

Tiina Hukkanen

Mari Skonbäck

Pia Thorstensson

# LÄÄKKEETTÖMIEN KIVUNHOITOMENETELMIEN KÄYTTÖ KUNTOUTUSOSASTOLLA

Opinnäytetyö  
Sairaanhoitaja


Maaliskuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  17.3.2016	
<b>Tekijä(t)</b>  Tiina Hukkanen, Mari Skonbäck ja Pia Thorstenson	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b>  Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja	
<b>Nimeke</b>  Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö kuntoutusosastolla		
<b>Tiivistelmä</b>  Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä. Ehdotuksen opinnäytetyömme aiheeksi saimme työelämän edustajalta. Kuntoutusosasto on terveyskeskussairaalan akuuttisairaanhoitoa antava osasto, joka on erikoistunut erilaisten kuntoutusasiakkaiden kuntoutukseen ja hoitoon. Osastolla hoidetaan myös saattohoitopotilaita sekä sairaalahoitoa tarvitsevia pitkäaikaispotilaita. Kyselyn avulla kartoitimme kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä ja lisäkoulutuksen tarvetta. Kysely kohdistettiin 25 hoitajalle, joista 17 vastasi kyselyyn.  Tavoitteenamme oli kyselyn avulla selvittää Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Tavoitteenamme oli myös, että Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunta saisi lisää tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä.  Teoriaosuudessa käsitelimme kipua yleisesti ja kivunhoitotyön eri osa-alueita. Lisäksi on koottu tietoa sekä fysikaalisista että kognitiivisista kivunhoitomenetelmistä. Valitsemistamme lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä kerroimme, kuinka niitä käytetään, mitkä ovat menetelmien käyttö- ja vasta-aiheet. Lisäksi kerroimme kvantitatiivisesta tutkimusmenetelmästä.  Tutkimustulosten mukaan kaikkia valitsemiamme lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä oli kuntoutusosastolla käytetty, lukuun ottamatta akupunktiota. Käytetyimpiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä olivat huumori, asentohoito ja kylmähoito. Lisäkoulutusta kaikkiin lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin koettiin tarvittavan. Vähiten käytettyihin menetelmiin haluttiin eniten lisäkoulutusta, mutta myös paljon käytettyihin asento- ja kylmähoitoon kaivattiin lisäkoulutusta. Tutkimus osoittaa, että Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalla on halukkuutta käyttää lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä sekä kehittää osaamistaan.		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b>		
Kipu, kivun lääkkeettömät hoitomenetelmät, kivun hoito		
<b>Sivumäärä</b>  42 + 12	<b>Kieli</b>  suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Tarja Turtiainen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Varkauden kuntoutusosasto	

## DESCRIPTION

	<b>Date of the bachelor's thesis</b> 17.3.2016	
<b>Author(s)</b> Tiina Hukkanen, Mari Skonbäck ja Pia Thors- tensson	<b>Degree programme and option</b> Degree Programme in Nursing	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> Non-pharmacological pain management techniques in a rehabilitation department		
<b>Abstract</b> <p>The purpose of our thesis was to study nonpharmacological pain management techniques used by the nursing staff in the rehabilitation department of Varkaus Health Center Hospital (HCH). The topic of the thesis was proposed by a representative of working life. The rehabilitation department is a part of the Health Center Hospital providing acute health care and specializing in the care and physical rehabilitation of patients with various rehabilitation needs. The department also provides hospice and long-term care.</p> <p>Our aim was to survey possible needs for further training in nonpharmacological pain management techniques in the rehabilitation department and also provide the department with more information on the subject. To achieve this, a survey was conducted to investigate the current use of nonpharmacological pain management techniques and any need for further education on the subject. The survey was targeted at 25 nurses, 17 of whom responded.</p> <p>The theory part of the thesis focuses on pain in general and on different aspects of pain relief. We collated information on both physical and cognitive pain management techniques. Particular techniques were chosen for closer inspection. Details on how, when and when not to use these techniques are provided. The quantitative research method used is also discussed.</p> <p>According to our investigation all of the techniques covered had been used in the department, with the exception of acupuncture. The most common nonpharmacological techniques for pain management were humor, positioning and cryotherapy. Further training on all techniques was needed. Training and education on the techniques used less often was considered necessary, but also on the more commonly applied positioning and cryotherapy. The investigation points out that the nursing staff in the rehabilitation department of Varkaus HCH is interested in and willing to use and develop the use of nonpharmacological pain management techniques.</p>		
<b>Subject headings, (keywords)</b> Pain, non-pharmacological pain treatment, pain treatment		
<b>Pages</b> 42+12	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b> Tarja Turtiainen	<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Rehabilitation department, Varkaus	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	2
	Toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot ja periaatteet.....	3
3	KIPU .....	4
	3.1 Kivun syntyminen.....	5
	3.2 Kivun jaottelu .....	5
4	KIVUN HOITOTYÖ .....	6
	4.1 Kivun arviointi.....	7
	4.2 Kivun mittaaminen .....	8
	4.3 Kivun kirjaaminen .....	9
	4.4 Kivunhoidon toteutus.....	9
	4.4.1 Lääkkeettömän hoidon periaatteet .....	10
	4.4.2 Lääkehoidon periaatteet .....	10
5	LÄÄKKEETTÖMIEN KIVUNHOITOMENETELMIEN KÄYTTÖ .....	12
	5.1 Fysikaaliset kivunhoitomenetelmät .....	12
	5.1.1 Akupunktio .....	12
	5.1.2 Asentohoito .....	14
	5.1.3 Hieronta.....	14
	5.1.4 Kylmähoito .....	15
	5.1.5 Liikunta .....	16
	5.1.6 Lämpöhoito .....	17
	5.1.7 Traskutaaninen hermostimulaatio eli TENS .....	17
	5.2 Kognitiiviset kivunhoitomenetelmät.....	18
	5.2.1 Huumori .....	18
	5.2.2 Musiikki .....	20
	5.2.3 Rentoutus .....	21
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT .....	22
7	KVANTITATIIVINEN TUTKIMUS .....	23
	7.1 Kyselylomakkeen laadinta, aineiston keruu ja analyysi .....	24
	7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	26
8	TUTKIMUSTULOKSET .....	28

8.1	Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.....	28
8.2	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytön esiintyvyys Varkauden kuntoutusosastolla.....	29
8.3	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö akuutissa ja kroonisessa kivussa.....	30
8.4	Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan oman osaamisen arviointi lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien toteutuksessa .....	31
9	POHDINTA .....	33
9.1	Tulosten tarkastelu.....	34
9.2	Oman opinnäytetyön tarkastelu .....	35
9.3	Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet.....	36
	LÄHTEET .....	38
	LIITTEET	
	1 Kirjallisuuskatsaus	
	2 Saatekirje	
	3 Kyselylomake	
	4 Tutkimuslupa	

## 1 JOHDANTO

Kipu on Suomessa yleisin syy hakeutua lääkärin vastaanotolle (Haavisto 2011, 27). Kivun hoitotyön lähtökohtana on potilas ja kuinka hän kokee kipunsa (Salanterä ym. 2013, 5). Kivun poistaminen, potilaan toimintakyvyn palauttaminen ja elämänlaadun parantaminen ovat kivunhoidon tavoitteena. Tavoitteisiin pyritään pääsemään käyttämällä lääkkeettömiä hoitoja ja lääkehoitoa, jotka täydentävät toisiaan. (Kassara ym. 2005.) Lääkkeetöntä hoitoa tulisi käyttää aina, kun se on mahdollista, sillä se on kivunhoidon perusta (Käypähoito 2015). Käyttämällä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä yhdessä lääkehoidon kanssa voidaan mahdollisesti pärjätä pienemmillä lääkeannoksilla (Hovi 2000, 124). Hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, jotta hän voi sitä toteuttaa turvallisesti (Salanterä ym. 2013, 28).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan kivun lääkkeettömän hoidon käyttö osana kivun hoitoa. Lisäksi haluamme selvittää, minkälaisiin kipuihin ja kuinka usein lääkkeetöntä kivunhoitoa osastolla käytetään sekä kokeeko hoitohenkilökunta osaamisensa riittäväksi sitä toteuttaakseen. Opinnäytetyömme tavoitteena on kyselyn avulla selvittää mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Lisäksi tavoitteenamme on, että opinnäytetyöstämme Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunta saa tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Teoriaosuudessa selvitämme lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä sekä niiden mahdollisia haittoja ja vasta-aiheita.

Toimeksiantajamme on Varkauden terveystieteiden keskuksen kuntoutusosasto. Kuntoutusosasto on erikoistunut erilaisten kuntoutusasiakkaiden kuntoutukseen ja hoitoon muun muassa neurologisten (esimerkiksi aivohalvaus), ortopedisten ja traumapotilaiden hoitoon. Osastolla hoidetaan myös akuutisti sairaita potilaita (lähinnä akuuttigeriatrisia potilaita), tutkimuspotilaita, sairaalahoitoa tarvitsevia pitkäaikaispotilaita sekä saattohoitopotilaita. Osasto toimii kotisaattohoidossa olevien tukiosastona. (Kettunen 2015.)

Pyysimme esimieheltämme opinnäytetyöhömmme aiheita, joista kivunhoito herätti mielenkiintomme. Alkuperäinen opinnäytetyön ideamme oli selvittää, kuinka kipumittarin käyttö helpottaa hoitohenkilökuntaa kivun arvioinnissa. Työelämän edustaja kuitenkin kertoi meille, että kyseinen mittari on jo käytössä. Tämän jälkeen pohdimme työelämän

edustajan kanssa, että opinnäytetyömme aihe voisi joka tapauksessa liittyä kipuun. Sovimme aiheeksi hoitohenkilökunnan käyttämien kivunhoitomenetelmien kartoittamista. Kirjallisuutta etsiessämme totesimme aiheen olevan hyvin laaja, joten rajasimme aihetta kivun lääkkeettömiin hoitomuotoihin, joita hoitajat voivat toteuttaa työssään osana kivunhoitoa. Tämä sopi työelämän edustajalle sekä opinnäytetyötämme ohjaavalle opettajalle.

Mielestämme aihe on erittäin tärkeä, koska usein kipua ali hoidetaan tai turvaudutaan ainoastaan lääkehoitoon. Käyttämällä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä yhdessä lääkehoidon kanssa voidaan mahdollisesti tehostaa kipulääkkeen vaikutusta. Tällä tavoin potilas saattaa tulla toimeen pienemmällä kipulääkeannoksella, jolloin mahdollisten haittavaikutusten ja toleranssin kasvuun voidaan vaikuttaa niitä vähentävästi.

Viitekehystä luodessamme valitsimme kolme kognitiivista ja seitsemän fysikaalista lääkkeetöntä kivunhoitomenetelmää, jotka olivat mielestämme mahdollisia toteuttaa tutkittavalla osastolla. Tutustuessamme kivunhoitoon perustuvaan lähdekirjallisuuteen, opinnäytetyössämme käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät nousivat eniten esille.

## **2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS**

Kuntoutusosasto on terveystieteiden keskuksen akuuttisairaanhoidon antava osasto. Kuntoutusosasto on erikoistunut erilaisten kuntoutusasiakkaiden kuntoutukseen ja hoitoon muun muassa neurologisten (esimerkiksi aivohalvaus), ortopedisten ja traumapotilaiden hoitoon. Osastolla hoidetaan myös akuutisti sairaita potilaita (lähinnä akuuttigeriatria potilaita), tutkimuspotilaita, sairaalahoitoa tarvitsevia pitkäaikaispotilaita sekä saattohoitopotilaita. Osasto toimii kotisaattohoidossa olevien tukiosastona eli potilaat voivat saapua osastolle kotoa suoraan ilman lääkärin lähetystä mihin vuorokauden aikaan vain. (Kettunen 2015.)

Potilaspaikkoja osastolla on 35, mutta lisäksi voidaan hoitaa viisi ylipaikalla olevaa potilasta. Osastolla on kymmenen yhden huonetta ja kahdeksan useamman hengen huonetta. Osaston tilat on suunniteltu mahdollistamaan kuntoutusta. Potilaiden käytettävissä on kuntosali ja iso päiväsalin. Esimerkiksi ruokailun olisi suotavaa aina tapahtuvan

päiväsalissa, koska sillä tavoin pyritään lisäämään asiakkaiden aktiivisuutta ja omatoimisuutta. (Kettunen 2015.)

Pääsääntöisesti potilaat tulevat osastolle päivystyksestä, Varkauden sairaalasta, Kuopion yliopistollisesta sairaalasta, terveysasemien vastaanotoilta tai kotihoidosta lääkärin läheteellä. Syyt sairaalahoitoon joutumiseen voi olla moninaiset. (Kettunen 2015.)

Osastolla työskentelee osastonlääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 14 sairaanhoitajaa, 10 lähihoitajaa ja yksi lääkintävahtimestari. Tukipalveluissa on kolme laitoshuoltajaa, kaksi fysioterapeuttia/kuntohoitajaa ja osastonsihteri. Lisäksi osastolle on mahdollista pyytää sosiaalihoitajaa ja puheterapeuttia. (Kettunen 2015.)

### **Toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot ja periaatteet**

Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan osallistamalla häntä oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Monikulttuuriset tekijät huomioidaan ja kunnioitetaan potilaan omia tapoja ja yksityisyyttä. Sekä hoitajien että potilaiden fyysiseen turvallisuuteen kiinnitetään huomiota. Esimerkiksi osaston ovet ovat lukossa eksyvien potilaiden valvonnan helpottamiseksi ja hoitajien jatkuvaa ergonomiakoulutusta pyritään ylläpitämään. Psykkiseen turvallisuuteen kiinnitetään huomiota erityisesti saattohoito tilanteissa, joissa potilaan on mahdollista saada omaiset tai hoitaja vierelleen. (Kettunen 2015.)

Hoidon jatkuvuutta edistämään voidaan kotiutuksen yhteydessä pitää hoitokokouksia ja tehdä kotikäyntejä. Tiedonkulku pyritään turvaamaan toiseen laitokseen siirron yhteydessä myös kirjallisesti eri osapuolille. Erilaisissa ongelmanratkaisutilanteissa pyritään luovuuteen sekä hyväksytään myös toisten erilaiset näkemykset ja ratkaisut. Potilaan aktiivista roolia kuntoutujana tuetaan kuntoutussopimuksella. Tulotilanteessa hänen voimavaransa kartoitetaan, asetetaan päämäärä ja tavoite kuntoutumiselle ottaen huomioon yksilölliset voimavarat. (Kettunen 2015.)



### 3 KIPU

Kivun biologisena tehtävänä on toimia viestimenä vammasta tai sairaudesta (Vainio 2003, 12). Se siis esimerkiksi estää ihmistä kävelemästä murtuneella jalalla (Vainio 2004, 18). Kansainvälinen kivuntutkimusjärjestö IASP (2012) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivuriin tai jota kuvataan kudosaivurion termein.

Kipu on Suomessa yleisin syy hakeutua lääkäriin vastaanotolle (Haavisto 2011, 27). Noin 40 % käynneistä terveyskeskuslääkärillä on todettu liittyvän kipuun. Selvästi suurimman osan kivun aiheuttamista kokonaiskustannuksista muodostavat epäsuorat kustannukset, kuten toimintakyvyn heikkeneminen ja poissaolot työstä. (Käypähoito 2015.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 2. luvun 3. §:n sanotaan, että potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) On siis tärkeää muistaa kivun olevan subjektiivinen tunne tai tila, joten ihmisten kipukokemuksia ei tule vertailla keskenään (Sailo 2000, 30). Kukaan ei voi myöskään luotettavasti määrittellä, millaisena toinen henkilö kokee kipunsa. Mikäli henkilö sanoo hänellä olevan kipua, tulee se luokitella kivuksi. (Kassara ym. 2004, 350.) Kipu ei ole aina välttämättä todennettavissa esimerkiksi radiologisesti, vaikka potilaalla olisi kovaa kipua. Toisaalta hän voi olla lähes kivuton, vaikka radiologiset muutokset olisivat merkittävät. (Kalso 2013, 97.)

Kipua tunteva henkilö haluaa päästä siitä nopeasti eroon ja hän pyrkii välttämään kivun aiheuttajaa (Vainio 2004, 67). Kivun kokeminen voidaan jakaa yksityiseksi tai julkiseksi. Yksityisellä kivulla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilö ei tuo kipuaan ilmi sanoin, elein eikä ääntein. Tämä voi johtua siitä, ettei henkilöllä ole kykyä ilmaista kipuaan. Kivun ilmaiseminen on siis päinvastoin julkista kipua, johon vaikuttavat kulttuurilliset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Nämä tekijät voivat myös vaikuttaa siihen, haluaako henkilö tehdä kivustaan julkista. (Sarlio 2000, 25.)

### 3.1 Kivun syntyminen

Kivun aiheuttajana on ulkoisen tai elimistön sisäisen tekijän aiheuttama kudonvaurio. Vauriosta johtuen kudon vapauttaa algogeeniä eli kipua välittäviä aineita, jotka aiheuttavat kudoksessa turvotusta ja kipua. Algogeenit aiheuttavat nosiseptoreissa eli kipuhermopäätteissä ärsytysreaktion. (Kassara ym. 2004, 350.) Reagoiessaan kipuärsykeeseen nosiseptorit muuttavat kudonvaurion aiheuttaman energian hermoimpulsiksi, joka siirtyy hermosäikeitä pitkin selkäyttimeen ja aivojen kipukeskuksiin (Sailo 2000, 32).

Kivun laadun, voimakkuuden, keston ja paikan analysointi tapahtuu aivokuoressa. Keskushermostosta ja ruumiin kudoksista tulee informaatiota selkäytimen juosteeseen kipuradalle. Täällä kipuinformaatio voi joko estyä tai lisääntyä. C-kipusäikeiden aivoille tuomaan kipuinformaatioon voidaan vaikuttaa esimerkiksi aktivoimalla niitä nopeampia A-beeta-hermosäikeitä, jotka välittävät kosketuksen ja paineen tuntoa. Ne kuljettavat hieromisärsykettä aivoihin nopeammin ja vähentävät näin sinne saapuvaa kipuinformaatiota. Kivun hoidossa tätä niin kutsuttua porttikontrollia käytetään hyödyksi esimerkiksi hieronnassa ja TNS-hoidossa. (Vainio 2004, 27 - 28.)

### 3.2 Kivun jaottelu

Kipu voi olla kudonvauriosta johtuvaa eli nosiseptiivistä tai neuropaattista eli hermovauriosta johtuvaa. Nosiseptiivinen kipu voidaan edelleen jakaa somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattisella kivulla tarkoitetaan kipua lihaksissa, luustossa, iholla ja sidekudoksissa. Vaikeasti paikannettavissa olevalla viskeraalisella kivulla tarkoitetaan kipua sisäelimissä. (Sailo 2000, 32 - 33.) Viskeraalinen kipu voi tuntua kaukokipuna, josta hyvänä esimerkkinä mainittakoon sydäninfarktin kipu, jossa kipu voi säteillä usein myös vasempaan käteen (Kassara ym. 2004, 351).

Kun kipua jaotellaan sen keston mukaan, puhutaan akuutista ja kroonisesta kivusta (Kassara ym. 2004, 352). Akuutti kipu johtuu yleensä vauriosta, vammasta tai elinten toimintahäiriöstä. Sen tärkein tehtävä on varoittaa uhkaavasta vaarasta. Mikäli kudon on jo vaurioitunut, ovat kudoksen tai ruumiinosan suojeleminen, hoitoon hakeutuminen ja lepo luonnollisia reaktioita. Akuutin kivun lievittäminen onnistuu usein hyvin. (Kassara

ym. 2004, 352.) Akuutti kipu voidaan kokea mielekkääksi, sillä kivun oletetaan lievityvän ajallaan ja kivun syy on tiedossa. Mikäli akuuttia kipua ei hoideta ajoissa asianmukaisesti, voi siitä tulla kroonista kipua. (Sailo 2000, 34.)

Kivun katsotaan olevan kroonista, kun se on kestänyt yli kolme kuukautta tai normaali kudoksen paranemisaika on ylittynyt (Sailo 2000, 34). Kroonisen kivun mekanismin tiedetään olevan erilainen kuin akuutin. Kroonisessa kivussa aiheuttajana voi olla vika keskushermoston kivunsäätelyjärjestelmässä tai viestityshäiriö, jota voivat ylläpitää erilaiset biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. (Vainio 2004, 17.) Jatkuva kipu tekee muutoksia kipuradan toimintaan ja hermot lähettävät kipuviestejä aivoille jatkuvasti välittämättä minkäänlaisista säätelyjärjestelmistä (Vainio 2003, 17). Krooninen kipu on sairaus, joka heikentää niin potilaan kuin myös hänen läheistensä elämänlaatua. Potilas voi olla muun muassa masentunut, hänen sosiaaliset suhteensa vähenevät ja työkyky heikkenee. (Sailo 2000, 34 - 35.) Kroonisesta kivusta kärsivät kipupotilaat kokevat ahdinkoa. He myös kokevat jatkuvan kivun muuttavan heitä ihmisenä. (Eloranta 2002, 71.)

Kroonista kipua voidaan jaotella kolmeen ryhmään sen aiheuttajan perusteella. Krooninen kudovauriokipu johtuu jatkuvasta kudovauriosta, kuten reuman aiheuttamasta jatkuvasta tulehduksesta ja siitä syntyvästä kivusta. Neuropaattisessa eli hermovauriokivussa vika on kipuviestin kuljettavassa järjestelmässä, vaikka kipualue on terve. (Vainio 2003, 18.) Esimerkkeinä neuropaattisesta kivusta mainittakoon diabeettinen neuropatia ja aavesärky. Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan kipua, jonka aiheuttajaa ei tiedetä (Sailo 2000, 33). Tuntemattomasta syystä johtuvasta kivusta kärsivä potilas näyttää lääketieteellisten tutkimusten ja tulosten mukaan kaikin puolin terveeltä. Se ei kuitenkaan tarkoita, että kipu olisi keksittyä tai teeskenneltyä, sillä tämän tyyppinen kipu voi tuntua potilaasta samanlaiselta kuin näkyvään vaurioon liittyvä kipu. (Vainio 2004, 35.)

#### **4 KIVUN HOITOTYÖ**

Lähtökohtana kivun hoitotyölle on potilas ja hänen kokemuksensa kivusta. Kivun hoitotyö on kipupotilaan auttamista erilaisin hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyön prosessi etenee potilaan kivunhoidon tarpeen määrittelystä toiminnan toteuttamiseen ja arviointiin. Prosessiajattelun avulla pystytään jäsentämään kivun hoitamista ja se tekee siitä

tietoista ja harkittua toimintaa, perustuen kivun tunnistamiseen ja ratkaisemiseen. Hoitotyön prosessit eivät mene peräkkäisinä toimintoina, niin kuin prosessiajattelussa kuvataan, vaan ne menevät käytännössä päällekkäin. Kivunhoidon arviointi on jatkuvaa ja arvioinnin perusteella hoitosuunnitelmaa tarkistetaan, jotta päästään asetettuun tavoitteeseen. Kivun säännöllisellä arvioinnilla pystytään toteuttamaan tarkoituksenmukaista lääkehoitoa ja muita hoitotyön auttamismenetelmiä. Kivunhoidon jatkuva seuranta, on edellytys tavoitteelliselle kivun hoitotyölle. Potilas itse on hoidon onnistumisen paras arvioija. Potilaan omat kokemukset voinnistaan, kertoo kuinka kivun hoitotyön tavoitteeseen on päästy. (Salanterä ym. 2013, 5.)

#### **4.1 Kivun arviointi**

Kivun arvioinnilla suunnitellaan potilaan kivunhoitoa ja toteutusta. Hoidon vaikuttavuutta tulee seurata. Arvioinnissa huomioidaan potilaan omaa näkemystä kivusta, havainnoidaan potilaan kivun ilmaisemista, kuinka kipu vaikuttaa potilaan käytökseen ja konkreettisesti mitataan kivun voimakkuutta. (Kassara ym. 2005, 353.)

Fysiologiset ja käyttäytymiseen liittyvät muutokset olisi hyödyllistä yhdistää kipua arvioidessa. Vaikka tällaiset moniosaiset mittarit olisivat luotettavampia, on niiden käyttö kiireisessä hoitotyössä hankalaa, sillä se vie paljon aikaa. (Kankkunen ym. 2007, 313.) Kiputilaan liittyviä fysiologisia muutoksia ovat esimerkiksi takykardia, hypertensio, suoliston toiminnan lamaantuminen, virtsaretentio, ääreisverenkierron heikkeneminen ja tihentynyt hengitys. Fysiologisia muutoksia voidaan arvioida mittaamalla verenpainetta, pulssia, hengitysfrekvenssiä sekä tunnustelemalla perifeeristä lämpöä. Silmin havaittavia fysiologisia muutoksia ovat hikisyys, kalpeus, palelu ja pahoinvointi. Fyysisen olemuksen muutoksia voivat olla esimerkiksi liikkumattomuus ja käpertyminen, kun taas henkisiä muutoksia ovat esimerkiksi levottomuus ja ärtyneisyys. (Rautiainen 2002, 5.)

Asteikollisen mittaamisen lisäksi voidaan kivun laatua arvioida sanallisesti. Kipua voi kuvailla esimerkiksi sanoilla tykyttävä, puristava, pistävä, aaltoileva, räjähtävä, jomotava. Laadullisen arvioinnin avulla voidaan selvittää kivun taustalla oleva syy, esimerkiksi suolilama, jossa kipu tuntuu aaltoilevana tai sydämen verenkierto-ongelma, jolloin

kipu tuntuu puristavana. (Iivanainen & Syväoja 2008, 471.) Sanallisella kuvailulla voidaan jossain määrin tehdä kivun luokittelua, kuten onko kipu nosiseptiivista, viskeraalista tai neuropaattista. Sanallisella kuvailulla voidaan myös eritellä toisistaan akuutti ja krooninen kipu. (Kassara ym. 2005, 354.)

Kivun sijainti tulee myös arvioida ja usein potilas pystyykin itse paikallistamaan kivun. Kuitenkin sisäelinkivun paikallistaminen on haasteellista, koska kipu saattaa tuntua muualla kuin elimen paikalla eli niin sanottuna säteilykipuna. (Iivanainen & Syväoja 2008, 471.)

Arvioinnissa kartoitetaan myös kivun esiintyvyys. Potilas haastatellaan huolellisesti ja selvitetään, minkälaista kipu on sekä onko se yhtäjaksoista vai ajoittaista. Liittyykö kivun alkamiseen jokin tapahtuma, kuten syöminen, juominen, tapaturma, liikkuminen, ulostaminen. Onko aiemmin ollut vastaavia kipukokemuksia, potilaan aiemmat leikkaukset, sairaudet ja lääkitys selvitetään. Onko potilas käyttänyt kipulääkitystä tai muuta kivunlievitysmenetelmää ja onko siitä ollut apua. (Iivanainen & Syväoja 2008, 471.)

## **4.2 Kivun mittaaminen**

Kivun mittaamisen tulisi kuulua rutiineihin aivan, kuten esimerkiksi verenpaineen seurannankin. Vaikka potilaan oma arvio kivustaan on tärkeää, tarvitaan avuksi numeroita, jotta kivunhoidon arviointi olisi helpompaa. Numeraalisen arvioinnin avulla myös laadun seuranta on luotettavaa. (Kalso ym. 2009, 175.)

Kivun mittaamiseen on kehitetty erilaisia mittareita. Yleisimmin käytetty on visuaalinen analogiasteikko eli VAS. VAS on kymmenen cm pitkä jana, jonka vasen ääripää kuvaa kivutonta tilaa ja oikea vastaavasti pahinta mahdollista kipua. Janasta on saatavilla erilaisia versioita, esimerkiksi lapsille on kehitetty kasvoasteikko. Sanallinen kipumittari VRS arvioi kipua asteikolla 0 = ei kipua lainkaan – 4 = kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso & Kontinen 2009, 55.) Sanallisten mittareiden käyttöä suositaan potilaille, joiden kognitiiviset kyvyt ovat heikentyneet. Dementoituneiden kipua voidaan arvioida käytösmuutosten tarkkailuun pohjautuvaa PAINAD-mittaria. Siinä hoitaja arvioi viiden minuutin aikana hengitystä, negatiivista ääntelyä, kasvojen ilmeitä,

kehon kieltä ja lohduttamisen tarvetta asteikolla 0= normaali, 1= lievästi poikkeava ja 2= selvästi poikkeava. Näistä viidestä osa-alueesta kipupisteet lasketaan yhteen ja saadaan näin kivulle yksi numeroarvo 0-10. (Kalso 2009, 474 - 475.) Kivun arviointiin käytettävästä mittarista päätetään yhdessä potilaan kanssa (Kalso & Vainio 2002, 214).

### **4.3 Kivun kirjaaminen**

Kirjaaminen on yksi tärkeä osa laadukasta kivunhoitoa. Työvuoron aikana tulee kivusta kirjata vähintään kerran. (Salanterä ym. 2013, 25.) Kirjaamisen avulla tulisi selvittää kivun alkamisajankohta, kivun sijainti, voimakkuus ja laatu. Kirjaamisessa tulee siis näkyä mitä kipua on hoidettu, milloin kipua on hoidettu sekä miten sitä on hoidettu. Näin kivunhoidon tarve ja ongelma saadaan paremmin tunnistettavaksi. Hoitajalla tulee olla hallussa potilaan kivunhoitoon liittyvät tekijät sekä kivun hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen potilasasiakirjoihin. Tarkalla ja hyvällä kirjaamisella pystytään antamaan selkeä kuva potilaan kipuongelmista sekä kivunhoidon tavoitteista ja tuloksista. (Pätäri 2014, 15.)

### **4.4 Kivunhoidon toteutus**

Kivunhoidon tavoitteena on poistaa kipu, palauttaa potilaan toimintakyky ja parantaa elämänlaatua. Tavoitteisiin pyritään pääsemään lääketieteen ja hoitotyön menetelmien keinoin. Kivunhoitokeinoja ovat lääkkeettömät hoidot ja lääkehoito, jotka täydentävät toisiaan. Koska kipu ei ole pelkästään fyysistä vaan myös psyykkistä, sosiaalista ja henkistä, voidaan hoitotyön eri menetelmillä vaikuttaa näihin eri puoliin. (Kassara ym. 2005.)

Rissasen (2013) tekemän tutkimuksen mukaan monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisessa kivunhoidossa korostui niin sanottujen tuttujen hoitomenetelmien käyttö lääkehoidon sijaan. Potilaan omassa kulttuurissa tapahtuvassa hoidossa ja sairaanhoitajan toteuttamissa tutuissa hoitomenetelmissä on samoja piirteitä, kuten asentohoidon sekä lämpö- ja kylmäpakkausten käyttö. Käyttämällä näitä tuttuja hoitomenetelmiä saatiin

luottamus potilaan ja sairaanhoitajan välille sekä parannettiin potilaan turvallista oloa. Tutkimuksessa myös läsnäolon ja keskustelun kuvattiin helpottavan kipua.

Tyrisevä-Ryösön (2012) tekemän tutkimuksen mukaan tekonivelleikatut potilaat kokivat saaneensa kipuihinsa oikea-aikaista lääkehoitoa. Kehitettävää oli kuitenkin muiden kivun hoitomuotojen käytöstä.

#### **4.4.1 Lääkkeettömän hoidon periaatteet**

Kivunhoidon perusta on lääkkeetön hoito, jota tulisi käyttää aina, kun se on mahdollista. Lääkehoito yhdistetään lääkkeettömiin kivunhoitokeinoihin. Elämänlaadun ja toimintakyvyn parantaminen ovat oireenmukaisen kivunhoidon lisäksi tärkeää ja tämä vaatii potilaalta aktiivisuutta omassa hoidossaan. (Kipu 2016.) Potilasohjaukseen tulee sisällyttää riittävästi tietoa kivusta, sen hoidosta ja kuntoutuksesta sekä potilaan oman aktiivisuuden merkityksestä selviytymisessä. Olisi ihanteellista, että potilaalla olisi päävastuu selviytymisestään ja lääkäri ja muut ammattiryhmät olisivat niin sanotusti valmentajan roolissa. On tärkeää, että potilas saa eri ammattiryhmiltä yhtenäistä tietoa ja ohjausta lääkkeettömistä hoitokeinoista. Jos hoito-ohjeet ja neuvot ovat ristiriitaisia, voivat ne hämmentää potilasta ja heikentää hänen luottamusta hoitoon. Yhtenäisen viestin antaminen edellyttää ammattiryhmien välistä kunnioitusta, vuorovaikutusta ja hoitosuosittelujen ajan tasalla pysymistä. Myös lääkärin olisi hyvä kannustaa potilasta lääkkeettömien hoito- ja selviytymiskeinojen käyttöön. (Haanpää ym. 2014, 19.)

#### **4.4.2 Lääkehoidon periaatteet**

Lääkehoitoa suunniteltaessa huomioidaan yksilöllisesti potilaan kipuongelma, muut sairaudet ja niiden riskitekijät ja myös psykososiaalinen tilanne (Kipu 2016). Lääkehoidon hyödyllisyyden kannalta olisi tärkeää erottaa nosiseptiivinen, idiopaattinen ja neuropaattinen kipu toisistaan (Kassara ym. 2005). Kroonisen kivun hoidossa on suotavaa harkita tarkkaan erilaisten lääkeaineiden yhdistelmäkäyttöä. Tarkoituksena on yhdistää kivunsäätelyjärjestelmään eri kohdissa vaikuttavia aineita. Tällä tavoin saadaan aikaan parempi kivunlievitys vähäisemmin haittavaikutuksin. Esimerkiksi tulehduskipulääkkeiden ja opioidien on todettu lisäävän toistensa vaikutusta, joten niiden yhdistäminen

on perusteltua. Myös trisyklisiä masennuslääkkeitä on yhdistetty opioideihin syöpäkivun hoidossa. Amitriptyliini voi lisätä morfiinin biologista hyötyosuutta. Neuropaattisen kivunhoidossa voidaan saada parempi vaste yhdistämällä trisyklisiä masennuslääkkeitä epilepsialääkkeisiin. (Kalso 2009, 211 – 212.)

Tehokkaan lääkehoidon kulmakiviä ovat oikea lääke ja riittävän suuri kerta-annos riittävän usein toistettuna. Akuutissa kivunhoidossa käytetään laskimonsisäistä annostelua, mutta pitkäaikaiskäytössä on suositeltavaa käyttää annostelua suun kautta tai laastareita. (Iivanainen & Syväoja 2008, 473.) Tulehduskipulääkkeitä on mahdollista annostella myös paikallisesti. Niiden on osoitettu lievittävän akuuttia kipua (nyrjähdykset, pehmytkudosvammat) ja kroonista kipua (reumasairaudet). (Kalso 2009, 216.)

WHO:n suosittelemaa portaittaista annostelua voidaan soveltaa kivun lääkehoidossa. (Kuva 1.)



### **KUVA 1. WHO:n suosittelema portaittainen kipulääkkeiden annostelu (Huotari 2016)**

Tällä tarkoitetaan, että lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä. Jos niiden teho ei ole riittävä siirrytään vahvempiin kipulääkkeisiin, kuten opioideihin. Kuitenkin leikkausten yhteydessä ja äkillisissä sairauskohtauksissa voidaan käyttää suoraan ylimmän portaan lääkkeitä. (Kassara ym. 2005, 358.)

Lääkeaineiden mahdolliset farmakokineettiset interaktiot kannattaa aina selvittää SFINX-interaktiotietokannasta (Kalso 2009, 212).



## 5 LÄÄKKEETTÖMIEN KIVUNHOITOMENETELMIEN KÄYTTÖ

Yhdessä lääkehoidon kanssa voidaan kokeilla lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Tällöin potilas pärjää mahdollisesti pienemillä lääkeannoksilla. Lääkkeetön kivunhoito ei kuitenkaan korvaa lääkehoitoa. (Hovi 2000, 124.) Nykyään useat potilaat haluavat kokeilla lääkehoidon lisäksi muita hoitomenetelmiä kivunhoitoon. Monesti potilaalla voi olla omia kivunhoitokeinoja, joita tulee ohjata ja kannustaa käyttämään. Tulee kuitenkin huomioida, ettei toimenpidealueelle tule vahinkoa. (Jäntti 2000, 124.)

Kipu on myös henkistä, sosiaalista ja psyykkistä fyysisen kivun lisäksi. Erilaisilla lääkkeettömillä hoitotyön menetelmillä pystytään vaikuttamaan näihin eri osa-alueisiin. (Kassara ym. 2005, 356.) Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät voidaan jaotella sekä fysikaalisiin että kognitiivisiin menetelmiin. Fysikaalisia kivunhoitomenetelmiä ovat esimerkiksi hieronta, akupunktio ja kylmähoito. Kognitiivisina menetelminä voidaan käyttää muun muassa musiikkia ja rentoutusta. (Salanterä ym. 2013, 21 - 23.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään seitsemään fysikaaliseen ja kolmeen kognitiiviseen lääkkeettömään kivunhoitomenetelmään. Valitsemamme fysikaaliset ja kognitiiviset lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät nousivat useassa kivunhoitoa käsittelevässä lähteessä selkeästi esille. Mielestämme valitsemamme menetelmät ovat mahdollisia toteuttaa tutkittavalla osastolla. Kognitiivisista kivunhoitomenetelmistä rajasimme pois esimerkiksi sanallisen rohkaisun ja kannustuksen sekä keskustelun, koska mielestämme nämä menetelmät kuuluvat hoitajan päivittäisiin työmenetelmiin. Ilman edellä mainittuja hoitokeinoja ei mielestämme voi tehdä hoitotyötä.

### 5.1 Fysikaaliset kivunhoitomenetelmät

#### 5.1.1 Akupunktio

Akupunktio on vanha kiinalaisen lääketieteen hoitomuoto. Länsimaihin akupunktuurihoito otettiin käyttöön 1960-luvulla. Serotonin- ja dopaminergisten reseptoreiden toimintaa on tutkittu positroniemissiotomografian (PET) ja funktionaalisen (MRI) tutkimuksilla. Kyseisten reseptoreiden toiminnassa aivojen basaali-osien ja aivorungon alu-

eella on todettu eroja akupunktuurihoidon ja lumeakupunktuurihoidon välillä. Kuitenkaan välittäjäaineiden toiminta ja vaikutusmekanismit ei ole selviä. (Pohjolainen 2009, 241.)

Akupunktio hoitoa voi toteuttaa koulutuksen saaneet lääkärit ja terveydenhuollon ammattihenkilöt (Salanterä ym. 2006, 162). Akupunktiohoidon toteutukseen käytetään 8-20 erittäin ohutta neulaa. Hoitoneulat ovat kertakäyttöisiä ja ovat kooltaan 3-5cm ja läpimitaltaan 0,3mm (Lampinen 2000, 241). Hoitoneulat asetellaan akupunktuuripisteisiin. Akupunktuuripisteinä käytetään kivun liipaisu eli trigger-pisteitä ja meridiaanioppiin perustuvia akupunktiopisteitä. Yksi akupunktio hoitokerta kestää 30 minuuttia. Hoitoja voidaan antaa 3-10 kertaa yhdestä kahteen kertaan viikossa. Lisätehokkuutta voidaan antaa akupunktiolle stimuloimalla neuloja joko pyörittämällä tai väräyttämällä niitä tai antamalla neuloihin matalataajuista sähkövirtaa. (Pohjolainen 2009, 241.) Tutkimuksessa (Langevin ym. 2015) vertailtiin sähköisen ja manuaalisen akupunktiomenetelmien tehokkuutta. Tuloksien mukaan tehokkuus riippuu hoidon kestosta ja annetusta sähköstimulaation määrästä. Tutkijat suosittelevat aiheesta lisätutkimuksia.

Pääasiallisesti akupunktiota käytetään tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamiin kiputiloihin ja migreenin hoitoon. Lisäksi akupunktiohoitoa voidaan käyttää CRPS-hoidossa sekä lievittämään kivuliaita kuukautisia, kausalgoiden, - postoperatiivisen -ja amputaatio kivun hoidossa. Akupunktiolla saattaa olla myös haittavaikutuksia, joista tavallisin on mustelma pistosalueella. Se voi myös laskea verenpainetta tai pyörtymisen vasovagaalisen refleksin kautta. Hoito voi aiheuttaa väsymystä ja jopa pahentaa kipua. Vakavimpia haittoja voi olla neulan osuminen thoraxonteloon aiheuttaen näin ilmarinnan ja suuriin suoniin osuminen neulalla. (Pohjolainen 2009, 242.)

Akupunktion tehoon heikentävästi vaikuttavat osa verenpainelääkkeistä, bentsodiatsepiinit ja kortisonit. Akupunktio hoitoa ei suositella alle 7-vuotiaille lapsille, raskaana oleville, verenvuototautia sairastaville, antikoagulanttihoitoa käyttäville. Myös pahanlaatuisten kasvainten ja infektioiden yhteydessä ei tulisi käyttää akupunktiohoitoa. Akupunktiohoito vaikuttaa hormoneihin, verisuoniin ja verenkuvaan joka voi aiheuttaa muutoksia verenpaineeseen ja verensokeriin. Käyttämällä kertakäyttöisiä neuloja ja huolehditaan aseptiikasta, vältetään vakavat veriteitse tarttuvat taudit kuten HIV ja hepatiitit. (Lampinen 2000, 239 - 240.)

Akupunktiosta ei ole hyötyä psykogeeniseen ja neuropaattiseen kipuun (Vainio 2002, 184). Akupunktiohoidon jälkeen ei ole suositeltavaa harrastaa raskasta liikuntaa, seksiä tai nauttia alkoholia, koska se voi laittaa elimistön sekaisin. Myöskään saunominen ei ole suositeltavaa, koska se voi olla hoidon jälkeen liian raskasta. Uinnin ja kylvyn on koettu mitätöivän hoidon vaikutusta. (Lampinen, 2000, 241.)

### **5.1.2 Asentohoito**

Asentohoidolla voidaan helpottaa potilaan kiputiloja. Riittävän useilla asennon vaihdoilla voidaan vähentää potilaan kehon lihasjännitystä ja ylläpitää normaalia verenkiertoa. Potilasta tulee ohjata voimavarojen mukaan asentohoidon toteutuksessa. Tarpeen mukaan asentohoitoa voidaan tukea tyynyin. Potilaalle pyritään saamaan mahdollisimman rento olo, jolloin kipu pysyy mahdollisimman kauan poissa ja paraneminen edistyy nopeammin. Hyvällä asennolla turvataan myös riittävä hengitystyö, jolla on myös vaikutusta kivun syntyyn. Asentohoidolla on ennaltaehkäisevä vaikutus myös painehaavojen syntymiseen. (Jäntti 2000, 124.)

Riittävän useilla asennonvaihdolla edistetään lymfa- ja laskimokiertoa, jolloin nesteiden kerääntyminen kudoksiin vähentyy ja kipu lievittyy (Kassara ym. 2005, 357). Terveystieteiden maisteri Maija Rantala tutki väitöskirjassaan (2014, 50) muistisairaiden postoperatiivista kivunhoitoa. Hoitohenkilöstölle kohdistetussa kyselyssä asentohoito nousi merkittäväksi osaksi lääkkeetöntä kivunhoitoa lonkkamurtumapotilailla.

### **5.1.3 Hieronta**

Hieronalla pystytään rentouttamaan jännittyneitä ja kireitä lihaksia. Sillä on verenkiertoa vilkastuttava vaikutus. Lihaksen ollessa kiristynyt vamman tai kuormituksen takia, se supistuu ja sen verenkierto vähenee. Sen seurauksena lihassäie ärtyy ja kuivuu. Kireää ja supistunutta lihasta hieromalla vilkastutetaan sen verenkiertoa ja lihassäikeet eheytyvät. Hieronnalla pidennetään lihaksia ja poistetaan turhaa jännitystä, joka edesauttaa kivun lievittymiseen. (Tanner & Niezgod-Hadjidemetri 2012, 98.)

Perlmanin ym. (2006) tekemässä tutkimuksessa vertailtiin säännöllisen ja satunnaisen hieronnan vaikutusta polven nivelrikon kipuun. Tutkimukseen osallistui 68 henkilöä, joilla oli todettu polven nivelrikko ja heidät jaettiin kahteen ryhmään. Interventioryhmä sai hierontaa kaksi kertaa viikossa neljän viikon ajan. Hierontaa annettiin tunti kerrallaan. Tämän jälkeen hierontaa annettiin kerran viikossa neljän viikon ajan. Toinen ryhmä sai hierontaa kahdeksan viikon välein. Molempia ryhmiä ohjattiin jatkamaan myös aiemmin määrättyä lääkehoitoa ja hoito-ohjelmaa. Tutkimuksen kesto oli 16 viikkoa. Interventioryhmä koki saavansa hieronnasta myönteisiä vaikutuksia muun muassa kiputuntemukset ja jäykkyys vähenivät ja fyysinen toimintakyky parani. Ilman hierontaa olleen verrokkiryhmän oireissa ei tapahtunut muutoksia. Ensimmäisen hieronnan jälkeen ryhmä koki saavansa saman hyödyn kuin säännöllistä hierontaa saaneet. Kokeen päättymisen jälkeen molemmat ryhmät halusivat hierontaa merkittävien hyötyjen vuoksi.

Hieronalla on myös vasta-aiheita. Erilaiset kudosuutokset hoitokohdalla ovat esteenä hieronnalle esimerkiksi ruusu, märkäpaiseet, vaikeat suonikohjut, lähiaikana sairastettu laskimotukos, suurentuneet imurauhaset, verenvuototauti ja tyrät. Pahanlaatuisia tuumorialueita ei tulisi hieroa. Halvauksissa, joka on keskushermostoperäinen, hieronnalla on huonontava vaikutus, spastisuus pahenee. Valtimonkovettumistaudissa aineenvaihdunnan lisääntyminen voi lisätä hypoksiaa kudoksissa. (Pohjolainen 2009, 240.)

#### **5.1.4 Kylmähoito**

Kylmään on liittynyt aiemmin negatiivisia mielikuvia, mutta sopivina annoksina sen on kuitenkin todettu lieventävän kipua ja parantavan toimintakykyä (Mikkelson & Leppäluoto 2005). Kylmä hidastaa hermojen johtumisnopeutta ja vähentää näin kipua (Pohjolainen 2009, 238). Kylmähoidon tiedetään vähentävän verenkiertoa, lievittävän kouristuksenomaista lihasjännitystä ja hidastavan kudosten aineenvaihduntaa (Kassara ym. 2005, 357). Verenkierron supistuessa sillä on turvotusta vähentävä vaikutus. Kylmä nostaa myös kipukynnystä ja vähentää tulehdusreaktioita. Kylmähoidon vaikutus lihaksiin ja niveliin riippuu jäähdystavasta- ja ajasta sekä alkulämpötilasta. (Airaksinen ym. 2003, 375.) Sitä käytetäänkin esimerkiksi reumapotilaille ja nivelleikkausten jälkeiseen kivunhoitoon (Pohjolainen 2009, 239). Kylmän teho nivelkipuihin on kuitenkin

yksilöllinen, joka selviää ainoastaan kokeilemalla (Valkila 2014, 12). Aivohalvauspotilailla kylmää käytetään alentamaan lihastonusta (Pohjolainen 2009, 239).

Kylmähoito on edullista, tehokasta ja varsin turvallista. Hoitoa annetaan tavallisimmin kylmäpakkauksina, -pyyhkeinä ja- hierontana. (Pohjolainen 2009, 239.) Kylmäkäsittely näillä menetelmillä kestää yleensä 20 - 30 minuutin ajan. Iholle siveltävä kylmägeeli muodostaa haihtuessaan iholle voimakkaan kylmävaikutuksen. (Airaksinen 2003, 375.) Liian pitkään käytetty alhainen lämpötila voi olla haitallista. Se voi aiheuttaa esimerkiksi hermovaurioita. Kylmähoidon vasta-aiheita ovat kylmäallergia- ja urtikaria, Raynaud´n tauti sekä hoitoalueen tunnottomuus tai huono verenkierto. (Pohjolainen 2009, 239.)

### **5.1.5 Liikunta**

Liikunnalla on kipua vähentävä vaikutus. Sillä voidaan vähentää tulehdusta, lisätä aineenvaihduntaa kudoksissa, tasapainottaa verensokeria ja vähentää lihasjumeista syntyvää kipusignaalia. Säännöllinen liikunta ja liikerataharjoittelu lisäävät hyvää oloa ja sillä on parantava vaikutus liikkeitämme ohjaavaan hermostoon. Kun hermotus toimii hyvin, nivelet rasittuvat vähemmän ja lihakset toimivat paremmin. (Ekström 2014, 46.) Liikunnan on todettu auttavan osteoporoosin ja nivelrikon oireisiin. Kestävyysliikunnalla on todettu olevan apua fibromyalgian ja nivel- ja selkärankareuman hoidossa. Äkillisissä alaselkäkipu tiloissa ei liikunnasta ole ollut apua hoidon alkuvaiheessa. Kun taas pitkittyneissä kiputiloissa liikunnalla voidaan helpottaa kipua ja lisätä toimintakykyä. (Liikunta-suositus 2010.)

Liikkumattomuus aiheuttaa epätasapainoa ja heikkoutta lihaksissa, liikeradat rajoittuvat ja aineenvaihdunta kudoksissa heikkenee. Tämä taas aiheuttaa vaurioita ja ärsytyssignaaleja pehmytkudoksissa ja nivelissä. (Ekström 2014, 46.)

Lihavainen (2012) toteaa väitöskirjassaan tuki- ja liikuntaelimistöön kohdistuvien kipujen olevan yhteydessä tasapainon hallinnan vaikeuksiin ja rajoittuneeseen liikkumiskykyyn. Kivun varhaisella tunnistamisella ja siihen puuttumisella on merkittävä vaikutus liikkumiskyvyn säilymiselle.

### 5.1.6 Lämpöhoito

Lämpö vilkastuttaa verenkiertoa, avaa hiussuonia, lisää kudosten verenkiertoa, rentouttaa lihaksia sekä lisää kudosten aineenvaihduntaa ja jätteiden ja lihasten elastisuutta (Pohjolainen 2009, 237). Kudoksen aineenvaihduntaa pystytään lisäämään varsin vähäisilläkin lämpötilan muutoksilla. Havaintojen mukaan 2-3 asteen lämpötilan nousu reumatologiaan nivelessä kykenee nostamaan rusto- ja tukikudoksen aineenvaihduntaa jopa kolminkertaiseksi. Lämpöhoito voi aiheuttaa heijastevaikutuksia, jolloin vaikutus saattaa ulottua vartaloon, ihoon ja jopa syvempiin kudoksiin. (Airaksinen 2003, 374.)

Lämpöhoitomenetelmät jaetaan pinta- ja syvälämpöhoitoon. Pintalämpöhoitoa potilas pystyy toteuttamaan itsenäisesti, mutta syvälämpöhoitoa annetaan fysioterapiassa. (Salanterä ym. 2006, 160.) Pintalämpöhoitoa ovat infrapunasäteily, lämpöpakkaukset, parafiini-, parafango- ja savihoidot. Syvälämpöhoitoa ovat UKW, mikroaalto ja ultraääni. (Airaksinen 2003, 373.) Lämpöhoidon on todettu vähentävän lyhytaikaisesti kipua akuuteissa ja subakuuteissa selkävaurioissa (Alaselkäkipu 2015).

Lämpöhoitojen vasta-aiheita ovat hoitoalueen tulehdukset, ihottumat ja kudonvauriot sekä metalliset vierasesineet. Varovaisuutta lämpöhoidon käytössä tulee huomioida myös potilailla, joilla on huono valtimoverenkierto hoitoalueella, sillä paikallisesti laajentunut verisuonisto heikentää syvien ja distaalisten osien verenkiertoa. Syvälämpöhoidon vasta-aiheita ovat näiden lisäksi vaikea sydänsairaus, taipumus rytmihäiriöihin, verenvuotosairaudet ja kasvaimet. (Pohjolainen 2009, 238.) Lämpökuormitus saattaa pahentaa vanhuksien sairauksia (Airaksinen 2003, 374).

### 5.1.7 Traskutaaninen hermostimulaatio eli TENS

TENS on ei-kajoava kivunhoitomenetelmä. Hoidossa annetaan sähköimpulsseja iholle, jonka potilas tuntee pieninä lihasnykäyksinä, värinä ja kivuttomina tuntemuksina. Kyseiset tuntemukset tulevat siitä, että motoriset hermosäikeet ja ääreishermostojen sensoriset hermosäikeet aktivoituvat sähköimpulssien seurauksena. (Salanterä ym. 2006, 163.)

Porttikontrolli- ja endorfiiniteoriat ovat pääasialliset sähkökipuhoitojen vaikutusmekanismit (Haanpää & Pohjolainen 2009,230.) Hoito toteutetaan TENS-laitteella, johon kuuluvat hoitolaite, iholle asteltavat elektrodit ja virtalähde. Elektrodit sijoitetaan sen mukaan missä kipu on, joko suoraan kipualueelle tai sen läheisyyteen. TENS-laitteella voidaan säätää sähköimpulssien kesto, taajuutta ja voimakkuutta. Sopivimmat säädöt etsitään yhdessä potilaan kanssa. (Salanterä ym. 2006, 164.) Elektrodien sijoittelussa on huomioitava, ettei niitä tule sijoittaa kaulan sivulle tai etuosaan. Siitä voi seurata kurkunpään lihasten kouristelua ja se voi myös stimuloida impulsseilla sinus caroticusta, josta voi aiheutua verenpaineen laskua ja sydämen harvallyöntisyyttä. (Vainio 2002, 182.)

Hoidosta riippuen virran taajuus on 0 - 100 Hertsia. Hoitoa annetaan 30 - 45 minuutin ajan, alussa hoidot annetaan hoitolaitoksessa. Hoito toteutetaan 5 - 10 kerran jaksoina, jonka jälkeen arvioidaan hoidon vaikuttavuutta ja jatkohoidon tarvetta. TENS-laitteen voi myös saada kotikäyttöön, mikäli potilaalla pitkäaikaisia kiputiloja ja hoidosta on selkeä hoitovaste. Ammattihenkilön tulee ohjata potilasta laitteen käytössä. TENS:n etuja on, että laitetta on helppo käyttää ja se on edullinen. TENS-hoitoa käytetään kroonisissa tuki- ja liikuntaelinten kiputiloissa, neuropatioiden ja hermojuurien ja vaurioiden hoidossa (Haanpää & Pohjolainen 2009, 231.) Elorannan (2002, 42) tutkimuksen mukaan suurimmalle osalle kroonista kipua sairastavista TENS-hoidosta ei ollut apua.

Vasta-aiheita TENS-hoidolle on, jos potilaalla on sydämentahdistin, ihohaavaumia ja ihottumia. Hoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon, jos potilaalla on hoitoalueella kasvaimia, ihovaurioita, tuberkuloosi tai potilaalla on verenvuototaipumusta. Jos potilas on raskaana, tulee huomioida, ettei elektrodia sijoiteta vatsan tai selän alueelle. (Haanpää & Pohjolainen 2009, 231.)

## **5.2 Kognitiiviset kivunhoitomenetelmät**

### **5.2.1 Huumori**

Sanakirjassa huumori määritellään leikkimielisyydeksi, pilailuksi ja huvittavaksi leikinlaskuksi. Se voi olla tapa hahmottaa ja tulkita elämää. Huumoria apuna käyttäen voidaan luoda koominen ulottuvuus traagisillekin asioille. Huumoria voi esiintyä sanoina,

mutta myös tekoina ja ilmapiirinä. Länsimaissa nauru on kuitenkin ollut sosiaalisesti suotavaa vasta noin sadan vuoden ajan, ja edelleenkin sitä säätelevät tietyt säännöt. Aina ei ole suotavaa nauraa, eivätkä kaikki naura yhtä avoimesti kuin toiset. (Vartti 2000, 86 - 87.)

Usealle kipupotilaalle huumori saattaa olla tärkeä selviytymiskeino (Estlander 2003, 87). Potilaat voivat kertoa toisilleen puujalkavitsejä liittyen heidän sairauksiinsa tai elämäntilanteisiinsa (Vartti 2000, 87). Naurulla on jännitystä lievittävä vaikutus, ja siten se myös parantaa elämänlaatua. Samalla kun nauru helpottaa jännitystä ja ahdistusta, se voi ehkäistä myös niistä johtuvia fysiologisia muutoksia. (Vartti 2000, 87.) Nauramisen aikana hengitys tehostuu runsaasti, pulssi nopeutuu ja happea siirtyy enemmän kudoksiin. Huumori lisää tärkeitä vasta-aineita ja lujittaa näin immunologiaa. Lisäksi se vähentää stressihormonien määrää. Syvää ”mahanaurua” naurettaessa ne lihakset, jotka eivät osallistu nauramiseen rentoutuvat. Nauramisen loputtua rentoutuneet lihakset aktivoituvat ja nauruun osallistuneet lihakset rentoutuvat, jolloin puhutaan kaksivaiheisesta rentoutumistapahtumasta. (Vartiovaara 2006.)

Huumorin kipua lievittävä vaikutus johtuu endorfiinien erittymisestä, jännityksen vähenemisestä sekä siitä, että hyvän olon tunne ohittaa kipuinformaation. Luonnollinen selitys on myös se, että nauraessa ajatukset keskittyvät muuhun kuin kipuun. Porttikontrolliteorian mukaan vaikuttamalla kivun havaitsemiseen, voidaan vaikuttaa kivun kokemiseen. Kun kipupotilas tietää pian altistuvansa kivulle, kipuportit avautuvat ja aktivoituvat. Esimerkiksi lapsen huomio pyritään kiinnittämään johonkin mukavaan asiaan kipua tuottavan toimenpiteen yhteydessä. (Vartti 2000, 88.) Usein on havaittu, että potilaat, joille on esitetty humoristista aineistoa, tarvitsevat vähemmän kipulääkettä (Vartiovaara 2006).

Huumorin tuominen hoitotyöhön on melko uutta. Kun sitä käytetään hoitotilanteessa, korostuu yhdessä nauraminen (laughing with) eikä ihmiselle nauraminen (laughing at). Sen käyttäminen vaatii herkkyyttä ja arviointikykyä. Potilas määrää missä tilanteessa huumoria käytetään ja missä ei. Hoitajan on ymmärrettävä rajansa huumoria käytettäessä eikä sen käyttö saa jättää tärkeitä asioita huomiotta hoidettaessa. Huumorin käytön ehdottaminen potilaalle voi olla hämmentävää sekä potilaalle että hoitajalle. Potilas saattaa ajatella, ettei hänen kipuaan oteta todesta tai, että hänen sairautelleen nauretaan.



Hoitaja taas saattaa ajatella suojelevansa potilasta turhalta häiriöltä. (Vartti 2000, 89 - 93.)

Huumorin käyttöä osana hoitotyötä voi ehdottaa potilaalle esimerkiksi kysymällä: ”Oletko kuullut, että huumori voi usein auttaa rentoutumaan tällaisessakin tilanteessa?” Pitkällä hoitojaksolla tai useamman kerran hoitojaksolla olleet potilaat tulevat tutuiksi hoitajille. Näille potilaille henkilökunnan on helpompi osoittaa huumoria, joka voi tuntua ulkopuolisesta rohkealta, mutta saattaa tehdä tutun potilaan olon kotoisaksi. Hoitajan ei kuitenkaan tarvitse aina ilmentää huumoria sanoin, vaan hän voi vaikkapa tanssahtaa tai avata oven suurin elein. (Vartti 2000, 89 – 93.)

Huumorin käyttö ei vaadi suuria fyysisiä ponnisteluja eikä se maksa mitään. Myös komediaelokuvat, kirjat tai kuunnelmat voivat helpottaa oloa. On myös havaittu, että potilaat, jotka katsoivat komediaelokuvaa, sietivät kipua paremmin kuin ne, jotka katsoivat esimerkiksi draamaa. Vuodepotilas kokee usein maailman vuoteen ympärillä kaventuneen, jolloin kaikki tieto ulkomaailmasta saattaa ilahduttaa. Hoitaja voi kertoa esimerkiksi huvittavasta tapahtumasta työmatkallaan. (Vartti 2000, 89 - 93.) Häyhän (2013, 37) hoitajille tekemän tutkimuksen mukaan väkisin ei kuitenkaan kannata yrittää olla hauska. Hoitajan tulisi myös olla aidosti läsnä huumoria käyttäessään.

On muistettava, että nauraminen voi pahentaa kipua esimerkiksi potilailla, joille on tehty leikkaus vatsan, rintakehän tai kasvojen alueelle. Joillekin astmaatikoille kauan nauraminen voi aiheuttaa astmakohtauksen uhan. Edellä mainituille potilaille kunnan naurua parempi keino huumoriin ovat mielikuvat ja sisäinen hykertely. (Vartti 2000, 93.)

### **5.2.2 Musiikki**

Musiikilla on sekä psykologinen että fysiologinen vaikutus ihmiseen. Sillä pystytään siirtämään ihmisen huomiota pois kivuntunteesta. (Kassara ym. 2004, 357.) Musiikki tuottaa aivoissa endorfiineja, joilla on mielihyvää aikaansaava ja kipua lievittävä vaikutus. Endorfiinien olemassaoloon saatiin varmuus 1970-luvulla, kun keskushermostosta löydettiin opiaattien vastaanottokohdat eli reseptorit. Tuolloin pidettiin ilmeisenä, että myös ihmisen elimistössä on oltava luontaisia opiaattien kaltaisia aineita, koska

muuta selitystä reseptorien olemassa ololle ei ollut. (Lehtonen 2007, 17.) Musiikilla ja sen aiheuttamilla tunnereaktioilla on katsottu olevan vaikutusta esimerkiksi pulssiin, hengitykseen, lihasreflekseihin ja ruumiin kykyyn johtaa sähköä. On tutkittu, että rauhallinen musiikki vähentää lihasjännitystä, rauhoittaa sydämen toimintaa ja tyynnyttää mieltä. Kuitenkin on todettu, että reagointi musiikkikappaleisiin on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat ihmisen psyykinen kunto sekä perusmielentila. Musiikki on todettu käyttökelpoiseksi useilla alueilla hoitotyössä. Aktiivisella musiikin kuuntelulla on kipua lievittävä vaikutus fyysisen toiminnan yhteydessä. (Bojner-Horwitz & Bojner 2007, 50 - 56.) Toistuvat musiikilliset kuuloärsykkeet tuottavat parhaimmillaan samanlaista mielihyvää kuin hyvä ruoka, raha tai psykoaktiiviset lääkkeet (Luoto 2012).

Tutkimusten mukaan musiikin kuuntelu vähentää leikkauksen jälkeistä kipulääkkeiden käytön määrää sekä myös leikkauksen jälkeistä sekavuutta vanhoilla ihmisillä. Musiikin avulla voidaan kääntää ajatukset pois kivusta. Musiikkia kuuntelevat potilaat toipuvat nopeammin leikkauksesta ja kokevat vähemmän kipua. (Alaranta 2014, 37.)

Musiikin avulla ihminen pystyy palaamaan elämän sisältöä ja merkitystä antaneisiin muistoihin ja tapahtumiin. Musiikilla työskenneltäessä kannattaa muistaa huomioida äänen voimakkuus ja tilan suuruus, kun käytetään radiota tai muuta äänilähdettä. Yhdessä laulamisella on myös kipua vähentävä vaikutus. Jos esimerkiksi sängyltä siirto tuottaa kipua, saadaan se unohtumaan hetkeksi, kun huomio on siirretty lauluun. (Airaaksinen ym. 2015, 95 - 97.) Lempimusiikin kuuntelun on tutkittu lieventävän ahdistusta ja kipua sekä kohentavan mielialaa ja elämänlaatua syöpäpotilaille (Luoto 2012). Kun lempimusiikki yhdistetään liikuntaan, voidaan kivuliaastakin harjoituksesta tulla jopa mielihyvää tuottavaa (Bojner-Horwitz & Bojner 2007, 107).

### **5.2.3 Rentoutus**

Rentoutumista voidaan käyttää yhtenä kivunhoidon menetelmänä. Sillä pystytään vaikuttamaan fysiologisiin stressivasteisiin, muun muassa autonomisen hermoston aktiivisuuteen. Rentoutumisella voidaan vähentää negatiivisia tunnereaktioita ja lihasjännitystä, jotka liittyvät kipuun. Sillä voidaan helpottaa nukahtamista ja parantaa kivun hallintaa. (Elomaa & Estlander 2009, 248.)

Rentoutumisen oppiminen vaatii runsaasti harjoitteita, jonka jälkeen rentoutuminen voi onnistua jopa jo muutamassa sekunnissa (Salanterä ym. 2006, 154). Erilaisia rentoutusmenetelmiä ovat syvähengittämisharjoitukset, rentoutusasennot sekä myönteiset mielikuvaharjoitukset. Näiden menetelmien avulla voidaan oppia tiedostamaan kehon jännitystiloja ja kuinka näistä voi päästä eroon. Rentoutuksella on tehokas vaikutus erilaisiin selkä- ja niskojen kiputiloihin, jännityspäänsärkyyn, ryhtisärkyyn ja lihasjännityksiin joista voi kehittyä kramppeja. (Tanner & Niezgoda-Hadjidemetri 2012, 142, 148.)

Yhtenä rentoutumisen muotona voidaan käyttää meditaatiota. Sillä pystytään laukaisemaan jännityksen tunnetta ja stressiä, sillä saadaan rauhallinen ja hyvä olo. Sillä on vaikutusta verenpaineeseen alentavasti ja myös muistitoiminnot paranevat. Zeidanin (2011) tutkimuksen mukaan meditoinnilla voi olla jopa parempi vaikutus kuin kipulääkkeillä. Tutkimuksessa kivun voimakkuuden arvioitiin alenevan 40 % ja kivun epämiellyttävyyden tunteen jopa 57 %. Kun taas kivunlievityslääkkeillä pystyttiin vähentämään samoja oireita vain noin 25 %. (Ekström 2014, 166).

## **6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Varkauden terveystieteiden keskuslaitoksen kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttämiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Lisäksi selvitämme tutkimuksen avulla kuinka usein ja millaiseen kipuun kivun lääkkeettömiä hoitomenetelmiä käytetään sekä mikä on hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen tarve.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kyselyn avulla selvittää mahdollista Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen tarvetta lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Lisäksi tavoitteena on, että Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunta saa tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä Varkauden kuntoutusosastolla käytetään?
2. Kuinka usein lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään Varkauden kuntoutusosastolla?

3. Millaiseen kipuun lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään Varkauden kuntoutusosastolla?
4. Kokeeko Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunta osaamisensa riittäväksi toteuttaessaan lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä?

## 7 KVANTITATIIVINEN TUTKIMUS

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusote on yksi tieteellisistä tutkimusmenetelmistä, jossa tutkittavaa kohdetta kuvaillaan ja tulkitaan tilastojen ja numeroiden avulla. Tässä menetelmäsuuntauksessa käytetään paljon erilaisia laskennallisia ja tilastollisia analyysimenetelmiä. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Tutkimusmenetelmän tarkoituksena on etsiä vastauksia kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Tiedon strukturointi, mittaaminen, mittarin käyttäminen, tiedon käsittely ja esille tuominen numeroin, tutkimusprosessin ja tulosten objektiivisuus sekä suuri vastaajien määrä ovat tyypillisiä piirteitä määrälliselle tutkimusotteelle. Useimmiten tutkimusaineiston keräämiseen käytetään apuna kyselyä. (Vilka 2007, 14,17.)

Opinnäytetyön aihe suositellaan valitsemaan kiinnostuksen mukaan, mutta olisi myös hyvä, jos kirjoittajilla olisi aiheesta opintoja ja kokemusta (Kananen 2010, 13). Ideatasolla tutkimusryhmä täsmentää ensin yhdessä aiheen, jota aikovat tutkia. Tämän jälkeen he hahmottelevat yhdessä työelämän kanssa, mikä kyseisessä aihepiirissä voisi olla vailla tutkimista. Aihepiirin täsmennyksellä saadaan selville tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoite. Ongelma ei tarkoita negatiivista asiaa, vaan kyse on pikemminkin ratkaistavasta tehtävästä tai arvoituksesta. Tutkimusongelmasta johdetaan tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymykset eivät kuitenkaan ole kyselyissä käytettäviä kysymyksiä, vaan niitä, joihin kyselyn avulla halutaan saada vastauksia. Yhdellä tutkimuksella pysytään yleensä vastaamaan vain kahteen ja korkeintaan neljään tutkimuskysymykseen. Tutkimusmenetelmä määrittyy tutkimusintressin eli sen mukaan, millaista tietoa tutkimuksella tavoitellaan. (Vilka 2015, 58 - 63.)

Tutkimusintressin pohjalta laaditaan kirjallinen tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa kerrotaan aihepiiristä ja sen taustoista sekä tutkimuksen toimeksiantajasta. Tutkimussuunnitelmassa kerrotaan tutkimusongelma, tutkimuskysymykset, tutkimus-

sen tarkoitus ja tavoitteet sekä aikataulu. Lisäksi tutkimussuunnitelmassa kerrotaan tutkivasta kohderyhmästä, mikäli tarkoituksena on tehdä haastattelu tai kysely. (Vilka 2015, 75 - 78.)

Opinnäytetyön aiheemme valikoitui työelämän edustajan antamien vaihtoehtojen pohjalta. Aiheista kivunhoito herätti mielenkiintomme. Osaltaan mielenkiinnon heräämiseen ja aiheen valintaan vaikutti varmastikin juuri päättynyt kirurgian harjoittelujakso, jossa kivunhoidon tärkeys korostui. Teoriaosuutta aloittaessa aihepiiri rajautui lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin, sillä mielestämme aiheesta olisi tullut liian laaja, jos siinä olisi ollut mukana myös kivun lääkehoito. Halusimme kartoittaa, kuinka paljon ja mitä kivun lääkkeettömiä hoitomenetelmiä hoitohenkilökunta käyttää työssään. Myöhemmin yhdeksi tutkimuskysymykseksi nostimme myös mahdollisen lisäkoulutustarpeen arvioinnin.

Tässä opinnäytetyössä päädyimme käyttämään tutkimusmenetelmänä case-tutkimusta eli tapaustutkimusta. Kyseessä on tutkimusstrategia, jonka tarkoituksena on tutkia syvällisesti yhtä kohdetta (Jyväskylän yliopisto 2016). Tapaustutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, sillä tutkimusmenetelmällä selvitetään ainoastaan yhden yksikön tutkimusongelmia (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2012). Kohderyhmämme on Varkauden kuntoutuosaston 25 hoitajaa, jotka ovat lähi-/perushoitajia, sairaanhoitajia sekä lääkin-tävahtimestari.

## **7.1 Kyselylomakkeen laadinta, aineiston keruu ja analyysi**

On suositeltavaa käyttää aiemmin hyväksi todettuja mittareita eli kyselyitä. Mittari voi koostua myös useista eri mittareista. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää asioiden määrittelyä niin, että ne ovat mitattavassa muodossa. Asiat numeroidaan muuttujiksi. Esimerkiksi ammatit voidaan numeroida luvuilla 1-3. Erilaiset muuttujat kerätään havaintoyksiköiksi, joista tehdään havaintomatriisi ja jota käsitellään tilastollisin menetelmin. (Kananen 2010, 80.) Kyselyyn numeroimme lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ja työkokemuksen vuosina. Käytimme suurimpaan osaan kysymyksistä Likertin asteikkoa ja lisäksi jätimme kolme kysymystä avoimeksi. Suljetut kysymykset analysoimme las-kemalla lukumäärät eli frekvenssit. Frekvenssien avulla pystyimme vertailemaan esi-

merkiksi työkokemuksen vaikuttavuutta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön. Avoimet kysymykset analysoitiin siten, että samankaltaiset vastaukset ryhmiteltiin ja niistä tehtiin yhteenveto.

Kyselylomakkeemme (Liite 3) kysymykset pohjautuivat tutkimusongelmaamme ja tutkimuskysymyksiin sekä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien teoretietoon.

### TAULUKKO 1. Tutkimusongelmat -ja kysymykset

TUTKIMUSONGELMAT	KYSYMYKSET
Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunta on käyttänyt?	Oletko käyttänyt työurasi aikana lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä? Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä olet käyttänyt työurasi aikana?
Kuinka usein lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään Varkauden kuntoutusosastolla?	Kuinka usein olet käyttänyt lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä osana kivunhoitoa työskennellessäsi Varkauden kuntoutusosastolla? Oletko kokenut, että potilas saa apua lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä työskennellessäsi Varkauden kuntoutusosastolla?
Millaiseen kipuun lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään?	Minkä tyyppiseen kipuun olet käyttänyt lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä? (Akuutti kipu: mitä menetelmiä? Krooninen kipu: mitä menetelmiä?)
Kokeeko Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunta osaamisensa riittäväksi toteuttaessaan lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä?	Koetko oman osaamisesi riittäväksi toteuttaessasi lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä? Koulutustarve? Mihin tarvitset lisäkoulutusta?

Perusjoukko on tutkimuksessa määritetty joukko ihmisiä. Perusjoukon koon mukaan päätetään, aiotaanko käyttää otantamenetelmää vai tehdäänkö kokonaistutkimus. On suositeltavaa tehdä kokonaistutkimus eli kokonaisotanta, mikäli otoskooksi tulisi joka tapauksessa yli puolet perusjoukosta. (Vilka 2015, 98.) Tulosten reliabiliteettiin eli

luotettavuuteen vaikuttavat otoskoko ja otantamenetelmä. Jos otoskoko on pieni tai kato on suuri, voivat tulokset olla hyvin sattumanvaraisia. (Vilpas 2013.) Tässä tutkimuksessa perusjoukko oli Varkauden kuntoutusosaston 25 hoitajaa. Käytimme kokonaistutkimusta, sillä kysely suunnattiin koko hoitohenkilökunnalle.

Kysely voidaan toteuttaa nettikyselynä, face-to-face-haastatteluna tai postikyselynä. Nettikyselystä aiheutuu vähiten kustannuksia. Face-to-face-haastattelusta taas aiheutuu matka- ja haastattelukustannuksia. Postikysely voi aiheuttaa lähetys- ja vastauspostin postimaksuja. (Kananen 2010, 95.) Toteutimme kyselyn postikyselynä, mutta meille ei tästä aiheutunut postimaksuja, sillä keräsimme kyselylomakkeet suljettuun laatikkoon osastolla, jonka veimme ja haimme itse. Kävimme esittelemässä kyselyn osastokokouksessa henkilökunnalle. Kanasen (2010, 95) mukaan ennakkoinformoinnilla vastausprosenttia saadaan nostettua. Vastausaikaa kyselyyn oli varattu kaksi viikkoa. Varaudimme uusintakyselyyn, mikäli vastausten määrä olisi jäänyt kovin vähäiseksi.

## **7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Mielestämme lääkkeetön kivun hoito on tärkeä osa potilaan kivun hoitoa. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa yhtenä tehtävänä on kärsimysten lievittäminen ja edistää potilaan hyvää oloa. Sairaanhoidajan on myös tärkeää kehittää ammattitaitoaan. (Sairaanhoidajat 2016.)

Tutkimuseettisistä syistä kyselylomakkeen laadinnassa käytettiin anonymisointia. Anonymisointi on henkilötunnisteiden muuttamista tai niiden poistamista, jotta yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa (Vilka 2007, 90). Tästä syystä kyselylomakkeessa ei kysytty ammattia, koska Varkauden kuntoutusosastolla työskentelee yksi lääkintävahtimestari ja näin ollen hän olisi ollut helposti tunnistettavissa.

Tutkittavien informoinnissa tulee välttää liian monimutkaisia termejä ja informaation tulee olla ymmärrettävää. Se voidaan antaa joko suullisesti tai kirjallisesti. Saatekirjeen yhteydessä annettua tietoa voidaan täydentää myös suullisella informoinnilla. Suostumus osallistumisesta tutkimukseen voi olla vapaamuotoinen. Suostumuksena voidaan pitää sitä, että tutkittava vastaa kyselyyn ja palauttaa kyselylomakkeen tutkijalle. Suostuminen vapaaehtoisesti tutkimukseen on tärkeä tutkimuseettinen ja lainsäädännöllinen

vaatimus. (Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto 2016.) Informoidessamme Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökuntaa tulevasta kyselystä, oli eettisesti tärkeää kertoa kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kerroimme myös, että toivoimme mahdollisimman monen vastaavan kyselyyn, jotta siitä saatiin luotettavia tuloksia. Koska kaikki kyselyyn mahdolliset vastaajat eivät olleet informoinnissa paikalla, kerroimme vapaaehtoisuudesta myös saatekirjeessä (Liite 2.2).

Lähdekriittisyys on tutkimustyön perusasioita. Sillä tarkoitetaan arvioimista voiko tiedon tuottajaan luottaa vai ei. Varsinkin Internetistä löydetyn aineiston laadusta tulee olla tarkka. On kiinnitettävä huomiota lähteiden alkuperään ja ajankohtaisuuteen sekä tiedon tuottajan luotettavuuteen. (Tampereen yliopisto 2012.) Arvioimme käyttämiämme lähteitä kriittisesti. Lähdekirjallisuutena käytimme laajasti kivunhoitoon perustuvaa kirjallisuutta. Teoriatietoa on käytetty osana kyselylomakkeen laatimista. Käyttämämme tutkimukset (Liite 1) olivat pääasiassa yliopistojen tiedekuntien tekemiä. Tutkimuksia löysimme Medic- ja Doria-tietokannoista sekä Terveysportin kautta. Lisäksi etsimme tutkimuksia Internetistä hakusanojen avulla, kuten pro gradut ja väitöskirjat.

Mielestämme mittari oli sisäisesti validi eli mittasi sitä mihin halusimme vastauksia (Vilpas 2013). Myös ajankohta ja kesto kyselyn toteuttamiselle valikoitiin siten, että henkilökunta oli mahdollisimman kattavasti tavoitettavissa. Tutkimuksen validiteettiin vaikutti olennaisesti, että kysely kohdistettiin koko hoitohenkilökunnalle ja se tehtiin anonymisti. Tutkimus ei kuitenkaan ole ulkoisesti validi, kun tulokset eivät ole yleistettävissä (Vilpas 2013). Tämä tutkimus ei ole siis ulkoisesti validi, koska tarkoituksena oli kartoittaa ainoastaan Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttämiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ja lisäkoulutuksen tarvetta.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan luotettavuutta eli sitä, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty tutkimusmenetelmä mittaa haluttua ilmiötä. Satunnaisvirheitä voi syntyä esimerkiksi, vastaajan ymmärtäessä kysymyksen toisin kuin tutkija on ajatellut. (Hiltunen 2009, 9 - 10.) Kysymykset oli asetettu siten, ettei niitä voitu tulkita väärin. Tutkimuksemme reliabiliteettia lisäsi se, että kysely eteni loogisesti käytöstä kokemukseen ja lisäkoulutuksen tarpeeseen.



Jotta kyselylomake ja sen antamat tulokset olisivat luotettavia ja toisivat vastauksia haluamiimme tutkimusongelmiin, tulee kyselylomake esitellä ennen varsinaista tiedonkeruuta (Kananen 2010, 74). Esitelasimme kyselylomakkeemme Varkauden sisätauti-kirurgisella osastolla, johon pyysimme kuutta lähi- ja sairaanhoitajaa vastaamaan (Liite 2.1). Vastattuaan kyselylomakkeeseen, pyysimme vastaajaa laittamaan kyselylomakkeen suljettuun kirjekuoreen. Jokaiselle vastaajalle oli siis varattu oma kirjekuori kyselylomakkeen palautusta varten. Varkauden sisätauti-kirurginen osasto oli potilasaineistoltaan lähimpänä tutkittavaa osastoa.

Ennen kyselyn toteuttamista on hankittava tutkimuslupa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2015). Hankimme tutkimusluvun kotiin annettavien palvelujen ja sairaalahoidon palvelualueen päälliköltä, kun kyselylomake oli onnistuneesti esiteltä (Liite 4).

Tutkittaville voidaan kertoa yleisellä tasolla tutkimusaineiston luottamuksellisuuden varmistamiseksi tehdyistä teknisistä ratkaisuksista. Näihin sisältyy tietoa siitä miten pääsy tutkimusaineistoihin estetään ulkopuolisilta henkilöiltä. (Yhteiskuntatieteellinen tietotarkisto 2016.) Sekä eettisyyden että luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että vastauslaatikko oli tiiviisti suljettu eikä ulkopuoliset tai muut vastaajat päässeet katsomaan toisten vastauksia. Kyselylomakkeet hävitettiin polttamalla opinnäytetyön valmistuttua.

## **8 TUTKIMUSTULOKSET**

Kyselylomakkeet vietiin Varkauden kuntoutusosaston 25 hoitajalle. Vastattuina kyselylomakkeita palautui 17 kappaletta määräaikaan mennessä. Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme koski, kuinka monta vuotta vastaajalla on työkokemusta. Vastanneista yli puolella (n= 10) oli työkokemusta yli 16 vuotta ja kuudella vastaajalla 0 - 15 vuotta. Yksi vastaaja oli jättänyt tämän kohdan vastaamatta.

### **8.1 Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät**

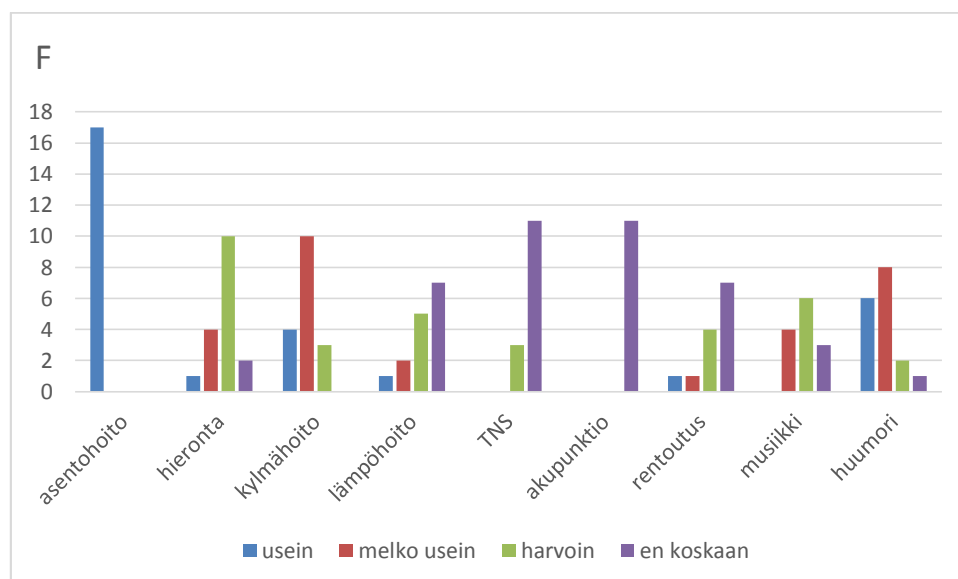
Halusimme tietää, kuinka moni oli käyttänyt työuransa aikana lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ja, jos oli käyttänyt, niin mitä. Jokaisella vastanneista oli kokemusta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä. Yleisimmin käytettyjä olivat asentohoito

ja kylmähoito, joita oli käyttänyt jokainen vastaajista. Myös huumori, musiikki ja hieronta olivat melko käytettyjä kivunhoitomenetelmiä. Noin kolmasosa oli käyttänyt työuransa aikana lämpöhoitoa (n= 6), rentoutusta (n= 7) ja TNS-hoitoa (n= 5). Kukaan vastanneista ei ollut käyttänyt akupunktiota. Lisäksi lopussa oli kysymysvaihtoehtona joku muu lääkkeetön kivunhoitomenetelmä, mitä on käyttänyt työuransa aikana. Viidessä vastauslomakkeessa oli täytetty tämä kohta ja sieltä nousivat esiin liikunta, keskustelu ja läsnäolo.

## 8.2 Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytön esiintyvyys Varkauden kuntoutusosastolla

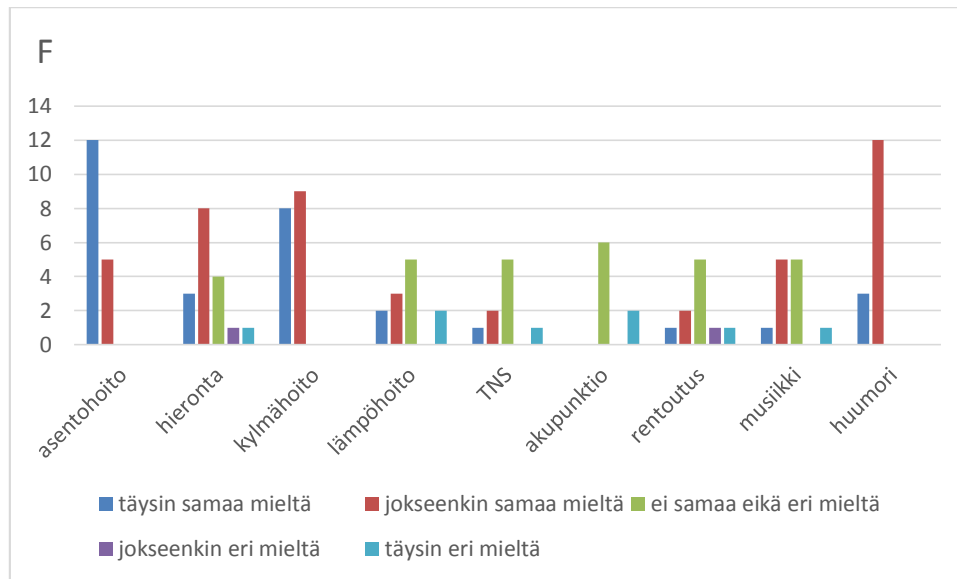
Kysyttäessä selvisi, että käytetyimpiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä Varkauden kuntoutusosastolla ovat asentohoito (n= 17), kylmähoito (n= 14) ja huumori (n= 14). Näitä menetelmiä käytetään usein tai melko usein. Myös lämpöhoitoon, hierontaa, rentoutukseen ja musiikkiin muutama vastaaja vastasi käyttävänsä niitä usein tai melko usein. Taulukosta 1 on nähtävissä, että valtaosa vastaajista käyttää lämpöhoitoa (n= 12), rentoutusta (n= 11), musiikkia (n= 9), akupunktiota (n= 11) ja TNS:ä (n= 14) vain harvoin tai ei koskaan.

**TAULUKKO 1. Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttämien lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien esiintyvyys**



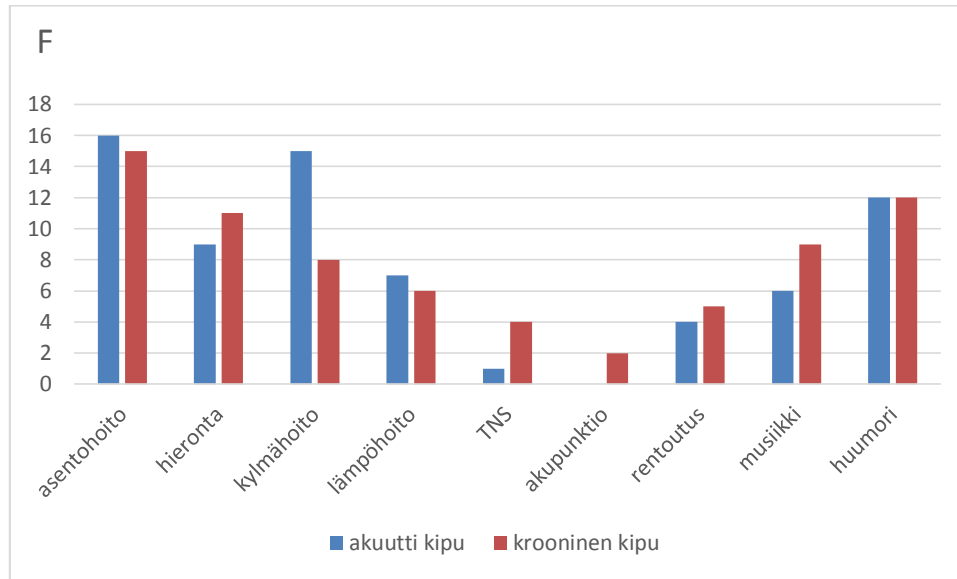
Vastaajien mielestä potilas sai parhaimman avun kipunsa hoitoon asentohoidolla (n= 12), kylmähoidolla (n= 8) ja huumorilla (taulukko 2). Muutamissa vastauksissa koettiin, ettei hieronnasta (n= 2) ja rentoutuksesta (n= 2) ollut juurikaan tai jopa lainkaan apua kivun hoidossa. Lämpöhoidosta, TNS-hoidosta, akupunktiosta ja musiikista ei muuttaman vastaajan mielestä ollut lainkaan apua. Moni vastaajista kuitenkin koki potilaan hyötynneen hieronnasta, lämpöhoidosta ja musiikista.

**TAULUKKO 2. Potilaan saama apu lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä hoitohenkilökunnan arvioimana**



### 8.3 Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö akuutissa ja kroonisessa kivussa

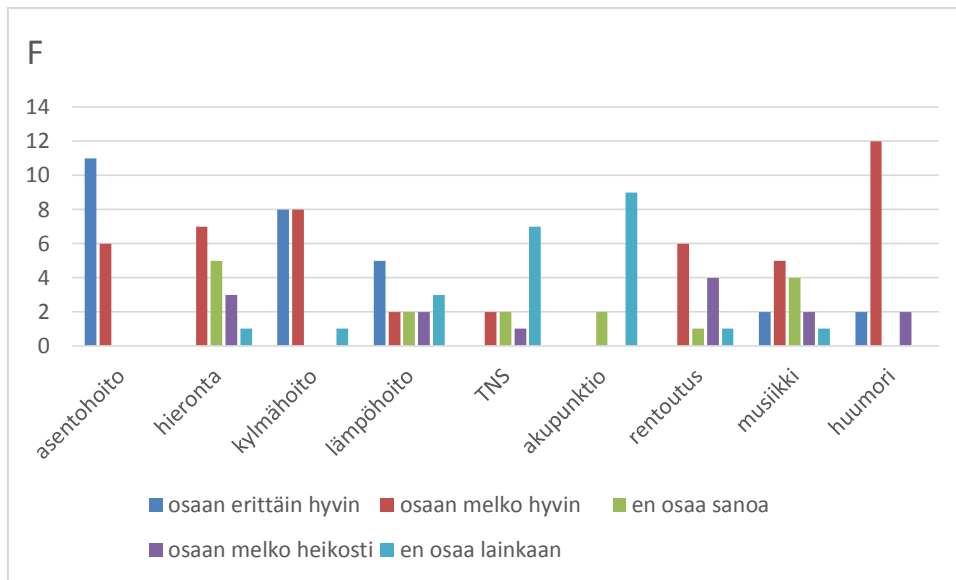
Kaikkia kyselyssä olleita lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä oli pääsääntöisesti käytetty sekä akuuttiin että krooniseen kipuun. Taulukossa 3 kylmähoito erottuu enemmän akuutin kivun hoidossa, mutta sitä oli myös käytetty kroonisen kivun hoidossa. Musiikkia, hierontaa, rentoutusta ja TNS-hoitoa oli taas käytetty enemmän kroonisen kuin akuutin kivun hoidossa.

**TAULUKKO 3. Akuuttiin ja krooniseen kipuun käytetyt kivunhoitomenetelmät**

#### 8.4 Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan oman osaamisen arviointi lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien toteutuksessa

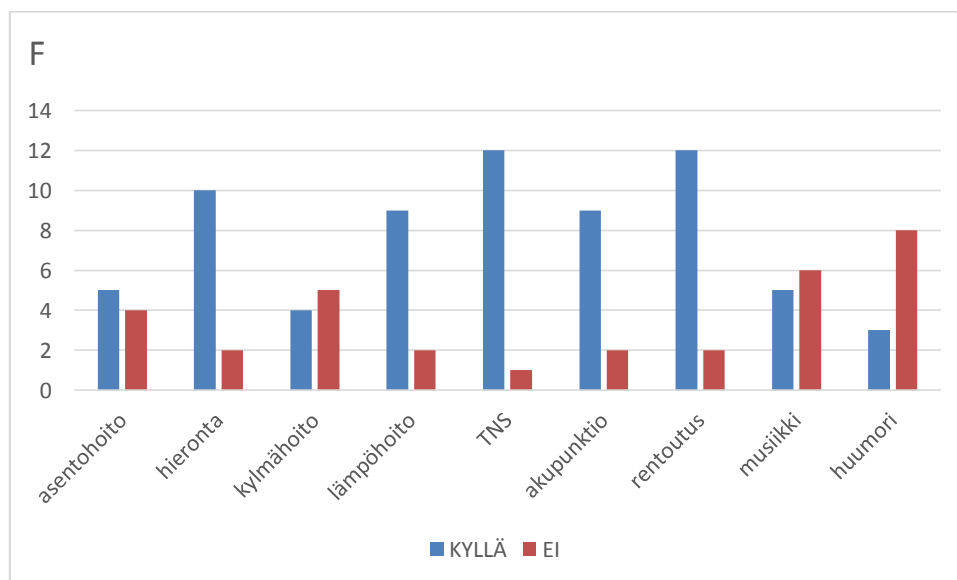
Lähes kaikki vastaajat kokivat osaamisensa erittäin hyväksi tai melko hyväksi asento-  
hoidossa (n= 17), huumorissa (n= 14) ja kylmähoidossa (n= 16). Noin yksi kolmasosa  
koki osaamisensa hieronnassa, lämpöhoidossa ja musiikissa hyväksi tai melko hyväksi.  
Taulukosta 4 nähdään, että TNS ja akupunktio olivat hoitomuotoja, joissa osaaminen  
oli heikkoa tai sitä ei ollut ollenkaan.

#### TAULUKKO 4. Oman osaamisen arviointia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä



Lisäksi halusimme selvittää, kokevatko hoitajat tarvitsevansa lisäkoulutusta kivun lääkkeettömään hoitoon. Taulukosta 5 näkyy, että kaikkiin lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin koettiin tarvitsevan lisäkoulutusta. Eniten koulutustarvetta koettiin TNS:n (n= 12), rentoutukseen (n= 12), hierontaan (n= 10), akupunktioon (n= 9) ja lämpöhoitoon (n= 9).

**TAULUKKO 5. Hoitohenkilökunnan kokemuksia lisäkoulutuksen tarpeesta**



Lopuksi kyselyssä oli avoin kysymys, johon vastaajat saivat vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan aiheesta. Vastauksia tähän saimme seitsemän.

Kolmessa avoimen kysymyksen vastauksissa vastaajat toivat esille, että kipua hoidetaan liian usein lääkkein ja lääkkeetön kivunhoito on vähäistä. Erityisesti vahvojen kipulääkkeiden käyttö koettiin liialliseksi.

*”Vaikka lääkkeetöntä hoitoa käyttää/ yrittää käyttää, potilaat luottavat usein vain siihen pilleriin ja mielellään vahvimpaan mahdolliseen.”*

*”Kipulääkkeitä käytetään mielestäni liian paljon (huumelälääkkeitä).”*

*”Lääkkeetön apu kipuun takaa paremman elämänlaadun kuin vahvat/monet kipulääkkeet!”*

*”Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttäminen vaatii aikaa ja paneutumista. Helposti käytetään lääkkeitä, koska vaikutus niille nopeampi. Kuitenkin tulisi käyttää enemmän lääkkeettömiä hoitomuotoja, koska niissä ei rasiteta potilaan kehoa kemikaaleille.”*

Neljässä avointen kysymysten vastauksissa vastanneet kokivat lääkkeettömän kivunhoidon tärkeäksi. Vastauksista voidaan päätellä, että kivun lääkkeetön hoito vähentäisi kivun lääkkeellistä hoitoa. Potilaan ohjaus, läsnäolo ja kohtaaminen koettiin tärkeäksi.

*”Olisiko tässä kyselyssä pitänyt ottaa myös huomioon potilaan ohjaus? Tarkoitin sitä, että potilasta aktivoidaan hoitamaan itse kipuaan, esim. liikunnalla...”*

*”Lääkkeetön kivunhoito on tärkeä osa hoitotyössä. Läsnäolo ja aito kohtaaminen ovat arvokkaita asioita. Läheisyys (vierelle meneminen, istuminen, koskettaminen) helpottavat monesti vanhuksen kipua joka ei välttämättä olekaan varsinaista kipua joka vaatii lääkettä. Ajan kanssa oppii tietämään kenen lähelle ”reviirille” voi mennä. Läsnäolo voi olla myös läheisyyden myötä ns. samalle tasolle asettumista, vertaisena oloa.”*

*”Huumorin käyttö hoitotyössä- olen ollut siitä koulutuksessa! On kuitenkin TAITOLAJI, haluaisin oppia vielä viimeisille työvuosille sitä!”*

## **9 POHDINTA**

Tarkastelemme tässä luvussa tekemämme tutkimuksen tuloksia verraten niitä aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Pohdimme opinnäytetyömme vaiheita ja lisäksi mietimme mahdollisia jatkotutkimusaiheita sekä kehittämisehdotuksia.

## 9.1 Tulosten tarkastelu

Kuten myös Rissasen (2013) tutkimuksessa hyväksi havaittuja lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja olivat tutuiksi koetut hoitomuodot, olivat ne eniten käytettyjä myös Varkauden kuntoutusosastolla. Pohdimme tekemämme tutkimuksen tuloksia ja mietimme, voiko ajankäytön määrällä olla vaikutusta valittavaan kivunhoitomenetelmään. Esimerkiksi asentohoito, kylmähoito ja huumori voidaan toteuttaa melko nopeasti perushoidon yhteydessä. Vaikka huumoria käytetään osastolla paljon kivunhoidossa ja koetaan olevan hyötyä potilaalle, vaatii sen käyttäminen tilanteen sopivuuden arviointia. Kyselyssä tulikin esille huumorin käytön kivunhoitomenetelmänä olevan taitolaji. Asentohoitoa ja huumoria käytettiin kyselyn mukaan yhtä paljon sekä akuuttiin että krooniseen kipuun. Kylmähoitoa suosittiin enemmän akuutin kivunhoidossa.

Hieronta ja rentoutus taas vaatisivat enemmän hoitajaresursseja, koska niiden toteutus vaatii aikaa enemmän. TNS ja akupunktio vievät paitsi aikaa, niihin tarvitsee myös erityiskoulutusta. Vastaajat olivat käyttäneet hierontaa ja rentoutusta lähes yhtä paljon akuuttiin kuin krooniseenkin kipuun. TNS-hoidon ja akupunktion käyttö painottui krooniseen kipuun. Yllätyimme, kuinka vähäistä lämpöhoidon käyttö lääkkeettömänä kivunhoitomenetelmänä oli. Käypähoidon mukaan pinnallisesti toteutetusta lämpöhoidosta olisi kuitenkin apua akuuteissa kiputilanteissa. Kyselyn mukaan Varkauden kuntoutusosastolla käytetään lämpöhoitoa yhtä paljon akuuttiin sekä krooniseen kipuun. Mielestämme lämpöhoito voidaan lukea niin sanotuksi tutuksi hoitomuodoksi potilaalle ja hän voisi toteuttaa sitä itsenäisestikin. Tutkimuksessamme tuli esille, että musiikkia käytettiin melko vähän kivunhoitomenetelmänä, vaikka aiempien tutkimusten mukaan musiikista on todettu olevan apua muun muassa leikkauksen jälkeisestä sekavuudesta iäkkäille ihmiselle. Kuitenkin lähes puolet vastanneista koki musiikista olevan apua kivunhallintaan. Sitä oli käytetty enemmän krooniseen kuin akuuttiin kipuun. Pohdimme, voiko musiikin käytön vähyyteen vaikuttaa esimerkiksi monipotilashuoneet. Niissä voidaan mahdollisesti kokea huonetoverin häiriintyvän musiikin kuuntelusta.

Tuloksia tarkastellessamme huomasimme, että joissakin vastauksissa oli ristiriitaa. Varsinkin akupunktiota ja TNS-hoitoa koskevissa kysymyksissä tämä oli havaittavissa. Pohdimme, oliko kysymykset luettu huolella vai eivätkö kysymykset olleet riittävän selkeitä.

Avoimissa vastauksissa nousivat esille keskustelu, läsnäolo ja liikunta lääkkeettömänä kivunhoitomenetelminä. Kuten työssämme aiemmin mainitsimme, ovat läsnäolo ja keskustelu mielestämme ominaisuuksia, joita ilman hoitotyötä ei voi luontevasti toteuttaa. Pohdimme myös, kuinka resurssit ja kiire vaikuttavat näiden toteuttamiseen. Oli hyvä, että liikunta nousi esille avoimissa kysymyksissä, koska kyselylomaketta laatiesamme oli tapahtunut virhe. Liikunta oli jäänyt pois kyselylomakkeen lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vastausvaihtoehdoista, vaikka alusta alkaen se oli suunniteltu otettavaksi mukaan teorian lisäksi myös kyselyyn. Mielestämme liikunta oli oleellinen osa lääkkeetöntä kivunhoitoa. Uskoisimme, että liikunnan käyttö lääkkeettömänä kivunhoitomenetelmänä olisi ollut merkittävä.

Vastauksista voimme päätellä, ettei Varkauden kuntoutusosaston hoitajien työkokemuksella ollut juurikaan merkitystä eri lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytössä. Sekä lyhemmän että pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat käyttivät tulosten mukaan samoja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä lähes yhtä usein. Vaikka osaaminen asentohoidon ja kylmähoidon toteuttamisessa koettiin hyväksi, haluttiin niihin lisäkoulutusta. Huumoriin ei vastausten mukaan koettu tarvitseen juuri lainkaan lisäkoulutusta. Pohdimme, voiko huumoriin lisäkoulutuksella vaikuttaa vai tuleeko sen olla sisäsyntyistä. Vaikka hoitaja olisi humoristinen, hän voi kuitenkin tarvita lisäkoulutusta havainnoidakseen paremmin missä hoitotilanteissa huumoria voi käyttää. Kaiken kaikkiaan lisäkoulutusta kivun lääkkeettömään hoitoon haluttiin monipuolisesti. Oli positiivista huomata, että lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä pidetään tärkeänä osana kivunhoitotyötä ja osaamista halutaan myös kehittää.

## **9.2 Oman opinnäytetyön tarkastelu**



Teimme ideapaperin ja sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä Varkauden kuntoutusosaston osastonhoitaja Reetta Kettusen kanssa toukokuussa 2015. Opinnäytetyön aiheena olivat tuolloin hoitohenkilökunnan käyttämät kivunhoitomenetelmät Varkauden kuntoutusosastolla. Haimme ohjausta tiedon hakuun, jolloin päädyimme rajaamaan opinnäytetyömme aiheen lääkkeettömään kivunhoitoon. Kirjallisuuskatsauksen tekemisen aloitimme kesäkuussa 2015. Koska lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä oli monia, jaoimme niistä tiedon etsimisen työryhmämme kesken. Kun jokaisesta valitsemastamme lääkkeettömästä kivunhoitomenetelmästä oli kirjoitettu riittävästi teoriatietoa, aloimme kokoamaan aineistoa yhteen. Kyselylomakkeen sisältö ja tutkimuskysymykset selvenyivät ohjaavan opettajan avustuksella.

Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin joulukuussa 2015. Suunnitelmaseminaarista ja ohjauksista saamiemme palautteiden mukaan jatkoimme työmme täydentämistä muun muassa etsimällä lisää tutkimuksia. Kyselylomake esitettiin Varkauden sisätauti-kirurgisella osastolla tammikuussa 2016. Esitestauksessa ei ilmentynyt tarvetta kyselylomakkeen muokkaamiseen ja pääsimme anomaan tutkimuslupaa. Tutkimusluvan saatuamme veimme kyselyn osastolle ja informoimme henkilökuntaa suullisesti kyselylomakkeeseen vastaamisesta. Vastattuja kyselylomakkeita palautui 17 kappaletta 25:sta. Vastauksia analysoidessamme huomasimme, että liikunta puuttui kyselylomakkeen vastaus vaihtoehdoista. Oli mielestämme erittäin harmillista, ettei sitä huomattu missään vaiheessa. Kyselyn jälkeen opinnäytetyön loppuun saattaminen ei ole tuntunut niin työläältä kuin teoriaosuuden kokoaminen ja työstäminen.

Kaiken kaikkiaan olemme saaneet kokonaisvaltaisemman kuvan kivunhoidosta opinnäytetyömme myötä, koska emme käsitelleet työssämme ainoastaan lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä vaan myös esimerkiksi kivun mittaamista ja arviointia.

### **9.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset**

Koska tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, olisi mielenkiintoista saada vertailutuloksia muiltakin osastoilta. Tämän tapaisen tutkimuksen voisi toteuttaa muissa sairaaloissa hoitohenkilökunnalle laajemmalla otoskoolla. Yhtenä jatkotutkimuskohteena Varkauden kuntoutusosastolla voisi olla myös kyselyn kohdentaminen potilaille muuttamalla se tarkastelemaan heidän käyttämiään lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien

käyttökokemuksia. Lisäksi osaston hoitohenkilökunnan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä ja osaamista voitaisiin kartoittaa uudelleen, mikäli he saavat aiheeseen lisäkoulutusta. Olisi mielenkiintoista nähdä, lisääntyikö kivun lääkkeetön hoito ja vähenikö vastaavasti kipulääkkeiden käyttö sekä kokisiko hoitohenkilökunta osaamisensa paremmaksi. Toisaalta myös kipulääkkeiden käytöstä voisi tehdä kuntoutusosastolle tutkimuksen. Siinä voitaisiin tarkastella eri lääkeryhmien käyttöä erilaisiin kiputiloihin. Myös osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia kipumittarin käytöstä voisi tutkia. Tähän voisi liittää myös kivun mittaamisen ja kirjaamisen toteutuksen arviointia.

Kehittämissuosituksemme olisi, että hoitohenkilökunnalle mahdollistettaisiin lisäkoulutusta lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, sillä vastausten mukaan halukkuutta siihen olisi. Pohdimme, onko osastolla riittävästi apuvälineitä toteuttamaan lääkkeetöntä kivunhoitoa. Mikäli hoitohenkilökunta saisi lisäkoulutusta ja apuvälineitä, voisi se mahdollisesti motivoida käyttämään enemmän lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä osana kivun hoitotyötä.

## LÄHTEET

Airaksinen, Olavi 2003. Fysikaaliset hoidot. Teoksessa Alaranta, Hannu, Pohjolainen, Timo, Salminen, Jouko & Viikari-Juntura Eira (toim.) *Fysiatria*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 373 -375.

Airaksinen, Olavi, Kyrklund, Nils, Latvala, Kyösti, Kouri, Jukka-Pekka, Grönblad, Mats & Kolari, Pertti 2003. Kylmägeelin edullinen vaikutus kipuun ja toimintakykyyn pehmytkudosvammoissa. *Duodecimlehti* 11. Verkkolehti. <http://duodecimlehti.fi>. Päivitetty 9.5.2015. Luettu 5.9.2015.

Airaksinen, Raija, Karkkulainen, Marjatta, Ala-Vannesluoma, Taija, Pirhonen, Pauliina & Kastu, Riikka 2015. *Toimii! Hoitajan opas luoviin menetelmiin*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Alaranta, Nina 2014. Musiikin käyttö leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Anestesiologian tutkimusryhmä. PDF-dokumentti. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96833/gradu07238.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 16.11.2014.

Alaselkäkipu 2015. Käypä hoito–suositus. *Duodecim*. WWW-dokumentti. [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001#s8\\_4](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001#s8_4). Päivitetty 16.11.2015. Luettu 16.11.2015.

Bojner-Horwitz, Eva & Bojner, Gunilla 2007. *Mielihyvää musiikista*. Vantaa: WSOY.

Ekström, Kristian. 2014. *SIMPLY WELL, 4 askelta terveyteen*. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.

Elomaa, Minna & Estlander, Ann-Mari 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kalso Eija, Haanpää Maija & Vainio Anneli (toim.) *Kipu*. Keuruu: Otavan kirjapaino oy, 248.

Eloranta, Maj-Britt 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu. PDF-dokumentti. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/89983/gradu00136.pdf?sequence=1>. Päivitetty 15.8.2014. Luettu 16.11.2015.

Estlander, Ann-Mari 2003. *Kivun psykologia*. Helsinki: WSOY.

Haanpää, Maija & Pohjolainen, Timo. Stimulaatiomenetelmät. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli 2009. *Kipu*. Keuruu: Otavan Kirjapaino oy, 230 – 231.

Haavisto, Maija 2011. *Hankala potilas vai hankala sairaus- tietoa huonosti tunnetuista pitkäaikaissairauksista*. Helsinki: Finn Lectura.

Hiltunen, Leena 2009. Jyväskylän yliopisto. Validiteetti ja reliabiliteetti. PDF-dokumentti. [http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf). Päivitetty 19.2.2009. Luettu 3.3.2016,

- Hovi, Sirpa-Liisa 2000. Muut menetelmät. Teoksessa Eriksson Elina & Kuuppelomäki Merja (toim.) Syöpää sairastavan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 124.
- Huotari, Ari-Matti 2016. Syöpäkivun hoito. WWW-dokumentti. <http://www.terve.fi/kipu/syopakivun-hoito>. Päivitetty 21.2.2016. Luettu 21.2.2016.
- Häyhä, Laura 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu. PDF-dokumentti. [herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201311201888.pdf](https://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201311201888.pdf). Ei päivitystietoa. Luettu 16.11.2015.
- IASP 2012. Pain. WWW-dokumentti. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>. Päivitetty 22.5.2012. Luettu 31.8.2015.
- Jyväskylän yliopisto 2015. Menetelmäpolku. Määrällinen tutkimus. WWW-dokumentti. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>. Päivitetty 16.9.2015. Luettu 16.9.2015.
- Jyväskylän yliopisto 2016. Menetelmäpolku. Case-tutkimus. WWW-dokumentti. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/tapaustutkimus>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.1.2016.
- Jääntti, Mirja 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla Teoksessa Sailo, Eriikka & Varti, Anne- Marie (toim.) Kivunhoito. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 124.
- Kalso, Eija & Kontinen, Vesa 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 55.
- Kalso, Eija 2009. Kivun lääkehoito. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 211 - 216.
- Kalso, Eija 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 474 – 475.
- Kalso, Eija 2013. Kivun lievittäminen parantaa elämänlaatua. Teoksessa Hänninen, Juha & Luomala, Marjukka (toim.) Elämän puu: kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 97.
- Kalso, Eija, Vainio, Anneli & Haanpää, Maija 2009. Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 175.
- Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Tampere: Yliopistopaino Oy.
- Kassara, Heidi, Paloposki, Sanna, Holmia, Silja, Murtonen, Irja, Lipponen, Varpu, Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kettunen, Reetta 2015. Kuntoutusosaston toimintasuunnitelma 2015 - 2016. Moniste.
- Kipu. 2016. Käypä hoito-suositus. Duodecim. WWW-dokumentti. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>. Ei päivitystietoa. Luettu 22.3.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>. Päivitetty 31.8.2015. Luettu 31.8.2015.

Lampinen, Anu. 2000. Akupunktio. Teoksessa Sailo, Eriikka & Vartti, Anne- Marie (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 239 - 241.

Langevine, Helene M., Schnyer, Rosa, McPherson, Hugh, Davis, Robert, Harris, Richard E., Napadow, Vitaly Napadow, Wayne, Peter M. Wayne, Milley, Ryan J. Milley, Lao, Lixing, Stener-Victorin, Elisabet, Kong, Jiang-Ti & Hammerschlag, Richard 2015. Manual and Electrical Needle Stimulation in Acupuncture Research: Pitfalls and Challenges of Heterogeneity. PDF-tiedosto. [online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/acm.2014.0186](http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/acm.2014.0186). Ei päivitystietoja. Luettu 19.11.2015.

Lehtonen, Kimmo 2007. Musiikin symboliset ulottuvuudet. Hyvinkää: Suomen musiikkiterapiayhdistys.

Lihavainen, Katri 2012. Mobility limitation, balance impairment and musculoskeletal pain among people aged > 75 years. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37330/9789513946203.pdf?sequence=1> . Päivitetty 31.8.2015. Luettu 2.12.2015.

Liikunta-suositus. 2010. Käypä hoito-suositus. Duodecim. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=E348E958840E738A792D42762799587A?id=khp00077>. Ei päivitystietoa. Luettu 2.9.2015.

Luoto, Riitta 2012. Lääkettä kuulokkeilla – musiikkia syöpäpotilaille. Duodecim 1. Verkkolehti. <http://duodecimlehti.fi>. Päivitetty 15.9.2015. Luettu 15.9.2015.

Mikkelsen, Marja & Leppäluoto, Juhani 2005. Tekeekö kylmä hyvää? Duodecim 4. Verkkolehti. <http://duodecimlehti.fi>. Päivitetty 9.5.2015. Luettu 5.9.2015.

Perlman, Adam I., Sabina, Alyse, Williams, Anna-Leila, Njike, Valntine Yanchou, Katz, David L. 2006. Massage therapy for osteoarthritis of the knee. WWW-dokumentti. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=769544>. Ei päivitystietoja. Luettu 19.11.2015.

Pohjolainen, Timo 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 237 -242.

Pätäri, Jenni 2014. Sairaanhoidtajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu. PDF-dokumentti. [http://publications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140446/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140446.pdf](http://publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140446/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf). Ei päivitystietoja. Luettu 29.2.2016.

Rantala, Maija 2014. Nurses' evaluations of postoperative pain management in patients with dementia. WWW-dokumentti. [http://publications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1448-4/urn\\_isbn\\_978-952-61-1448-4.pdf](http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1448-4/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf) . Päivitetty 19.5.2014. Luettu 2.12.2015.

Rissanen, Katri 2013. Sairaanhoidtajien kuvauksia monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

PDF-dokumentti. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uf-20130540/urn\\_nbn\\_fi\\_uf-20130540.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uf-20130540/urn_nbn_fi_uf-20130540.pdf). Päivitetty 10.6.2013. Luettu 1.3.2016.

Sailo, Eriikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi. 30 - 35.

Sairaanhoitajat 2016. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. WWW-dokumentti. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.1.2016.

Salanterä, Sanna, Hagelberg, Nora, Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Salanterä, Sanna, Heikkinen, Katja, Kauppila, Marjo, Murtola, Laura-Maria ja Silta-  
nen, Hannele 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen  
kivun hoitotyö – Hoitotyön suositus. PDF-dokumentti. [http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf) . Ei päivitystietoja. Luettu 4.12.2015.

Sarlio, Johanna 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 25.

Tampereen yliopisto 2012. Lähdekritiikki. WWW-dokumentti. <http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/tiedonhankinnanperusteet/sis/arviointi/lahdekritiikki/index.html>. Päivitetty 16.9.2012. Luettu 3.3.2016.

Tanner, John & Niezgodá-Hadjidemetri Eva. 2012. SELKÄ KUNTOON, tunnista, ehkäise ja hoida selän ja niskan ongelmat. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Otava.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2015. Hyvä tieteellinen käytäntö. WWW-dokumentti. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Päivitetty 18.9.2015. Luettu 18.9.2015.

Tyrisevä-Ryösö, Miia 2012. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu. PDF-dokumentti. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uf-20130035/urn\\_nbn\\_fi\\_uf-20130035.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uf-20130035/urn_nbn_fi_uf-20130035.pdf). Päivitetty 14.1.2013. Luettu 1.3.2016.

Vainio, Anneli 2003. Kipu. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vainio, Anneli. 2002. Akupunktio. Teoksessa Kalso Eija & Vainio Anneli (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 184.

Valkila, Noora 2014. 10 keinoa hoitaa niveliä. Hyvä terveys 14, 14.

Vartiovaara, Ilkka 2006. Nauramisen mahtavat muskelit. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00019](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00019). Päivitetty 15.9.2015. Luettu 15.9.2015.

Vartti, Anne-Marie 2000. Kipu ja huumori – tragediasta komediaksi. Teoksessa Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi. 86 - 93.

Vilkká, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. PDF-dokumentti. <http://hanna.vilkká.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>. Päivitetty 16.9.2015. Luettu 16.9.2015.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Vilpas, Pertti 2013. Kvantitatiivinen tutkimus. PDF-dokumentti. <http://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>. Päivitetty 28.2.2013. Luettu 1.3.2016.

Virtuaali ammattikorkeakoulu 2012. Analyysimenetelmiä. Case tutkimus. WWW-dokumentti. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464144782/1194348546586/1194356433452.html>. Päivitetty 4.7.2012. Luettu 10.1.2016.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2016. Tutkittavien informointi. WWW-dokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>. Päivitetty 19.1.2016. Luettu 3.3.2016.

Zeidan, Fadel, Martucci, Katherine T., Kraft, Robert A., Gordon, Nakia S., McHaffie, John G. ja Coghill, Robert C. 2011. Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. WWW-dokumentti. <http://www.jneurosci.org/content/31/14/5540.full>. Ei päivitystietoja. Luettu 2.12.2015.

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Omat intressit
Eloranta, Maj-Britt 2002. Suomi.	Krooninen kipu osana elämää.	5 naista, 2 miestä. Kvalitatiivinen tutkimus.	Krooninen kipu vaikuttaa laajasti arkielämään sekä fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Käytössä erilaisia menetelmiä kivunhallintaan. Hoitosuhteet eivät ole aina toimivia.	Kivun vaikutus elämään, kivunhoitomenetelmät.
Airaksinen, Olavi, Kyrklund, Nils, Latvala, Kyösti, Kouri, Jukka-Pekka, Grönblad, Mats & Kolari, Pertti 2003. Suomi.	Kylmägeelin edullinen vaikutus kipuun ja toimintakyvyn pehmytkudosvammoissa.	74 henkilöä, joilla oli nilkan, polven tai käden alueen pehmytkudosvammoja. Henkilöt jaettiin kahteen ryhmään. Toinen ryhmä käytti kylmägeeliä ja toinen lumigeeliä.	Kipu lieventyi molemmissa ryhmissä, mutta kylmägeeli-ryhmässä se lieventyi merkittävästi.	Kylmän käyttö kivunhoidossa.



## Kirjallisuuskatsaus

		Kvantitatiivinen tutkimus.		
Häyhä, Laura 2013. Suomi.	Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä.	12 Muistiliiton paikallisyhdistysten hoitajaa. 6 hoitajaa täytäntänyt avoimista kysymyksistä koottu kyselylomakkeen, 6 hoitajaa haastateltu. Kvalitatiivinen tutkimus.	Huumori on olennainen osa hoitotyötä. Muistisairaiden elämänlaatua ja vuorovaikutusta parantava vaikutus. Huumori sopii muistisairaiden hoitoon hyvin.	Hoitajien näkemykset huumorin käytöstä hoitotyössä.
Alaranta, Nina 2014. Suomi.	Musiikin käyttö leikkauksen jälkeisen kivunhoidossa.	Useita satunnaisesti, kontrolloituja ja kokeellisia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus.	Musiikin käyttö osana leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa on tehokasta.	Musiikin kipua lievittävä vaikutus.
Langevin, Helene M. ym. 2015. Yhdysvallat.	Sähköisen ja manuaalisen akupunktuurin tehokkuuden vertailu.	89 tutkimusta, joista tehty meta-analyysi. Kirjallisuuskatsaus.	Vaikutavuus riippuu annetun hoidon kestosta	Sähköisen ja manuaalisen akupunktuurin erot.
Perlman, Adam I. ym.2006.Yhdysvallat.	Hieronnan vaikutus polven nivelrikon hoidossa.	68 polvinivelrikkoa sairastavaa potientia.	Hieronta vähentää kiputunteja ja jäykkyyttä sekä	Hieronnan vaikutus kipuun.

## Kirjallisuuskatsaus

		lasta. Kvalitatiivinen tutkimus.	parantaa fyysistä suorituskkyä.	
Zeidan, Fadel ym. 2011. Yhdysvallat.	Aivomekanismit, jotka tukevat kivun modulaatiota mindfulness meditaatiolla.	15 perustervettä henkilöä. Tuloksia analysoitu MRI-kuvien perusteella.	Meditointi vähentää kivun epämiellyttävyyttä ja voimakkuutta huomattavasti.	Meditaation toimivuus kivun lääkkeetöissä hoidossa.
Lihavainen, Katri 2012. Suomi.	Liikkumiskyvyn rajoituksen, tasapainon hallinnan heikentymisen ja tuki- ja liikuntaelimestön kivun yhteys sekä geriatriksen intervention vaikutukset.	781 yli 75-vuotiasta henkilöä. Hyvän hoidon strategia-projektin aineistoon ja tuloksiin pohjautuva kirjallisuuskatsaus	Tuki- ja liikuntaelimestön kohdistuvat kivut ovat yhteydessä tasapainon hallintaan ja rajoittuneeseen liikkumiskykyyn.	Liikunnan vaikutus kiipuun.
Rantala, Maija 2014. Suomi.	Muistisairaiden postoperatiivinen kivunhoito hoitohenkilökunnan arvioimana.	333 hoitajaa 7 yliopistollisesta ja 10 keskussairaalaista. Kvantitatiivinen tutkimus.	Hoitohenkilökunnan mielestä riittävä kivunhoito koostuu säännöllisestä kivun ja kipulääkkeiden vaikutusten arvioinnista,	Asentohoidon merkityksellisyys osana kivunhoitoa.

## Kirjallisuuskatsaus

			kipumittareiden käytöstä sekä dokumentoinnista.	
--	--	--	---	--

Pätäri, Jenni 2014. Suomi	Sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivunhoidosta päivystyspoliklinikalla.	20 sairaanhoitajaa Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kahdelta päivystyspoliklinikalta. Kvalitatiivinen tutkimus.	Keskeisiä kivun arviointimenetelmiä haastattelu ja havainnointi. Muistisairaiden, desorientoituneiden, tajuttomien ja eri kulttuureista tulevien akuutin kivun arviointi haasteellista.	Kivun arviointi ja kirjaaminen.
Rissanen, Katri, 2013. Suomi	Sairaanhoitajien kuvauksia monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivunhoidosta	Yliopistosairaalan kirurgisten vuodeosastojen 13 sairaanhoitajaa. Kvalitatiivinen tutkimus.	Postoperatiivisen kivun hoidon onnistumisen keskeisin tekijä on kivun arviointi, turvallisuuden tunne kivunhoidon teemana korostui.	Kivunhoitomenetelmät.
Tyrisevä-Ryösö, Miia, 2012. Suomi	Tekonivelleikattujen po-	165 tekonivelleikattua poti-	Hoidon laatu toteutui kiittävästi fyysisiin tarpeisiin	Kivunhoitomenetelmät.

**Kirjallisuuskatsaus**

	tilaiden arvi- oita hoidon laadusta.	lasta. Kvanti- tatiivinen tut- kimus.	vastaamisessa ja ammatilli- suudessa, hei- koiten riittä- vissä henkilös- töresursseissa sekä kipujen ja pelkojen lievit- tämässä.	
--	--	---	--	--

SAATEKIRJE

VARKAUS 7.12.2015

**HYVÄ SISÄTAUTI- KIRURGISEN OSASTON HENKILÖKUNTA**

Opiskelemme Mikkelin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä Varkauden kuntoutusosastolle, aiheenamme on kivun lääkkeetön hoito. Teemme kyselyn osaston hoitohenkilökunnalle, jonka avulla kartoitamme lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta.

Kyselylomake tulee esitellä ennen varsinaista kyselyn tekoa kuntoutusosastolle, joten olemme valinneet teidän osastonne testaukseen.

Toivoisimme, että saisimme vastaukset kolmelta perus/lähihoitajalta sekä kolmelta sairaanhoitajalta. Toivoisimme myös, että kyselyyn vastanneet hoitajat kirjoittaisivat kirjallista palautetta kyselylomakkeen toimivuudesta sekä mahdollisista kehitysehdotuksista.

Esitestausaika kyselylle on 21. -22.12.2015

Ystävällisin terveisin,

Tiina Hukkanen, Mari Skonbäck ja Pia Thorstensson

**LIITE 2(2).**

**Saatekirje**

**SAATEKIRJE**

**VARKAUS**

**11.1.2016**

## **HYVÄ KUNTOUTUSOSASTON HENKILÖKUNTA**

Opiskelemme Mikkelin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä Varkauden kuntoutusosastolle, jonka aiheena ovat kivun lääkkeettömät hoitomenetelmät. Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena. Kyselyn avulla haluamme kartoittaa osastonne hoitohenkilökunnan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivomme mahdollisimman monen vastaavan kyselyyn. Tällä tavoin tutkimuksen tulokset olisivat luotettavampia. Kyselyn vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kysely on laadittu siten, ettei vastaajaa voida tunnistaa.

**Vastausaikaa kyselyyn on kaksi viikkoa.** Palauttakaa vastauslomakkeenne suljettuun vastauslaatikkoon.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii lehtori Tarja Turtiainen Mikkelin ammattikorkeakoulusta, puh.040 6849538. Opinnäytetyömme tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Ystävällisin terveisin

Tiina Hukkanen, Mari Skonbäck ja Pia Thorstensson

**KYSELY LÄÄKKEETTÖMIEN KIVUNHOITO MENETELMIEN  
KÄYTÖSTÄ VARKAUDEN KUNTOUTUSOSASTON  
HOITOHENKILÖKUNNALLE**

**Kartoitamme tämän kyselyn avulla Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttämiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä.**

**Pyydämme ystävällisesti Teitä vastaamaan jokaiseen kysymykseen.**

**Vastatkaa ympyröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksille varattuun tilaan.**

**1. Työkokemus**

1	0-3v
2	4-9v
3	10-15v
4	16-35v
5	36 v tai yli

**2. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät**

a) Oletko käyttänyt työurasi aikana lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä? Ympyröi vastaus.

- 1 kyllä
- 2 ei

b) Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, niin mitä seuraavista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä olet käyttänyt työurasi aikana? Voit valita useamman vaihtoehdon ympyröimällä sopivat vaihtoehdot.

- 1 asentohoito
- 2 hieronta
- 3 kylmähoito
- 4 lämpöhoito
- 5 TNS (Transkutaaninen hermostimulaatio)
- 6 akupunktio
- 7 rentoutus
- 8 musiikki
- 9 huumori
- 10 muu, mikä? \_\_\_\_\_

3. Kuinka usein olet käyttänyt lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä osana kivunhoitoa työskennellessäsi Varkauden kuntoutusosastolla? Rastita.

	usein	melko usein	harvoin	en koskaan
asentohoito				
hieronta				
kylmähoito				
lämpöhoito				
TNS				
akupunktio				
rentoutus				
musiikki				
huumori				

4. Koetko, että potilas on saanut apua lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä työskennellessäsi Varkauden kuntoutusosastolla? Rastita.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
asentohoito					
hieronta					
kylmähoito					
lämpöhoito					
TNS					
akupunktio					
rentoutus					
musiikki					
huumori					



5. Minkä tyyppiseen kipuun olet käyttänyt lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä Varkauden kuntoutusosastolla? Voit valita useamman vaihtoehdon rastittamalla.

	akuutti kipu	krooninen kipu
asentohoito		
hieronta		
kylmähoito		
lämpöhoito		
TNS		
akupunktio		
rentoutus		
musiikki		
huumori		

6. Koetko oman osaamisesi riittäväksi toteuttaessasi lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä? Rastita.

	osaan erittäin hyvin	osaan melko hyvin	en osaa sanoa	osaan melko heikosti	en osaa lainkaan
asentohoito					
hieronta					
kylmähoito					
lämpöhoito					
TNS					
akupunktio					
rentoutus					
musiikki					
huumori					

**7. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta kivun lääkkeettömään hoitoon? Jos koet tarvitsevasi, niin mihin? Rastita.**

	Kyllä	Ei
asentohoito		
hieronta		
kylmähoito		
lämpöhoito		
TNS		
akupunktio		
rentoutus		
musiikki		
huumori		

**8. Mitä muuta haluat sanoa aiheesta?**

*Kiitos vastauksistanne!*



PYYNTÖ  
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi  
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,  
jolle pyyntö osoitetaan: Varkauden kaupunki, Kuntoutusosasto

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Varkauden kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan käyttämiä lääkkeettömiä kivunhoito menetelmiä sekä mahdollisen lisäkoulutuksen tarvetta.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Varkauden kuntoutusosasto
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Kysely hoitohenkilökunnalle
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Tammi-helmikuu 2016
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	31.3.2016
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	11 päivänä tammi kuuta 2016 Tarja Turtiainen opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Mikkeiin ammattikorkeakoulun lehtori Tarja Turtiainen, Savonniemen kampus Savonniemenkatu 6 57100 Savonlinna puh. 040 684 9538
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi Mari Skonbäck, Pia Thorstensson ja Tiina Hukkanen puh. 040 765 6258	
Osoite Helmintie 10, 78880 Kuvansi	

Anomus käsitelty 14 / 1 2002016

lupa myönnetty  
 lupa evätty, peruste:

LIITE 2 (1)

Saatteille sisältyvät - luvun  
osasto henkilökunta / ilmaisesti  
pääosin  
Allekirjoitus  
Pia Skonbäck

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille.  
LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

