksen kannalta tutkimuksia kannattaa arvioida ja testata ennen varsinaisen tutkimuksen tekemistä (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 205).

8.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme käytettävyyden omaan työmme kehittämiseksi on esimerkiksi se, että itse mahdollisesti opiskelijaohjaajana voisimme tuoda lisätietoa erilaisista kivunhoidon menetelmistä uusille opiskelijoille työn ohessa. Myös omassa työskentelyssämme, käyttäessämme kivunhoitomenetelmiä monipuolisesti, kannustamme työyhteisöä myös lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttämiseen. Itse seuraamalla aktiivisesti uusimpia tutkimuksia ja kirjallisuutta kivunhoidon kehittämisestä sekä varsinaisesta kivun hoidosta voimme tuoda esille uusia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia vanhojen tilalle tai rinnalle. Opinnäytetyötä tehdessämme näkökulmamme kivunhoitoon ja kivun synnyttäviin tekijöihin avartui merkittävästi. Kipua aiheuttavien syiden tunnistamisessa ja niiden hoidossa, riippumatta työskentelemmekö sisätautipotilaan, vanhus- tai mielenterveyspotilaan kanssa, on suuria haasteita. Erityisesti dementoituneen tai mielenterveyspotilaan kipua saattaa jäädä huomiotta, jos levottomuuden tai sekavuuden syytä ei osata yhdistää kipuun. Opinnäytetyötä varten lukemistamme tutkimuksista ja artikkeleista, saimme lisätietoa omaan ammattiimme nimenomaan kivunhoidon eri menetelmistä, joita voimme hyödyntää esimerkiksi osastotyössä.

Opinnäytetyötä tehdessämme yhdeksi ja mielestämme tärkeäksi jatkotutkimuksen aiheeksi nousi kivunhoidon kirjaamisen käytäntöjen tutkiminen ja yhtenäisten, sekä kirjaamiskäytäntöjen merkityksellisyys potilaan hoidossa. Erään kyselytutkimuksen vastaukseen perustuen toinen jatkotutkimusaihe voisi olla esimerkiksi kivunhoidon eri menetelmien koulutuksen tarve työelämässä. Osastotunnilla esille tullut ravitsemuksen vaikutus kivun hoitoon on myös mielenkiintoinen näkökulma aiheeseen. Jatkotutkimuksena voisi siis olla, miten ravitsemuksella voidaan vaikuttaa kivun hoitoon.

LÄHTEET

- Ahonen, Outi, Blek-Vehkaluoto, Mari; Ekola, Sirkka; Partamies, Sanna; Sulo-
saari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2013. Kliininen hoitotyö. Sisä-
tauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Hel-
sinki: Sanoma Pro Oy.
- Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö.
Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama
työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2013. Viitattu
27.10.2015. Saatavilla: www.hotus.fi.
- Chapman, Suzanne 2012. Cancer pain part 2: assessment and management.
Nursing Standard. vol 26, Issue 48, 44–49.
- Elomaa, Minna & Estlander, Ann-Mari 2009. Uudet kehityssuunnat. Kipu. Duo-
decim. Oppikirjat i.a. Viitattu 17.1.2016. Saatavissa
<http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti-aineisto.
- Eloranta, Maj-Britt 2002. Krooninen kipu osana elämää Tampereen Yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Pro gradu-
tutkielma.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Juva: WS Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Hel-
sinki: Tammi.
- Holopainen, Arja; Junttila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen,
Salla 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- International Assosiation for Study of Pain IASP, i.a.. Viitattu 17.5.2015.
[http://www.iasp-
pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNum-
ber=576#Pain](http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain)
- Kalso, Eija 2009a. Kivun arviointi. Kipu. Duodecim, Oppikirjat i.a. Viitattu
3.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti-
aineisto.
- Kalso, Eija 2009b. Kivun lääkehoito. Kipu. Duodecim, Oppikirjat i.a. Viitattu
17.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti-
aineisto.

- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kipu (online). Käypä hoito-suositus i.a. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2015. Viitattu 14.12.2015 Saatavilla Internetissä www.kaypahoito.fi
- Kivuton.info i.a. Viitattu 3.1.2016. [http://www.msinfo.fi/ext/kipu/kipuanalyysi/Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785](http://www.msinfo.fi/ext/kipu/kipuanalyysi/Laki_potilaan_asettama_tyoryhma_2015). Viitattu 17.5.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Ojala, Tapio 2015. Essence of the experience of chronic pain. A Phenomenological Study. Jyväskylän yliopisto, Department of Health Sciences. Viitattu 8.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Medicaaineisto
- Rahkola, Mika 2001. Kahden viikon laitospainon vaikutus koettuun kipuun ja kaularangan isometriseen maksimilihasvoimaan kroonisilla niskaoireilla henkilöillä. Kuuden kuukauden seuranta tutkimus. Jyväskylän Yliopisto. Terveystieteen laitos Pro gradu-työ.
- Rask, Maaret 2001. Tehokkaampaa kivunhoitoa, kärsimys ei jalosta ketään. Teoksessa Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Artikkelikoelma kivunhoidon kehittämisestä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu 9-11.
- Sailo, Eriikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Varti (toim.) Kivun hoito. Tampere: Tammer-paino Oy, 30–38.
- Sairaanhoitajaliitto i.a. Viitattu 27.10.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Suomen kivuntutkimusyhdistys ry i.a. Viitattu 27.10.2015 <http://skty.org/system/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on.%20Perustieto%20kivusta%20kaikille.pdf#overlay-context=node/329>
- Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry i.a.. Viitattu 14.5.2015. http://www.skty.org/system/files/files/Kroonisen%20kivun%20hoitoparas_final.pdf

- Vaajoki, Anne 2012. Aikuisten gastroenterologisten potilaiden leikkauksen jälkeinen kipu – musiikki-interventio kivun lievittämisessä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 8.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Medic-aineisto
- Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vainio, Anneli 2007. Nimeä vailla. Kohtaamisia kivun kanssa. Helsinki: Kirjapaja.
- Vainio, Anneli 2009a. Kiputilojen mekanismiin perustuva luokitus. Kipu. Duodecim Oppikirjat i.a. Viitattu 17.5.2015. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti –aineisto.
- Vainio, Anneli 2009b. Kivunhoidon erilaiset viitekehukset. Kivunhallinta. Duodecim Terveyskirjasto i.a. Viitattu 18.10.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha0009&p_haku=kivunhoidon*
- Vainio, Anneli 2009c. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Vainio, Anneli 2009d. Voiko kipua mitata? Kivunhallinta. Duodecim, Terveyskirjasto i.a. Viitattu 3.1.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha0025#T1
- Vainio, Anneli & Kalso, Eija 2009. Syöpään liittyvän kivun hoito. Kipu. Duodecim Oppikirjat i.a. Viitattu 18.10.2015. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti –aineisto.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Kivunhoito i.a. Viitattu 3.1.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukseen-valmistautuminen/Sivut/kivunhoito.aspx>
- Vartiainen, Anna 2000. Kivunhoidon historiasta. Teoksessa Sailo Eriikka & Varti Anne-Marie (toim.) Kivun hoito. Tampere: Tammer-paino Oy, 15–22.
- World Health Organization i.a. Viitattu 4.1.2016 <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

LIITE 1. Saatekirje Webropol-kyselyyn vastaaville

KIVUNHOITO HOITOHENKILÖSTÖN NÄKÖKULMASTA HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Diakonia Ammattikorkeakoulussa Helsingissä sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme opinnäytetyömme tutkimusta kivun hoidosta ja lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, hoitohenkilöstön näkökulmasta

Opinnäytetyömme toteutetaan osittain osastollanne tehtävänä kyselytutkimuksena, johon kutsumme teidät osallistumaan. Kysely on kohdennettu osastollanne kaikille hoitotyöhön osallistuville hoitajille (sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat, terveydenhoitajat). Kyselyllä pyrimme selvittämään hoitohenkilöstön näkemystä kivunhoidosta ja lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä vuodeosastotyössä sisätautien osastolla. Osallistuminen tutkimukseemme merkitsee kyselylomakkeen täyttämistä internetissä. Valitse vastausvaihtoehdoista yksi sinulle parhaiten sopiva vaihtoehto. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Teillä on mahdollisuus saada apua kyselomakkeen täyttämiseen meiltä opiskelijoilta. Meillä sitoo vaitiolovelvollisuus antamistanne vastauksista.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottaman luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu kyselyn aikana, eivätkä tuloksissa. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa kaksi viikkoa.

Pyydämme teitä vastaamaan kyselyyn 25.10.2015 mennessä, jonka jälkeen kysely sulkeutuu.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Hanna Dombret Diakonia Ammattikorkeakoulusta, puh. 0400-904637. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin terveisin
Sari Menna ja Maarit Mättö
Diakonia Ammattikorkeakoulu, Helsinki
sari.menna@student.diak.fi
maarit.matto@student.diak.fi

LIITE 2. Webropol-kyselylomake

KIVUNHOITO HOITOHENKILÖSTÖN NÄKÖKULMASTA

Vastaajan taustatiedot

Yksittäisen vastaajan taustatiedot eivät tule esille mitenkään tilastoinnin yhteydessä.

1. Mikä on ammattisi? *

- 1. Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja
- 2. Lähihoitaja tai perushoitaja

2. Kuinka kauan olet työskennellyt ammatissasi? *

- 1. alle 1 vuosi
- 2. 1-5 vuotta
- 3. 5-10 vuotta
- 4. yli 10 vuotta

3. Osallistutko potilaiden kivunhoitoon? *

- 1. Jokaisessa työvuorossa
- 2. Keskimäärin joka toisessa työvuorossa
- 3. Harvemmin

4. Kysytkö potilaan tuntemuksia kivusta? *

- 1. Jokaisessa työvuorossa
- 2. Ennen ja jälkeen kivun lievityksen
- 3. Vain, jos potilas on ilmaissut aiemmin kokevansa kipua

5. Jos potilaalla on jo sairaalaan tullessaan säännöllinen tai tarvittava, tai molemmat, kipulääkitys, kysykö sen toimivuudesta *

- 1. Satunnaisesti
- 2. Ennen ja jälkeen kivunhoidon
- 3. Aina hoitojakson alussa tai lopulla

6. Kuinka usein käytät kipumittareita, esim. VAS-asteikkoa? *

- 1. Jokaisessa työvuorossa
- 2. Viikoittain
- 3. Harvemmin
- 4. En koskaan

7. Kuinka usein käytät kipukarttaa potilaan kivun paikannukseen? *

- 1. Jokaisessa työvuorossa
- 2. Viikoittain
- 3. Harvemmin
- 4. En koskaan

8. Huomioitko kroonisen kivun vaikutuksen potilaan psyykkiseen terveyteen? *

- 1. Kyllä
- 2. En
- 3. Joskus

9. Selvitätkö onko potilaan kipulääkitys ajan tasalla

(esim. potilaalle on aloitettu tulehduksen akuuttivaiheessa tulehduskipulääkitys, tarkistatko onko kotiutumisen yhteydessä enää tarve sen jatkamiseen)? *

- 1. Aina
- 2. Joskus
- 3. En koskaan

10. Jos potilas ei valittele kipua, mutta sairauden oireisiin voisi liittyä kiputuntemuksia (esim. tulehdukset, syöpäsairaus tms.) kysytkö potilaalta, onko hänellä kipuja? *

- 1. Kyllä
- 2 En
- 3. Joskus

11. Kysytkö potilaalta kivun tyypistä, esim. onko kipu kuumoittavaa, säteilevää, jomottavaa tms.? *

- 1. Kyllä
- 2. En
- 3. Joskus

12. Koetko tarvitsevasi lisätietoa tai koulutusta kivunhoitoon? Minkälaista? *

120 merkkiä jäljellä

13. Minkälaisia kivunhoitomenetelmiä tunnet, mukaan lukien lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät? *

120 merkkiä jäljellä

LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNHOIDON MENETELMÄT

14. Käytätkö työssäsi lääkkeitömiä kivunhoidon menetelmiä *

- 1. Systemaattisesti jokaisella hoitamallasi potilaallasi
- 2. Vain, jos potilas pyytää esim. kylmäpakkausta
- 3. Vain, jos kipulääkitys ei vaikuta riittävältä
- 4. En koskaan

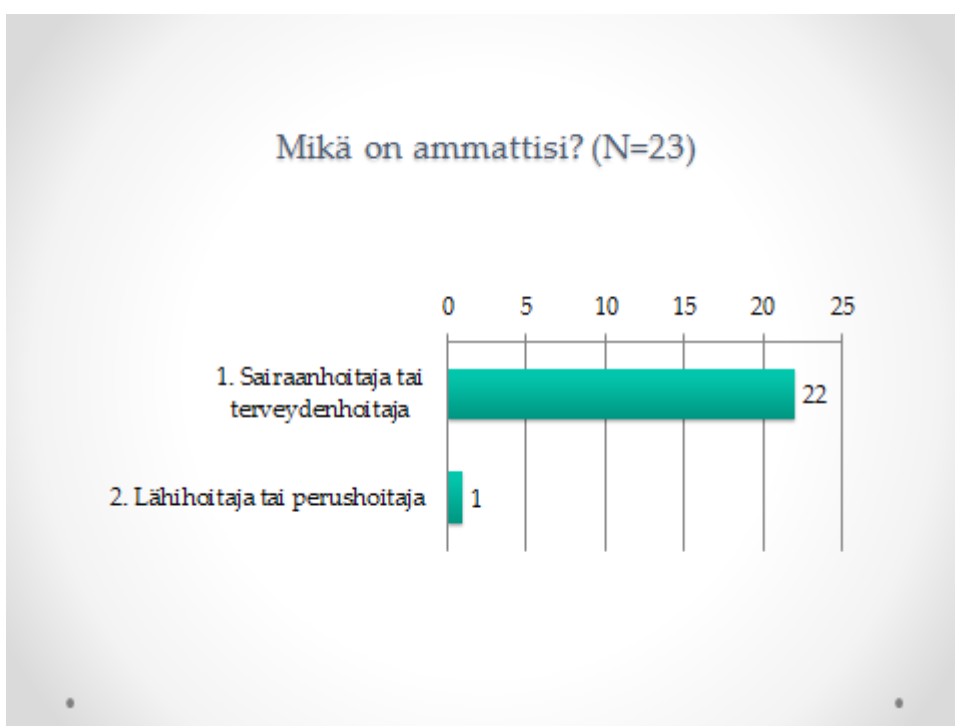
15. Koetko luontevaksi valita kivunhoito menetelmäksi jonkin muun kuin kipulääkkeen? *

- 1. Kyllä
- 2. En

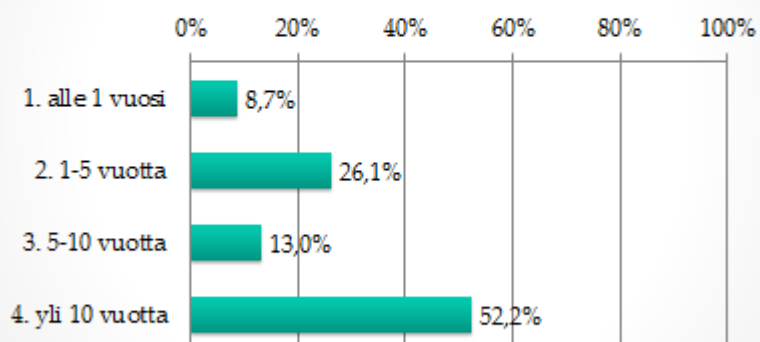
16. Koetko, että kiire tai aikapula haittaa lääkkeitömän kivunhoidon hyödyntämistä lääkkeellisen kivunhoidon rinnalla tai sen sijaan? *

- 1. Kyllä
- 2. En
- 3. Joskus

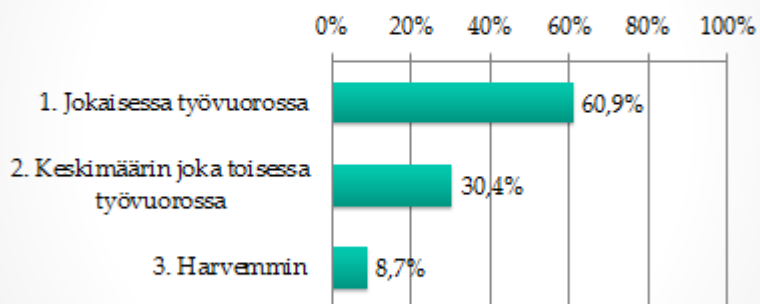
LIITE 3. PowerPoint-esitys kyselyn tuloksista osastotunnille



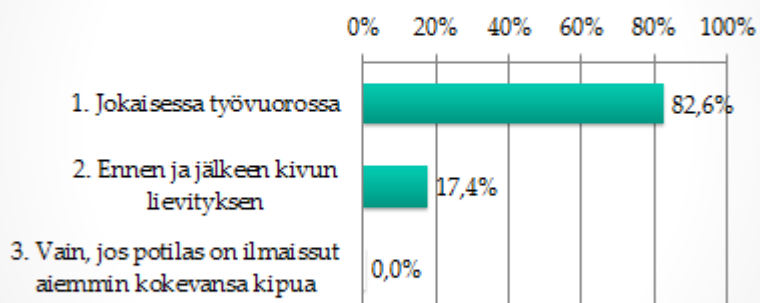
Kuinka kauan olet työskennellyt ammatissasi? (N=23)



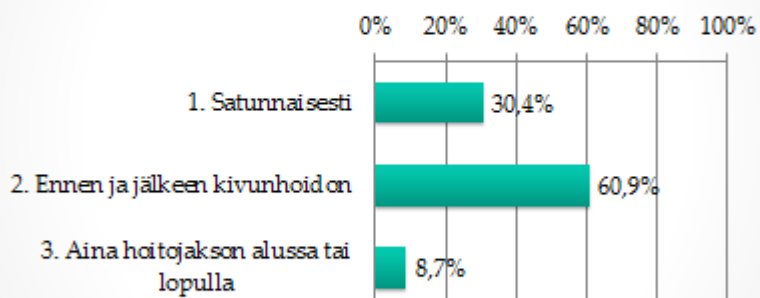
Osallistutko potilaiden kivunhoitoon (N=23)



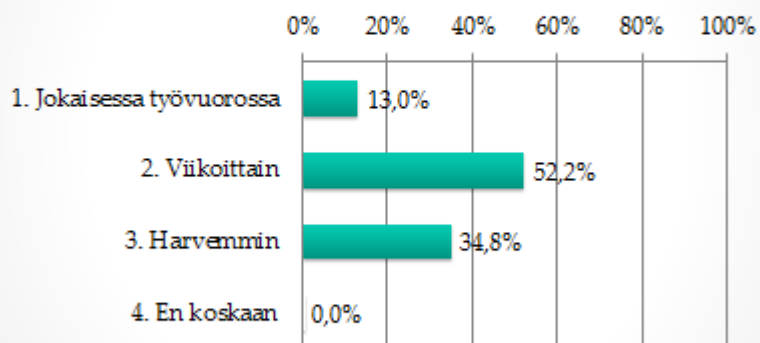
Kysytkö potilaan tuntemuksia kivusta (N=23)



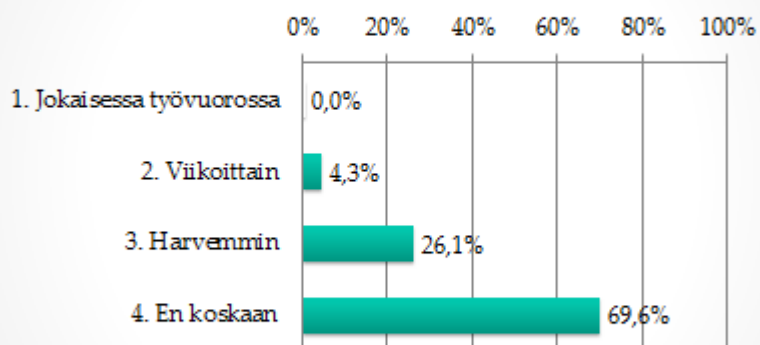
Jos potilaalla on jo sairaalaan tullessaan säännöllinen tai tarvittava, tai molemmat, kipulääkitys, kysytkö sen toimivuudesta (N=23)



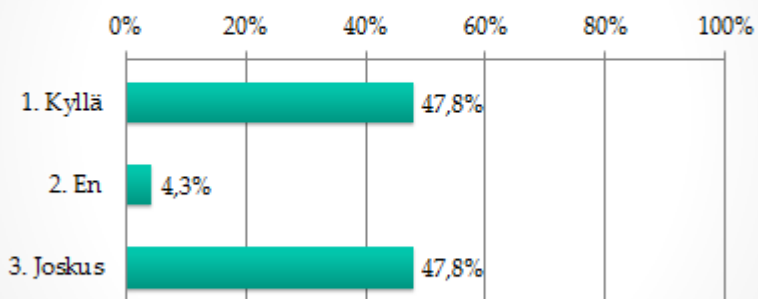
Kuinka usein käytät kipumittareita, esim. VAS-asteikkoa? (N=23)



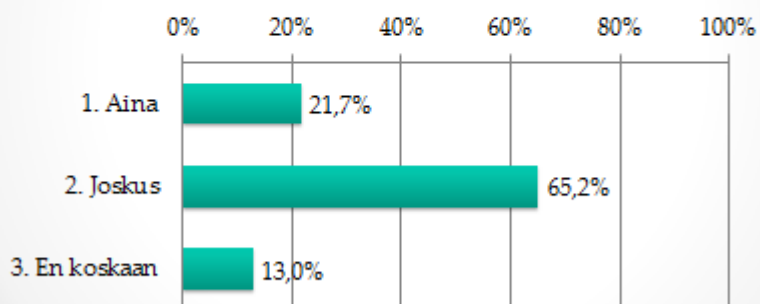
Kuinka usein käytät kipukarttaa potilaan kivun paikannukseen? (N=23)



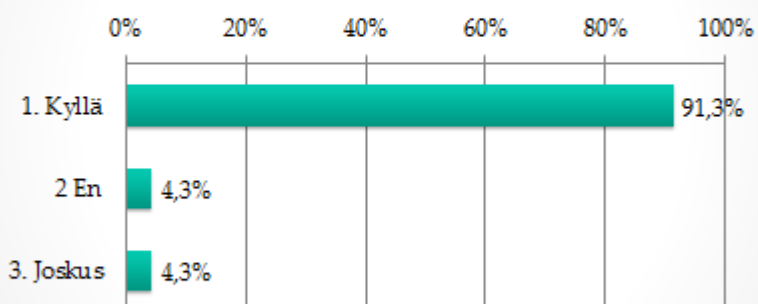
Huomioitko kroonisen kivun vaikutuksen potilaan psyykkiseen terveyteen? (N=23)



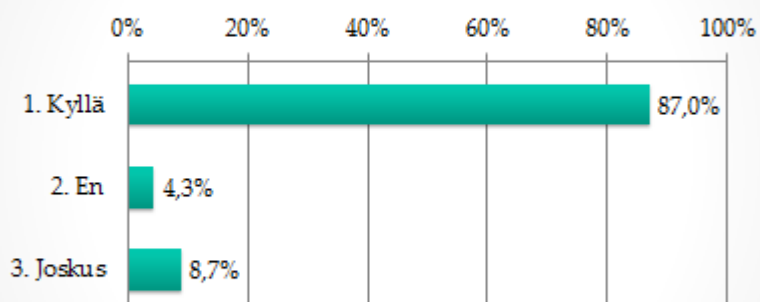
Selvitätkö onko potilaan kipulääkitys ajan tasalla (esim. potilaalle on aloitettu tulehduksen akuuttivaiheessa tulehduskipulääkitys, tarkistatko onko kotiutumisen yhteydessä enää tarve sen jatkamiseen)? (N=23)



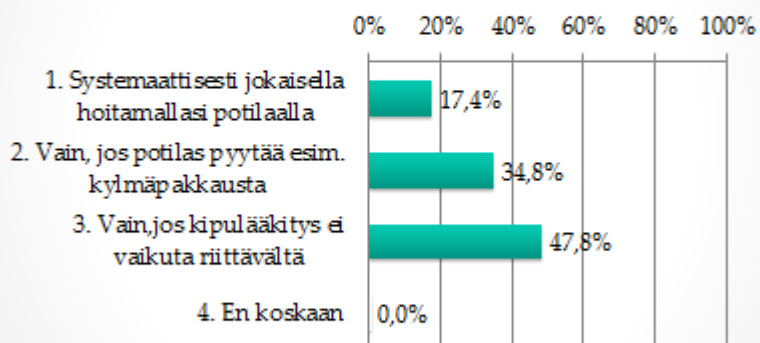
Jos potilas ei valittele kipua, mutta sairauden oireisiin voisi liittyä kiputuntemuksia (esim. tulehdukset, syöpäsairaus tms.) kysytkö potilaalta, onko hänellä kipuja? (N=23)



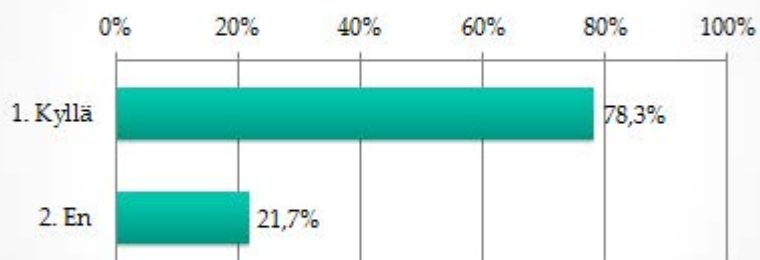
Kysytkö potilaalta kivun tyypistä, esim. onko kipu kuumoittavaa, säteilevää, jomottavaa tms.? (N=23)



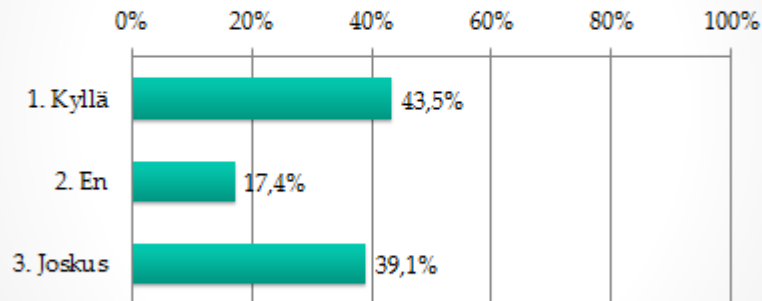
Käytätkö työssäsi lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä? (N=23)



Koetko luontevaksi valita kivunhoitomenetelmäksi jonkin muun, kuin kipulääkkeen? (N=23)



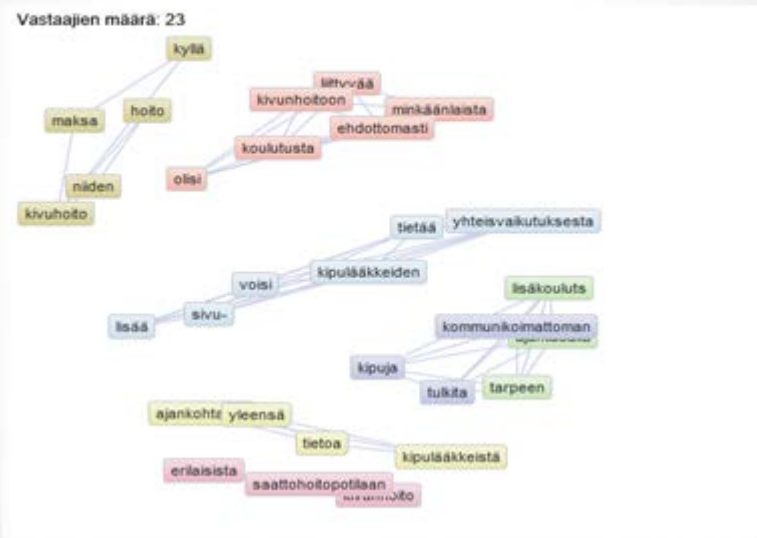
Koetko, että kiire tai aikapula haittaa lääkkeettömän kivunhoidon hyödyntämistä lääkkeellisen kivunhoidon rinnalla tai sen sijaan? (N=23)



Koetko tarvitsevasi lisätietoa tai koulutusta kivunhoitoon? Minkälaisista?

- Yhhh
- Saattohoitopotilaan kivunhoito
- Palliatiivinen kivunhoito
- En tällä hetkellä, työnkuva muuttunut
- En
- En koe tarvitseväni
- Uutta tietoa kipulääkkeistä, syöpä kivun hoidosta mm.
- Kyllä, Ihan kaikki käy. Opiskellessa sh:ksi asiaa ei käsitelty riittävästi.
- Kyllä ehdottomasti, meillä ei ole ollut minkäänlaista koulutusta mikä olisi nimenomaan kivunhoitoon liittyvää.
- Kipulääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutuksista.
- Aina voi kouluttautua lisää.
- toki
- -
- Ehdottomasti olisi tarpeellista. Äkilliset kivut sekä krooniset kivut ja niiden hoito, tiedon päivittäminen.
- -
- Joskus tuntuu, että esim. kommunikoidottoman vuodepotilaan kipuja vaikea tulkita.
- Kyllä. Kipulääkkeistä, niiden yhteisvaikutuksesta, vaikutusmekanismeista. Kipumittareiden käyttö. Vaihtoehtoisesta kivun
- Tietoa, mitä asioita pitäisi huomioida erilaisista kivuista, sekä kipulääkkeistä. Etta kivunhoito oli järjestelmällistä
- En
- Kyllä, sellaisien potilaiden kivunhoidosta, joilla esim. korkeat maksa/munaisarvot tai muu lääkitys rajaa lääkkeitä ulos
- Uusista kipulääkkeistä on melko vähän ajankohtaista tietoa. Omatoimiopiskeluun on yleensä liian vähän aikaa työn ohella.
- Eri kipulääkkeiden yhteisvaikutuksesta voisi olla hyvä tietää lisää.
- Lisäkoulutus on aina tarpeen, pitää ajantasalla osaamistaan ja tietämistään.

Koetko tarvitsevasi lisätietoa tai koulutusta kivunhoitoon? Minkälaista?



Minkälaisia kivunhoitomenetelmiä tunnet, mukaan lukien lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät?

- Vvjjjk
- i.v, p.o, i.m, kipugeeli, puudute, asentohoito, kylmähoito keskustelu, tukisidos hoito
- asentohoidot, kylmähoidot
- Kylmä/kuuma hoidot, TENS-hoito ,asentohoito
- Musiikki, kylmähoito.
- kylmä- ja kuumapakkaukset, rauhoittelu, sively, lääkkeet
- Rentoutumisharjoitukset, huomion suuntaaminen pois kivusta, lääkehoito, kylmähoito, kipupumput, puudutukset, epiduraal.
- Lääkehoito, puudutukset, epiduraalinen kivunhoito, asentohoito, kylmä
- erilaiset kipulääkkeet, kylmä/kuuma hoito, keskustelu, kosketus, hieronta (ei sairaalamaailmassa), lymfaterapia
- Asentohoito, kylmä-, rentoutus, keskustelu, kuuntelu. Kipulääkitys eri reittejä pitkin annettuna ja erilaisina valmisteina.
- Lääkehoito erimuodoissaan. Kylmä tai lämpö hoito. Mahdollinen venyttely ym.
- Esim kylmä-/lämpöhoito
- kylmä ja lämpöhoito
- fysikaalinen hoito, akupunktio, hypnoositerapia, psykoterapia, tulehduskipulääkkeet, opioidit, masennuslääkkeet, sähköhoito
- Lämpö, kylmähoito, asentohoito, liikunta, lääkehoito

- Lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien lisäksi käytän joskus kylmäpussia kipeään kohtaan. Myös kylmägeeli, hieronta.
- Kylmä, - lämpöhoito. Hieronta, keskustelu, lepo.
- Normaali kipulääkkeet tutuimmat. En tiedä tiedäkö riittävästi. Joskus geeliä tai kylmäpakkausta.
- kylmähoito
- Asentohoito, kylmä/kuuma hoito, mobilisointi/venyttely, ilokaasu, puudutukset
- Paikallishoidot mm. kylmä tai kuuma, akupunktio
- Kylmä/kuuma hoidot, akupunktio, lääkitys
- Kylmähoito, asentohoito

Minkälaisia kivunhoitomenetelmiä tunnet, mukaan lukien lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät?

Vastaajien määrä: 23

 Järjestä aakkosittain

 Järjestä suuruusjärjestykseen

kylmä asentohoito kylmähoito hoito keskustelu kuuma lääkehoito akupunktio hieronta kylmä-
 lämpöhoito puudutukset hoidot joskus kipulääkkeet lämpö venyttely annettuna asentohoidot epiduraal epiduraalinen erilaiset
 erilaisina erimuodoissaan fyysikaalinen geeliä huomion hypnoositerapia ilokaasu kipeään kipugeeli kipulääkitys kipupumput kivunhoito
 kivunhoitomenetelmien kivusta kohtaan kosketus kuumahoito kuumapakkaukset kuuntelu kylmägeeli kylmähoidot kylmäpakkaukset kylmävettä käytän
 liikunta lisäksi lymfaterapia lääkitys lääkkeellisten lääkkeet mahdollinen masennuslääkkeet mobiilsointi musiikki normaali opioidit paikallishoidot
 pitkin psykoterapia puudute rauhoittelu reiltejä rentoutumisharjoitukset rentoutus riittävästi sairaalamaailmassa sively suuntaaminen sähköhoito tens-
 hoito tiedä tiedänkö tukisidos tulehduskipulääkkeet tutuimmat valmisteina vyjki