

IKÄÄNTYNEEN LAADUKAS POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja AMK
Sosiaali- ja terveysala
Syksy 2018
Elina Ahvonen
Emilia Kitkiöjoki

Tiivistelmä

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Tekijä(t) Ahvonen, Elina Kitkiöjoki, Emilia | Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 37 + 2 | Valmistumisaika Syksy 2018 |
| Työn nimi Ikääntyneen laadukas postoperatiivinen kivunhoito Kuvaileva kirjallisuuskatsaus | | |
| Tutkinto Sairaanhoidtaja AMK | | |
| Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli päivittää tietämystä siitä, kuinka laadukasta postoperatiivista kivun hoitoa toteutetaan lääkkeettömästi sekä lääkkeellisesti ikääntyneillä potilailla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysimenetelmää.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaperustassa käsitellään kivun fysiologiaa, postoperatiivista kipua sekä kivun lääkkeellistä ja lääkkeetöntä hoitoa hoitotyön menetelmin. Työssä korostettiin kivun säännöllistä arviointia, kivun kirjaamista ja ohjaamisen merkitystä postoperatiivisen kivun hoitotyössä.</p> <p>Potilaiden näkökulmasta tehtyjen tutkimuksien perusteella potilastyytyväisyys on korkea, ja kivunhoitoa pidetään hyvänä. Kuitenkin osa potilaista on joutunut odottamaan kipulääkettä liian kauan, ja lääkkeettömiä kivunhoidon keinoja on käytetty hyvin vähän.</p> <p>Hoitohenkilökunnan näkökulmasta ikääntyneen postoperatiivinen kivunhoito oli puutteellista. Haasteelliseksi koettiin erityisesti dementiaa sairastavan kivunhoidon arviointi. Kipumittareita käytettiin tutkimuksien mukaan vähän.</p> | | |
| Asiasanat Ikääntynyt, postoperatiivinen kipu, kivunhoito, potilastyytyväisyys | | |

Abstract

| | | |
|---|---|--------------------------|
| Author(s) Ahvonen, Elina Kitkiöjoki, Emilia | Type of publication Bachelor's thesis Number of pages 37 + 2 | Published Autumn 2018 |
| Title of publication High Quality Postoperative Pain Management with Elderly Patient Narrative literature review | | |
| Name of Degree Bachelor of Nursing | | |
| Abstract <p>The objective of this thesis was to study patient satisfaction with the treatment of post-operative pain as well as to investigate the nurses' ability to evaluate pain levels. Another objective was to bring an update to the existing knowledge of the pain management of elderly patients and to enhance the proficiency of nurses and nursing students.</p> <p>The thesis was carried out as a narrative literature review. The analytical method used was inductive / material-based content analysis.</p> <p>The theory section deal with the physiology of pain, postoperative pain, pain management with medication and non-pharmacological pain treatment.</p> <p>The literature review revealed that patient satisfaction was high and the patients were satisfied with their treatment. However, in some cases the patients had to wait for the medicine for too long and non-pharmacological pain treatments were seldom used.</p> <p>The nursing staff believed that pain management of elderly postoperative patients was often insufficient. It was found especially challenging while treating patients with dementia. In addition, pain rating scales that are used to evaluate patients' pain were rarely used.</p> | | |
| Keywords aged, postoperative pain, pain management, patient satisfaction | | |

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 1 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS..... | 2 |
| 3 | MITÄ ON KIPU? | 3 |
| 3.1 | Kivun määritelmä..... | 3 |
| 3.2 | Kivun luokittelu | 4 |
| 3.3 | Akuutti postoperatiivinen kipu | 4 |
| 3.4 | Kivun yksilöllinen kokeminen | 5 |
| 4 | POSTOPERATIIVISEN KIVUN HOITO..... | 7 |
| 4.1 | Yleistä postoperatiivisesta kivun hoidosta..... | 7 |
| 4.2 | Kivun lääkkeellinen hoito | 7 |
| 4.3 | Kivun lääkkeetön hoito..... | 9 |
| 4.3.1 | Asentohoidot..... | 9 |
| 4.3.2 | Kylmähoidot..... | 10 |
| 4.3.3 | Musiikki..... | 10 |
| 4.3.4 | Muut kivunhallintamenetelmät | 11 |
| 4.4 | Kivunhoidon laatuksiteerit..... | 11 |
| 5 | SAIRAAHOITAJA KIVUNHOIDON AMMATTILAISENA | 12 |
| 5.1 | Kivun arviointi ja havainnointi..... | 12 |
| 5.2 | Kipumittarit | 12 |
| 5.3 | Kivun kirjaaminen | 15 |
| 5.4 | Ohjaamisen merkitys kivun hoidossa | 16 |
| 6 | OPINNÄYTETYÖMENETELMÄ..... | 17 |
| 6.1 | Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä | 17 |
| 6.2 | Tutkimuskysymys | 18 |
| 6.3 | Aineiston kerääminen | 19 |
| 6.4 | Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset | 21 |
| 6.5 | Aineiston analyysi..... | 23 |
| 7 | TUTKIMUSTULOKSET..... | 25 |
| 7.1 | Potilaiden kokema kipu..... | 25 |
| 7.2 | Kivunhoidon laatu ja potilastyytyväisyys | 25 |
| 7.3 | Kivunhoidon haasteet potilaan näkökulmasta | 26 |
| 7.4 | Kivunhoidon toteutuminen hoitajan näkökulmasta | 26 |
| 7.5 | Ikääntyneen kivun tunnistaminen ja siihen liittyvät haasteet..... | 27 |

| | | |
|-----|--|----|
| 7.6 | Kivunhoidon haasteet hoitohenkilökunnan näkökulmasta | 28 |
| 8 | POHDINTA | 29 |
| 8.1 | Tulosten tarkastelu | 29 |
| 8.2 | Eettisyys ja luotettavuus | 30 |
| 8.3 | Johtopäätökset | 32 |
| 8.4 | Jatkotutkimusehdotukset | 32 |
| | LÄHTEET | 34 |
| | LIITTEET | 38 |

1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Opinnäytetyömme pureutuukin juuri tähän kysymykseen: millaista on laadukas, näyttöön perustuva kivunhoito ja miten sitä toteutetaan? Potilaan hoidossa, erityisesti postoperatiivisesti, kipua tulee mitata ja arvioida yhtä aktiivisesti kuin muita vitaalielintoimintoja. Kivun riittämätön hoito altistaa monenlaisille ongelmille, ja pahimmassa tapauksessa kipu kroonistuu. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 3.)

Väestön ikääntyminen tuo mukanaan haasteita, ja yhä useampi kirurginen potilas on ikääntynyt. Kehittyneet leikkaustekniikat mahdollistavat kirurgiset operaatiot yhä iäkkäämille, usein jo melko monisairaille potilaille. Suurin osa 65-75-vuotiaista kirurgisista potilaista on varsin hyväkuntoisia ja toipuu operaatioista hyvin. Yli 75-vuotiaiden ikäluokassa potilaat kärsivät usein jo kroonisista kivuista sekä ovat varsin hauraita ja monisairaita. Ikääntyneiden kivunhoitoon tuo haasteita potilaan mahdolliset lukuisat perussairaudet ja niihin käytettävät lääkitykset. (Pesonen, 2011.) Yli 75-vuotiaiden, eli vanhimman ikäryhmän, osuus toimenpiteellisistä hoitajaksoista on kasvanut eniten 2000-luvulla. Arvioilta 50% lonkkamurtumapotilaista on iäkkäitä ja sairastaa jonkinasteista muistisairautta. (Hynninen 2016, 23.)

Kipua ja kivunhoitoa on tutkittu paljon viime aikoina, mutta silti kivunhoidon laatu vaihtelee suuresti. Potilas ei aina saa hyvää postoperatiivista kivunhoitoa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 3; Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Ruokonen 2014, 878; Bell & Duffy 2009, 155) Bellin & Duffyn (2009, 154) mukaan sekä hoitajien että potilaiden asenne kivunhoitoa kohtaan oli esteenä laadukkaalle kivunhoidolle. Potilaiden kohdalla kivun koettiin kuuluvan postoperatiiviseen vaiheeseen, ja pelkona oli myös kipulääkeriippuvuus. Osan kohdalla tuli ilmi, että potilas ei halunnut vaivata hoitajaa kivullaan, ja näin ollen ei tuonut sitä esiin oma-aloittaisesti.

Sairaanhoitajan osaaminen korostuu laadukkaassa kivunhoidossa ja sen toteuttamisessa. Potilaan ohjaaminen ja näyttöön perustuvan tiedon jakaminen kivunhoidosta on tärkeä osa työtämme laadukkaasti kivunhoidon toteuttamisessa.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tavoitteena on päivittää tietämystä siitä, kuinka laadukasta postoperatiivista kivun hoitoa toteutetaan lääkkeettömästi sekä lääkkeellisesti ikääntyneillä potilailla. Haluamme työssämme korostaa kivun hoidon merkitystä paranemisprosessille. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kautta haluamme tuoda esiin uusinta näyttöön perustuvaa tietoa ikääntyneen postoperatiivisesta kivun hoidosta.

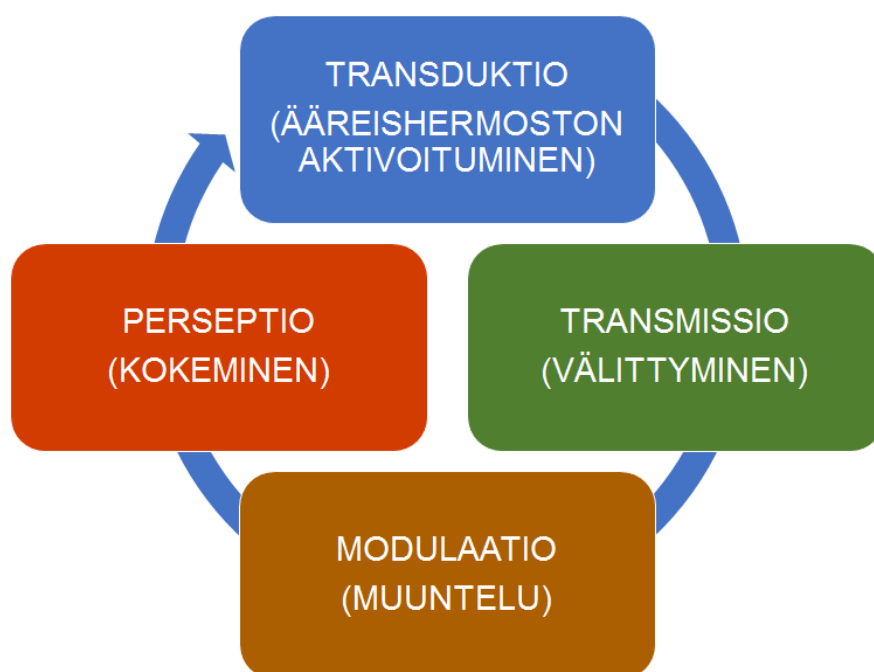
Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä näyttöön perustuvan tiedon kautta sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia ja halukkuutta toteuttaa laadukasta postoperatiivista kivun hoitoa sekä päivittää jo olemassa olevaa tietoa. Opinnäytetyömme näkökulma on sairaanhoitajan työssä, ja olemme rajanneet tietoperustan käsittelyä tällä viitekehysellä. Kivun hoidon toteutus ja kivun tunnistaminen ovat hoitotyöntekijöiden vastuulla. Haluamme työmme kautta antaa lisätietoa sairaanhoitajille ja sairaanhoitajaopiskelijoille laadukkaasta kivun hoidon prosessista aina kivun tunnistamisesta kipulääkitykseen ja lääkkeen vaikuttavuuden arviointiin. Opinnäytetyömme lähtökohta on ikääntyneen potilaan kivun hoidossa, koska ikääntyneen potilaan postoperatiiviseen kivun hoitoon liittyy monia erityisyyksiä. Aiheesta on tehty opinnäytetöitä aiemminkin, mutta niiden jälkeen on julkaistu uutta ja päivitettyä tutkimustietoa kivun hoidosta.

3 MITÄ ON KIPU?

3.1 Kivun määritelmä

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n määritelmä kivusta on, että se on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka on seurausta tapahtuneesta tai uhkaavasta kudostuhosta (IASP 2017). Tämän kudostuhosta aiheuttamasta ärsykkeestä seuraa sarja erilaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia, ennen kuin ihminen tuntee kivun. Nämä ovat jaettavissa neljään vaiheeseen: transduktioon, transmissioon, modulaatioon sekä perseptioon (kuvio 1). Transduktio on vaiheista ensimmäinen, ja tällöin kudokseen kohdistuva ärsyke aiheuttaa hermopäätteiden aktivoitumisen. Perifeerisen impulssin taajuus välittää ärsyksen voimakkuuden, eli tiedon siitä, kuinka vakavasta kudostuhosta on kyse. Transmissiossa kipuviesti siirtyy hermosoluja pitkin niihin keskushermoston osiin, joiden aktivoituminen johtaa kivun aistimukseen. Perifeeriset sensoriset hermot välittävät impulsseja perifeerisestä kudoksesta selkäyttimeen. Selkäytimen välittäjäneuronit aktivoituvat ja kuljettavat kipuviestin selkäytimestä aivorunkoon, talamukseen ja aivokuorelle. Tämä johtaa perseptioon, eli tunnettavaan kipuaistimukseen. (Kalso & Kontinen 2009.)

Kipuaistimus voi myös häiriintyä tai estyä, jos keskushermostossa sijaitsevat inhibitoriset radat aktivoituvat. Tätä tilaa kutsutaan modulaatioksi. Aktivoitumisen voivat aiheuttaa esim. jotkin kipulääkkeet (esim. morfiini), stressi tai tarpeeksi suuri kudostuho. Tämä aiheuttaa sen, että joskus vakavasti loukkaantuneet eivät tunne kipua. (Kalso & Kontinen 2009.)



KUVIO 1. Kivunsäätelyjärjestelmä (Kivun hoito, verkkokurssi 2018,4)

3.2 Kivun luokittelu

Kipu voidaan jaotella nosiseptiiviseen kipuun eli kudosaauriokipuun, viskeraaliseen kipuun eli sisäelinkipuun, neuropaattiseen kipuun eli hermovauriokipuun sekä idiopaattiseen kipuun. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 155-157.) Kestoltaan kipu voi olla akuuttia, subakuuttia tai kroonista (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017).

Kudosaauriokipu eli nosiseptiivinen kipu johtuu uhkaavasta tai jo tapahtuneesta kudosaauriosta (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017). Nosiseptiivista kipua voivat aiheuttaa mm. tulehdukset sekä lihaksien- ja luuston kiputilat. Sisäelinkipu voi johtua mm. tuumorista sen painaessa tai venyttäessä ympäröiviä rakenteita, ja kipu on usein vaikeasti paikannettavissa. Sisäelinkipuun kuuluu autonomisia oireita, kuten kalpeus, hikoilu ja pahoinvointi. (Kalso, ym. 2009, 155-156.)

Neuropaattinen kipu tarkoittaa hermovauriokipua. Neuropaattisen kivun aiheuttaa sairaus tai vamma sensomotorisessa järjestelmässä, kuten esimerkiksi selkäydinvamman tai aivoverenkiertohäiriön jälkitilat, MS-tauti tai välilevynpullistumasta johtuvat vauriot hermojuuressa. (Haanpää, 2007.)

Idiopaattiselle kivulle ei voida todeta fysiologista syytä. Tällainen kiputila on esim. fibromyalgia. Pitkittynyt kipu voi liittyä myös esim. depression, jolloin kyseessä on psykogeeninen kipu. (Kalso, ym. 2009, 157.)

3.3 Akuutti postoperatiivinen kipu

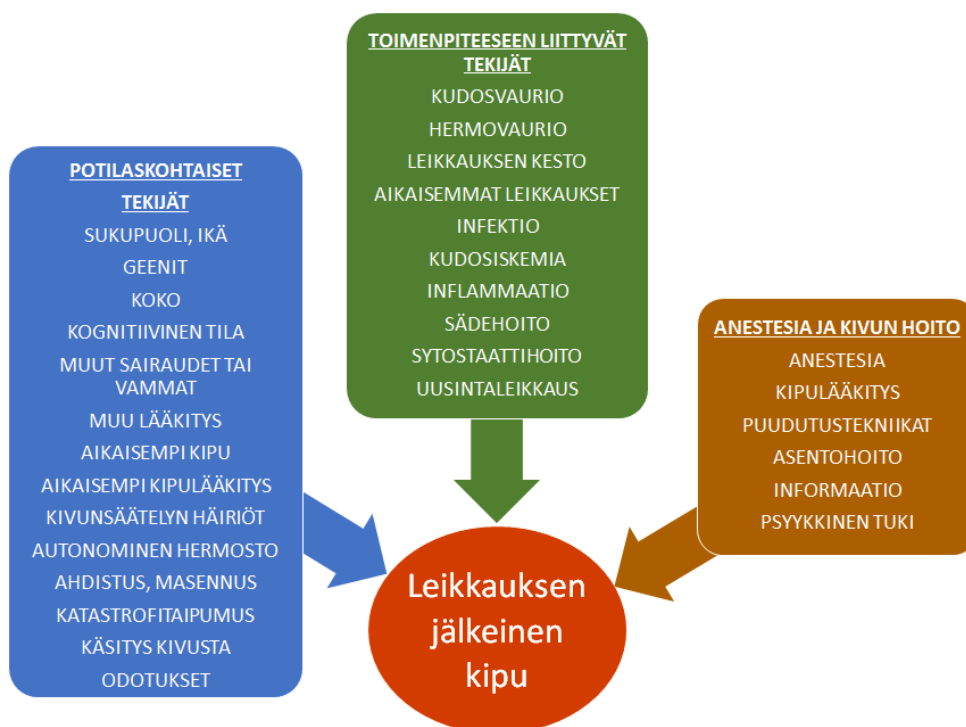
Akuutti leikkauksen jälkeinen kipu alkaa IASP:n (2017) mukaan toimenpiteen jälkeen, eikä liity leikkausta edeltävään kipuun. Kipu voi kestää 2-6 kuukautta leikkausalueen normaalin paranemisajan yli. Kipu: Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan kuitenkin esim. operoitu lonkkamurtuma voi aiheuttaa kipua vielä vuodenkin kuluttua leikkauksesta.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön (2013) mukaan hoitamaton kipu on voi olla paranemista hidastava tekijä, sillä akuutti kipu on rasite verenkiertoelimistölle, ja tämä voi heikentää leikkaushaavan paranemista. Hyvin hoidettu kipu edistää haavan paranemista ja mahdollistaa varhaisen liikkeellelähdon, mikä tarkoittaa nopeampaa toipumista ja kuntoutumista. Lisäksi kivulla on hengitysfunktiota ja suolen toimintaa heikentävä vaikutus, ja se voi aiheuttaa virtsaumpea ja stressivastetta. Kipu: Käypä hoito -suositus (2017) korostaa myös nopean kuntoutuksen merkitystä ja kertoo hyvän kivun hoidon pienentävän lisäksi deliriumin riskiä.

3.4 Kivun yksilöllinen kokeminen

lääkkäät ovat kivun hoidollisesti haastava ryhmä. Heillä on usein taustalla useita sairauksia ja kroonisia kiputiloja. Ikääntyneet käyttävät yleensä useita lääkkeitä, ja heidän lääkkeiden sietokykynsä on heikentynyt. Tutkimusten mukaan ikääntyneet hyväksyvät leikkauksen jälkeistä kipua nuoria enemmän, sillä he katsovat kivun liittyvän leikkausprosessiin. (Kalso ym. 2009, 470.) Geneettisillä tekijöillä on selkeä vaikutus akuutin kivun kokemiseen. Tietyt geenimuutokset vaikuttavat merkittävästi opioidien tehoon ja tarpeeseen. Fysiologisista tekijöistä ikä on tärkein kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta määrittävä tekijä. On osoitettu, että vanhuksilla saman opioidiannoksen kipua lievittävä vaikutus on suurempi kuin nuoremmilla potilailla. (Kalso, ym. 2009, 279.)

Potilaan ominaisuudet vaikuttavat leikkauksen jälkeiseen kipukokemukseen. Tällaisia ominaisuuksia ovat mm. ahdistuneisuus ja psyykinen rasittuneisuus (kuvio 2). Potilaan toiveet ja odotukset kivun hoidon suhteen on otettava huomioon entistä paremmin. Tutkimuksissa on todettu korrelaatio odotetun ja koetun kivun välillä, mutta tässä on huomattavia yksilöllisiä poikkeuksia. Tavoitteena on pyrkiä mahdollisimman yksilölliseen ja räätälöityyn kivunhoitoon, jolloin tunnistetaan riskipotilaat ja tehokkaampi kivunhoito voidaan kohdistaa oikeaan potilasryhmään. Näin vältetään myös vähäisemmän riskin potilaiden liika-
hoitamiselta. (Kontinen & Hamunen 2014, 28-29.)



KUVIO 2. Kivun yksilöllinen kokeminen (Mukaiillen Kontinen & Hamunen 2014, 29)

Pelokkaat ja ahdistuneet potilaat arvioivat usein kipunsa muiden potilaisen arvioita korkeammaksi. Pelon taustalla on usein aiempi huono kokemus kivun hoidosta, ja potilas pelkää kokemuksen toistuvan. Potilaan kokemaan pelkoon ja ahdistukseen voidaan vaikuttaa pre-operatiivisella potilasohjauksella. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 8,10.)

3.4 Kivun kroonistumisen ehkäisy

Leikkauksessa olleista potilaista 40% kärsii pitkittyneestä kivusta. Erityisesti pitkittyneestä kivusta kärsitään rintakehän avaus- ja tyräleikkausten, amputaatioiden ja rintarauhasleikkauksen jälkeen. Kivun syynä voi olla leikkauksesta aiheutunut hermovaurio tai leikkaukseen liittymätön tekijä, esim. liikkumisen pelosta johtuvat kiputilat. Vähemmän kajoavilla tähtystekniikoilla voidaan vähentää leikkauksen jälkeistä kipua, ja epiduraalisella kivun hoidolla voidaan todennäköisesti ehkäistä rintakehän avauksen jälkeisen kivun kroonistumista. (Hagelberg & Haanpää, 2015, 250.)

Kivun kroonistumiselle ovat alttiita henkilöt, jotka kokevat voimakasta akuuttia kipua leikkauksen jälkeen. Myös aiemmat pitkittyneet kiputilat sekä leikkauksen yhteydessä tullut hermovaurio ovat riskitekijöitä. Lisäksi psykologiset ja psykososiaaliset tekijät voivat lisätä riskiä. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Myös naissukupuolella, nuorella iällä ja geneettisillä tekijöillä on riskiä lisäävä vaikutus kivun kroonistumiseen (Hagelberg & Haanpää, 2015, 250). Riskitekijöiden varhainen tunnistaminen, niiden huomioiminen sekä hyvä kivunhoito kivun akuuttivaiheessa voivat ehkäistä kivun kroonistumista (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017).

4 POSTOPERATIIVISEN KIVUN HOITO

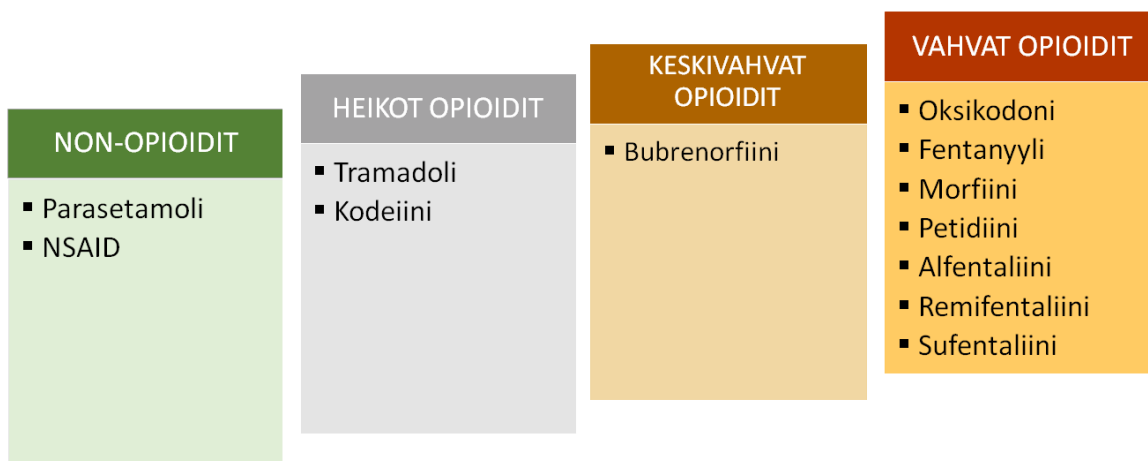
4.1 Yleistä postoperatiivisesta kivun hoidosta

Nykyisillä menetelmillä leikkauksen jälkeinen kipu voidaan hoitaa tehokkaasti. Ongelmana on hoidon laadun epätasaisuus. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013,3 & Rosenberg, ym. 2014, 878.) Riittävä kivunlievitys nopeuttaa kuntoutumista, estää kivun kroonistumista sekä vähentää infektio-, keuhko- ja sydänkomplikaatioita. Hyvä kivun hoito lisää myös potilastyytyväisyyttä sekä voi vähentää hoidon kustannuksia (Leppäniemi, Pajarinen, Hirvensalo & Haapiainen. 2011, 458.)

Kivunhoidon valintaan vaikuttavat useat tekijät, jotka voidaan jakaa toimenpiteeseen liittyviin, potilaasta johtuviin sekä muihin tekijöihin. Toimenpiteeseen liittyviä tekijöitä ovat leikkausalue, leikkauksen laajuus, ja se onko kyseessä elektiivinen- vai päivystysleikkaus. Suuri leikkaus vaatii tehokkaamman kivunhoidon kuin pienempi toimenpide. Potilaasta johtuvia tekijöitä ovat potilaan kunto, muut sairaudet, hyytymistekijät, verenkierto, tajunta sekä potilaan aiemmat kokemukset kivusta. Muita tekijöitä ovat lääkärin näkemys kivunhoidosta, postoperatiiviset valvontaolosuhteet, laiteresurssit sekä tromboosiprofylaksian ajankohta suhteessa toimenpiteeseen. (Leppäniemi ym. 2011, 458.)

4.2 Kivun lääkkeellinen hoito

Leikkauksen jälkeen peruskipulääkkeeksi valitaan soveltuville potilaille tulehduskipulääke (NSAID) ja/tai parasetamoli p.o (suun kautta) tai i.v (suonensisäisesti). Lievään kipuun heikko opioidi (tramadoli, kodeiiniyhdistelmävalmiste) p.o tai i.v joko tarvittaessa tai säännöllisesti annosteltuna. Kohtalaisen ja kovan kivun hoitoon käytetään tarvittaessa oksikodonia i.m (lihaksen sisäisesti), p.o tai valvontaolosuhteissa i.v. Sairaalaolosuhteissa kivunhoito toteutetaan usein yhdistämällä NSAID ja parasetamoli vahvaan opioidiin tai kajoaviin kivunhoidon menetelmiin. Kivun lääkehoidon portaita esitetty kuviossa 3. Kivun voimakkuuden lieventyessä kipulääkkeen vahvuutta vähitellen lasketaan. (Leppäniemi ym. 2011. 459.)



KUVIO 3. Kivun lääkehoidon portaat. (Mukaihen Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 199)

Parasetamoli on yli 100 vuotta vanha lääke, ja sen toimintamekanismi on edelleen tuntematon. Viimeisimmän tiedon mukaan parasetamolien kipua lievittävä vaikutus liittyy kolmeen eri tekijään: COX-2:n eli syklo-oksigenaasin heikkoon salpaukseen, kannabinoidi CB1-reseptorin epäsuoraan aktivaatioon ja TRPV1- eli kapsaisiinireseptorin aktivaatioon. (Paakkari 2013.) Parasetamolilla ei ole tulehdusta lievittävää vaikutusta, joten sillä ei ole myöskään tulehduskipulääkkeiden haittoja. Siksi parasetamoli on oikein käytettynä turvallinen lääke mm. potilailla, joilla on riski saada mahahaava, sekä astmaatikoilla. Lääkkeen liialliseen käyttöön liittyy kuitenkin maksavaurion riski. (Paakkari 2017.) Lisäksi parasetamolien etu on sen minimaalinen vaikutus hyytymisjärjestelmään. Sen teho voimistuu merkittävästi yhdistettäessä heikkoon opioidiin. (Leppäniemi, ym. 2011. 461.)

Tulehduskipulääkkeiden eli NSAID-lääkkeiden (mm. ibuprofeeni, asetyylisalisyylihappo, ketoprofeeni) teho perustuu kipua, kuumetta ja tulehdusta aiheuttavien välittäjäaineiden eli prostanooidien syntymisen estämiseen. Samalla lääke estää myös hyödyllisten munuaisia ja mahalaukkua suojaavien välittäjäaineiden muodostumista, joten haittavaikutuksina voi ilmetä munuaisten toimintahäiriöitä ja ulkustauti ("mahahaava"). Vuotoriskiä aiheuttaa erityisesti asetyylisalisyylihappo, ja riskiä lisäävät erityisesti korkea ikä, varfariini- ja kortisonilääkitys. Pitkäaikainen NSAID:n käyttö voi lisätä sydäninfarktin riskiä, aiheuttaa turvotuksia ja pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Lisäksi NSAID:t voivat alentaa verenpainelääkkeiden tehoa ja astmaatikoilla on riski saada astma-kohtaus NSAID:sta. (Paakkari 2017.)

Opioidit ovat keskikovan ja kovan postoperatiivisen kivun hoitoon tarkoitettu lääkeryhmä. Ne jaetaan mietoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin. Mietoja opioideja ovat kodeiini, tramadoli ja harvemmin käytetty dekstropropoksifeeni. Buprenorfiini on keskivahva opioidi. Vahvoihin opioideihin kuuluvat morfiini, oksikodoni ja metadoni. (Leppäniemi, ym. 2011.)

Opioideilla on useita hankalia sivuvaikutuksia erityisesti ikääntyneelle potilaalle. Ikääntyneet kärsivät usein ummetuksesta, joka kuuluu opioidien yleisiin haittavaikutuksiin, joten ikääntyneen potilaan kohdalla ummetuksen ehkäisy ja hoito ovat hyvin tärkeitä opioideja käytettäessä. Lisäksi opioidit voivat aiheuttaa pahoinvointia ja huimausta. Iäkkäällä potilaalla tulee herkemmin sekavuutta, hallusinaatioita ja mielialan muutoksia. (Kalso, ym. 2009, 473.)

Kivunhoitoon voidaan käyttää myös ns. kajoavia kivunhoidon menetelmiä, joita ovat potilaan itse säätelemä kivunhoito PCA eli nk. "kipupumppu", epiduraalinen analgesia ja muut regionaaliset analgesiat. Kun potilaan kivunhoidossa on käytössä PCA, potilas itse annostelee opioidia. Samaan aikaan ei käytetä vahvoja opioideja muilla antotavoilla. Epiduraalisessa analgesiassa potilaan epidaaritulassa on katetri, jota pitkin opioidin ja puuduteaineen seos tiputetaan. Haittavaikutukset lääkkeillä ovat yleensä samoja, kuin muidenkin reittien kautta annosteltavilla lääkkeillä. Epiduraalikatetriin voi liittyä haittavaikutuksena mm. alaraajojen puutuminen, ja harvinaisena komplikaationa esim. absessi ja hemothoma. Muita regionaalisia analgesioita ovat mm. spinaalinen analgesia. (Leppäniemi, ym. 2011, 463-464.)

4.3 Kivun lääkkeetön hoito

Kivun lääkkeettömät hoitomuodot voivat olla myös hyvin yksinkertaisia ja helppoja toteuttaa. Lääkkeettömien kivunhoitomuotojen kenttä on hyvin laaja. Rajaamme opinnäytetyössämme käsiteltävät lääkkeettömän kivunhoidon muodot koskemaan sairaanhoitajan hoitotyötä ja sen mahdollisuuksia.

4.3.1 Asentohoidot

Potilaan kipua voidaan lievittää asento- ja liikehoidoilla. Erilaiset tukityyny ja -kiilat sopivat erityisesti ortopedisten leikkausten jälkihoitoon. Niillä voidaan ehkäistä virheasentoja sekä vähentää turvotusta. Asennonvaihdot ja liikunta edistävät verenkiertoa, vähentävät lihaspasmeja ja vähentävät turvotusta. (Salanterä, ym. 2013, 22.) Lisäksi erilaisten tukityynyjen käyttö ja asennon vaihdokset ehkäisevät ihon painaumien ja painehaavojen syntymistä (Ilola, ym. 2013, 203).

4.3.2 Kylmähoidot

Kylmähoitoa käytetään kivun ja turvotusten hoidossa esim. Leikkauksien ja pehmytkudosvammojen jälkeen. Kylmällä on kudosten aineenvaihduntaa ja turvotusta vähentävä vaikutus, joiden lisäksi se rentouttaa lihaksia. Lisäksi kylmä lievittää kipua alentamalla hermojen johtumisnopeutta, parantamalla nivelen liikkuvuutta sekä vähentämällä hapenpuutteesta johtuvaa kudosaauriota. Kylmä on turvallinen, tehokas ja edullinen tapa hoitaa kipua. Sen on osoitettu olevan tehokas nivelten korjausleikkausten jälkeisessä kivunhoidossa. Tavallisesti kylmähoitoa toteutetaan kylmäpakkauksina ja käsittely kestää tavallisesti 20-30 minuuttia. Vasta-aiheita kylmähoidolle ovat kylmäallergia, Raynaud'n tauti (valkosormisuus) tai tunnottomuus hoidettavalla alueella. (Kalso, ym. 2009, 238.)

4.3.3 Musiikki

Musiikkia on käytetty interventiona 2000 -luvun puolivälistä lähtien ja sen käyttö on viime aikoina lisääntynyt, mikä saattaa kuvastaa kiinnostuksen kasvua vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin. JBI-suosituksen mukaan musiikin käyttö kirurgisen toimenpiteen yhteydessä ja jälkeen voi vähentää tarvittavaa kipulääkkeen määrää. Musiikkia ei kuitenkaan missään tapauksessa suositella ainoaksi kivun hoidoksi, vaan tukemaan lääkkeellistä kivunhoitoa. Musiikki saattaa vähentää potilaan kokemaa ahdistusta toimenpiteiden yhteydessä. (Joanna Briggs Institute 2009.)

Vaajoen (2012) väitöskirjassa on tutkittu musiikin vaikutusta gastroenterologisten leikkauksipotilaiden kivunlievityksen apuna. Väitöskirjan tutkimustuloksesta selviää, että potilaiden hengitystiheys ja verenpaine olivat kontrolliryhmää matalammat kaikkina kolmena postoperatiivisena päivänä. Myös potilaiden kokemaa kivun voimakkuutta ja epämiellyttävyyttä levossa väheni musiikki-intervention jälkeen toisena postoperatiivisena päivänä. Kivunlievityksen määrään, haittavaikutuksiin tai sairaalajakson kestoon ei musiikin kuuntelulla tutkimuksessa osoitettu olevan vaikutusta. Joanna Briggs Instituten (2009) suositus tukee myös väitöskirjan tutkimustuloksia. Suosituksen mukaan musiikin käyttö voi alentaa sydämen sykettä, hengitystiheyttä ja verenpainetta.

4.3.4 Muut kivunhallintamenetelmät

Lievään kipuun voidaan hallintamenetelmänä käyttää huomion suuntaamista muualle, esimerkiksi musiikkiin, hengitykseen, television tai mielikuviin. Myös erilaisia rentoutusmenetelmiä voidaan käyttää kivun hoidon tukena, mutta yksinään ne eivät riitä postoperatiiviseen kivunhoitoon. (Salanterä, ym. 2013, 22-23.)

Martin (2015, 40-42) käsittelee artikkelissaan hengityksen vaikutusta kipukokemukseen. Kohdatessamme akuuttia kipua ylihengittäminen on meille luontainen tapa: Se valmistele meitä pakenemaan ja lisäksi lievittää kipua. Kivun pitkittyessä ylihengittäminen sen sijaan vaikeuttaa kipua. Liikahengityksessä hengittäminen tapahtuu keuhkojen yläosalla, jolloin käytössä on tavallista enemmän apuhengityslihaksia, jotka on tarkoitettu lyhytaikaiseen käyttöön ja mm. asennon ylläpitoon. Pitkittynyt ylihengittäminen johtaa lihasvoiman heikkenemiseen ja voi johtaa kipujen pahenemiseen. Keskittyminen hengitykseen, hengitysharjoitukset ja esim. painopussin käyttö rintakehän päällä voivat auttaa hengittämään oikealla tavalla.

4.4 Kivunhoidon laatuksiteerit

Hoitotyössä korostetaan näyttöön perustuvaa toimintaa ja laatua. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus (2013, 21-23) korostaa myös laadun merkitystä. Se määrittelee keinoja ja toimintatapoja, joiden avulla varmistetaan laadukas kivunhoito. Henkilökunnan säännölliseen lisäkoulutukseen kivunhoidosta tulisi panostaa. Tutkimusten mukaan lisäkoulutus paransi hoitajien asennetta kivun hoitoa kohtaan ja kipua arvioitiin useammin käyttäen kipumittaria. Myös kivun kirjaaminen parantui lisäkoulutuksen myötä. Laadukas kivunhoito edellyttää myös toiminnan arviointia. Potilailta tulisi säännöllisesti kartoittaa tyytyväisyys saatuun kivunhoitoon. Moniammatillisuus on hoitotyössä tätä päivää, ja se tulisi ulottaa myös kivunhoitoon. Laatu on paljolti kiinni myös organisaatiosta. Tutkimusten mukaan kivunhoito on laadukkaampaa, jos sairaalaan on nimetty kivunhoitotiimi, joka vastaa kivunhoidon laadusta. Myös yksikkökohtaiset vastualueiden määrittelyt paransivat kivunhoitotyötä.

Rosenberg, ym. (2014, 878-879) mukaan kivunhoidon laatuongelman takana on yleensä kivunhoidon organisoimattomuus. Vaikutusta on myös henkilökunnan asenteilla, mutta niihin pystytään vaikuttamaan organisaatiosta käsin. Laadukkaan kivunhoidon kannalta tärkeintä on estää kivun intensiteetin hallitsematon voimistuminen. Suurten leikkausten jälkeen tätä on hyvä jo ennakoita esim. epiduraali-infuusiolla. Ongelmapotilaat, kuten esimerkiksi krooniset kipupotilaat, tulee huomioida etukäteen.

5 SAIRAANHOITAJA KIVUNHOIDON AMMATTILAISENA

5.1 Kivun arviointi ja havainnointi

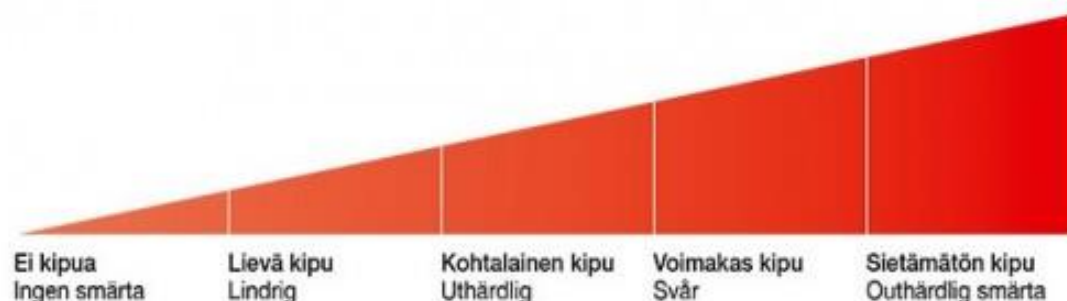
Kivun arvioinnin perusta on potilaan oma kokemus kivusta ja sen voimakkuudesta. Kivun arvioinnin tulee olla riittävän tiheää ja säännöllistä, leikkauksen jälkeisinä päivinä 1-3 tunnin välein. Kivun laantuessa voi arviointikertoja vähentää. Kipua tulee arvioida levossa sekä liikkeessä, esimerkiksi yskäistäessä. Lepokipu ei saisi olla lievää voimakkaampaa ja potilaan tulee kyetä yskimään ja hengittämään syvään. Potilasta havainnoidessa tulee kiinnittää huomiota potilaan tilaan kokonaisvaltaisesti. Potilaan käytös ja muutokset toimintakyvyssä voivat kertoa riittämättömästä kivunhoidosta. (Rosenberg, ym. 2014, 871.) Potilaan aiemmat kokemukset kivusta, sukupuoli, pelko, ahdistus ja masennus vaikuttavat potilaan kipukokemukseen (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013,10).

Mikäli potilas ei kykene kommunikoimaan on kivun arviointi tehtävä käyttäytymismuutosten ja toimintakyvyn muutosten perusteella. Fysiologisia muutoksia, jotka kertovat kivusta ovat mm. laajentuneet pupillat, kylmänhikisyys sekä kohonneet verenpaine, syke ja hengitystiheys. Käyttäytymisen muutoksia, jotka kertovat kivusta ovat mm. levottomuus, itkuisuus, huutelu, aggressiivisuus, syömättömyys, hoitojen vastustaminen tai sosiaalinen vetäytyminen. Potilas voi myös suojella kipeää kohtaa ja asento voi olla jäykistynyt. (Kankunen 2011, 22-24 & Herr, Djodo & Decker 2006, 172.) Muutokset voivat näkyä myös toiminnassa; ruokahaluttomuus, lisääntynyt vaeltaminen tai lisääntyneet lepoajat voivat myös viitata lisääntyneeseen kipuun (Herr, ym, 2006, 172).

5.2 Kipumittarit

Kipumittareita on useita ja esittelemme tässä lyhyesti niistä muutaman, joita olemme itse nähneet käytettävän työelämässä ja opiskeluissa tai jotka nousivat eniten esiin materiaaleissa. Muistisairaille ikääntyneille on olemassa monia kipumittareita, joita esimerkiksi Herr, ym. (2006) tutkimuksessaan käsittelee laajasti. Otimme muistisairaille suunnatuista mittareista mukaan PAINAD:n. Rajasimme muut ulkopuolelle, koska opinnäytetyömme on tarkoitus käsitellä postoperatiivista kivunhoitoa, ja pitkälle edennyt muistisairaus on usein syy rajata potilas kirurgisen hoidon ulkopuolelle.

VAS (Visual Analogue Scale) on 10 cm pitkä jana (kuvio 4), josta potilas voi osoittaa kipunsa voimakkuuden. 0 cm kohdalla kipua ei ole ja 10 cm:n kohdalla kipua on sietämätön. (Rosenberg, ym. 2014, 871.)



KUVIO 4. VAS-jana (PHHYKY 2017)

NRS (Numerical Rating Scale) -mittarilla potilas arvioi kipuaan numeraalisesti 0-10 asteikolla (Rosenberg, ym. 2014, 871).

VRS (Verbal Rating Scale) -kipumittarissa arviointi tapahtuu sanallisesti, viiden eri kipukokemusasteen välillä; ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, voimakaskipu, sietämätön kipu. (Rosenberg, ym. 2014, 871).

FPS (Faces Pain Scale) -mittarissa kipua arvioidaan kuuden eri kasvokuvan perusteella. Mittari on kehitetty lapsille, mutta käyttöä on laajennettu myös aikuisille ja ikääntyneille. Mittarin käyttö voi kuitenkin olla haastavaa, mikäli potilaalla on vähäinenkin kognitiivisten kykyjen alentuma. (Pesonen 2011, 156-160.)

PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) -mittari perustuu käyttäytymisen muutosten tarkkailuun viidessä eri havainnointikategoriassa (Taulukko 1). Pisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan numeroarvo asteikolla 0-10. (Kalso, ym. 2009, 470.)

TAULUKKO 1. PAINAD-kipumittari (Kalso, ym. 2009, 471)

| MUUTTUJA | 0 | 1 | 2 |
|----------------------|----------------------------|--|--|
| HENGITYS | NORMAALI | HENGITYS AJOITTAIN VAIVALLOISTA. LYHYT HYPERVENTILAATIO-JAKSO | HENGITYS ON ÄÄNEKÄSTÄ JA VAIVALLOISTA. PITKÄ HYPERVENTILAATIO-JAKSO |
| NEGATIIVINEN ÄÄNTELY | EI NEGATIIVISTA ÄÄNTELYÄ | SATUNNAISTA VAIKEROINTIA JA VOIHKKEITA. VALITTAVAA TAI MOITTIVAA HILJAISTA PUHETTA | RAUHATONTA HUUTELUA, ÄÄNEKÄSTÄ VAIKEROINTIA TAI VOIHKETTA JA ITKUA |
| KASVOJEN ILMEET | HYMYILEVÄ TAI ILMEETÖN | SURULLINEN, PELOKAS, TUIMA | IRVISTÄÄ |
| KEHON KIELI | LEVOLLINEN | KIREÄ, AHDISTUNUTTA KÄVELYÄ, LEVOTONTA LIIKEHDINTÄÄ | JÄYKKÄ, KÄDET NYRKISSÄ, POLVET KOUKUSSA, POIS VETÄMISTÄ TAI TYÖNTÄMISTÄ, RIUHTOMISTA |
| LOHDUTTAMINEN | EI TARVETTA LOHDUTTAMISEEN | ÄÄNI TAI KOSKETUS KÄÄNTÄÄ HUOMION MUUALLE JA TYYNNYTTÄÄ | LOHDUTTAMINEN, HUOMION POIS KÄÄNTÄMINEN MUUALLE TAI TYYNNYTTÄMINEN EI ONNISTU |

Kivun havainnointimittareiden tutkimus on vielä melko vähäistä, mutta ne ovat hyvä apu kommunikoimattoman potilaan kivun arvioinnissa. Arvioinnin tulee perustua aina samoihin kriteereihin, jotta saadut tulokset ovat keskenään vertailukelpoisia. PAINAD-mittarin etuja ovat sen nopeus, lyhyys ja helppokäyttöisyys. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 15.)

VAS on yleisimmin käytetty kipumittari, mutta ikääntyneillä on todettu kognitiivisen kyvyn heikettyä haasteita hahmottaa janaa (Kalso, ym. 2009, 474). Pesonen (2011, 156-160) on väitöskirjassaan tutkinut eri kipumittareiden toimivuutta muistihäiriöisille. Väitöskirjan lopputuloksissa VRS eli sanallinen kipumittari nousi parhaimmaksi arviointityökaluksi, kun potilaalla oli todettu keskivaikkea muistihäiriö (MMSE <17). Lievästi muistihäiriöiset onnistuivat käyttämään kaikkia kivunmittausmenetelmiä.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositukseen (2013, 12-14) on koottu tietoa eri tutkimuksista, jossa on vertailtu kipumittareita keskenään. Koosteesta käy ilmi, että numeraalinen ja sanallinen kipumittari oli potilaiden kannalta miellyttävin. VAS -mittarin hahmottaminen oli iäkkäille haastavaa ja heille tutkimusten mukaan numeraalinen kipumittari on parempi.

5.3 Kivun kirjaaminen

Suomen Anestesiologiyhdistys ry ja Suomen Kivunhoitoyhdistys ry (2012) ovat julkaisseet suosituksen akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta. Suosituksen tarkoituksena on edistää kivunhoidon kirjaamista potilasjärjestelmiin. Kipua tulee mitata säännöllisesti validoidulla mittarilla, jonka käyttö on opetettu potilaalle. Kipua tulee mitata levossa ja liikkeessä. Huomioitavaa on, että liikkeen tulee olla leikkauksen kannalta oleellinen, esim. polven taivuttaminen polviproteesileikkauksen jälkeen. Kipua arvioidaan potilasjärjestelmään vähintään kerran työvuoron aikana. Mikäli potilaan tila vaatii kivunhoitoa, tulee kivunhoitoon annetun lääkityksen tehoa arvioida (lääkkeestä riippuen odotetun vaikutusajan alettua), sekä odotetun lääkkeen vaikutusajan loputtua. Kipulääkityksen haittavaikutukset tulee myös kirjata säännöllisesti. Opioideja käytettäessä tulee arvioida sedation aste sekä pahoinvointi. (Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta 2012.) Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus (2013, 20-21) on yhteneväinen edellä esiteltyyn suositukseen. Kivun kirjaamisessa ja arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös, millaista kipua on ja millä alueella kipua esiintyy (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 14).

5.4 Ohjaamisen merkitys kivun hoidossa

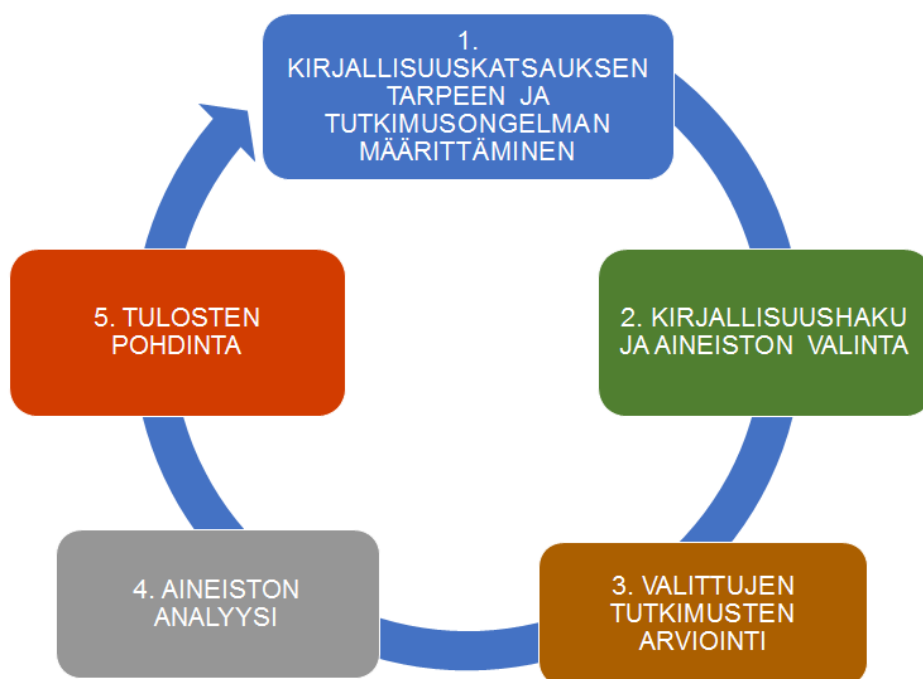
Potilaan ohjaamisen merkitystä ei voi turhaan korostaa sairaanhoitajan työssä, ja kirurgisessa hoitotyössä ohjaamisen merkitys korostuu erityisesti. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suositus (2013, 8-10) korostaa preoperatiivisen ohjauksen merkitystä kivunhoidon ja leikkauksesta toipumisen näkökulmasta. Tällöin on hyvä keskustella myös leikkauksesta toipumisesta, leikkauksen jälkeisestä kivusta ja käydä läpi kivun arviointia jo ennakkoon. Suositus korostaa myös potilaan ohjauksen tärkeyttä ja sen merkitystä osana kivun hoitoa. Potilas tarvitsee tietoa kivusta, kivunhoitomenetelmistä ja kivun arvioinnista. Onnistunut potilasohjaus vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta, lisää tyytyväisyyttä kivunhoitoon ja nopeuttaa paranemisprosessia. Oikea ohjaus sitouttaa potilaat omaan hoitoonsa ja hälventää vääriä käsityksiä, kuten esimerkiksi opioidien välttämistä lääkeriippuvuuden pelon takia. Monesti potilailla on myös käsitys, että kirurgisen operaation jälkeen kipu kuuluu kestäväksi, mikä hidastaa paranemisprosessia.

Sairaanhoitajan jokapäiväiseen työhön kuuluu potilaan ohjaaminen ja sen merkitys korostuu etenkin postoperatiivisesti, sillä leikkauksen jälkeen potilaalla voi olla tiettyjä rajoituksia, kuten esimerkiksi varauskielto polviproteesileikkauksen jälkeen. Vatsan alueen leikkauksen jälkeen oikeaoppinen nousutekniikka on erittäin tärkeää potilaan toipumisen kannalta, sekä myös kivunhoidon näkökulmasta. Oikea nousutekniikka myös estää haavakomplikaatioita sekä haavatyrien muodostusta. (Ahola, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2014, 102-103.)

6 OPINNÄYTETYÖMENETELMÄ

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jota on paljon käytetty hoitotieteessä. Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen muodoista. Sen avulla pyritään kuvailemaan viimeaikaista ja aiemmin aiheesta tehtyä tutkimusta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9.) Sillä pyritään aineistolähtöiseen, ymmärtämystä lisäävään ilmiön kuvaukseen. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291-292). Kirjallisuuskatsaus etenee prosessinmaisesti, ks. kuvio 5 (Stolt, ym. 2016, 24).



KUVIO 5. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Mukaillen Stolt, ym. 2016, 24-33)

Tutkimuskysymys on koko prosessia ohjaava tekijä. Tutkimuskysymys esitetään usein kysymyksen muodossa ja sen tulee olla riittävän rajattu, jotta tutkittavaa ilmiötä on mahdollista käsitellä riittävän syvällisesti. (Kangasniemi, ym. 2013, 295 & Stolt, ym. 2016, 24.)

Tutkimuskysymystä laadittaessa kannattaa tehdä alustavia kirjallisuushakuja, jotta pystyy hahmottamaan, onko kysymys liian laaja, jolloin haulla saatavaa materiaalia ei pystytä käsittelemään. Toisaalta liian rajatulla tutkimuskysymyksellä aineistoa ei löydy ollenkaan. (Stolt, ym. 2016, 24-25.) Tutkimuskysymyksen muotoiluun liittyy kirjallisuuskatsauksen kannalta niin eettisiä kuin luotettavuusnäkökulmia (Kangasniemi, ym. 2013, 292).

Aineiston haku ja -valintaprosessi kuvataan kirjallisuuskatsauksessa melko tarkasti. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta hakuprosessin tarkka kuvaus ja toistettavuuden mahdollisuus ovat tärkeitä. Aineistona käytetään yleensä vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia. (Stolt, ym. 2016, 27 & Kangasniemi, ym. 2013, 295-296.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineistovalintaprosessi voi olla muita kirjallisuuskatsauksia laajempi. Aineistoksi voidaan hyväksyä muitakin kuin tieteellisiä artikkeleita, mikäli niiden käyttö on perusteltua. Tutkimusaineiston valinta edellyttää jatkuvaa reflektointia tutkimuskysymyksen ja aineiston välillä. (Kangasniemi, ym. 2013, 296.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen heikkous on valitun materiaalin luotettavuus ja prosessi, millä käytetty tutkimusmateriaali valikoituu tutkimukseen. Laadunarviointia käytetään tutkimuksia valittaessa, mutta yleensä se ei kuitenkaan ole johtanut tutkimuksen hylkäämiseen katsauksessa. Aineiston valinnan jälkeen tutkimuksia arvioidaan. Arviointimenetelmä voi vaihdella, mutta arvioinnin tulee olla systemaattinen prosessi. (Stolt, ym. 2016, 9 & 28.)

Aineiston analysointivaiheessa aineistosta haetaan tutkimuskysymyksen kannalta merkittäviä asioita. Tutkimuskysymyksestä riippuen voi aineiston analysointitapa vaihdella suurestikin. Aineiston tarkastelu edellyttää aineiston laajaa hallintaa ja perehtymistä valittuihin tutkimuksiin. Aineiston analysointivaiheen jälkeen edetään tulosten pohdintaan, jossa pohditaan ja analysoidaan tuotettua tulosta. Pohdinta kiteyttää keskeisimmät tulokset. Pohdinnassa huomiota kiinnitetään niin sisällölliseen kuin menetelmälliseen näkökulmaan. Myös luotettavuus- ja eettisyysnäkökulmaa tulee analysoida koko prosessin ajalta. (Kangasniemi, ym. 2013, 296-298.)

6.2 Tutkimuskysymys

Työssämme tutkimuskysymyksiksi nousivat:

1. Miten postoperatiivinen kivunhoito toteutuu potilaan näkökulmasta?
2. Miten hoitohenkilökunta tunnistaa ikääntyneen potilaan kivun ja miten kivunhoito henkilökunnan mielestä toteutuu?

Ennakkokäsityksenä meillä oli, että kivunhoidon laatu voi vaihdella suuresti ja että kivun tunnistamisessa voi olla haasteita, mikäli potilas ei kykene kommunikoimaan. Lisäksi meitä kiinnosti eroavatko potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemykset toisistaan.

6.3 Aineiston kerääminen

Keräsimme aineistoa elektronisista tietokannoista kuten Medic ja CINAHL. Käytimme hyväksemme myös avointa Google-hakua ja Google Scholaria. Aiheeseemme liittyen on tehty myös käypähoitosuositus ja hoitotyön tutkimussäätiön hoitotyön suositus, joita käytimme opinnäytetyömme tukena lähinnä tietoperustaa laadittaessa.

Teimme mahdollisimman tarkkoja hakuja, yrittäen rajata hakutuloksen mahdollisimman pieneksi ja tutkimuskysymykseen vastaavaksi jo heti alkuun. Mikäli rajattu tarkka haku ei tuottanut tulosta laajensimme hakurajauksia. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Mukaanotto- ja poisjättökriteerit

| MUKAANOTTOKRITEERIT | POISJÄTTÖKRITEERIT |
|---|---|
| Tuoreus : Ikä < 10 vuotta | Ikä > 10 vuotta |
| Vertaisarvioitu tutkimus | Ei vertaisarvioitu tutkimus |
| Hoitotieteen näkökulma | Ei hoitotieteen näkökulmaa |
| Kieli: Suomi tai englanti | Kieli: Muu kuin suomi tai englanti |
| Ilmainen | Maksullisuus |
| Saatavissa LAMK:n opiskelijatunnuksilla | Ei saatavissa LAMK:n opiskelijatunnuksilla |
| Kokoteksti | Kokotekstiä ei saatavissa |
| Vastaa tutkimuskysymykseen | Ei vastaa tutkimuskysymykseen |
| Tutkimuksessa on huomioitu ikääntyneet | Tutkimuksessa ei ole huomioitu ikääntyneitä |

Medic-tietokannasta käytimme hakusanoja vanh*, ikään*, postoperat*, potilastyyty*. Rajasimme vuosiluvuksi 2008 eteenpäin ja vain kokotekstit. Tämä hakusanayhdistelmä tuotti yhteensä 2 kpl tutkimuksia, joista toinen, Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla, valikoitui vastaamaan tutkimuskysymykseemme.

Kristiina Mattilan väitöskirja Day Surgery in Finland: Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome (2010) löytyi etsiessämme aiheeseemme sopivia väitöskirjoja Helsingin yliopiston digitaalisesta arkistosta Heldasta. Hakusanoina käytimme postoperative pain, aged, satisfaction. Ikärajoituksena laitoimme vuosiluvut 2008-2018. Hakusanoilla löytyi 17 julkaisua, joten tarkempaa rajausta ei enää tarvittu. Suomalaisen yliopistojen väitöskirjat ovat aina vertaisarvioituja, joten voimme pitää lähdeä luotettavana.

Marja Silvastin (2001) väitöskirja "Patient-controlled postoperative analgesia: comparison of efficacy, side-effects and safety of various regimens" löytyi etsiessämme materiaalia teoriapohjaamme liittyen kipupumppuun. Kipupumpun (PCA) halusimme ehdottomasti ottaa mukaan työhömmme myös tutkimuksien osalta. Ensimmäisiä Googlen tietokannan hakutuloksia hakusanoilla "PCA väitöskirja" löytyi tiivistelmä Silvastin väitöskirjasta. Yritimme tuloksetta löytää kaikki kriteerimme täyttävää tutkimusta erilaisista tietokannoista. Päätimme ottaa Silvastin työn lopulta mukaan työhömmme, vaikkei se täyttänytkaan asettamaamme <10 vuoden iän kriteeriä. Löysimme Silvastin väitöskirjan kokonaisuudessaan Helsingin yliopiston tietokannasta Heldasta, hakusanana käyttimme työn nimeä.

CINAHL:sta etsimme kansainvälistä tutkimusaineistoa. Hakusanoina käyttimme postoperative pain, aged, satisfaction vuosirajauksella 2008-2017. Tietokanta ei näillä hakusanoilla antanut etsiä kuluvan vuoden lähteitä, ja hakusanoilla löytyi vain toivomiamme englanninkielisiä lähteitä, joten kielirajauksia ei tarvinnut tehdä. Laitoimme hakuehdoksi vertaisarvioinnin. Näillä hakuehdoilla löytyi yhteensä 19 tulosta, joista valitsimme itsellemme soveltuvimman lähteen "Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery" (2015) tekijöiltä Karabulut, Aktaş, Gürçayır, Yılmaz ja Gökmen.

Kainulaisen (2015) pro gradu -tutkielma valikoitui aineistoomme Google Scholarin avoimen haun kautta. Hakusanoina käyttimme muistihäiriö ja postoperatiivinen kipu. Haku tuotti 72 hakutulosta, joista vain Kainulaisen pro gradu valikoitui työhömmme.

Rantalan väitöskirja vuodelta 2014 valikoitui lähteeksemme Hynnisen (2016) väitöskirjan pohjalta. Hynnisen väitöskirjassa oli viitattu toiseen tutkimukseen, ja tämä vastasi tutkimuskysymykseemme täydellisesti.

Tampereen yliopiston julkaisuarkistosta TamPubista haimme hakusanoilla "postoperatiivinen" "kipu" ja "potilastyytyväisyys". Rajauksena asetimme kokotekstin "full text". Hakutuloksia oli kolme, joista kaksi sopi iältään työhömmme. Kirjallisuuskatsaukseemme valikoitui Susanna Pihlajamäen lisensiaatin tutkielma (2014) "Potilaiden postoperatiivinen vointi ja tyytyväisyys". Pihlajamäen työ vastasi tutkimuskysymykseemme hyvin ja tutkimukseen osallistui myös ikääntyneitä potilaita.

Opinnäytetyöhömmme valikoituneiden tutkimuksien hakuprosessi on eritelty taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Valikoituneiden tutkimusten hakuprosessi

| TEKIJÄ JA TEOS | HAKUKONE/ ARKISTO | HAKUSANAT JA RAJAUKSET | HAKU- TULOKSET (KPL) |
|---|--|--|-------------------------|
| Mattila Kristiina – Day surgery in Finland: randomized and cross-sectional studies on treatment, quality and outcome (2010) | Helda | Postoperative, Pain, Aged, Satisfaction Rajaus: 2008-2018 | 17 |
| Hynninen Nina – Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla (2016) | Medic | Vanh*, Ikään*, Postoperat*, Potilastyyty* | 2 |
| Silvasti Marja – Patient-controlled postoperative analgesia: comparison of efficacy, side-effects and safety of various regimens (2001) | 1. Google 2. Helda | 1. Kipupumppu PCA Väitöskirja 2. Työn nimi: Patient-controlled postoperative analgesia: comparison of efficacy, side-effects and safety of various regimens | 1. 137 2. 1 |
| Pihlajamäki Susanna – Potilaiden postoperatiivinen vointi ja tyytyväisyys (2014) | TamPub | Postoperatiivinen, kipu, potilastyytyväisyys Rajaus: Full text | 3 |
| Karabulut, N. ym. – Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery (2015) | CINAHL | Postoperative, pain, aged, satisfaction Rajaus: Vertaisarvioidut tutkimukset, englannin kieli, vuodet 2008-2017 | 19 |
| Kainulainen Aino – Muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kivun tunnistaminen hoitohenkilökunnan arvioimana (2015) | Google Scholar | Muistihäiriö Postoperatiivinen Kipu | 72 |
| Rantala Maija – Nurses' evaluations of postoperative pain management in patients with dementia (2014) | Työ löytyi Nina Hynnisen väitöskirjan pohjalta | - | - |

6.4 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Kirjallisuuskatsauksemme tutkimuksiksi valikoitui yhteensä seitsemän tutkimusta jotka vastaavat tutkimuskysymyksiimme. Neljä valikoiduista tutkimuksista käsittelee potilaan näkemystä kivunhoidon toteutumisesta sekä potilastyytyväisyyttä. Kolme tutkimusta käsittelee hoitohenkilökunnan näkökulmaa.

Day Surgery in Finland: randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome on Mattilan väitöskirja vuodelta 2010. Väitöskirjassa on tutkittu yleisesti potilaiden tyytyväisyyttä leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoonsa, sekä deksametasonin käytön vaikutuksesta kipuun vaivaisenluuleikkauksen jälkeen kyselytutkimuksen avulla. (Mattila 2010, 6-7). Tutkimuksessa käsitellään kattavasti leikkauksen jälkeistä kipua.

Karabulutın, Aktaşın, Gürçayırın, Yılmazın ja Gökmenin (2015) tutkimuksessa "Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery" tutkittiin potilastyytyväisyyttä sydänleikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 52 potilasta ikähaarukassa 25-77 vuotta, eli ikääntyneitäkin oli mukana tutkimuksessa. Tutkimuksessa potilailta on kerätty tietoa tyytyväisyydestä kivunhoitoon sekä yleisesti potilastyytyväisyydestä toimenpiteen jälkeen. Tutkimuksessa nousee hyvin esille leikkauksen jälkeen koettu kivun määrä ja potilastyytyväisyys.

PCA:n käyttöön liittyvää potilastyytyväisyyttä on tutkittu Marja Silvastin (2001) väitöskirjassa. Tutkimuksessa PCA-hoitoa käytettiin vaikeiden selkä-, polvi- ja leukaleikkausten yhteydessä, sekä rinnan korjausleikkauksissa. Annostelua käytettiin joko laskimoon tai epiduraalisesti yhteensä 274:llä potilaalla. Väitöskirjassa nousee hyvin esille potilastyytyväisyys liittyen PCA:n sekä ikääntyneen potilaan hoitoon liittyvä näkökulma.

Pihlajamäen (2014) tutkimuksessa selvitettiin potilaiden toipumista, komplikaatioita sekä potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 100 suuressa tai keskisuuressa leikkauksessa ollutta potilasta, ja heidät haastateltiin toisena tai kolmantena postoperatiivisena päivänä. Haastateltavat olivat keski-ikänsä 60,5 vuotta, vanhin haastateltava potilas oli 92-vuotias. Haastateltavat olivat useiden eri erikoisalojen potilaita (gastroenterologia, ortopedisiä, urologisia, plastiikkakirurgisia, verisuonikirurgisia sekä yleis- ja käsikirurgisia). 85 %:lla potilaista oli kivunhoidonmenetelmänä epiduraali tai kipulääkkeenä pitkävaikutteinen oksikodoni. Seitsemän prosenttia potilaista sai ainoastaan parasetamolia ja/tai NSAID:a. Tutkimuksessa tulee hyvin esille koetun kivun määrä ja yleisyys leikkauksien jälkeen.

Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla on Hynnisen väitöskirja vuodelta 2016 Oulun yliopistolta. Väitöskirjassa tutkittiin ikääntyvän muistisairaahan potilaan hoitoa kirurgisella vuodeosastolla potilaiden, omaisten, hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin kaksiosaisena. Ensimmäinen osa koostui kvalitatiivisesta tutkimuksesta, jossa aineisto kerättiin ko. ryhmiltä yksilö- pari- sekä ryhmähaastatteluina. Tutkimuksen toinen vaihe toteutettiin kvantitatiivisella tutkimuksella, jossa aineistoa kerät-

tiin kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunnalta. (Hynninen 2016, 5). Hynnisen väitöskirjassa nousee hyvin esiin muistisairauden aiheuttamat ongelmat kivunhoidon taustalla, sekä kivun tunnistamisen haastavuus, kun potilas ei sitä itse osaa kertoa.

Rantalan (2014) väitöskirja käsittelee muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden postoperatiivista kivunhoitoa hoitohenkilökunnan arvioimana. Tämä väitöskirja vastaa erittäin hyvin tutkimuskysymykseemme kivunhoidon toteuttamiseen hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirjan tutkimus toteutettiin seitsemällä yliopistollisen sairaalan ja kymmenellä keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät olivat hyvän kivunhoidon esteenä, miten hyvin hoitohenkilökunta tunsi kipulääkkeiden haittavaikutukset ja mitkä tekijät vaikuttivat kivunhoidon riittävyden arviointiin.

Kainulaisen (2015) pro gradu -tutkielma käsittelee muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kivun tunnistamista hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimuksessa on käytetty hyväksi Rantalan (2014) väitöskirjaansa varten kehittämän mittarin kehonkieltä ja käyttäytymismuutoksia käsittelevää osaa. Kainulaisen tutkimus on erittäin mielenkiintoinen tutkimuskysymykseemme kannalta juuri kivun tunnistamisen näkökulmasta. Kivun tunnistaminen on kivunhoidon lähtökohta ja sen merkitystä ei voi liikaa korostaa. Tutkielmassa korostuu työkokemuksen merkitys kivun tunnistamisessa.

6.5 Aineiston analyysi

Sisällönanalyyysissä pyritään kuvaamaan aineistoa objektiivisesti ja systemaattisesti. Aineistoa pyritään pelkistämään ja hahmottamaan aineistosta olennaiset kohdat. (Kynäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139-140.) Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista pyritään luomaan jäsentynyt kokonaisuus, joka analysoi katsaukseen valittuja tutkimuksia. (Kangasniemi, ym. 2013, 296.) Käsitelimme aineistoamme induktiivisella sisällönanalyyysimenetelmällä. Induktiivisessä menetelmässä edetään aineiston ehdoilla. Induktiivisessä sisällönanalyyysissä syntyy abstrahoinnin kautta käsitteitä. (Kynäs, ym. 2011, 139-140.)

Analysoimme valittujen tutkimusten tuloksia ja hahmottelimme tutkimuksista teemoja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiimme. Liitteissä 1 ja 2 on avattu tulosten analyysiprosessia. Potilaan näkökulmasta etsimme tutkimusten väliltä yhtäläisyyksiä seuraaviin teemoihin: koetun kivun määrä, kivun hoidon laatu ja potilastyytyväisyys sekä kivunhoidon haasteet potilaan näkökulmasta. Nämä nousivat aineiston pääteemoiksi vastaamaan tutkimuskysymyksiimme. Hoitajan näkökulmasta yhteisiksi teemoiksi tutkimustulosten perusteella valikoituivat kivun hoidon toteutuminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta, ikääntyneen kivun tunnistaminen ja siihen liittyvät haasteet sekä kivunhoidon haasteet hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Potilaiden kokema kipu

Mattilan (2010, 68), Pihjalamäen (2014, 14-15) että Karabulutin ym. (2015, 20) tutkimuksissa kipu oli yleinen oire potilailla leikkauksen jälkeen.

Mattilan väitöskirjassa (2010, 7,47) valtaosa potilaista koki oireita päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen. Aikuispotilaiden yleisin oire oli kipu: Yli puolet (57%) potilaista koki kipua leikkauksen jälkeen, ja kipu olikin yleisin syy sairaalassa yöpymiselle. Kipulääkityksestä huolimatta 21% potilaista kärsi vaikeasta tai kohtalaisesta kivusta heti leikkauksen jälkeen, ja viikon kuluttua leikkauksesta oireita oli edelleen 24 %:lla potilaista.

Karabulutin ym. (2015, 20) tutkimuksessa suurin osa potilaista kärsi leikkauksen jälkeen keskivaikeasta kivusta tai kivusta, joka oli pahinta ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä ja erityisesti mobilisoituessa. Kipu häytti myös yöunta 73 %:lla potilaista.

Myös Pihlalajamäen (2014, 14-15, 17) tutkimuksessa haastateltujen potilaiden suurin ongelma leikkauksen jälkeen oli kipu: Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä 85% potilaista koki kipua. Kovaa tai sietämätöntä kipua koki 46% potilaista, ja heistä noin puolet (24%) koki kovaa tai sietämätöntä kipua vielä kolmantena postoperatiivisena päivänä. Suurin osa potilaista koki kuitenkin oireensa lievinä, ja pahoinvoinnista kärsineet potilaat kokivat voinnissaan enemmän suuria ongelmia kuin pelkästä kivusta kärsineet potilaat. Koetun kivun määrässä ei ilmennyt eroja erikoisaloittain.

7.2 Kivunhoidon laatu ja potilastyytyväisyys

Mattilan (2010, 7), Silvastin (2001, 35) sekä Karabulutin ym. (2015, 20) tutkimuksissa potilastyytyväisyys osoittautui korkeaksi, ainoastaan Pihjalajamäen (2014) tutkimuksessa ei oltu eritelty potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa kivunhoitoon.

Deksametasonia käyttäneet potilaat arvioivat kipunsa alhaisemmaksi, ja tarvitsivat huomattavasti vähemmän opiaatteja kipunsa hoitamiseen kuin plaseboa saaneet potilaat. Haittavaikutuksia deksametasonin lyhytaikaisesta käytöstä ei ilmennyt. Mielenkiintoiseksi yksityiskohdaksi osoittautui se, että sekä deksametasonia saaneet potilaat, että plaseboa saaneet potilaat olivat tyytyväisiä kipunsa hoitoon, ja olisivat valinneet saman kivunhoidon uudelleen, vaikka ero kipulääkkeen tarpeessa ja kivun määrässä oli merkittävä verrokkiryhmien kesken. (Mattila 2010, 7, 59.)

Silvastin (2001, 9, 25, 39-40) väitöskirjan tuloksena suurin osa potilaista koki saaneensa hyvää kivunlievitystä, mutta sivuoireina esiintyi pahoinvointia ja oksentelua. Lääkkäiden potilaiden kohdalla epiduraalinen itseannostelumenetelmä osoittautui turvalliseksi ja tehokkaaksi kivunhoidon menetelmäksi.

Karabulutin ym. (2015, 20-21) Tutkimuksessa potilaiden tyytyväisyys hoitohenkilökuntaan oli hyvää, pisin aika jonka potilaat odottivat kipulääkettä, oli n. 15min. Kivunhoitoon oli tyytyväisiä 80% potilaista. Positiivisena koettiin myös se, että hoitohenkilökunta oli pyytänyt potilaita ilmoittamaan heille heti, jos kipua ilmenee. Tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaat kokevat suurempaa tyytyväisyyttä hoitoonsa, jos he saavat kipuun liittyen ohjausta ja neuvontaa hoitohenkilökunnalta.

7.3 Kivunhoidon haasteet potilaan näkökulmasta

Silvastin (2001, 39-41) tutkimuksessa PCA:n todettiin olevan turvallinen kivunhoidon menetelmä ikääntyneellekin potilaalle, mutta ikääntyneillä potilailla oli nuorempia potilaita enemmän vaikeuksia laitteen käytössä. Lisäksi ikääntyneillä on riski toimenpiteen jälkeiseen sekavuuteen, mikä voi edelleen vaikeuttaa laitteen käyttämistä.

Karabulutin ym. (2015, 20-21) Tutkimuksessa potilastyytyväisyys oli korkeaa, ja kipulääkkeen sai pääasiassa nopeasti. Valitettavasti kuitenkin 5 potilasta oli joutunut odottamaan lääkettä yli 15 minuuttia, ja yksi potilas ei saanut lääkettä ollenkaan. Vain pienelle osalle eli neljälle potilaalle oli tarjottu lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä, kuten kylmähoitoa.

7.4 Kivunhoidon toteutuminen hoitajan näkökulmasta

Tutkimusmateriaalimme mukaan ikääntyneiden kivunhoito on usein puutteellista (Hynninen 2016, 24 & Rantala 2014, 7). Rantalan (2014, 7, 54) väitöskirjan mukaan yli puolet tutkimukseen osallistuneista hoitajista piti dementoituneiden lonkkamurtumapotilaiden postoperatiivista kivunhoitoa riittävänä. Pientä lievää kipua, joka ei vaikuta päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen pidettiin leikkauksen jälkeiseen prosessiin kuuluvana.

Riittämätön kivunhoito pitkittää sairaalassa oloaikaa, hidastaa toipumista sekä pahentaa muistisairauden aiheuttamia käytösoireita. Pahimmillaan riittämätön kivunhoito näyttäytyy äkillisenä sekavuustilana. Suurimmaksi haasteeksi nousee kognitiivisten taitojen heikentyminen muistisairauden vuoksi. Potilas ei osaa ilmaista kipua tai unohtaa kokemansa kivun. (Hynninen 2016, 24.)

Lääkkeellistä kivunhoitoa toteutettiin usein parasetamolin ja vahvan opioidin yhdistelmällä. Usein käytössä oli myös NSAID ja lievä opioidi. Vaihtelu eri hoitoyksiköiden välillä oli vähäistä. Lääkkeiden annostelu suun kautta oli yleisin antotapa. Vahvojen opioidien haittavaikutukset tunnettiin väitöskirjan mukaan melko hyvin. Dementiaa sairastavien kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi koettiin myös haastavaksi, mikä vaikeutti kivunhoitoa jatkossa. (Rantala 2014, 50-57.)

Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä tunnettiin melko hyvin ja lonkkamurtumapotilailla niistä olivat aktiivisimmassa käytössä erilaiset tukityynyt asennon tukemiseen sekä paineen poistamiseen, ja myös kylmähoitoa kivun lievityksessä käytettiin. Kuusi prosenttia hoitajista raportoi musiikin kuuntelun olevan käytössä heidän yksikössään. Musiikkia ei niinkään mielletty kipua helpottavaksi vaan vähentämään ahdistusta ja luomaan hyvää mielialaa. (Rantala 2014, 20, 85.)

7.5 Ikääntyneen kivun tunnistaminen ja siihen liittyvät haasteet

Kainulainen (2015, 2) ja Rantala (2014, 7) nostavat tutkimuksissaan dementiaa sairastavan potilaan kivun tunnistamisen vaikeuden suurimmaksi haasteeksi riittävälle kivunhoidolle. Kainulaisen (2015, 30-38) pro gradu -tutkielmassa selvitettiin hoitohenkilökunnan kykyä havainnoida muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kipua. Tutkielmassa nousi vahvasti esiin hoitajan työkokemus. Kokeneet hoitajat tunnistivat potilaan kipua paremmin käyttäytymisen muutoksista sekä eleistä ja ilmeistä kuin vähemmän työkokemusta omaavat. Samoin vakituiset työntekijät tunnistivat kipua paremmin kuin sijaiset. Negatiivinen ääntely ja kasvojen ilmeiden muutokset kivun ilmentymänä olivat helpoiten tunnistettavissa, samoin jäykkyys, operoidun kehon osan varominen ja jännittyneisyys tunnistettiin hyvin. Epäasiallisen käytöksen, kuten sanallisen loukkaamisen, osasi tunnistaa kivun merkiksi vain 47% hoitajista. Samoin vaeltelun ja heijaamisen tunnistettiin mahdolliseksi kivun merkiksi vain 45 %.

Vaikka kivun tunnistamista pidettiin haastavana Rantalán tutkimuksessa (2014, 63) vain kolmasosa hoitajista kertoi yksikössään käytettävän kipumittareita. Dementiaa sairastavilla kipuärsykkeiden määrä ei ole vähentynyt, mutta kivun sietokyvyn on todettu monissa tutkimuksissa nousseen. Kivun hoidon edellytyksenä on kivun tunnistaminen, kivun tunnistaminen ja se onnistuu parhaiten suoran kysymyksen kautta tai käyttäytymistä havainnoimalla. Suoraa kysymystä kivusta ja sen voimakkuudesta pidetään parhaana, mikäli potilaalla ei ole vakavia rajoituksia kommunikaatiokyvyssä. Tutkimuksen mukaan lievää ja keskivaikeaa dementiaa sairastavat kykenevät arvioimaan kipuaan luotettavasti suoraan kysymykseen vastaamalla. Eniten käytetyt kipumittarit olivat VAS ja NRS. (Rantala 2014, 9, 63.) Hynninen (2016, 24) suosittelee väitöskirjassaan PAINAD-kipumittarin käyttöä

muistisairaiden kivun arvioinnissa, koska se huomioi ikääntyneen käyttäytymisen muutokset.

7.6 Kivunhoidon haasteet hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Hoitajan näkökulmasta esteeksi potilaan kivunhoidolle nostettiin potilaan kielteinen asenne (Hynninen 2016, 46 ja Rantala 2014, 23). Potilas saattoi luulla hoitajan tuomaa kipulääkettä myrkyksi tai hän ei mielestään tarvinnut kipulääkettä. Kielteisen asenteen taustalla havaittiin usein olevan syynä se, että potilas ei tiennyt minkä takia hän oli osastolla. Kielteinen asenne aiheutti myös ristiriitatilanteita omaisten ja hoitajien välillä, kun sekä omaisten että potilaiden taholta nousi esiin riittämätön kivunhoito. (Hynninen 2016, 46, 50.) Rantalan (2014, 52) mukaan potilaat vähätelivät kipuaan. He kokivat myös, että eivät halua häiritä hoitajia/ lääkäreitä tuomalla kipuaan esiin. Riittävän postoperatiivisen kivunhoidon haasteeksi nostettiin myös potilaan haluttomuus ottaa opioideja.

Vaikka postoperatiivinen kivunhoito ja sen toteutuminen on todettu haastavaksi eri tutkimuksissa, mielenkiintoista on, että hoitohenkilökuntaa ei ole lisäkoulutettu asian tiimoilta. Rantalan (2014, 69) väitöskirjassa vain noin kuusi prosenttia hoitohenkilökunnasta ilmoitti saaneensa lisäkoulutusta kivunhoitoon.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä, ja kaikki kivunhoidon menetelmät eivät sovi yhtä hyvin kaikille potilaille. Tärkeää onkin ottaa potilas yksilöllisesti huomioon kivunhoitoa suunniteltaessa. Potilaan yksilöllisyyden huomiointi korostuu jo teoriaperustassamme.

Tutkimuksiemme mukaan potilastyytyväisyys oli pääasiassa korkeaa, ja valtaosa potilaista olisi valinnut saman kivunlievityksen uudelleen. Tyytyväisyys hoitohenkilökunnan toimintaan oli pääosin hyvää. Kehittämisen paikkoja kuitenkin on: Osa potilaista joutui odottamaan kipulääkettä liian kauan, ja lääkkeettömiä kivunhoidonmenetelmiä on käytetty verrattain vähän. Valtaosa lääkkeettömistä kivunhoidonmenetelmistä on helppoja, edullisia ja nopeita keinoja potilaan voinnin parantamiseksi, joten niitä tulisi hoitotyössä hyödyntää enemmän.

Tutkimustulostemme mukaan potilaat jotka olivat saaneet ohjausta ja neuvontaa olivat tyytyväisempiä hoitoonsa. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitotyön suositus (2013) korostaa myös ohjauksen merkitystä. Hoitotyön suositus korostaa potilasohjaus vähentää pelkoa, parantaa kivunhoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä, sekä parantaa potilaan sitoutumista hoitoonsa sekä paranemista. Kohtaamisen ja ohjaamisen merkitys on siis merkittävää potilastyytyväisyyttä ajatellen.

Ikääntyneen potilaan kivun sietokyvyssä havaitsimme ristiriidan teoriaperustamme ja tutkimustulosten välillä. Kalso, ym. (2009, 470) toteavat, että ikääntynyt hyväksyy nuorta potilasta paremmin leikkauksen jälkeistä kipua. Myös Tilviksen (2004) artikkelissa todetaan, että vanhukset kärsivät nuoria useammin kivuista, mutta leikkauksien jälkeen kivun laatu ja voimakkuus ovat kuitenkin nuorempia potilaita vähäisempiä. Hänen artikkelissaan kerrotaan myös, että kiputunnon lisäksi suhtautuminen kipuun muuttuu iän myötä, koska ikääntyminen tuo kipuja mukanaan. Pihlajamäen (2014, 14) tutkimuksessa taas yli 60-vuotiaat potilaat kärsivät herkemmin kivusta verrattuna nuorempiin potilaisiin.

Muistisairaiden kivunhoitoa pidetään puutteellisena, johtuen potilaan kognitiivisten taitojen ja itsensä ilmaisun heikkenemisestä, mutta myös hoitohenkilökunnan kyvystä tunnistaa muistisairaahan kipua. Kainulaisen (2015, 2) väitöskirjassa havaittiin puutteita hoitohenkilökunnan kyvyssä tunnistaa muistisairaahan potilaan kipua. Mielenkiintoista on, että valitsemme tutkimusten mukaan kipumittareita käytettiin vain joka kolmannessa yksikössä (Rantala 2014, 63). Tämä on ristiriidassa Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitotyön suosituksen (2013) kanssa joka korostaa kipumittareiden käyttöä kivun arviointiprosessissa. Myös kokemuksemme terveydenhuoltoalalta

on ristiriidassa tämän kanssa. Kokemuksemme mukaan kipumittareita käytetään yksiköissä melko laajasti.

Rantalan väitöskirjassa (2014, 49) kerrotaan myös, että vain kuusi prosenttia tutkimuksessa mukana ollutta hoitajaa oli saanut lisäkoulutusta kivunhoitoon. Määrä kuulostaa alhaiselta siihen nähden, että tutkimus oli toteutettu yhteensä 17 sairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Tämä on ristiriidassa myös teoriaperustamme kanssa. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus (2013, 21-23) suosittaa henkilökunnalle säännöllistä lisäkoulutusta kivun hoidosta. Tutkimusten mukaan lisäkoulutuksella asenne kivunhoitoa kohtaan parani, kipua arvioitiin useimmin käyttäen kipumittaria sekä kivun kirjaaminen parantui.

Hoitohenkilökunnalta kysyttäessä kivunhoito koettiin riittäväksi, mutta potilaan ja omaisten näkemys saattoi poiketa tästä paljonkin. Muistisairaat ovat kuitenkin kivunhoidon erityisryhmä, ja hoitohenkilökunta tarvitsee tietoa tämän erityisryhmän mahdollisimman hyvästä hoitamisesta. Lääkkeellinen kivunhoito oli hyvin pitkälti samanlaista eri yksiköissä, ja lääkkeiden haittavaikutukset tunnettiin hyvin. Tästä voidaan päätellä, että Suomessa on hyvin yhtenäinen kivunhoidon malli, eikä merkittäviä eroja esiinny alueittain. Tämä on hieman ristiriidassa teoriaperustamme kanssa, jossa kivunhoidon laadun todettiin vaihtelevan suuressakin eri yksiköiden välillä.

Deksametasonin hyödylliset vaikutukset havaittiin vaivaisenluuleikkauksen jälkeen. Deksametasonia saaneiden potilaiden kipulääkkeen tarve oli merkittävästi alhaisempi, kuin plaseboa saaneen verrokkiryhmän. (Mattila 2010, 7). Tutkimustulos tuki Mattilan mukaan aikaisempia tutkimustuloksia aiheesta. Myös Kontinen ja Hamunen (2015, 1924) kertovat artikkelissaan deksametasonin hyödyllisistä vaikutuksista potilaan kokeman kivun määrään leikkauksen jälkeen.

PCA koettiin tehokkaaksi tavaksi hoitaa potilaan kipua (Silvasti 2001, 9). Potilaan annosteleva PCA koettiin Kontisen ja Hamusen artikkelissa (2015, 1923.) tehokkaammaksi kivunhoitomuodoksi kuin perinteisesti hoitajan annosteleva kipulääke.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimustyö on luotettavaa ja eettistä vain, jos sen toteuttamisessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen tutkimuseettisestä näkökulmasta kuuluu avoimuus, tarkkuus ja rehellisyys. Toisten tutkijoiden työlle on annettava sille kuuluva arvostus ja heidän töihinsä on viitattava asiaankuuluvalla tavalla. Myös mahdolliset tutkimuslupa-asiat on hoidettava asiaan kuuluvalla tavalla. Tutkimuksen rahoitus, ja sidonnaisuudet on tuotava esiin kaikille tutkimukseen osallistuville,

ja ne on raportoitava myös tutkimuksen tuloksissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6-7.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettisyyden ja luotettavuuden pohtiminen tulee olla osana jokaista prosessin vaihetta. Prosessin läpinäkyvyys ja toistettavuus ovat tärkeitä hyvän tutkimusetiikan noudattamisen kannalta. Koko kirjallisuuskatsausprosessia voidaan pitää melko subjektiivisena. Subjektiivisuus voi näkyä aina tutkimuskysymysten laadinnasta aineiston valintaan ja sen analysointiin. Työssämme on kaksi tekijää, joten olemme voineet hyödyntää useampia näkökulmia opinnäytetyöprosessissa, eivätkä johtopäätökset ole vain yhden ihmisen tulkintoja. Eettisessä näkökulmassa korostuu tutkimuskysymyksen muotoilu. Luotettavuusnäkökulma tulee esiin myös tutkimuskysymystä laadittaessa sekä tutkimusaineistoa valittaessa ja sen valintaa perusteltaessa. (Kangasniemi, ym. 2013, 292, 297.) Tutkimuskysymyksemme on mietitty hoitotyön näkökulmasta. Olemme työssämme pyrkineet puolueettomuuteen, rehellisyyteen ja avoimuuteen. Tutkimustulosten mukaanotto- ja poisjättökriteerit on esitetty työssä ja olemme perustelleet tutkimusvalintoja niitä tehdessämme. Tietoperustan ja työkokemuksemme perusteella meillä oli postoperatiivisesta kivunhoidosta jonkinlainen ennakkokäsitys, mutta pyrimme parhaamme mukaan tarkkailemaan tutkimustuloksia ilman ennakoasenteita.

Tutkimuslupaa emme kirjallisuuskatsaukseen tarvitse. Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Lahden ammattikorkeakoulu. Minkäänlaisia sidonnaisuuksia kirjoittajilla ei ole ja rahoitusta emme opinnäytetyöhömme ole saaneet.

Tutkimuskysymyksemme ovat laajoja, ja niihin vastaaminen luotettavasti vaatii perehtymästä useisiin eri tutkimuksiin. Me olemme valinneet seitsemän eri tutkimusta, joiden pohjalta voimme jo tehdä luotettavasti päätelmiä potilaan kokemuksista ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta lisää vielä se, että työhömme valitut tutkimukset kuvaisivat samaa potilasryhmää (erikoisala, leikkauksen laatu) ja samanlaisia kivunhoidon menetelmiä. Nyt työssämme on esimerkiksi käsitelty yhden tutkimuksen perusteella yleistä kivunhoidonmenetelmää PCA:ta, ja tämän kivunhoidon laajempaan kokemukseen tarvittaisiin useampi eri tutkimus. Koemme kuitenkin, että tämäkin tutkimus on tehty sen verran suurella potilasaineeksella, että sitä voi pitää luotettavana edelleenkin.

Lähdekritiikin merkitys ja lähteiden tuoreuden merkitys korostuvat opinnäytetyömme luotettavuudessa. Käytimme alle 10 vuotta vanhoja lähteitä vastaamaan tutkimuskysymykseemme. Muutamaa tätä vanhempaa lähdetä on käytetty tietoperustan lähteenä. Kyseisiä lähteitä on käytetty myös käypähoitosuosituksen tai hoitotyön suosituksen lähteenä, joten lähteitä voi pitää edelleen ajantasaisina ja näyttöön perustuvina. Marja Silvestin väitöskirja liittyen PCA:n (2001) oli toivottua vanhempi lähde, mutta emme löytäneet aiheesta

tuoreempaa tutkimustietoa. Halusimme kuitenkin sisällyttää myös PCA:n työhömmme, koska tämä on verrattain yleinen kivunhoidon menetelmä leikkausten jälkeen, ja koska tutkimus vastasi hyvin tutkimuskysymykseemme. Tutkimuksiin valikoitui ainoastaan vertaisarvioituja tutkimuksia, mikä tukee niiden luotettavuutta.

8.3 Johtopäätökset

Mielestämme opinnäytetyömme onnistui vastaamaan tavoitteeseemme. Tavoitteenamme oli korostaa laadukkaan postoperatiivisen hoidon merkitystä ikääntyneen potilaan näkökulmasta. Tietoperustassamme avasimme sekä lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon periaatteita painottaen ikääntyneen näkökulmaa. Tutkimuskysymyksessämme halusimme tutkia, miten kivunhoito toteutuu sekä potilaan että hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Löysimme laadukkaita ja pääasiassa tuoreita lähteitä, jolla pystyimme avaamaan ikääntyneen postoperatiivisen kivunhoidon näkökulmaa.

Tutkimuksissa potilastyytyväisyys osoittautui korkeaksi, erityisesti jos potilaat olivat saaneet kivunhoitoonsa ohjausta. Kehittämisen kohteitakin löytyi: Osa potilaista oli joutunut odottamaan kipulääkettä liian kauan, ja tutkimusmateriaalissa nousi esiin myös tilanne, jossa potilas ei saanut kipulääkettä ollenkaan. Myös lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä oli hyödynnetty verrattain vähän. Tulevassa työssämme sairaanhoitajina ymmärrämme varhaisen kivunhoidon merkityksen potilaan voinnin kannalta, sekä sen, kuinka suuri vaikutus lääkkeettömillä menetelmillä ja läsnäololla voi olla.

Mielestämme työmme toimii hyvänä tietopakettina niin valmiille sairaanhoitajille, kuin sairaanhoitajaopiskelijoille kuten tavoitteeksemme asetimme. Olemme myös itse saaneet runsaasti tietoa teemaan liittyen.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Löysimme vain muutamia tutkimustuloksia, jossa oli tutkittu varsinaisesti potilaan tyytyväisyyttä nimenomaan kivun hoitoon. Tämä on aihe, jota mielestämme tulisi tutkia lisää. Mielienkiintoista olisi tehdä samoilla osastoilla tutkimusta siitä, miten potilaat kokevat postoperatiivisen kivunhoidon ja miten hoitohenkilökunta kokee toteuttaneensa kivunhoitoa.

Ikääntyneiden potilaiden leikkauksen jälkeiseen kipuun ja potilastyytyväisyyteen olisimme kaivanneet enemmän tutkimustuloksia. Ikääntynyt potilas rajautui usein työssä muistisairaisiin, tai ikääntyneet olivat nuorempien potilaiden kanssa yhdessä tutkimuksen kohdeyhtymänä. Jatkotutkimusehdotuksena esitämme nimenomaan ikääntyneen potilaan tyytyväisyyttä kivunhoitoon leikkauksen jälkeen.

Kipupumppuun (PCA) liittyen löysimme vain vähän varsinkin Suomessa tehtyjä tutkimuksia, ja tämän suhteen olisi hyvä tehdä uusi tuore tutkimus. PCA on kuitenkin yleinen kivunhoidon menetelmä leikkausten jälkeen. Myös ikääntyneen ja nuoremman potilaan kipukokemuksen eroon olisi hyödyllistä saada tuore tutkimus, koska ristiriitoja löytyy eri lähteiden väliltä.

Sairaanhoitajan työn näkökulmasta postoperatiivinen kivunhoito on avainasemassa leikkauksesta toipumisessa ja kuntoutumisessa. Erittäin mielenkiintoinen havainto oli Rantalán (2014) väitöskirjan tieto, että vain kuusi prosenttia hoitohenkilökunnasta oli saanut lisäkoulutusta postoperatiiviseen kivunhoitoon. Mielenkiintoista olisi tutkia miten lisäkoulutus parantaa kivunhoitoa ja kivun tunnistamista. Oletamme, että lisäkoulutuksella kivunhoidon laatu kokonaisuudessaan paranisi. Lisäkoulutuksella postoperatiivisen kivun tunnistaminen tehostuisi, kivunhoito paranisi ja kirjaaminen olisi laadukkaampaa. Kainulaisen (2015) pro gradu -tutkielmassa kivun tunnistaminen oli parempaa, kun työvuosia oli takana useita. Mielenkiintoista olisi tutkia, hyötyykö vähemmän työkokemusta omaava hoitohenkilökunta lisäkoulutuksesta ja/tai miten kokeneempien hoitajien tietotaito saataisiin siirrettyä eteenpäin.

LÄHTEET

Ahola, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. Helsinki: SanomaPro

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus 2013. Hoitotyön tutkimussäätiön asettamatyöryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö [viitattu: 30.8.2018]. Saatavissa: www.hotus.fi

Bell, L. & Duffy, A. 2009. Pain assessment and management in surcial nursing: a literature review. British Journal of nursing. Vol 18(3), 153-156 [viitattu: 31.8.2018]. Saatavissa Lahden ammattikoulun sisäisin tunnuksin: <http://web.b.ebscohost.com/aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=fb8ba7b4-17cb-41a2-8f45-20e520082149%40pdc-v-sessmgr05>

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Duodecim [viitattu 03.09.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00086>

Hagelberg, N. & Haanpää, M. 2015. Voiko kivun kroonistumista ehkäistä? Duodecim 2015;131:249–54 [viitattu 07.11.2018]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12064>

Herr, K., Bjoro, K. & Decker, S. 2006. Tools of assessment of pain in nonverbal adults with dementia: A state-of-science review. Journal of pain and symptom management, 31(2) 170-192 [viitattu: 15.9.2018]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00611-1/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(05)00611-1/fulltext)

Hynninen, N. 2016. Ikääntynyt muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Väitöskirja; Oulun yliopisto [viitattu: 26.9.2018]. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta [viitattu: 17.10.2018]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

International Association for the Study of Pain. 2017. Taxonomy. [viitattu 19.01.2018]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navitemNumber=576>

Joanna Briggs Institute. 2009. Musiikki interventiona sairaalassa. Best Practice 13(3). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Kohonen, A. & Pölkki, T. [viitattu: 21.3.2018]. Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2009-3_0.pdf

- Kainulainen, A. 2015. Muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kivun tunnistaminen hoito-henkilökunnan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150448/urn_nbn_fi_uef-20150448.pdf
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Aistimuksesta tuntemukseksi: kipujärjestelmä kokonaisuutena. Duodecim [viitattu 28.10.2018]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin: <http://www.oppiportti.fi/op/kip00801/do>
- Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvailevakirjallisuuskatsaus: eteneminen, tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede, 2013(25), 291-301.
- Kankkunen, P. 2011. Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuuta. Sairaanhoidaja 9, 22–24.
- Karabulut, N. Aktaş, Y. Gürçayır, D. Yılmaz, D. Gökmen, V. Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery. 2015. Australian Journal of Advanced Nursing, Mar-May2015; 32(3): 16-24 [viitattu 04.10.2018]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=8d1845c8-173f-45ae-a99f-2a16376f321b%40sessionmgr103&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtGIZZQ%3d%3d#db=c8h&AN=103770408>
- Kipu. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 22.09.2018]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi
- Kivun hoito, verkkokurssi. Duodecim oppiportti [viitattu 08.11.2018]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin: <http://www.oppiportti.fi/op/dvk00063/avaa>
- Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2015;131(20):1923 [viitattu 17.10.2018]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12492>
- Kontinen, V. & Hamunen, K. 2014. Tavoitteena tehokas ja turvallinen yksilöllinen leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Finnanest 47(1). Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/kontinen_hamunen_tavoitteena_tehokas_ja_turvallinen_yksilollinen_leikkauksen_jalkeisen_kivun_hoito.pdf
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede. 2011(23), 138-148.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/1992. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leppäniemi, A., Pajarinen, J. Hirvensalo, E. & Haapiainen, R. 2011. Päivystyskirurgian opas. Helsinki: Duodecim.

Lonkkamurtuma 2017. Käypähoito-suositus. Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim [viitattu: 17.10.2018]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi

Martin, M. 2015. Kipu ja hengitys. Kipuviesti – Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. 2015 (02), 40-43 [viitattu 03.11.2018]. Saatavissa: <https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/76caa35bf5506f8fe6d3024ce06d2667/1541238813/application/pdf/224426/Kipuviesti%202-2015.pdf>

Mattila, K. 2010. Day Surgery in Finland - Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Väitöskirja. Helsinki. University of Helsinki [viitattu 26.09.2018]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22566/daysurge.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Paakkari, I. 2013. Tiedätkö miten parasetamoli vaikuttaa?. Duodecim [viitattu 13.04.2018]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.uutissivu?p_uutis_id=16891&p_palsta_id=4

Paakkari, P. 2017. Kipuläkkeet - turvallinen käyttö. Duodecim [viitattu 13.04.2018]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00649

Pesonen, A. 2011. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Finnerest. 2012; 45, 156-160 [viitattu: 13.9.2018]. Saatavissa: http://www.finnerest.fi/files/vaitos_pesonen.pdf

Pihlajamäki, S. 2014. Potilaiden postoperatiivinen vointi ja tyytyväisyys. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampere. Tampereen yliopisto [viitattu 17.10.2018]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98444/SYVENTAVA-1453377214.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Päijät-hämeen hyvinvointiyhtymä. 2017. Kivunhoito leikkauksen jälkeen [viitattu 26.09.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/paivakirurgia/potilaana-leikkauksessa/kivunhoito/>

Rantala, A. 2014. Nurses Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto [viitattu: 4.10.2018]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1448-4/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., & Ruokonen, E. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim

Silvasti, M. 2001. Patient-controlled postoperative analgesia: comparison of efficacy, side effects and safety of various regimens. Väitöskirja. Helsinki. University of Helsinki [viitattu 08.05.2018]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22793/patientc.pdf?sequence=2>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print

Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta. 2012. Suomen Anestesiologiyhdistys Ry ja Suomen Kivuntutkimusyhdistys Ry. Saatavissa: https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf

Tilvis, R. 2004. Vanhusten kivut. Duodecim [viitattu 07.11.2018]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/2/duo94056>

Vaajoki, A. 2012. Postoperative Pain in Adult Gastroenterological patients -Music Intervention in Pain Alleviation. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto [viitattu: 21.8.2018]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0956-5/urn_isbn_978-952-61-0956-5.pdf

LIITTEET

LIITE 1

| RYHMITTELY | ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|--|-----------------------------------|---|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ KIPU ON YLEINEN LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN OIRE ▪ KIPULÄÄKITYKSEN SIVUOIREENA VOI OLLA PAHOINVOINTIA ▪ 24% POTILAISTA KOKI OIREITA VIELÄ VIIKON KULUTTUA LEIKKAUKSESTA | LEIKKAUKSEN JÄLKEISET OIREET | KIVUN HOIDON HASTEET | POTILAAN NÄKÖKULMA |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 21% POTILAISTA KOKI VAIKEAA TAI KOHTALAISTA KIPUA KIPULÄÄKKEESTÄ HUOLIMATTA ▪ PCA:N KÄYTTÖ SAATTOI OLLA IÄKKÄÄLLE POTILAALLE HAASTAVAA ▪ OSA POTILAISTA JOUTUI ODOTTAMAAN KIPULÄÄKETTÄ LIIAN KAUN ▪ LÄÄKKEETTÖMIÄ KIVUNHOIDON MENETELMIÄ OLI TARJOTTU VÄHÄN | KIVUNHOIDON TOTEUTUMISEN HAASTEET | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ POTILASTYYTYVÄISYYS KORKEAA ▪ MONI VALITSISI SAMAN KIVUNHOIDO UUDELLEEN ▪ DEKSAMETASONIA SAANEILLA POTILAILLA VÄHEMMÄN KIPULÄÄKKEEN TARVETTA | KIVUNHOIDON LAATU | KIVUNHOIDON TOTEUTUMISESSA ONNISTUNUTTA | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ POTILAAT SAIVAT PÄÄASIASSA KIPULÄÄKETTÄ NOPEASTI ▪ PCA OSOITTAUTUNUT TURVALLISEKSI KIVUNHOIDON MENETELMÄKSI ▪ DEKSAMETASON VÄHENTÄNYT LEIKKAUKSEN JÄLKEISTÄ KIPUA | KIVUNHOIDOSSA ONNISTUNEET ASIAT | | |

LIITE 2

| RYHMITTELY | ALALUOKKA | YLÄLUOKKA | PÄÄLUOKKA |
|---|--------------------------------|--|------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ KIVUNHOITO KOETTIIN USEIN PUUTTEELLISEKSI ▪ KIPUMITTAREITA KÄYTETTIIN VÄHÄN ▪ HOITOHENKILÖKUNTA EI OLLUT SAANUT LISÄKOULUTUSTA KIVUNHOITOON ▪ DEMENTIAA SAIRASTAVAN KIVUN LÄÄKEHOIDON VASTEEN SEURANTA HAASTAVAA | KIVUNHOIDON LAADUN HAASTEET | KIVUN HOIDON HASTEET | HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMA |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ KIVUNHOITO PUUTTEELLISTA KOSKA KIPUA EI TUNNISTETTU ▪ POTILAAN KOGNITIIVISEET TAIDOT HEIKENTYNEET → EI TUNNISTA KIPUA, UNOHTAA KIVUN ▪ KOKENEET HOITAJAT TUNNISTIVAT KOKONAISUUDESSAAN PAREMMIN KIPUA ▪ VAKITUISET TYÖNTEKIJÄT TUNNISTIVAT SIJAISIA PAREMMIN KIPUA ▪ ELEISTÄ/ILMEISTÄ LISÄKOULUTUSTA KIVUNHOITOON SAATU VÄHÄN | KIVUN TUNNISTAMISEN HAASTAVUUS | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ HALUTTOMUUS OTTAA KIPULÄÄKETTÄ ▪ MUISTISAIRAUDEN TUOMAT HAASTEET: LÄÄKETTÄ LUULTIIN MYRKYKSI, POTILAS EI TIENNYT MIKSI ON OSASTOLLA ▪ KIVUN VÄHÄTTELY | POTILAAN KIELTEINEN ASENNE | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ KIVUNHOITOA TOTEUTETTIIN ERI YKSIKÖISSÄ PIENIN VAIHTELUIN ▪ LÄÄKKEETTÖMIÄ KIVUNHOIDON MENETELMIÄ KÄYTETTIIN PALJON ERITYISESTI LONKKAMURTUMAPOTILAILLA | KIVUNHOIDON LAATU | KIVUHOIDON TOTEUTUMISESSA ONNISTUNUTTA | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ SUORAA KYSYMYSTÄ PIDETTIIN PARHAANA KIVUN ARVIOINNIN MENETELMÄNÄ ▪ LIEVÄÄ JA KESKIVAIKEAA DEMENTIAA SAIRASTAVAT PYSTYIVÄT ARVIOIMAAN KIPUA LUOTETTAVASTI ▪ KIPUMITTAREITA TUNNETTIIN | KIVUN ARVIOIMINEN | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ KIPULÄÄKKEENÄ USEIN PARASETAMOLI + VAHVA OPIOIDI ▪ SUUN KAUTTA ANNOSTELU YLEISINTÄ ▪ LÄÄKKEETTÖMIÄ MENETELMIÄ KÄYTETTIIN | KIVUNHOIDON TOTEUTUMINEN | | |