



LAUREA

Sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien  
kivunhoitomenetelmien käytöstä HYKS  
Korvaklinikalla



Heiskanen, Ewa

Liimatainen, Riina

2010 Otaniemi

Laurea ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

## Sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien kivun- hoitomenetelmien käytöstä HYKS Korvaklinikalla

Ewa Heiskanen  
Riina Liimatainen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2010

Ewa Heiskanen  
Riina Liimatainen

Sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä HYKS Korvaklinikalla

Vuosi 2010 Sivumäärä 58

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää HYKS Korvaklinikan kirurgisella vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien menetelmien käytöstä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Tavoitteena oli mahdollisten kehittämiskohteiden löytäminen ja siten osallistua kivunhoidon kehittämiseen Korvaklinikalla. Tässä opinnäytetyössä keskitytään lyhytkirurgisessa toimenpiteessä olleen aikuisen potilaan kivunhoitoon.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastatteluun osallistui viisi Korvaklinikan kirurgisilla vuodeosastoilla työskentelevää sairaanhoitajaa, jotka haastateltiin ryhmähaastattelun muodossa. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysejä.

Tulosten mukaan sairaanhoitajat käyttivät monipuolisia lääkkeettömiä menetelmiä lyhytkirurgisessa leikkauksessa olleen aikuispotilaan kivunhoidossa. Potilaan kivunhoidossa huomioitiin niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin ulottuvuus.

Sairaanhoitajien käyttämät menetelmät ja niistä saadut kokemukset olivat kaikilla haastatelluilla sairaanhoitajilla lähes samanlaisia. Hoitoympäristöä huomioitiin säätämällä valaistusta sekä turvaamalla riittävä lepo ja rauha. Meluun sairaanhoitajat eivät kyenneet vaikuttamaan. Lisäksi sairaanhoitajat lisäsivät potilaiden viihtyvyyttä ja käyttivät apuna moniammatillista yhteistyötä ja koulutusta. Vuorovaikutuksellisista menetelmistä käytettiin emotionaalista tukemista sekä huumoria. Sairaanhoitajat huomioivat kivunhoidossa myös omaisen hätää, jonka ainakin osa sairaanhoitajista koki haastavaksi. Kognitiivis-behavioraalisista menetelmistä sairaanhoitajat käyttivät huomion kiinnittämistä kivusta toisaalle TV:n, musiikin, lukemisen sekä keskustelun avulla. Lisäksi käytettiin tiedon antamista ja ohjausta. Fysikaalisista menetelmistä olivat käytössä kylmähoito, asento- ja liikehoito sekä nestehoito. Hierontaa, kosketusta, rentoutusta ja hengitysharjoituksia käytti vain osa sairaanhoitajista ja niiden käyttö koettiin osittain haastavaksi lyhytkirurgisen potilaan kivunhoidossa.

Kivunhoidon kehittämiseksi Korvaklinikalla voitaisiin vähemmän käytettyihin lääkkeettömiin menetelmiin kiinnittää lisää huomioita. Rentoutus- ja hengitysharjoituksista lyhytkirurgisille potilaille voitaisiin antaa esimerkiksi suullista sekä kirjallista tietoa ja kosketuksen käyttöä taas saattaisi lisätä asiasta keskustelu potilaiden kanssa. Sairaanhoitajat saattaisivat hyötyä myös esimerkiksi hierontaan liittyvästä lisäkoulutuksesta. Kivunhoidossa on tärkeää huomioida myös käytettyjen lääkkeettömien menetelmien kirjaaminen.

Asiasanat: lyhytkirurgia (YSA), korva-, nenä- ja kurkkutaudit, postoperatiivinen hoito (YSA), kivunhoito (YSA), lääkkeetön hoito (YSA), sairaanhoitajien kokemuksia

Ewa Heiskanen  
Riina Liimatainen

Nurses' experiences of the use of non-pharmacological methods in pain care at HUCH Ear clinic

Year	2010	Pages	58
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to study the use of non-pharmacological methods in postoperative pain care as experienced by the nurses working in the surgical ward at HUCH Ear clinic. The objective of this study was to find out possible points of development and this way to participate in the development of the pain care at the Ear clinic. The focus of this thesis was an adult patient's pain care after short stay surgery.

This thesis was conducted as a qualitative study. Theme interview was used as the data gathering method. Five nurses working at surgical wards of the Ear clinic participated in the interview, which was carried out as a group interview. Theory guided content analysis was used as an analysis method of the data.

According to the findings the nurses used versatile non-pharmacological methods in an adult patient's pain care after short stay surgery. Physical, psychological and social dimensions were taken into account in a patient's pain care.

The non-pharmacological methods and the experiences of using them were nearly similar with all the nurses that were interviewed. The caring environment was taken into account by adjusting the lights and by securing adequate peace and rest. Noise was a part of environment that the nurses were unable to influence. In addition the nurses attempted to increase the patients comfort and used multiprofessional collaboration and education in patients' pain care. As the methods of interaction the nurses used emotional support and humor. They also paid attention to the relatives' distress, which at least some of the nurses felt as a challenge. From the cognitive-behavioral methods the nurses used distraction with TV, music, reading or conversation. In addition giving information and guidance were used. From the physical methods the nurses used cold, positioning and movement therapy, and fluid therapy. Massage, touch, relaxation and breathing exercises were used by only some of the interviewed nurses and the use of these methods was found as partially challenging in pain care at short stay surgery. Heat therapy was not used by any of the interviewed nurses, because it was experienced as unsuitable for the pain care of this particular field of surgery with the risk of after bleeding and because of possible infections.

To develop the pain care at HUCH Ear clinic the non-pharmacological methods that were used less could be taken into account more. Spoken and written information of relaxation and breathing exercises could be given for short stay surgery patients and the use of touch could be increased by discussing the issue with patients. Nurses could also benefit from education concerning the use of massage. It is important to pay attention to the documentation of the use of non-pharmacological methods.

Key terms: short stay surgery, otolaryngology, postoperative care, pain care, non-pharmacological methods, nurses' experiences

## Sisällys

1	Johdanto .....	5
2	Lyhytkirurgisen leikkauksen jälkeinen kipu HYKS Korvaklinikalla .....	6
2.1	Lyhytkirurginen hoito HYKS Korvaklinikalla .....	6
2.2	Leikkauksen jälkeinen kipu korva-, nenä- ja kurkkutaudeissa .....	7
3	Kivunhoitotyö HYKS Korvaklinikalla .....	9
4	Lääkkeetön kivunhoito .....	12
4.1	Hoitoympäristö ja vuorovaikutus .....	12
4.2	Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät .....	13
4.2.1	Tiedon antaminen ja ohjaus .....	13
4.2.2	Huomion kiinnittäminen kivusta toisaalle .....	15
4.3	Fysikaaliset menetelmät .....	17
4.3.1	Asentohoito .....	18
4.3.2	Kylmä- ja lämpöhoito .....	18
4.3.3	Kosketus ja hieronta .....	19
5	Lasten ja aikuisten kivunhoitotyön kehittämishanke .....	20
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys .....	22
7	Opinnäytetyön toteuttaminen .....	23
7.1	Tutkimuksen lähestymistapa .....	23
7.2	Tutkimusmenetelmä .....	23
7.3	Aineiston hankinta .....	25
7.4	Aineiston analyysi .....	27
8	Tutkimustulokset .....	29
8.1	Hoitoympäristön kautta vaikuttaminen .....	29
8.2	Vuorovaikutukselliset menetelmät .....	29
8.3	Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät .....	31
8.4	Fysikaaliset menetelmät .....	33
9	Pohdinta ja johtopäätökset .....	35
9.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	35
9.2	Tulosten tarkastelu .....	40
9.3	Lääkkeettömän kivunhoidon kehittämishaasteita HYKS Korvaklinikalla .....	46
	Lähteet .....	48
	Liitteet .....	52
	Liite 1 Saatekirje .....	52
	Liite 2 Miellekartta teemarungosta .....	54
	Liite 3 Analyysikaavio .....	55
	Liite 4 Esimerkki analyysin etenemisestä .....	56

## 1 Johdanto

Lyhytkirurgian onnistumisen edellytyksenä on hyvä kivunhoito, sillä kipu on yksi merkittävin kotiutumista viivästyttävä komplikaatio (Korttila & Kangas-Saarela 2006, 517). Sommer ym. (2009) toteavat, että tutkimuksia korva-, nenä-, kurkkutauteihin liittyvien toimenpiteiden aiheuttamasta kivusta on löydettävissä vähäisesti, jonka he arvelevat johtuvan näiden toimenpiteiden aiheuttaman kivun vähättelystä. Vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että suuhun, kurkkuun, kaulaan sekä sylkirauhasiin kohdistuvien toimenpiteiden jälkeen lähes puolet tutkituista potilaista oli kokenut sietämätöntä kipua. Korviin tai nenään kohdistuneiden leikkausten tai endoskooppisten toimenpiteiden aiheuttama kipu oli ollut vähäisempää. (Sommer ym. 2009, 124,127.)

Kipu on moniulotteinen ilmiö. Sen kokemiseen vaikuttavat fysiologisten muutosten lisäksi myös henkilön tunteet, ajatukset, toiminta sekä sosiaaliset suhteet. Kipu on aina henkilökohtainen ja eri ihmiset kokevat kivun eri tavoin. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7-9.) Potilaan kivunhoidon tulee tämän vuoksi olla kokonaisvaltaista ja kaikki kipuun vaikuttavat tekijät huomioon ottavaa (Havukainen 1996, 32). Tämä edellyttää hoitajalta laajaa tietämystä kivusta ja sen hoidon mahdollisuuksista (Salanterä ym. 2006, 9).

Lääkehoito on ensisijainen kivunhoitomenetelmä, mutta sen lisänä voidaan käyttää myös muita menetelmiä (Carr ym. 1992, 22). Useilla lääkkeettömällä kivunhoitomenetelmillä on todettu olevan hyvin vähän sivuvaikutuksia, ne ovat kohtuuhintaisia ja helppokäyttöisiä. On myös todettu, että lääkehoito yhdistettynä lääkkeettömään kivunhoitoon antaa useimmiten parhaan tuloksen kivunlievityksessä. (Ferrell, Eberts, McCaffery & Grant 1991, 296.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää HYKS Korvaklinikan kirurgisilla vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä ja löytää siten mahdollisia kehittämiskohteita. Tässä opinnäytetyössä keskitymme vuodeosastolla tapahtuvaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon aikuisen potilaan lyhythoitoisessa kirurgiassa.

Tämä opinnäytetyö kuuluu yhtenä osana Laurea ammattikorkeakoulun ja HYKS Silmä- Korvasairaalan Korvaklinikan yhteiseen kehittämishankkeeseen, lasten- ja aikuisten kivunhoitotyö. Hanke on lähtenyt Korvaklinikan tarpeesta kehittää kivunhoitoa. Idea opinnäytetyön aiheesta nousi hankkeen sisällä aikaisemmin tehdyistä opinnäytetöistä. Näistä opinnäytetöistä ilmenee, että Korvaklinikalla lääkkeettömiä menetelmiä ei kivunhoitotyössä juurikaan käytetä tai niiden käyttöä ei ole kirjattu. Leikkauksen jälkeisestä kivusta sekä sen lääkkeellisestä hoidosta on löydettävissä runsaasti kirjallisuutta. Toisaalta lääkkeettömien menetelmien käytöstä ei juurikaan tutkimuksia ja tietoa ole etenkin, kun kyseessä on aikuisen potilaan leikkauksen jälkeinen kipu ja lyhytkirurginen hoitotyö. Lasten-, kroonisen- sekä syöpäpotilaiden kivunhoidossa lääkkeettömien menetelmien käyttöön on kiinnitetty enemmän huomiota.

## 2 Lyhytkirurgisen leikkauksen jälkeinen kipu HYKS Korvaklinikalla

### 2.1 Lyhytkirurginen hoito HYKS Korvaklinikalla

Lyhythoitoinen kirurgia eli lyhytkirurgia on jaettu kahteen osaan: päiväkirurgiaan sekä lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan. Päiväkirurgia sisältää leikkaussalissa tehtävät suunnitellut toimenpiteet, jotka edellyttävät paikallispuudutusta laajemman anestesian käyttöä. Hoitoketju alkaa lähetteen kirjoittamisesta ja päättyy päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen tehtävään mahdolliseen jälkitarkastukseen. Päiväkirurgiset potilaat eivät yövy sairaalassa ja lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa potilaan sairaalassaoloaika on noin 1 - 3 vuorokautta. Etuna lyhytkirurgisesta toiminnasta potilaalle on lyhentynyt sairaalassaoloaika ja siten mahdollisimman vähäinen häiriö potilaan jokapäiväiseen elämään. Myös potilaalle koituvat kustannukset pysyvät pienempänä ja odotusajat leikkaustoiminnassa pysyvät usein lyhyempinä tavalliseen leikkaustoimintaan verrattuna. (Viitamäki 1996, 6 - 7, 9.)

HYKS Korvaklinikan korva-, nenä, ja kurkkutautien kirurgiset vuodeosastot 24 sekä 25 ovat tämän opinnäytetyön yhteistyöosastot. Osastolla 24 hoidetaan kaikenikäisiä päivä- ja lyhytkirurgisia leikkauspotilaita sekä päivystyspotilaita. Yleisimpiä potilaille tehtäviä toimenpiteitä ovat nielu- ja kitarisaleikkaukset, korvien putkitukset, tärykalvon ja kuuloluiden korjausleikkaukset, sisäkorvaimplanttien asennukset sekä otoskleroosin vuoksi tehtävät kuulon parannusleikkaukset ja kroonisen korvatulehduksen vuoksi tehtävät leikkaukset. Nenän väliseinän muovausleikkaukset, ulkonenän korjausleikkaukset, sivuonteloiden ilmastointileikkaukset sekä äänihuulitoimenpiteet ovat myös tavallisia toimenpiteitä. (HUS 2007.)

Osasto 25 on aikuisten kirurginen vuodeosasto, jonne suurin osa potilaista saapuu elektiivistä toimenpidettä tai tutkimusta varten. Keskimääräinen hoitoaika on kaksi vuorokautta. Yleisimpiä potilaille tehtäviä toimenpiteitä osastolla ovat suun, nenän, nielun sivuonteloiden ja sylkirauhasten leikkaukset sekä muu pään ja kaulan alueen pehmytosakirurgia. Ylä- ja alahengitysteiden sekä ruokatorven täyhystyksiä ja näihin liittyviä toimenpiteitä tehdään myös runsaasti. Osastolle 25 on lyhytkirurgisten toimenpiteiden lisäksi keskitetty vaativa pään ja kaulan alueen kasvainpotilaiden hoito. (HUS 2004.)

Nopean leikkauksesta toipumisen mahdollistamiseksi lyhytkirurgisilta potilailta odotetaan enemmän itsehoitovalmiuksia sekä hoitoon sitoutumista. Sairaanhoidajan tehtävänä onkin tukea potilaan omia voimavaroja ja itsehoitokykyä koko hoitojakson ajan yhteistyössä moniammatillisen työyhteisön kanssa. Potilaan selviytymisen tukeminen edellyttää turvallista ja luottamuksellista hoitosuhdetta. (Hautakangas, Horn, Pyhälä- Liljeström & Raappana 2003, 15, 38, 58.) Korvaklinikan kirurgisella vuodeosastolla hoitotyö on määritelty yksilövastuiseksi ja perhekeskeiseksi (HUS 2007).

Leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon lyhytkirurgisen toimenpiteen jälkeen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä liian voimakas kipu saattaa viivästyttää potilaan kotiutumista ja vaikuttaa ratkaisevasti potilaan kokemukseen saamastaan hoidosta. Potilaan arvioidessa hoidon onnistumista on kivuttomuudella ja kivun hallinnalla suuri merkitys niin toimenpiteen aikana kuin sen jälkeenkin. (Korttila & Kangas-Saarela 2006, 517; Viitamäki 1996, 77.)

## 2.2 Leikkauksen jälkeinen kipu korva-, nenä- ja kurkkutaudeissa

Kivulle on olemassa useita eri määritelmiä. Usein kivun määritelmissä korostuu kivun kokemuksen yksilöllinen ja subjektiivinen luonne. Esimerkiksi McCafferyn (1983) mukaan "kipu on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi ja on totta, kun potilas sanoo olevansa kipeä". (Liimatainen 1996, 212.) IASP:n määritelmän mukaan taas "kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy mahdolliseen tai jo tapahtuneeseen kudosaivuriin tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein". Myös tämän määritelmän selitysosiossa muun muassa korostetaan kivun subjektiivisuutta. (International Association for the Study of Pain 1994.) Vainio (2004, 17) kirjoittaa Chapmanin määrittelevän kivun vielä seuraavasti "vaikka kipua voidaan kuvata aistihavaintona, se on ennen kaikkea voimakas negatiivinen tunnetila, joka hallitsee tietoisuutta". Lyhytkirurgiset potilaat kuvaavat kipua Salomäen (2000) tutkimuksessa epämiellyttäväksi ja ikäväksi olotilaksi, joka häiritsee normaalia elämää. Potilaat kokivat kivun aiheuttavan hankalaa ja tuskaista oloa ja siitä haluttiin päästä eroon. (Salomäki 2000, 44.) Kivun määrittelemisen lisäksi sitä on pyritty luokittelemaan muun muassa ajan tai esimerkiksi syntymekanisminsa perusteella (Liimatainen 1996, 213 - 214).

Leikkauksen jälkeinen kipu voidaan luokitella akuutiksi kivuksi. Akuutti kipu on oire, joka varoittaa kudosaivuriin tai sen vaarasta. Leikkauskivun kokeminen muodostuu, kun tieto kudosaivuriin välittyy keskushermostoon. Lopullisen kivun kokemiseen vaikuttavia tekijöitä on kuitenkin useita, jonka vuoksi potilaiden kivun kokemisessa on suuria eroja. (Hamunen & Kalso 2009, 278, 280.) Voimakkaimmillaan kipu on heti leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineiden vaikutus loppuu. Normaalisti se kuitenkin heikkenee muutamien päivien kuluessa, kun kudosten paranemisprosessit edistyvät. (Kinnunen 2003.)

Kivun kokemiseen vaikuttavia, kaikille yhteisiä tekijöitä tiedetään useita. Kipukokemus voi vaihdella niin määrällisesti, kestollisesti kuin laadullisestikin. Kohteeltaan, kestoltaan ja leikkaustavaltaan erilaiset leikkaukset aiheuttavat erilaista kipua. (Hamunen & Kalso 2009, 281-282.) Korva-, nenä- ja kurkkutaudeista korvaleikkaukset, nenäleikkaukset sekä endoskooppiset toimenpiteet aiheuttavat yleensä vain lievää särkyä ja toisaalta suun, kurkun, kaulan ja sylkirauhasten alueelle kohdistuvien leikkausten jälkeinen kipu voi olla voimakasta. Suun ja kurkun alueen leikkauksissa kipu saattaa kestää jopa kahden viikon ajan. (Sommer ym. 2009, 128.)



Myös kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen ja anestesiatekniikka vaikuttavat kivun kokemiseen (Salomäki & Rosenberg 2006, 838). Iällä, sukupuolella sekä geneettisillä tekijöillä tiedetään myös olevan vaikutusta. Esimerkiksi naisten on todettu kärsivän leikkauksen jälkeistä kivusta enemmän kuin miesten. (Hamunen & Kalso 2009, 279.) Lisäksi kivun kokemiseen voivat vaikuttaa esimerkiksi potilaan perussairaudet, paleleminen tai hikoilu, täysi virtsarakko, asennonvaihdot, pahoinvointi, jano, melu ja rauhaton ympäristö sekä silmälasien ja kuulolaitteen puuttuminen (Leskinen 2002).

Kaiken kaikkiaan kivun kokeminen on subjektiivista. Henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten persoonallisuus, ymmärrys, oppimiskyky, tavat, motivaatio, toiveet sekä aikaisemmat kipukokemukset vaikuttavat ihmisen tapaan ajatella ja reagoida kipuun. Negatiivisilla tunteilla kuten ahdistuksella, pelolla ja jännittyneisyydellä on usein kipua voimistava vaikutus ja joskus esimerkiksi pelko ja kipu saattavat sekoittaa keskenään. Toisaalta positiivisilla tunteilla, kuten ilolla, tiedetään olevan kipukokemusta vähentävä vaikutus. Myös kulttuurin tiedetään vaikuttavan kivun kokemiseen, siihen suhtautumiseen ja sen ilmaisemiseen. Lisäksi samallakin henkilöllä kivunsietokyky voi vaihdella eri aikoina ja eri tilanteissa. (Salanterä ym. 2006, 9, 26, 58.)

Leikkauksen jälkeisellä kivulla on useita haittavaikutuksia lähes koko elimistöön. Kipu vaikuttaa muun muassa sydän- ja verenkiertoelimistöön nostamalla pulssia ja verenpainetta. Se voi vaikeuttaa syvään hengittämistä, joka taas voi vaikeimmillaan johtaa keuhkokomplikaatioiden esiintymiseen. Kipu voi myös hidastaa ruoansulatuskanavan toimintaa ja aiheuttaa virtsaretentiota. Kivun vaikutuksesta myös hormonituotanto muuttuu aiheuttaen muun muassa hypoglykemiaa ja edistäen verenhyytymiskijöiden toimimista sekä heikentäen haavan paranemista ja elimistön kykyä torjua infektioita. Kivulias potilas ei useinkaan ole halukas lähtemään liikkeelle. Kipu voi myös lisätä ahdistuneisuutta, pelkoa ja unettomuutta sekä surua. (Kinnunen 2003.) Leikkauksen jälkeinen kipu voi myös lisätä pahoinvointia sekä oksentelua (Viitamäki 1996, 78).

Korva-, nenä- kurkkutaudeista esimerkiksi nielurisaleikkauksen tai uniapnealeikkauksen jälkeinen kurkkukipu johtuu erityisesti nielemiskivusta. Kipu on kovaa useimmiten muutaman ensimmäisen päivän ajan ja alkaa uudelleen noin viikon kuluttua kestäen taas muutaman päivän ajan. (Antila 2006, 751.) Tällainen kurkkukipu saattaa vähentää potilaan ruokahalua, joka taas voi johtaa väsymykseen tai uupumukseen. Kova kurkkukipu voi myös joissakin tapauksissa jopa lisätä haava-alueen vuotoriskiä. Kivuliaan potilaan toipuminen leikkauksen jälkeen voi hidastua ja näin sairaalasta kotiutuminen viivästyä. (Gupta, A. Gupta, S. Meena & Sharma 2002, 136, 138.)

Leikkauksen jälkeisellä, lievällä kivulla on myös positiivisia puolia. Se esimerkiksi suojaa potilasta liialta rasitukselta ja lisävahinkojen syntymiseltä muun muassa rajoittamalla potilaan

liikkumista. Kaikkea kipua ei siis tarvitse poistaa. Täydellisen kivuttomuuden tavoite voi myös johtaa sivuvaikutusten lisääntymiseen. (Kinnunen 2003.)

### 3 Kivunhoitotyö HYKS Korvaklinikalla

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee potilaan oikeudeksi saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa määritellään sairaanhoitajan tehtäväksi ylläpitää ja edistää väestön terveyttä, ehkäistä sairautta ja lievittää kärsimystä (Sairaanhoitajaliitto 1996). Kuten edellä on kuvattu, leikkauksen jälkeisellä kivulla voi olla runsaasti erilaisia haittavaikutuksia niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Qvik ja Sailo (2000, 64) toteavat, että useimmat toimenpiteet ja tutkimukset aiheuttavat kipua, jolloin hoitohenkilökunnan on mietittävä kuinka nämä toimenpiteet voitaisiin suorittaa mahdollisimman vähän kipua tuottaen. Potilas tulisivin kohdata kokonaisvaltaisesti, mikä tarkoittaa myös muiden kipuun liittyvien asioiden huomioimista pelkän kipulääkityksen antamisen lisäksi. (Qvik & Sailo 2000, 64 - 65.)

Sairaanhoitajat ovat useimmiten potilaan kipuviestin vastaanottajia, sillä he viettävät paljon aikaa potilaan kanssa ja tuntevat potilaan kokonaistilanteen. Sairaanhoitajan vastuulla on erityisesti kivun tunnistaminen, hoidon toteutus ja seuranta sovittujen toimintaperiaatteiden mukaisesti ja lääkärin määräyksiä noudattaen. Sairaanhoitajan tekemällä työllä on siis paljon vaikutusta siihen minkälaista kivunhoitoa potilas saa. (Havukainen 1996, 32; Salanterä ym. 2006, 175 - 176; Viitamäki 1996, 77.)

Sairaanhoitajan tiedot ja taidot toimivat hänen antamansa kivunhoitotyön kulmakivenä. Kivunhoitotyössä tarvittavia taitoja ovat käden taidot, havainnointi- ja kommunikaatiotaidot, kyky kuunnella ja ohjata potilasta sekä antaa psykososiaalista tukea. Sairaanhoitajan kivunhoitotyön taitojen oppimiseksi ja ylläpitämiseksi voidaan järjestää koulutuksia. (Kauppila 2006.)

Kivunhoidon suunnittelun edellytyksinä ovat inhimillinen vuorovaikutus ja tasavertainen yhteistyösuhde potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Potilas kestää kipua ja sitoutuu kivunhoitoon paremmin, jos hän saa mahdollisuuden osallistua kivunhoitomenetelmien valintaan. Myös hoidon tavoitteet tulee asettaa yhteistyössä potilaan kanssa samoin kuin huomioida potilaan antama palaute kivunhoidon tulosten arvioinnissa. Potilaan osallistuminen omaan kivunhoitoonsa korostuu lyhytkirurgisten toimenpiteiden jälkeen, sillä potilas jatkaa kivunhoitoaan itsenäisesti kotiutumisen jälkeen. Tämä edellyttää, että potilas on saanut riittävästi tietoa kipuun ja sen hoitoon liittyen. (Viitamäki 1996, 77 - 79.)

Kivunhoitoa suunniteltaessa on oleellista kivun mittaaminen. Potilaan tekemä arvio omasta kivustaan on aina ensisijainen, mutta hoitajalla on kuitenkin vastuu kivun määrittämisestä, arvioinnista ja mittaamisesta. (Hautakangas ym. 2003, 53.) Lyhytkirurgisten potilaiden koke-

muksia tutkittaessa on todettu, että potilaat odottavat hoitajan kysyvän kivusta mieluummin kuin kertovat siitä itse. Potilaat saattavat esimerkiksi olettaa häiritsevänsä hoitajaa tai pelätä hoidon tason laskevan, jos he kertovat kivustaan. (Salomäki 2000, 82.) Korvaklinikalle tehdystä opinnäytetyössä aikuisen potilaan kipua oli arvioitu muun muassa kipumittaria, kuten VAS:ia tai NRS:ä, käyttäen tai kuvailemalla sen laatua. Kivun arvioinnissa oli huomioitu myös potilaan arvio omasta kivustaan. (Delcos & Vianto 2008, 21 - 23.)

Leikkauksen jälkeistä kipua tulee hoitaa sen fysiologisten ja psykologisten vaikutustensa vuoksi, mutta myös eettisistä syistä. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tavoitteena on potilaan kärsimyksen lievittäminen, kivun haitallisten vaikutusten ehkäisy elimistössä sekä kuntoutumisen edistäminen. (Hamunen & Kalso 2009, 278.) Lyhytkirurgiassa kivun hallinnalla pyritään myös varmistamaan potilaan selviytyminen kotonaan (Viitamäki 1996, 83).

Kivun lievittyminen tarkoittaa useimmiten potilaan kivun kokemista lieväksi tai siedettäväksi (Salanterä ym. 2006, 100). Jos kivun täydellinen lievittyminen ei ole mahdollista, pyritään vähentämään kivun voimakkuutta, kivun kestoa ja esiintymistiheyttä sekä siihen liittyvää ahdistusta ja lisäämään kivunsietokykyä. Hoidon tavoitteet tulee kuitenkin aina asettaa yhteistyössä potilaan kanssa. (Havukainen 1996, 32.)

Lääkehoito on tärkein ja samalla käytetyin kivunhoitomuoto (Salanterä ym. 2006, 107). Yhdistämällä eri vaikutuspaikkoihin kohdistuvia hoitoja voidaan kipua lievittää erittäin tehokkaasti. Pienempien leikkausten jälkeen kipulääkkeeksi valitaan tavallisimmin tulehduskipulääke tai parasetamoli. Jos näiden teho on riittämätön, voidaan edellä mainittuihin yhdistää heikko opioidi, esimerkiksi kodeiini tai tramadoli. Voimakkaan kivun hoitoon tarvitaan taas yleensä opioidi tai jokin puudutustekniikka. (Kinnunen 2003.) Korvaleikkauksissa sekä esimerkiksi nenän väliseinän muovausleikkauksissa kivunhoitoon riittää useimmiten tulehduskipulääke (HYKS Silmä- Korvasairaala 2007, 2009.) Tarkkilan (2003) tutkimuksen mukaan nielurisaleikkauksen aiheuttaman voimakkaan kivun hoitoon potilaat saivat Korvaklinikalla usein tulehduskipulääkkeen lisäksi opiaattia ainakin ensimmäisen postoperatiivisen vuorokauden aikana. Joillakin potilailla oli ollut käytössään myös opiaattien itseannostelupumppu, PCA. (Tarkkila 2003, 35.) Eri lääkeaineita yhdistämällä voidaan paremman kivunlievityksen lisäksi vähentää kipulääkkeiden kokonaisannoksia ja sivuvaikutuksia verrattuna vain yhden lääkkeen antamiseen (Hamunen & Kalso 2009, 282). Lyhytkirurgiassa kivunhoidon pyrkimyksenä on kivun ennakointi ja sen hoito aloitetaan jo ennen toimenpiteen alkua. Myös anestesiamuodon valinnalla pyritään mahdollisimman vähäiseen leikkauksen jälkeiseen kipuun. (Hautakangas ym. 2003, 17.)

Lääkkeellisen kivunhoidon lisänä voidaan käyttää lääkkeetöntä kivunhoitoa. Lääkkeetön kivunhoito on tarkoitettu nimenomaan lääkehoidon tueksi, ei korvaamaan sitä. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät soveltuvat erityisesti henkilöille, jotka ovat kiinnostuneita tällaisten menetelmien käytöstä, voisivat hyötyä kipulääkityksen vähentämisestä, saattavat joutua kestämään pitkittynyttä kipua esimerkiksi kipuhistorian perusteella tai joille lääkkeellinen hoito

ei ole riittävää. Myös potilaat, jotka kokevat ahdistusta ja pelkoa kipuun liittyen, voivat hyötyä lääkkeettömien menetelmien käytöstä. (Carr ym. 1992, 22.)

Nurmen (1999, 52) tutkimuksesta ilmenee, että hoitohenkilökunta piti kipulääkettä ainoana ja tehokkaimpana kivunlievitysmenetelmänä, vaikka samassa tutkimuksessa myös todettiin potilaiden kaipaavan lisää vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmiä. Sormusen (1999) tutkimuksessa lääkkeettömiä menetelmiä käytettiin myös vähän ja kipulääkettä tarjottiin usein, vaikka muut kivunlievityskeinot olisivat olleet tehokkaampia. Syyksi tähän hoitajat mainitsivat useimmiten kiireen. Lääkkeettömistä menetelmistä useimmiten olivat käytössä asentohoito ja huumori sekä satunnaisesti rentoutus ja kylmähoito. Mielikuvittelua ei tutkimuksen tulosten mukaan käytetty lainkaan. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista halusi lisätietoa ja koulutusta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä. (Sormunen 1999, 55 - 59.)

Myös Lehtorannan (2007) opinnäytetyön tulosten mukaan päiväkirurgisten potilaiden kivunhoidossa oli käytetty vain vähän lääkkeettömiä menetelmiä, mutta toisaalta potilaat kokivat sen riittäväksi. Opinnäytetyön tekijä arvelee tämän selittyvän potilaiden korkealla iällä, sillä nuoremmat ovat usein halukkaampia kokeilemaan vaihtoehtoisia menetelmiä. Suurin osa potilaista oli opinnäytetyön tulosten mukaan tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon. (Lehtoranta 2007, 25.)

Lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien valinnassa tässä opinnäytetyössä on käytetty apuna erityisesti kivunhoidon kirjallisuutta (Salanterä ym. 2006; Sailo & Vartti 2000; Carr ym. 1992) sekä Sormusen (1999) tutkimusta kivunhoidon menetelmien käytöstä aikuisen potilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa. Näistä lähteistä on valittu sellaiset menetelmät, joiden toteuttamista varten sairaanhoitaja ei tarvitse lisäkoulutusta vaan ne kuuluvat jo hoitotyön auttamismenetelmiin, joiden hallinnassa sairaanhoitaja on asiantuntija. Jokainen sairaanhoitaja voi siis toteuttaa näitä menetelmiä itsenäisesti jokapäiväisessä hoitotyössä. Valitut lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät soveltuvat hyvin myös päivä- ja lyhytkirurgisen potilaan kivunhoitoon, sillä sairaanhoitajan ohjaamana potilas voi toteuttaa menetelmiä myös itsenäisesti tai vaihtoehtoisesti omaisen avustamana sairaalasta kotiutumisen jälkeenkin.

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät on jaettu kahteen osaan: kognitiivis-behavioraalisiin sekä fysikaalisiin menetelmiin. Näiden lisäksi mukaan on otettu hoitoympäristö ja vuorovaikutus, sillä kivunhoidon onnistuminen perustuu näihin tekijöihin. Hoitotyön ydintä on hoitajan ja potilaan yhteistyösuhde (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 27).

## 4 Lääkkeetön kivunhoito

### 4.1 Hoitoympäristö ja vuorovaikutus

Kivunhoitotyön onnistumiseen vaikuttaa oleellisesti ympäristö, jossa hoito tapahtuu. Ihanteellisin fyysinen toimintaympäristö olisi rauhallinen, selkeä ja toimiva. Sen tulisi taata potilaalle mahdollisuus pitkään uneen ja normaalin vuorokausirytmien ylläpitämiseen. Henkilökunnan hyvä ammattitaito sekä hyvät hoitovälineet voidaan myös lukea kuuluvaksi hyvää kivunhoidon ympäristöön. Lisäksi osaston hyvä henki ja tiimityö ovat erittäin tärkeitä koko kivunhoitoprosessin ajan. Sairaalassa selkeä vastuu- ja tehtäväjako, ajantasaiset ohjeet kivunhoidon toteutukselle, yhdenmukaiset kivun arviointimenetelmät sekä riittävä koulutus edesauttavat kivunhoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 15 - 16; Jäntti 2000, 126.) Pölkki (2002) on tutkinut lääkkeettömien menetelmien käyttöä lasten postoperatiivisessa kivunhoidossa. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat mainitsivat huomioivansa ympäristötekijöitä muun muassa meluhaittaa riittävän levon takaamiseksi ja pitämällä sopivaa lämpötilaa yllä potilashuoneessa. (Pölkki 2002, 78.)

Kivunhoidon edellytyksenä on vuorovaikutus sekä tasavertainen yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välillä. Kuuntelemalla, hyväksymällä sekä luomalla avoin ilmapiiri mahdollistetaan tuloksellinen kivunhoito. (Havukainen 1996, 32.) Potilaan kokemus siitä, että hänet otetaan vakavasti, häntä kuunnellaan ja kunnioitetaan ja että häntä ymmärretään, on tärkeämpää kuin yksittäiset hoitomenetelmät ja tekniikat. Tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä hoitoon perustellaan juuri eniten vuorovaikutuksella ja kohtelulla. (Estlander 2003, 169.)

Koska jokainen potilas on yksilö ja kokee kivun omalla tavallaan, on myös vuorovaikutuksessa huomioitava potilaan yksilöllisyys. Potilas on oman tilanteensa paras asiantuntija, joten sairaanhoitajan on seurattava potilaan toiveita kivunhoitoon liittyen. Kivunhoidosta keskustellessa potilasta tulee lähestyä yksilöllisesti niin, että hän kykenee tuomaan turvallisesti esille niin pelkonsa kuin toiveensakin. (Viitamäki 1996, 77 - 78.) Hoitajan kiireettömyys vuoteen vieressä auttaa potilasta asennoitumaan tilanteeseen rauhallisesti ja luottavaisesti. Hoitajan ja potilaan keskinäinen luottamus ja potilaan tuntema turvallisuus kivunhoidossa auttavat pääsemään vaikeimpienkin vaiheiden yli. (Jäntti 2000, 126.) Tukea antavan vuorovaikutussuhteen ominaispiirteitä ovat muun muassa kuunteleminen, huomioiminen, lämpö, huolehtiminen, empatia, rohkaiseminen ja kunnioittaminen (Holmia ym. 2006, 27). Vennelän (2004) tutkimuksessa suurin osa potilaista ilmaisi kivunhoidossa tärkeäksi muun muassa hoitajan asenteen ja ystävällisyyden sekä potilaan oman mielipiteen huomioon ottamisen.

Hoitohenkilökunnan iloisuus ja huumori auttavat kivunlievityksessä kuten lääkkeen vaikutusta odotellessa, masennuksen lievittämisessä, huolien kestämisessä ja hylätyksi tulemisen pelossa (Jäntti 2000, 126). Naurun kipua lievittävän vaikutuksen on katsottu johtuvan muun muassa

endorfiinien erittymisestä, jännityksen vähenemisestä ja siitä, että hyvinvointitunne ohittaa kivusta tulevan informaation. Kivun lievittyminen saattaa myös selittyä sillä, että naurettaessa ajatukset ovat keskittyneet kivun sijasta huumoriin. Huumorin suhteen hoitotilanteissa on kuitenkin kuljettava potilaan näkökulmasta ja hänen ehdoillaan. Usein se edellyttää jonkin-tasoista luottamusta potilaan ja hoitajan välillä. Huumoria voidaan ilmaista sanoin, mutta myös elein esimerkiksi tanssahtamalla. Potilaalle voidaan myös tarjota mahdollisuutta katsoa esimerkiksi komediaelokuvia, joka voi myös helpottaa potilaan oloa. Toisaalta täytyy myös muistaa, että aina ei ole huumorin aika vaan parempaa terapiaa saattaa olla itkeminen. (Vartti 2000, 88 - 93.)

#### 4.2 Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät

Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan taustalla vaikuttaa oletus siitä, että ihmisen ajatuksilla, kuten odotuksilla ja käsityksillä, on vaikutuksia ihmisen fysiologiaan, tunteisiin ja käyttäytymiseen. Toisaalta taas fysiologia, tunteet, käyttäytyminen sekä ympäristötekijät vaikuttavat ihmisen ajattelumaailmaan. Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan mukaan ihminen kykenee aktiivisesti osallistumaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen muokkamiseen ja näin esimerkiksi kipukokemuksen muuttamiseen. (Okifuji & Ackerlind 2007.)

Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät sisältävät erilaisia tapoja auttaa potilasta ymmärtämään kipuaan ja ottamaan aktiivisemmän roolin kivun arvioinnissa ja hoidossa. Sen tavoitteena on muokata potilaan kipukäyttäytymistä, käsitystä kivusta sekä tarjota potilaalle hallinnan tunnetta kipuun liittyen. (Carr ym. 1992, 22.)

##### 4.2.1 Tiedon antaminen ja ohjaus

Kivun ennaltaehkäisyssä kivunhoito on tehokkaimmillaan (Salanterä ym. 2006, 147). Preoperatiivinen ahdistus ja pelko kasvattavat kipua ja lisäävät näin kipulääkkeen tarvetta postoperatiivisesti. On tutkittu, että kun potilaalle annetaan yksityiskohtaista tietoa toimenpiteestä ja toimenpiteen jälkeisistä tuntemuksista, subjektiivisesti ilmaistu kipu sekä lääkkeiden käyttö voivat vähentyä ja sairaalassaoloajat lyhentyä. (Carr ym. 1992, 22.) Leikkauksen aiheuttamasta kivusta tulee keskustella kokonaisvaltaisesti myös postoperatiivisen hoidon yhteydessä (Jäntti 2000, 118).

Laki velvoittaa huomioimaan potilaan oikeuden saada tietoa hänen hoitoaan koskevista asioista sekä mahdollistaa hänen osallistumisensa oman hoitonsa suunnitteluun (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Tiedonsaantioikeus kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilas odottaa saavansa oikeaa tietoa tehdäkseen valintoja ja osallistuakseen omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tiedonhalu on kuitenkin yksilöllistä. Osa potilaista odottaa saavansa yksityiskohtaista tietoa esimerkiksi toimenpiteestä ja kokevat tämän

turvallisuuden tunnetta lisääväksi ja rohkaisevaksi. Osa potilaista saattaa taas kokea tällaisen tiedon lisäävän turvattomuuden tunnetta sekä aiheuttavan huolta selviytymisestä. Tiedon antamisen tulee siis olla perusteltua ja potilaan oman kiinnostuksen mukaan annettua. (Hautakangas ym. 2003, 44.)

Monesti kivunhoidon epäonnistuminen saattaa johtua potilaan tietämättömyydestä. Potilaalla voi esimerkiksi olla väärä uskomuksia lääkeriippuvuuden syntyisestä, kipulääkkeiden turvallisuudesta tai lääkärin ja hoitajan työstä ja he saattavat esimerkiksi kuvitella, että hoitajat ammattilaisina tietävät kuinka kipeitä he ovat, eikä kivusta siis tarvitse erikseen kertoa. (Salanterä 2006, 91.)

Tiedon antamisen ja ohjauksen päämääränä on, että potilas saa tietoa, jonka avulla hän pystyy esimerkiksi jäsentämään ajatuksiaan ja toimintojaan sekä pystyy itsenäiseen päätöksentekoon kipuun ja sen hoitoon liittyen. Tiedon sisältöön ja tapaan millä tietoa annetaan, tulee kiinnittää huomiota. Tietoa annetaan muun muassa kivusta, siihen liittyvistä fyysistä ja psykologisista muutoksista, kivun hoitomahdollisuuksista sekä näiden vaikutuksista. Potilaalle tulisi antaa myös tietoa siitä kuinka hän omalla toiminnallaan voi edistää kivunhoitoa ja ehkäistä kivun voimistumista. Tiedon annossa ja ohjauksessa tulisi huomioida myös läheiset sekä kivun sosiaalinen ulottuvuus. (Salanterä 2008, 42.) Potilaita tulisi ohjeistaa yskimiseen, hengittämiseen ja liikkumiseen liittyvissä asioissa ja kertoa kuinka fyysistä epä mukavuutta voidaan näiden toimintojen aikana vähentää. Jos potilas on ahdistunut tai peloissaan ennen leikkausta, voidaan häntä ohjeistaa esimerkiksi rentoutusmenetelmien tai mielikuvittelun käytössä. (Carr ym. 1992, 22.)

Tiedon sisällön lisäksi tulee kiinnittää huomiota tapaan, jolla tietoa annetaan. Jos ohjausta annetaan muiden toimintojen yhteydessä, se usein muuttuu yksipuoliseksi tiedon jakamiseksi. Tällöin potilas saattaa kokea, ettei hän ole saanut ohjausta. Pelkkä tiedon jakaminen ei siis riitä, vaan hoitajan tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa informaation. Suullisen tiedon antamisen ja ohjauksen lisäksi tulisi kiinnittää huomiota kirjallisten ohjeiden ajantasaisuuteen, selkeyteen sekä tarkoituksenmukaisuuteen. (Salanterä 2008, 42 - 43.)

Pre- ja postoperatiivinen tiedon antaminen korostuu päivä- ja lyhytkirurgisessa hoitotyössä. Tapa, jolla tietoa annetaan sekä tiedon sisältö, vaikuttavat potilaan kykyyn selviytyä postoperatiivisesta hoidostaan kotiutumisen jälkeen. Tiedon antamisen ja ohjauksen tavoitteena kivunhoitoon liittyen on varmistaa, että potilaalla on valmiudet kivunhoidon toteuttamiseen ja että hän ymmärtää sen merkityksen toipumisensa kannalta. Kirjalliset ohjeet tukevat informaatiota, jota potilas on hoitohenkilökunnan kanssa keskustellessaan saanut. (Viitamäki 1996, 79, 86 - 87.)

Tutkimuksia potilaiden kokemuksista tiedon saantiin liittyen on tehty useita. Johanssonin (1998) tutkimuksesta ilmeni, että potilaat eivät aina kivusta huolimatta pyydä tai tarjottaessa

ota kipulääkitystä. Johansson päätelee tämän johtuvan tiedon puutteesta tai siitä, etteivät potilaat ole välttämättä ymmärtäneet kivunhoidon merkitystä. Potilaat toivoivat samassa tutkimuksessa lisätietoa kivusta ja mahdollisuuden osallistua enemmän oman kivunhoitonsa päätöksentekoon. (Johansson 1998, 64, 67.)

Samaan tulokseen tuli myös Kurki (2007) tutkiessaan potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä heräämövaiheesta. Potilaat toivoivat tietoa hoidon eri vaiheista sekä omaan hoitoonsa liittyvistä asioista, kuten sairaanhoitajan huomioista potilaan voinnissa. Lisätietoa kaivattiin myös potilaan omista mahdollisuuksista ja keinoista hoitoon osallistumiseksi. Tiedonsaannin potilaat kokivat turvallisuutta lisääväksi. Potilaiden kokemus osallistumisesta omaan hoitoonsa vaihteli yksilöllisesti. Osallistumisen keinona mainittiin esimerkiksi keskustelu ja kommunikointi hoitajan kanssa. (Kurki 2007, 77.)

Vennelän (2004) tutkimuksen tuloksista ilmenee, että tieto kivusta auttoi kestämään kipua paremmin suurimmalla osalla potilaista ja se myös mainittiin potilaiden taholta yhdeksi tärkeäksi osa-alueeksi kivunhoidossa. Myös Nurme (1999) on tutkinut potilaiden tyytyväisyyttä kivunhoitoon. Tutkimuksen tuloksista ilmenee potilaiden toive saada tietoa kivusta ja sen hoidosta. Potilaat halusivat enemmän tietoa erityisesti kivun lääkehoitoon liittyvistä asioista sekä tutkimus- ja koetuloksista. Myös tässä tutkimuksessa puolet siihen osallistuneista potilaista koki tiedonsaannin auttavan kestämään kipua paremmin. (Nurme 1999, 54, 57.)

Lehtoranta (2007) on selvittänyt opinnäytetyössään päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia kivunhoidosta. Potilaat olivat opinnäytetyön mukaan saaneet riittävästi tietoa sekä ohjausta kipuun liittyen. Tieto oli ollut selkeää ja potilaat olivat kokeneet ymmärtäneensä saamansa informaation. Suurin osa potilaista oli saanut tietoa siitä, kuinka he itse voisivat lievittää omaa kipuaan. Lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä oli saanut tietoa suurin osa vastaajista, kun taas lääkkeettömistä menetelmistä tietoa oli saanut vain noin kolmasosa. (Lehtoranta 2007, 23.)

#### 4.2.2 Huomion kiinnittäminen kivusta toisaalle

Huomion kiinnittämisen kivusta toisaalle on todettu vähentävän kivun voimakkuutta. Varsinkin, kun olosuhteet luovat positiivisia mielikuvia, kivun kokemus vähenee. Negatiiviset olosuhteet taas saavat aikaan kivun voimistumista. (Pirttilä & Nybo 2004.) Potilaan huomion siirtäminen pois kivusta perustuu siihen, että kuuntelemalla, katsomalla, koskettamalla ja liikkumalla potilas keskittyy muihin virikkeisiin ja näin kipuaistimus väistyy. (Blomqvist 2000, 138.)

Huomiota voi siirtää muualle useilla eri keinoilla. Komediaelokuvien katsomisen on todettu auttavan kivun sietämisessä. Samoin myös hyvä kirja, sarjakuva tai kuunnelma voi helpottaa potilaan oloa. Tarvittaessa myös ystävä tai läheinen voi auttaa lukuhetken järjestämisessä. Vuodeosastolla myös tieto "ulkomaailmasta" esimerkiksi virallisten uutisten muodossa tai



hoitajan kertoessa hassuista arjen tapahtumista saattaa ilahduttaa potilasta ja näin auttaa huomion siirtämisessä pois kivusta. (Vartti 2000, 93.) Pölkin (2002) tutkimuksessa lasten postoperatiivisesta kivunhoidosta kirurgisella vuodeosastolla huomion siirtämisen keinoiksi potilaat mainitsivat muun muassa TV:n katselun, lukemisen, pelaamisen ja piirtämisen sekä mielikuvittelun. Mielikuvittelussa he ajattelivat esimerkiksi miellyttävää paikkaa, tärkeää ihmistä tai lemmikkiä. Hoitajat taas mainitsivat käyttäneensä muun muassa keskustelua potilaan päivittäisestä elämästä, musiikin kuuntelua tai TV:n katselua tai huumoria keinona siirtää huomiota kivusta toisaalle. (Pölkki 2002, 78.)

Rentoutuminen auttaa potilasta suuntaamaan ajatuksensa pois kivusta. Äkillinen kipu aiheuttaa potilaassa pelkoa ja lihasjännitystä, joka lisää kipua leikatussa kudoksessa. Tutkimuksissa on todettu, että rentoutusmenetelmien käyttö ennen leikkausta ja sen jälkeen hillitsevät kipua, pelkoa ja ahdistusta sekä vähentävät kipulääkkeiden tarvetta. (Blomqvist 2000, 136.)

Rentoutuminen soveltuu erityisen hyvin potilaille, joiden kipuun liittyy emotionaalisia ongelmia ja jotka ilmenevät fysiologisina tai toiminnallisina reaktioina sekä niihin liittyvinä ajatuksina. Tällaisia reaktioita ovat muun muassa lihasjännitys ja hikoilu. Reaktiot ovat tilannekohtaisia ja niitä laukaisevat ympäristön tapahtumat tai niihin liittyvät ajatukset. (Salanterä ym. 2006, 155.)

Eräs keino käyttää rentoutusta apuna kivunhoidossa on auttaa potilasta rentoutumaan kunnes annettu kipulääkitys alkaa vaikuttamaan. Potilasta voidaan esimerkiksi pyytää ensin jännittämään ja sitten rentouttamaan eri lihasryhmiä yksi kerrallaan. Menetelmä vaatii kuitenkin harjoitusta ja onnistuu usein parhaiten, jos se on potilaalle ennestään tuttu. Potilaan käännöissä, jotka tapahtuvat esimerkiksi hoitotoimia ja asentohoitoa varten, potilasta ohjataan olemaan rentona niin, että jännitys lihaksissa laukeaa, jolloin haavassa tuntuva kipu vähenee. Potilasta voidaan pyytää esimerkiksi rentouttamaan alaleukaa ja hengittämään rauhallisesti sisään ja ulos. Samaan aikaan myös muut lihakset rentoutuvat. Samaa rentoutusmenetelmää voidaan käyttää myös äkillisissä kipukohtauksissa. (Blomqvist 2000, 136.)

Rentoutumiseen voidaan liittää myös mielikuvaharjoituksia. Potilasta autetaan rentoutumaan ja samalla kehoitetaan häntä kuvittelemaan, että hän tekee rentoutusharjoituksen josakin itselleen miellyttävässä paikassa kuten rannalla tai metsässä. Mielikuvia käytettäessä voidaan myös valita sellainen, jolla pyritään vähentämään kipua suoraan. Jos kipu on esimerkiksi puristavaa tai kiristävä, sitä voidaan kuvitella puristavaksi vyöksi, jota höllennetään. (Blomqvist 2000, 136.) Vaihtoehtoisesti potilasta voidaan pyytää kuvittelemaan jotakin itselleen miellyttävää tapahtumaa tai toimintaa. Mielikuvaharjoittelu sopii hyvin lyhytkestoisen toimenpiteen aiheuttaman kivun ja pelon lievitykseen erityisesti lapsilla, mutta myös aikuisilla, jotka ovat valmiita mielikuvittelemaan. (Salanterä ym. 2006, 152.)

Myös hengitysharjoitusten on tarkoitus rentouttaa lihaksia, vähentää stressiä ja näin vähentää kivun voimakkuutta. Rauhallinen, syvä hengittäminen lisää myös elimistön hapensaantia. Hengitysharjoitukseen voidaan liittää myös musiikkia tai sitä voidaan käyttää lihasten rentoutusharjoitusten yhteydessä, jolloin sen teho on voimakkaampaa. Potilaalle on hyvä neuvoa aluksi oikea hengitystekniikka, jonka jälkeen potilas voi tehdä hengitysharjoituksen itselleen sopivana aikana. (Salanterä ym. 2006, 154.)

Salanterä, Hagelberg, Kauppila ja Närhi (2006) esittelevät esimerkiksi seuraavanlaisen hengitysharjoituksen. Aluksi ohjataan potilasta rentouttamaan leukalihakset ja pitämään kieli kevyesti kitalakea vasten. Tämän jälkeen pyydetään potilasta puhaltamaan keuhkot mahdollisimman tyhjiksi suun kautta, huulten ollessa kevyesti yhdessä, jolloin puhallusääni on kuultavissa. Seuraavaksi hengitetään nenän kautta syvään sisään, esimerkiksi neljään laskien, jonka jälkeen hengitystä pidätetään hetki. Tämän jälkeen aloitetaan alusta hengittämällä ulos noin kahdeksaan laskien. Sisään- ja uloshengitys tulisi toteuttaa vähintään neljä kertaa tai esimerkiksi toistaa usean minuutin ajan. Hengitysharjoitus voidaan toistaa useita kertoja päivässä. Harjoitus voidaan toteuttaa seisten, istuen tai maaten polvet koukussa. (Salanterä ym. 2006, 155.)

Musiikin ymmärretään vaikuttavan aivojen ylempiin osiin, joissa myös kivun tunnistaminen ja kipureaktiot tapahtuvat. Musiikki vaikuttaa myös mielikuvitukseen, ajatuskykyyn ja muistiin. Postoperatiivisesti musiikin kuuntelun on todettu laskevan pulssia ja verenpainetta sekä auttavan potilasta rentoutumaan ja nukkumaan. Musiikki voi laskea kiputuntemusta tuomalla esiin tunteita, jotka aktivoivat ruumiin omaa opiaatin tuotantoa. Musiikin avulla potilas voi myös lisätä omaa kivunhallinnan tunnetta sekä siirtää huomiota pois kivusta. Ennen leikkausta esitetyn musiikin on todettu vähentävän levottomuutta leikkauksen jälkeen ja laskevan verenpainetta ja hengitystiheyttä. Lisäksi musiikki tekee ajasta vuode- ja leikkausosastolla miellyttävämpää. Tuskaa lieventävä musiikki on rauhallista ja hillittyä, äänenvoimakkuudeltaan ja ääniaaltojen liikkeiltään tasaista ja mielellään instrumentaalista. (Lassila-Latikka 2003.) Potilas voi valita kuunneltavakseen myös radiosta kuuluvaa musiikkia tai omaa lempimusiikkiaan (Blomqvist 2000, 138).

#### 4.3 Fysikaaliset menetelmät

Fysikaalisilla hoidoilla pyritään termisin, sähköisin ja mekaanisin keinoin saamaan aikaan kudosten uudistumista edistävä, verenkiertoa elvyttävä tai kudosten uusiutumista edistävä. (Sandström, Metsola, Hogland, Lundberg, Van Der Eshc & VerHoeven 1991, 72.) Näiden menetelmien tavoitteena on lisätä mukavuuden tunnetta, korjata fysikaalisia toimintahäiriöitä, muokata fysikaalisia vasteita ja vähentää kipuun liittyviä pelkoja, jotka aiheuttavat esimerkiksi liikkumattomuutta tai rajoitteita (Carr ym. 1992, 22). Fysikaaliset menetelmät vaihtelevat passiivisista hoidoista aktiivisiin kuntouttaviin menetelmiin

ja niitä voidaan hyödyntää muun muassa kroonisen- ja akuutin kivun sekä syöpäpotilaiden kivunhoidossa (Salanterä ym. 2006, 158). Kivunhoidon fysikaalisiin menetelmiin kuuluvat muun muassa asentohoito, kylmä- ja lämpöhoito sekä hieronta ja kosketus (Blomqvist 2000, 135 - 139; Carr ym. 1992, 23).

#### 4.3.1 Asentohoito

Mitä rennompaa olo potilaalla on, sitä kauemmin kipua pysyy poissa ja parantuminen edistyy nopeammin. Asentohoidolla voidaan luoda mahdollisimman rento asento leikkausalueelle. Tyynyjen asettelulla tuetaan selkää, polvitaiteita, nilkkoja sekä kyynärvarsia ja voidaan auttaa potilasta kylkiasentoon. Huonossa asennossa olevaa potilasta ohjataan oikeaan asentoon itsensä hengityksen helpottamiseksi. Asentohoidossa on huomioitava, etteivät seurantalaitteiden letkut tai siteet jää painamaan potilaan ihoa aiheuttaen lisäkipua. Myös aluslakanassa olevat rypyt voivat aiheuttaa kipua potilaalle, joka on pidemmän ajan samassa asennossa. (Jäntti 2000, 124; Blomqvist 2000, 135.)

Samalla, kun potilasta autetaan kääntymään, häntä ohjataan pysyttelemään rentona. Tällä pyritään laukaisemaan lihasjännitystä, jolloin kipua vähenee. Potilasta voidaan pyytää rentouttamaan alaleukaa ja hengittämään rauhallisesti sisään ja ulos. Potilaan keskittymistä hengittämiseen helpottaa, jos hän hengittäessään laskee mielessään esimerkiksi "ulos kaks kol" tai uloshengityksen aikana toistaa mielessään sanaa "rentoudu" tai "rauhoiu". (Blomqvist 2000, 136.)

#### 4.3.2 Kylmä- ja lämpöhoito

Kylmähoitoa voidaan käyttää turvotuksen ja kivun hoidossa. Hoidon vaikutus perustuu kudoksen lämpötilan alenemiseen, joka johtaa lihasten rentoutumiseen. Kylmä vaikuttaa kipua lievittävästi myös alentamalla hermojen johtumisnopeutta. Kylmä on edullinen, turvallinen ja tehokas hoitomenetelmä. Hoitoa toteutetaan tavallisesti kylmäpakkauksina tai viileiden pyyhkeiden avulla. Kylmäpakkauksen ja ihon väliin on hyvä laittaa esimerkiksi pyyheliina suojaamaan ihoa liialliselta kylmenemiseltä. Hoitoa annetaan 10 - 30 minuuttia kerrallaan, mutta jos alueella on pehmytkudosta, hoitoaika on lyhyempi. Hyytelöistä ainetta sisältävät pakkaukset voidaan jäähdyttää pakastimessa tai jääkaapissa. Pakkaus ei saa kovettua liikaa, jotta se voidaan muokata hoidettavan alueen muotoon. (Arponen & Airaksinen 2001, 187; Airaksinen 2003, 374 - 375.)

Lämpöhoito aiheuttaa kudoksissa verenkierron vilkastumista, kudosten verenkierron lisääntymistä ja lihasjännityksen laukeamista. Jo erittäin pienillä lämpötiloilla voidaan lisätä kudosten aineenvaihduntaa. Paikallisen lämpökäsittelyn lisäksi voidaan lämmöllä saavuttaa heijastevaikutuksia. Sellainen on esimerkiksi ihorefleksi, joka aiheuttaa verisuonen laajenemisen alueella,

johon hermotus tulee lämpöhoitoa saaneesta segmentistä. Lämpöhoitoa ei tule käyttää, jos hoitoalueella on ihottumaa, tulehdus tai tuore kudosisvamma. Myös metalliset vierasesineet voivat kuumentua. Lämpöhoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi lämpöpakkausten avulla. Lämpöpakkausten lämpötilan tulisi olla 40 - 45 astetta. Potilaan ihon ja lämpöpakkauksen väliin laitetaan pyyheliina ja potilas voidaan peitellä lämmön säilymiseksi. Hoidon kesto on yleensä 20 - 30 minuuttia kerrallaan. (Arponen & Airaksinen 2001, 181 - 184.) Lämpöhoitona voidaan käyttää myös lämpöpeitettä (Delcos & Vianti 2008, 26).

Koska lämpöhoito lisää verenvuotoa sekä voimistaa akuuttia tulehdusta, ei sitä voida käyttää suoraan leikkausalueen kivunhoitoon. Lämpöhoitoa voidaan käyttää kuitenkin leikkauksen jälkeen muualla kuin leikkausalueella esimerkiksi lihasjännityksen poistamiseksi tai potilaan rentoutumisen edistämiseksi. (Arkela-Kautiainen, Ylinen & Arokoski 2009, 398-399.)

Jos kylmä- tai lämpöpakkauksia ei voida jostakin syystä laittaa kipualueelle, ne voidaan laittaa esimerkiksi kipua aistivan kehon osan vastakkaiselle puolelle tai kipualueen ylä- tai alapuolelle. Kylmä- ja lämpöpussihoitoa voidaan tehostaa vaihtamalla lyhyellä aikavälillä kylmästä kuumaan ja päinvastoin. Saatua hyötyä on todennäköisesti parempi kuin jompikumpi hoito yksinään. Potilaalle annetaan sitä hoitoa mistä hän saa parhaan hyödyn. (Blomqvist 2000, 139.)

Yleensä kylmä- ja lämpöhoidoilla on vähän sivuvaikutuksia. Monien sairaiden ihmisten kohdalla pitää muistaa, että vähäinen lämpö- tai kylmärasitus voi muuttaa verenkiertoa ja aiheuttaa sydämen ja verenkiertoelimistön rasisoireistoa tai jopa rintakipukohtauksen. Lämpöhoidon käytössä tulee olla varovainen huonon valtimoverenkierron alueella, koska paikallisesti laajentunut verisuonisto heikentää verenkiertoa distaalisisissa osissa. Kylmäkäsitteystä saatu allergia tai urtikaria on myös mahdollinen, mutta harvinainen. Liian voimakas kylmäkäsitteily aiheuttaa kudosisvaurion, samoin kuin lämpökäsitteily aiheuttaa palovamman. Hoidon aikana on tärkeä seurata asiakkaan tuntemuksia. (Arponen & Airaksinen 2001, 180, 187.)

#### 4.3.3 Kosketus ja hieronta

Kosketuksen vaikutusta on tutkittu melko paljon ja sillä on havaittu olevan runsaasti positiivisia vaikutuksia ihmisen fyysisiin järjestelmiin. Kosketus vapauttaa elimistössä muun muassa endorfiinia ja oksitosiinia, joilla on kipua lievittävä vaikutus. Kosketus vähentää myös ahdistusta, pelkoa ja jännittyneisyyttä sekä lisää stressinsietokykyä. (Arponen & Airaksinen 2001, 13.) Routasalon tekemässä tutkimuksessa iäkkäät potilaat kokivat hoitajan kosketuksen pääosin hyvänä ja muun muassa helpottavan särkyä ja kipua sekä lievittävän avuttomuuden tunnetta. Hoitajien antaman halauksen ja taputuksen koettiin tuovan muun muassa hyvää mieltä ja parantavan hoitosuhdetta. (Routasalo 1997, Koposen 2009, 41 mukaan.)

Tutkimukset leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta osoittavat, että potilas joka on saanut hierontaa, antaa alhaisemmat kipupisteet. Hieronta myös vähentää ahdistusta ja tukee hoitosuhteen muodostumista. Jo pelkästään jalkojen hieronnan on todettu laskevan sydämen sykettä ja verenpainetta sekä rauhoittavan hengitystä. Jalkahieronnan on todettu vähentävän opioidien tarvetta postoperatiivisessa kivunhoidossa. (Blomqvist 2000, 137.)

Tavallisimmin hierotaan potilaan olkapäitä, selkää, jalkoja ja käsiä. Hierontamenetelmiä ja tekniikoita on olemassa runsaasti. Niitä ovat sively, hankaus, pusertelutekniikat sekä taputus, täristys ja ravistelutekniikat. Suuremmalla osalla väestöstä on hieronnasta kokemuksia ja hoitomyöntyvyys on ollut hyvä. Tärkeimpiä syitä hoitomyöntyvyyteen ovat olleet toisen ihmisen antama kosketus ja vuorovaikutus. (Airaksinen 2003, 377.) Hieronnassa voidaan käyttää apuna lämmintä ihoöljyä (Blomqvist 2000, 137).

Hieronta on tehokas ja turvallinen kivunlievityskeino. Jos potilaalla on esimerkiksi ihotulehdus, ihottumaa, laskimotulehduksia, kasvaimia, verenvuototauti tai tuore vamma, hieronnasta on kuitenkin syytä pidättäytyä. (Blomqvist 2000, 137.)

Kosketuksessa ja hieronnassa tulee huomioida lisäksi jokaisen potilaan yksilöllisyys. Muun muassa Liponkoski (2000) ja Routasalo (1997) ovat todenneet tutkimuksissaan iäkkäiden potilaiden kokevan kosketuksen pääosin hyväksi ja turvalliseksi. Osa näistä potilaista ei kuitenkaan halunnut heitä kosketettavan hoitotoimenpiteiden lisäksi (Liponkoski 2000, 47; Routasalo 1997, 41). Routasalon tutkimuksessa kosketus hoitajan taholta koettiin joskus myös vallan käyttönä (Routasalo 1997, 41).

Myös Koposen (2009) tutkimuksen tulosten mukaan tutkittavat henkilöt kokivat kosketuksen tarpeellisena ja pääosin myönteisenä. Kosketuksen kokemisessa oli kuitenkin jonkin verran eroja naisten ja miesten kesken. Tutkimuksen tulosten mukaan naiset kokivat kosketuksen pääosin myönteisemmäksi kuin miehet. (Koponen 2009, 100 - 101.) Myös Fieldin esittämässä tutkimuksessa on todettu, että naispuoliset leikkauspotilaat rauhoittuivat ja miespuoliset leikkauspotilaat tulivat taas levottomammiksi heitä kosketettaessa (Field 2001, Koposen 2009, 22 mukaan). Sukupuolen lisäksi myös kulttuurin on todettu vaikuttavan kosketuskäyttäytymiseen ja kosketuksen kokemiseen (Koponen 2009, 15).

## 5 Lasten ja aikuisten kivunhoitotyön kehittämishanke

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Laurea ammattikorkeakoulun ja HYKS Silmä- Korvasairaalan Korvaklinikan yhteisessä lasten ja aikuisten kivunhoitotyön kehittämishankkeessa. Hankesopimuksen mukaan hankkeen tavoitteena on hoitotyön kehittäminen kivunhoidossa. Alatavoitteina on kuvata sairaanhoitajien kivun tunnistamisen sekä dokumentoinnin nykytilaa, etsiä kivunhoidon kehittämiskohteita sekä yhtenäistää kivunhoitoa Korvaklinikalla. Yhteistyösastoina

toimivat Korvaklinikan kirurgiset vuodeosastot 24 ja 25, päiväkirurginen yksikkö, päivystyspoliklinikka sekä heräämö. (Hankesopimus 2007.)

Lasten ja aikuisten kivunhoitotyön kehittämishankkeen sisällä on tehty useita opinnäytetöitä. Sellgren ja Wallendahr (2008) selvittivät lasten kivunhoitotyön kirjaamisia. Tuloksista ilmeni, että kivunhoidon kirjaaminen oli osittain puutteellista kipuongelman tunnistamisen ja arvioinnin osalta. Kivunhoito oli kirjattu asianmukaisesti, mutta kivunhoidosta lääkkeettömien menetelmien käyttöä oli kirjattu vain muutaman kerran. Näissä menetelmänä oli käytetty mehujään tai jäätelön syömistä. (Sellgren & Wallendahr 2008, 22, 28.) Myös Delcos ja Vianto (2008) tulivat samaan tulokseen selvittäessään aikuispotilaiden kivunhoidon kirjaamisia. Kivunhoidon kirjaamisen todettiin olevan osittain puutteellista. Tuloksista ilmeni lisäksi, että yleisimmin kivunhoidon auttamismenetelmistä oli kirjattu kipulääkkeen anto. Muita menetelmiä oli kirjattu vain vähän ja näistä kirjaaminen oli tapahtunut suurimassa osassa tapauksista heräämössä. Lääkkeettöminä kivunhoidon menetelminä oli käytetty pääosin kuuma- ja kylmähoitoja sekä jonkin verran asentohoitoja ja hengitysharjoituksia. Opinnäytetyön tekijät arvelevat, että käytännössä hoitotyö saattaa olla monimuotoisempaa kuin mitä kirjaamisista ilmenee. (Delcos & Vianto 2008, 31 - 33.)

Hänninen ja Pätäri (2008) kuvasivat sairaanhoitajien näkemyksiä päivystyspotilaan kivunhoidosta. Sairanhoitajat korostivat opinnäytetyössä potilaan yksilöllisyyttä kivun kuvaamisessa sekä sen kokemisessa. Kipua arvioitiin erilaisten kipumittareiden avulla sekä lukemalla potilaan ilmeitä ja eleitä. Opinnäytetyön tulosten mukaan kivunhoidossa käytettiin pääasiassa lääkkeellisiä menetelmiä. Sairanhoitajien näkemyksen mukaan lääkkeettömiä menetelmiä ei päivystyspoliklinikalla käytetä, mutta he kertoivat kuitenkin antaneensa silloin tällöin potilaiden imeskeltäväksi jääpaloja. (Hänninen & Pätäri 2008, 27 - 38.)

Jämsä ja Ojala (2008) selvittivät sairaanhoitajien näkemyksiä syöpäpotilaan kivunhoidosta Korvaklinikan kirurgisella vuodeosastolla. Sairanhoitajat kuvasivat kivunhoidon olevan pääsääntöisesti lääkkeellistä. He näkivät emotionaalisen tuen antamisen kuitenkin olevan yksi tärkeä osa syöpäpotilaan kivunhoitotyötä. Emotionaalisen tukemisen keinoina käytettiin kannustamista ja keskustelua sekä potilaan ohjaamista ja kivunhoitoon liittyvän tiedon antamista. Potilaan ottaminen mukaan kivunhoidon suunnitteluun ja toteutukseen koettiin myös sairaanhoitajien taholta tärkeäksi. (Jämsä & Ojala 2008, 18, 26.)

Aikaisemmin Korvaklinikalle tehdyistä opinnäytetöistä ilmenee, että lääkkeettömiä menetelmiä ei juurikaan käytetä tai niistä ei ole tehty kirjauksia. Päivystyspotilaiden sekä syöpä sairastavien potilaiden kivunhoitoa on Korvaklinikalle tehdyissä opinnäytetöissä jo tutkittu ja tietoa sekä tutkimuksia lääkkeettömien menetelmien käytöstä lasten postoperatiivisessa kivunhoidossa on saatavilla kohtuullisen paljon. Tutkimuksia lääkkeettömien menetelmien käytöstä lyhytkirurgisessa toimenpiteessä olleen aikuisen potilaan kivunhoidossa emme löytäneet.

## 6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää lääkkeettömien menetelmien käyttöä aikuispotilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa Korvaklinikan kirurgisella vuodeosastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Yhteistyöosastoinamme toimivat Korvaklinikan kirurgiset vuodeosastot 24 ja 25. Keskitymme opinnäytetyössämme lyhytkirurgisessa toimenpiteessä olleen aikuisen potilaan kivunhoitoon. Tavoitteenamme on mahdollisten kehittämiskohteiden löytäminen ja näin osallistua kivunhoidon kehittämiseen Korvaklinikalla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

Millaisia kokemuksia kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajilla on lääkkeettömien menetelmien käytöstä lyhytkirurgisessa toimenpiteessä olleen aikuispotilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa?

## 7 Opinnäytetyön toteuttaminen

### 7.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Koska tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia, sen lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää käyttäytymistä ja kokemuksia ja sillä tavalla saada tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Soininen 1995, 35). Laadullisessa tutkimuksessa tiedon keruun välineenä käytetään ihmistä. Sen lähtökohtana on pyrkimys todellisen elämän kuvaamiseen ja aineiston keruu tapahtuikin mahdollisimman luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 157, 160.) Kvalitatiivisten menetelmien avulla voidaan päästä lähemmäksi niitä merkityksiä, joita ihmiset antavat ilmiöille ja tapahtumille. Näiden avulla voidaan tuoda esille tutkittavien näkökulma ja tutkittavat saavat oman äänensä kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 28.)

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tieteellisyyden kriteeri laadullisessa tutkimuksessa on aineiston laatu eikä määrä, sillä siinä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvaamaan jotakin tapahtumaa tai ymmärtämään tiettyä toimintaa. (Eskola & Suoranta 2005, 18, 61.)

### 7.2 Tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on käytetty teemahaastattelua, joka on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Haastattelu on kaikkein yksinkertaisin ja tehokkain tapa selvittää mitä joku ajattelee jostakin asiasta tai minkälaisia kokemuksia hänellä tutkittavasta aihepiiristä on ollut (Aaltola & Valli 2007, 25 - 27). Haastattelun etuna on sen joustavuus. Se on keskustelevaa, mutta samalla systemaattista. Haastattelun aikana haastattelijä voi esittää lisäkysymyksiä ja näin selventää jo saatuja vastauksia. Haastattelu sopii tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi hyvin, sillä kyseessä on vähän kartoitettu alue, josta tutkijan on vaikea tietää etukäteen vastausten suuntia. (Hirsjärvi ym. 2007, 199 - 200, 203; Hirsjärvi & Hurme 2006, 34 - 35.)

Haastattelumuodoista teemahaastattelu sopii hyvin tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi, sillä teemojen avulla etenevä haastattelu vapauttaa pääosin haastattelun tutkijan näkökulmasta ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 48.) Teemahaastattelun muoto on avoin, joten haastatteltava pääsee puhumaan vapaamuotoisesti. Tehtävämme haastattelussa oli varmistaa, että kaikki haastattelun teemat käydään läpi, mutta saatoimme vaihdella niiden järjestystä ja



laajuutta saatujen vastausten perusteella. Tutkimuksemme teemat autoivat meitä myös analysointivaiheen jäsentelyssä. (Eskola & Suoranta 1998.)

Kokosimme teemarungon aikaisemmin keräämämme teorian tiedon ympäriltä niin, että se voisi vastata mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseemme. Teemahaastattelussa haastattelurunkoa laadittaessa tutkija ei laadi yksityiskohtaista kysymysluetteloakaan vaan teema-alueuuttelon. Teema-alueet toimivat haastattelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavana runkona. Haastattelutilanteessa teema-alueita tarkennetaan kysymyksillä. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 66.) Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Haastattelu toteutettiin ryhmähaastattelun muodossa. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikki haastateltavat olivat yhtä aikaa paikalla haastattelutilanteessa. Tämän opinnäytetyön aihe on ilmeisen vähän tutkittu ja siten myös varmasti vähän tunnettu. Ajattelimme, että ryhmähaastattelun avulla ryhmäläiset voivat keskustella ja pohtia aihetta keskenään ja näin helpottaa kokemusten muisteluun ja ymmärtämistä. Pohdimme, että keskustelussa saattaa myös nousta esiin asioita, joita emme ole osanneet ajatella ja näin tutkimuksen tuloksista voidaan saada moniulotteisempia. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007) mukaan ryhmähaastattelulla on useita etuja. Sen avulla tietoa voidaan saada nopeasti, samaan aikaan usealta eri vastajalta. Ryhmä voi auttaa muistamaan ja korjaamaan väärinymmärryksiä. Haastateltavat saattavat myös olla vapautuneempia ja luontevampia useamman henkilön ollessa paikalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 205 - 206.)

Ryhmähaastattelussa haastattelijan tehtävänä on saada aikaan keskustelu. Ryhmähaastattelussa haastattelijalla puhuu kaikille ryhmäläisille yhtä aikaa, mutta voi tarvittaessa kohdistaa kysymyksiä myös ryhmän yksittäisille jäsenille. Haastattelijalla huolehtii siitä, että keskustelu pysyy valituissa teemoissa ja että kaikki ryhmän jäsenet saavat äänensä kuuluviin. Ryhmässä saattaa olla dominoivampia henkilöitä, jotka pyrkivät ohjailemaan keskustelun kulkua, jota kysymysten kohdistaminen tarvittaessa yksittäisille ryhmän jäsenille voi helpottaa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 61; Hirsjärvi ym. 2007, 206.)

### 7.3 Aineiston hankinta

Haastattelua varten tarvitsimme tutkimusluvan, jonka saimme HYKS Korvaklinikan ylihoitajalta. Kun olimme saaneet luvan, otimme yhteyttä yhteistyösastojemme osastonhoitajiin ja pyysimme lupaa haastatella sairaanhoitajia, jotka ovat työskennelleet osastolla vähintään kahden vuoden ajan. Tällä valintakriteerillä pyrimme takaamaan sen, että haastateltavat sairaanhoitajat tuntevat hyvin osaston toiminnan sekä oman erikoisalansa ja heille on ehtinyt kertyä mielestämme riittävästi kokemusta postoperatiivisesta kivunhoidosta. Haastattelemillamme sairaanhoitajille oli työkokemusta keskimäärin 22 vuotta. Tuomen ja Sarajärven (2009, 85) mukaan, kun tutkimuksen tarkoituksen on ymmärtää jotakin toimintaa, tulisi haastateltavilla henkilöillä olla tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta.

Osastonhoitajien avustuksella kaikille valintakriteerit täyttävälle henkilöille lähetettiin saatekirje, jossa opinnäytetyöstä kiinnostuneita sairaanhoitajia pyydettiin ottamaan meihin yhteyttä. (Liite 1.) Saatekirjeessä käsiteltiin lyhyesti tutkimuksen taustaa ja aihetta sekä kerrottiin, että haastattelu tullaan nauhoittamaan sen myöhempää analysointia varten. Lisäksi saatekirjeessä mainittiin, että haastattelun materiaali käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti ja kaikki nauhoitteet tullaan hävittämän niiden analysoinnin jälkeen. Haastatteluun osallistuvilta henkilöiltä pyydettiin vielä kirjallinen suostumus. Koimme tärkeäksi, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt tunsivat kiinnostuneisuutta tutkimusta kohtaan ja että he osallistuvat siihen vapaaehtoisesti.

Koska tämän opinnäytetyön tarkoitus ei ole luoda tilastollisia yleistyksiä vaan ymmärtää asiaa ja analysoida aineistoa mahdollisimman perusteellisesti, aineiston koko ei voi olla liian suuri. Jo muutamaa henkilöä haastatteleamalla voidaan saada merkittävää tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 59.) Eskola ja Suoranta (1998) esittävät 4 - 8 henkilön olevan sopiva määrä ryhmähaastatteluun osallistuvia henkilöitä. Tällä määrällä voidaan saada aikaan riittävästi keskustelua ja siten aineistoa sen analysointia varten. Jokaisella osallistujalla on tällöin myös mahdollisuus saada äänensä kuuluviin. (Eskola & Suoranta 1998, 98.) Haastattelusta kiinnostuneita sairaanhoitajia meille ilmoittautui kaiken kaikkiaan kuusi kappaletta. Haastattelupäivänä yhdelle sairaanhoitajista oli kuitenkin tullut ylitsepääsemätön este, joten haastattelutilanteessa paikalla oli viisi sairaanhoitajaa.

Haastattelu toteutettiin HYKS Korvaklinikan osastojen 24 ja 25 sairaanhoitajille lokakuun vaihteessa 2010. Tällöin sairaanhoitajien kesälomat oli jo pidetty eikä osastolle tuleva remontti ollut vielä ehtinyt alkaa. Haastattelun tarkempi ajankohta sovittiin etukäteen yhteistyössä haastateltavien ja osastonhoitajien kanssa. Haastattelu päätettiin pitää aamu- ja ilta-vuoron vaihteessa, jotta se häiritsisi mahdollisimman vähän osaston normaalia toimintaa ja toisaalta kaikilla tutkimuksesta kiinnostuneilla sairaanhoitajilla oli mahdollisuus osallistua haastatteluun. Haastattelupaikkana toimi Korvaklinikan tiloissa sijaitseva rauhallinen neuvot-

teluhuone. Haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen ja haastateltaville turvallinen, jotta haastateltaviin voitaisiin saada mahdollisimman hyvän kontakti ja kommunikointi olisi häiriötöntä (Hirsjärvi & Hurme 2006, 74). Haastattelujen analysoimisen helpottamiseksi nauhoitimme haastattelut kahdella nauhurilla. Eskola ja Suoranta (1998, 98) ehdottavat lisänauhurin käyttämistä, jolloin nauhoitteen laatu voidaan varmistaa.

Ennen varsinaista haastattelua suoritimme esihaastattelun, kun lopulliseksi tarkoitettu haastattelurunko oli valmis. Haastattelimme toisiamme sekä vielä opinnäytetyömme opponentteja. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä ja kysymysten muotoa, joita voidaan vielä muokata esihaastattelun perusteella (Hirsjärvi & Hurme 2006, 72). Esihaastattelussa tuli ilmi, että haastattelu muistutti enemmän strukturoitua haastattelua kuin teemahaastattelua. Kuultuamme kokemuksia opiskelijoita, jotka olivat jo kokeilleen teemahaastattelua, muokkasimme teemoista itsellemme miellekartan varsinaisen haastattelun tueksi. Pohdimme etukäteen myös teemoihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Miellekartta auttoi meitä pitämään huomion haastateltavien sairaanhoitajien omassa näkökulmassa ja samalla muistutti meitä teema-alueista, jotka tuli käydä läpi. (Liite 2.)

Päätimme pyrkiä luomaan rennon ilmapiirin ennen haastattelun alkua keskustelemalla sairaanhoitajien kanssa ja tarjoamalla heille makeisia. Tähän meille tarjoutui tilaisuus, kun meistä riippumattomista syistä haastattelun aloitus venyi. Itse haastattelutilanne oli kuitenkin jonkin verran jännittynyt. Tämä johtui suurelta osin varmasti haastattelijoiden jännittämisestä, sillä haastateltavat vaikuttivat vapautuneilta ja keskustelivat aiheesta luontevasti. Ennen haastattelun alkua kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta sekä varmistimme kaikkien osallistujien vapaaehtoisuuden. Muistutimme haastatteluun osallistujia vielä tutkimuksen nauhoittamisesta sekä aineiston luottamuksellisesta käsittelystä.

Haastattelutilanteessa aloitimme haastattelun varsin avoimella kysymyksellä lääkkeettömien menetelmien käytöstä, jotta välttäisimme liiaksi ohjaamasta keskustelua meidän näkökulmamme suuntaan. Haastattelun kuluessa esitimme tarkentavia kysymyksiä yhteisesti kaikille sekä yksittäisille haastatteluryhmän jäsenille. Tarkentavia kysymyksiä olimme miettineet valmiiksi jo ennen varsinaista haastattelua. Tukena haastattelussa meillä oli teemarungosta kokoamamme miellekartta. Ennen haastattelun loppua pyrimme vielä käsittelemään teemarungosta niitä aiheita, jotka eivät aikaisemmin vielä olleet tulleet esille. Haastattelun kuluessa esitimme lisäkysymyksiä etukäteen mietittyjen kysymysten pohjalta, mutta myös spontaanisti haastateltavien vastausten perusteella. Varsinainen haastattelu kesti 45 minuuttia.

## 7.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin laadullinen sisällönanalyysi, jolla aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin avulla aineisto pyritään saattamaan selkeään ja tiiviiseen muotoon sen antama informaatio kuitenkin säilyttäen. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja loogiseen päättelyyn, jossa aineisto ensiksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja sen jälkeen kootaan uudelleen uudeksi, loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 107 - 108.) Sisällönanalyysi sopii erinomaisesti käytettäväksi strukturoidun aineiston (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Aineiston analyysi toteutettiin teoriaohjaavasti, jolloin päättely eteni abduktiivisesti. Analyysin aikana ajatteluprosessissa vaihtelivat aineistolähtöisyys sekä teoriasta nousevat mallit. Tässä menetelmässä analyysi lähtee aineistonlähtöisen analyysin tavoin aineistosta käsin, mutta jo olemassa oleva teorian tieto ohjaa ja auttaa analyysin tekoa. Aineiston analyysi koostuu teoriaohjaavassa analyysissä kolmesta vaiheesta: aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista, ryhmittelystä eli klusteroinnista sekä aineiston käsitteellistämisestä eli abstrahoinnista. Tutkijan päätettäväksi jää missä vaiheessa analyysia teoria otetaan mukaan analyysia ohjaamaan. Teoriaohjaavassa analyysissä teorian tietoa ei pyritä testaamaan vaan löytämään uusia näkökulmia ja ideoita käsiteltävään aiheeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97, 100, 108, 117.) Kun tutkimuksen tulokset on saatu valmiiksi, niiden perusteella tehdään vielä johtopäätökset (Hirsjärvi & Hurme 2006, 149 - 150).

Ensimmäinen tehtävä aineiston keruun eli haastattelun jälkeen on saadun aineiston purkaminen. Aineiston purku tapahtuu puhtaaksikirjoittamalla nauhoitettu haastattelu sanasta sanaan eli litteroimalla. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 138.) Aloitimme litterointityön välittömästi haastattelun jälkeen, kun haastattelu oli vielä tuoreessa muistissa. Litteroimme haastatteludialogin kokonaisuudessaan, jossa mukaan luettiin siis myös haastattelijoiden esittämät kysymykset. Jätimme litteroinnista pois naurahdukset ja huokaukset sekä täytesanat, sillä nämä eivät olleet tutkimuksemme kannalta olennaista tietoa. Toisaalta säilytimme litteroinnissa äännähdykset, jotka merkitsivät toisen haastattelijan vastaukseen yhtymistä. Vastausten erottamiseksi toisistaan ja toisaalta hoitajien nimettömyyden suojelemiseksi annoimme jokaiselle hoitajalle numeron, joka merkittiin jokaisen ilmauksen yhteyteen. Kaiken kaikkiaan litteroitua aineistoa kertyi 15 sivua 10 pisteen fonttia sekä 1,5 riviväliä käyttäen.

Ennen analyysin aloittamista tutkijan on määriteltävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Päätimme käyttää analyysiyksikkönä tutkittavien esittämää lausumaa, jolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä lausetta, lauseen osaa tai useamman lauseen kokonaisuutta.

Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineiston litteroinnin jälkeen aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistoa tiivistetään etsimällä siitä

tutkimuskysymyksen kannalta olennainen tieto. Toisin sanoen haastattelumateriaalista etsitään ilmaisia, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108.) Redusointivaiheessa luimme aineiston useaan kertaan läpi ja esitimme sille tutkimuskysymystämme. Ne tutkittavien esittämät lausumat, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, lisättiin ylös käyttäen alkuperäisilmaisuja. Alkuperäisilmaisuista muodostettiin vielä pelkistettyjä ilmaisia, jotka helpottivat aineiston ryhmittelyä.

Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa etsimme alkuperäisistä ilmaisuista samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Samaa asiaa tai samankaltaista asiaa tarkoittavat lausahdukset ryhmiteltiin omiksi luokikseen ja niille annettiin nimi, joka kuvasi luokkien sisältöä. Luokittelun avulla voidaan tutkittavia ilmiöitä jäsentää vertailemalla aineiston eri osia toisiinsa. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 110.) Luokittelun pohjana voidaan käyttää esimerkiksi teemahaastattelun teemoja (Hirsjärvi & Hurme 2006, 149). Ryhmittelyyn ja näin alaluokkien syntymiseen vaikutti jo aikaisemmin kokoamamme teoriatieto. Nostimme aineistosta esille myös luokkia, joita ei sellaiseenaan teoriassamme oltu käsitelty. Tällaisia luokkia ovat emotionaalinen tukeminen, moniammatillinen yhteistyö sekä koulutus. Aineistosta oli löydettävissä myös aivan uusia luokkia, kuten viihtyvyyden lisääminen, nesteiden nauttiminen ja omaisen huomioiminen.

Varsinaisen analyysin viimeisessä vaiheessa aineisto abstrahoidaan eli informaatiota käsitteellistetään. Teoriaohjaavassa analyysissä empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 103, 108 - 117.) Abstrahointivaiheessa yhdistimme ryhmittelyssä aikaansaamiamme alaluokkia yläluokiksi. Tässä vaiheessa teoriatieto ohjasi yläluokkien muodostamista sekä näistä pääluokan muodostamista. (Liite 3.)

## 8 Tutkimustulokset

### 8.1 Hoitoympäristön kautta vaikuttaminen

Sairaanhoitajat kertoivat huomioivansa fyysistä hoitoympäristöä säätämällä potilashuoneen valaistusta hämäämmäksi. Valaistusta säädettiin ikkunaverhoja pienentämällä tai laittamalla kirkkaat valot pois. Valaistuksen säätäminen hämäämmälle vähensi sairaanhoitajien kokemuksen mukaan kipulääkityksen tarvetta joillakin potilasryhmillä. Sairaanhoitajat kertoivat myös pyrkivänsä turvaamaan leikkauksen jälkeisestä kivusta kärsivälle potilaalle mahdollisuuden lepoon ja rauhaan kontrolloimalla esimerkiksi samassa huoneessa olevien potilaiden vierailijoiden määrää tai ohjaamalla hyväkuntoinen potilas vierailijoidensa kanssa päiväsaliiin. Ainakin yksi sairaanhoitaja koki potilaan rauhan ja levon häiritsemisen lisäävän kivun tunteista. Meluhaittaan sairaanhoitajat eivät kokeneet voivansa vaikuttaa, sillä sairaalaympäristössä oli käynnissä useita remontteja, jotka aiheuttivat ylimääräisiä ääniä. Sairaanhoitajat kertoivat myös huolehtivansa potilaiden viihtyvyydestä ohjaamalla heitä kesäisin osaston lasitetulle parvekkeelle.

SH 3: *".. kun hämää sitä huonetta ni he ei välttämättä tarvitse siinä mielessä määrissä ollenkaan kipulääkkeitä.."*

SH 5: *"et jos on kolmen hengen potilashuone... se että kulminoituu sitten siihen kivun tunteeseen se ärsytys siitä, että ei saa rauhassa levätä siellä"*

Haastattelussa kävi ilmi, että hoitajat käyttivät moniammatillista yhteistyötä sekä koulutautumista hyväkseen aikuisen potilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Sairaanhoitajat käyttivät kivunhoidossa apuna ainakin lääkäriä sekä fysioterapeuttia. Fysioterapeutit opastivat sairaanhoitajia asento- ja liikehoidoissa sekä olivat mukana fysikaalisten hoitojen toteuttamisessa. Sairaanhoitajat kertoivat myös, että jokaisella osastolla on kipuvastaavat, jotka osallistuvat koulutuksiin ja vievät tietoa kivunhoidosta käytäntöön. Ainakin tiedon antamisesta oli järjestetty auditointeja, jolloin hoitajat kuuntelivat toistensa antamia ohjeita. Tämän tarkoituksena oli yhdenmukaistaa potilaille annettavaa tietoa.

SH5: *"toisaalta hieronta on sellainen että melkein jätän sen jumpparille.."*

SH4: *"... jos ei meidän tiedot riitä ni järjestää niin että lääkärit tietää että tän kanssa pitäis vielä uudestaan puhua"*

### 8.2 Vuorovaikutukselliset menetelmät

Sairaanhoitajat käyttivät leikkauksen jälkeisessä kivunhoitotyössä emotionaalista tukemista sekä huumoria. Emotionaalista tukea annettiin keskustelemalla, tietoa antamalla, ja joskus

koskettamalla. Sairaanhoitajat kertoivat myös potilaille olevansa käytettävissä ja ettei potilaan tarvinnut kestää kipuaan tai selviytyä sen kanssa yksin. Emotionaalista tukea annettiin myös viemällä potilaalle kipulääke ennakoon, jolloin potilas saattoi ottaa kipulääkkeen, kun hänestä itsestään siltä tuntui. Lisäksi ainakin yksi sairaanhoitaja pyrki kivunhoidossa tekemään potilaan oloa mahdollisimman mukavaksi esimerkiksi rasvaamalla potilaan huulia.

Emotionaalisen tuen antamisella sairaanhoitajat pyrkivät potilaan rauhoittamiseen, kannustamiseen tai tuomaan hänelle turvallisuuden tunnetta. Yksi sairaanhoitaja kertoi kokeneensa, että hyvä hoitosuhde potilaan ja hoitajan välillä vähensi kipulääkkeen tarvetta. Sairaanhoitajat kertoivat antavansa emotionaalista tukea, kun potilaan huomio oli kääntynyt täysin kiipuun, potilaat olivat hädissään tai ahdistuneita tai kun sairaanhoitajat huomasivat potilaan kärsivän kivusta runsaasta lääkityksestä huolimatta. Sairaanhoitajat kertoivat tarvitsevansa tietynlaista herkkyyttä huomataksaan, milloin potilaat tarvitsevat emotionaalista tukemista. Myös ammatillisen eli rauhallisen ja varman käytöksen koettiin lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta.

SH5: *"...annetaan potilaan ymmärtää se että me ollaan vaan yhden soittokellon pirahduksen päässä ja käymme myöskin muutenkin ettei heidän tarvii ajatella että he ovat siellä yksinään sen kivun keskellä"*

SH1: *"... herkkänä kuitenkin hoitajan tulee olla ja kattoa että onko joku muu siinä. jos on vaikka hiljattain saanu särkylääkkeen ja kattoo että mitä siellä on niinku et kuinka monta on jo menny ja jos siitä huolimatta jos ei auta niin onko jotain muuta"*

Kaikki sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä huumoria kivunhoidossa. Käytettävä huumori oli lempeää, tunnelmaa keventävää ja sellaista, joka ei loukkaa ketään. Aiheita huumoriin löytyi tilannetapahtumista tai kun potilas itse aloitti vitsailun, sairaanhoitajat jatkoivat siitä. Sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä huumoria tilanne- sekä potilaskohtaisesti. Potilaskohtaisuuden koettiin olevan hyvin tärkeää eikä samanlaisen huumorin koettu soveltuvan kaikille potilaille. Sairaanhoitajat kertoivat aistivansa milloin huumoria voi käyttää. Luottamuksellisen potilassuhteen koettiin myös olevan huumorinkäytön vaatimuksena. Huumorin koettiin vaikuttavan, koska potilas ei nauramisen aikana keskittynyt kivun tuntemukseen.

SH1: *"... tilannetapahtumia ja niitähän riittää"*

SH5: *"että se on kyllä yks et sen aistii potilaasta et kenellä on huumorintajua ja silloin kyllä ja varsinkin jos potilas alottaa"*

SH3: *"...mut et jos sen aistii siinä ja on hyvä hoitosuhde niin totta kai ja tilannekohtaisesti et mikä on"*

Vuorovaikutustilanteista ainakin osa sairaanhoitajista koki haasteelliseksi tilanteen, jossa potilaan hätäntyneen omaisen koettiin omaisen kipua. Sairaanhoitajat pyrkivät huomioimaan myös omaisen hätää ja auttamaan häntä kiinnittämään huomiota kivusta toisaalle.

SH2: *" mun mielestä on aika haasteellinen tilanne just se niinku saada se omainenkin ymmärtämään yhtään.. et sekin rupeis puhumaan jostain muusta asiasta"*

### 8.3 Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät

Tiedon antaminen ja ohjaus oli sairaanhoitajien mukaan yksi käytetyistä menetelmistä. Tietoa annettiin kivun ilmenemisestä eli siitä, että kivun kokeminen on normaalia leikkauksen jälkeen ja siitä milloin ja kuinka kauan kipua ilmenee. Myös tulevista tapahtumista annettiin informaatiota potilaalle.

SH4: *" kertoo sille potilaalle et tää kuuluu nyt jonkunlainen kivunaste tähän toimenpiteeseen et tää ei oo mitään erityistä et mikään ei oo menny pieleen eikä poskelleen vaikka nyt onki kipee"*

SH1: *" että millanen ohjelma on ja mitä seuraavana päivänä on"*

Sairaanhoitajat kertoivat myös antavansa potilaille tietoa kivun eri hoitovaihtoehdoista. Tietoa annettiin lääkkeellisistä menetelmistä sekä lääkkeettömistä menetelmistä. Lääkkeellisestä hoidosta korostettiin kipulääkityksen säännöllisen ottamisen tärkeyttä. Sairaanhoitajat ohjasivat nestehoidossa sekä kylmähoidossa. Ainakin yksi sairaanhoitaja kertoi ohjaavansa potilaille niskan rentouttamista sekä asento- ja liikehoitoa ja ainakin yksi sairaanhoitaja opastavansa hengityksessä.

SH5: *" ...sitten neuvotaan just näitä jääpaloja voit pakastaa myöskin niinku mehusta... niin että ihan jääpalapusseihin ja niiden imeskeleminen. kylmäpusseja voit pitää kaulalla ulkopuolella ja siihen käy ihan maissihernepaprikapussi"*

Sairaanhoitajat antoivat potilaalle tietoa myös hoidon tavoitteista.

SH3: *" puhutaan vaan että sillä porrastetulla, lomittain otetuilla kipulääkkeillä...tulee toimeen mut he ei oo täysin kivuttomia"*

Sairaanhoitajat kertoivat antavansa kaikille potilaille samaa tietoa perusasioista. Ohjauksen antamisessa huomioitiin kuitenkin myös potilaan yksilöllisyys esimerkiksi ikä sekä mielentila. Ohjausta ja tietoa pyrittiin antamaan kirjallisesti ja suullisesti sekä jo preoperatiivisessa vaiheessa.



SH1: *" mutta täytyy sit huomioida se potilas niinku jokainen meistä tekeekin yksilöllisesti niinku minkä tyyppinen"*

SH3: *"... ja niinku sillä tyylillä et jos on muutenkin aivan paniikissa ja tarttuu joka sanaan... ni kyllä sitä niinku mieltii että mitä sanoja ja mitä sanavalintaa käyttää et se olis niinku mahdollisimman tämmönen niinku pehmeä"*

Ainakin yksi sairaanhoitaja koki tiedon antamisen ja ohjaamisen kannalta haastavaksi tilanteen, jossa potilas on kerännyt tietoa oireistaan etukäteen internetistä tai keskustellut aikaisemmin toimenpiteessä olleen henkilön kanssa.

SH5: *"... ne mitkä on kuultu jostakin tai tänä päivänä internetistä imuroitu jos jonkun näköstä tietoa eli nyt on hirveesti lisääntyny ne jotka pelkää pahanlaatusta tautia että kun he on löytäneet sieltä että nää oireet voi viitata siihen ja siihen niin ne on niinku tämän päivän mun mielestä niitä haasteellisimpia"*

Kaikki sairaanhoitajat kokivat, että tiedon antamisella oli merkitystä kivun kokemiseen ainakin usein rauhoittamalla potilasta ja lievittämällä pelkoja. Ainakin yksi sairaanhoitaja oli saanut potilailta hyvää palautetta tiedon antamisesta. Sairaanhoitajat kertoivat, että toisaalta jotkut potilaat taas jäivät odottamaan kivun ilmenemistä siitä tietoa saatuaan.

SH1: *"...ni totta kai se rauhoittaa sit sitä ni ei keskity välttämättä siihen et kun tuntuu kipua. helpottaa sitä oloa kuitenkin"*

Sairaanhoitajat käyttivät huomion kiinnittämistä kivusta toisaalle aikuisen leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Keinoina mainittiin TV:n katselu, musiikki, lukeminen sekä keskustelu. Sairaanhoitajat kertoivat tarjoavansa näitä vaihtoehtoja, jotta ajatukset saataisiin kivusta pois ja että potilaan aika osastolla saataisiin kulumaan, jolloin olokin helpottuisi. Kaikista potilashuoneista löytyi TV, jota potilaat saattoivat katsella. Sairaanhoitajat kokivat, että mahdollisuudet musiikin tarjoamiseen olivat vähäiset, sillä heillä oli käytettävissään ainoastaan radio. Potilaille itsellään oli kuitenkin usein mukanaan musiikkia, lukemista sekä muuta viihdykettä. Siirtääkseen huomiota kivusta toisaalle sairaanhoitajat keskustelivat potilaan kanssa joko kivusta tai jostakin muusta aiheesta.

SH5: *" viemme heille viihdykettä, lukemista, kysymme jos he halua telkkarii katsoo eli sillä tavoin saadaan ajatukset pois"*

SH3: *"ja sit niillä on musiikkia monta kertaa mukana"*

Kukaan haastatelluista sairaanhoitajista ei käyttänyt varsinaisia rentoutusharjoituksia leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Yksi sairaanhoitajista kertoi kuitenkin auttavansa kaulan alueen leikkauksessa ollutta potilasta rentouttamaan niskaa. Myös asentohoidoilla pyrittiin rentoutukseen.

SH5: *"ei sen enempää kuin että jos on potilaalla leikattu kaulaa niin sitten ohjataan rentouttamaan niskaa eikä niin että he kääntyvätkin näin"*

Ainakin yksi sairaanhoitaja kertoi myös käyttävänsä hengitysharjoituksia leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Hengitysharjoitusta käytettiin potilaan rentoutumisen edistämiseksi ja siten kokonaisvoiminnan parantamiseksi. Hengitysharjoituksen onnistumiseksi potilaan tuli olla vastaanottavainen, jolloin harjoituksen toteuttamiseen ei kulunut kuin joitakin minutteja.

SH3: *"pyytää että rauhallisesti hengittää ja näin niin et jos ne saa siihen..."*

#### 8.4 Fysikaaliset menetelmät

Kaikki sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä kylmähoitoa leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Sen koettiin helpottavan kipua. Kylmähoitoa annettiin kylmäpussien, jääpalojen, mehujään tai jäätelön avulla. Kylmähoidon kerrottiin helpottavan turvotusta ja esimerkiksi mehujään nauttiminen helpotti ruoan nauttimista. Kylmähoitoa käytettiin myös ensihoitona. Kylmäpusseja laitettiin esimerkiksi niskan taakse tai hoitamaan kipeää tekevää viggoa. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan potilaat itse pyysivät jäätelöä kivunhoitoon. 2

SH5: *"sit me käytämme ihan paikallishoitona kylmäpussia mut et se voi vähentää turvotusta"*

SH2: *"no ihan jääpaloja tai mehujäättä"*

SH3: *"...jäätelö kyl se maistuu sekä aikuisille..."*

Kukaan haastatteluista sairaanhoitajista ei käyttänyt lämpöhoitoa leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa.

SH4: *"...ei me kipua lämmöllä hoideta"*

Sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä asento- ja liikehoitoa aikuisen potilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Keinoiksi mainittiin sopivan asennon järjestäminen, sängyn päädyn nostaminen ylös, tyynyillä tukeminen sekä apuvälineiden kuten rollaattorin oikea säätö. Sairaanhoitajat myös katsoivat, ettei potilas levännyt leikatun kohdan päällä eivätkä mahdolliset drenit painaneet potilasta. Myös jännittyneille potilaille annettiin asentohoitoa.

SH3: *"nenäpotilaat kun niillä on tamponaatioita ja levyjä ja siis nenä on aivan täynnä ja verta. siel ei ilma kierrä laisinkaan. ni se on kauheen tukkonen se olo ja suu kuiva ja kipeä ja niin tuota kyllä se et järjestää hänelle sopivanlaisen asennon"*

Sairaanhoitajat mainitsivat käyttävänsä ja ohjaavansa potilaita myös nesteiden nauttimisessa. Potilasryhmäksi mainittiin ainakin nielurisaleikatut potilaat sekä muut kurkku- ja nenäki-puiset potilaat. Nesteiden nauttiminen vähensi kipua ja esti osaltaan jälkivuotoa.

SH3: *"Juomista on riittävästi et voi kostuttaa et seki helpottaa monta kertaa kun se ei oo niin rutikuiva se suu"*

SH5: *" että yöpöydällä olis juotavaa, mehua tai vettä kannussa ja jos herää ni ottaa pieniä kuluksia niin ettei limakalvot pääse kuivumaan. koska kuivat li-makalvot tosiaankin on niin paljon kipeemmät"*

Osa hoitajista kertoi käyttävänsä koskettamista leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Yksi sairaanhoitajista kertoi kannustavansa potilaita koskettamalla ja koskettavansa potilaita muu-tenkin herkästi. Kosketus koettiin intiimiksi asiaksi ja sen käytössä oltiin osittain varautuneita. Sairaanhoitajat kertoivat, että koskettaminen vaatii "tuntosarvia", koska osa potilaista kesti kosketusta ja osa taas ei. Ainakin yksi sairaanhoitaja oli saanut hyvää palautetta kosket-tamisen käyttämisestä.

SH1: *"...ja silloin kun joku säpsähtää tai aistii siitä niin sä oot menny jo aika vähän lähelle"*

SH3: *"... kun sitä on kauheen niinku varautunut kun se on kuitenkin menee niin lähelle kun koskettaa... et kuka kestää sitä kosketusta ja kuka ei"*

Sairaanhoitajat eivät juurikaan käyttäneet hierontaa lyhytkirurgisten potilaiden leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Yksi sairaanhoitaja kertoi kuitenkin ohjaavansa potilaita rentout-tamaan niskoja ja hartioita ja paineleivansa hartioita tässä yhteydessä. Toinen sairaanhoitaja kertoi hierovansa kättä, jossa on kipeältä tuntuva viggo.

SH3: *" ja päiväkirurgiset potilaat on niin lyhyen ajan et heti kun ne alkaa ole-maan vähän enemmän hengissä niin sit ne lähtee kotiin. siinä ei kyl kauheesti ehi hieromaan"*

SH5: *"... on tässä näin ja mä nään että hänellä on tosiaankin dreeni tässä ja hän on näin niin mä näin käyn niin et hartiat rennoksi ja tästä näin ni et tulee vaan kipeemmiks et jos jännittää ja että päätä saa niinku kääntää näin että se kääntyy mut en sen enempää"* (painelee toverin hartioita)

SH2: *"... jos vigot on joskus vähän tuntuu kipeiltä ni niille kun pikkusen hieroo kättä..."*

## 9 Pohdinta ja johtopäätökset

### 9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta alkaa jo tutkimusaiheen valinnasta (Hirsjärvi ym. 2007, 24). Tämän opinnäytetyön aiheen valinta nousee työelämän tarpeista. Aihe on valittu yhteistyössä HYKS Korvaklinikan yhteistyökumppanin kanssa, jotta se voisi parhaiten palvella työelämää. Korvaklinikalle on aikaisemmin tehty useita eri opinnäytetöitä kivunhoidon kehittämiseen liittyen. Lääkkeettömien menetelmien käyttöä ei näissä oltu kuitenkaan vielä tutkittu. Suomessa muualla tehtyjä tutkimuksia lääkkeettömien menetelmien käytöstä aikuisen potilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa on myös vähän, lyhytkirurgisten potilaiden kohdalla emme löytäneet ainuttakaan, joten koemme aiheen tuottavan uutta tietoa. Haastattelun tekemistä varten anoimme lupaa HYKS Korvaklinikan ylihoitajalta.

Lähtökohta tutkimuksessa on ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään suostumuksen antamista. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Ennen haastattelua osallistujille lähetettiin saatekirje, jossa pyydettiin henkilön suostumusta haastatteluun osallistumiseksi. Saatekirjeessä kerrottiin muun muassa tutkimuksen tarkoituksesta, menetelmästä sekä siitä, että haastattelu tullaan nauhoittamaan. Pyrimme saatekirjeen avulla varmistamaan haastateltavien vapaaehtoisuuden sekä välttämään väärinkäsityksiä. Ennen haastattelu-tilanteen alkamista kerroimme sairaanhoitajille vielä tutkimuksen tarkoituksesta. Osallistuminen haastatteluun on ollut vapaaehtoista. Olemme suojelleet haastatteluun osallistuneiden sairaanhoitajien nimettömyyttä jättämällä tunnistetiedot haastattelun materiaalista pois. Lisäksi poistimme raportistamme mahdolliset muut tuntomerkit. Tällaisia ovat olleet esimerkiksi murre-sanat, jotka muokkasimme alkuperäisilmaisuja käyttäessämme yleiskielisiksi. Sairanhoitajien esittämät alkuperäisilmaisut on eroteltu toisistaan numeroinneilla heidän henkilöllisyytensä suojelemiseksi. Kaikki nauhoitteet sekä muut haastateltaviin liittyvät asiakirjat on hävitetty aineiston analyysin jälkeen. Tämän opinnäytetyön tekijöiden lisäksi kukaan ulkopuolinen henkilö ei ole ollut mukana aineiston käsittelyssä.

Pyrimme noudattamaan tässä opinnäytetyössä Laurea ammattikorkeakoulun tutkimuseettisiä ohjeita sekä hyvää tieteellistä käytäntöä mahdollisimman tarkoin. Hyvän tieteellisen käytännön kriteereitä ovat esitelleen muun muassa Tuomi ja Sarajärvi (2009, 132-133) teoksessaan Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tiedon hankinnassa ja aineiston käsittelyssä pyrimme totuudellisuuteen, avoimuuteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Haastateltavien antamat lausumat on kirjattu analysointi- ja litterointivaiheessa mahdollisimman tarkoin ylös niin kuin ne on esitetty. Niistä on poistettu ainoastaan turhat täytesanat sekä äännähdykset, jotka eivät ole olleet tämän opinnäytetyön kannalta merkityksellistä sisältöä. Myös joitakin murre-sanoja on muokattu haastateltavien henkilöllisyyden suojelemiseksi. Avoimuuteen pyrimme opinnäytetyössämme esimerkiksi tarkastelemalla huolellisesti opinnäytetyöhömmä liittyviä

eettisyyden ja luotettavuuden kysymyksiä. Raportoimme opinnäytetyön tulokset sellaisena kuin ne ovat välttämällä ylitulkitsemista ja siten niiden vääristämistä. Muiden tutkijoiden tekemä työ on huomioitu ja tunnustettu merkitsemällä tarkasti ylös kaikki käyttämämme lähteet asianmukaisine lähdeviitteineen. Emme ole esittäneet toisen henkilön kirjoittamaa, tutkimaa tai keksimää omanamme.

Esihaastattelun avulla voidaan vähentää virheiden määrää varsinaisessa haastattelussa. Esihaastattelun avulla voidaan testata muun muassa haastattelurunkoa ja kysymysten muotoilua sekä saada selville haastattelun keskimääräinen kesto. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 72.) Luotettavuutta opinnäytetyössämme pyrimme lisäämään muun muassa tekemällä esihaastattelun. Esihaastattelu tehtiin opponenteillemme ennen varsinaista haastattelua. Harjoittelimme myös haastattelun tekemistä sekä kysymysten muotoilua haastatteleamalla toisiamme. Opponenteille tekemämme esihaastattelun perusteella meille selvisi, että käyttämämme teemarunko ohjasi haastattelua liian tarkoin ja varsinaisesta haastattelusta olisi saattanut tulla liian strukturoitu. Jotta saatoimme mahdollistaa tutkittavien näkökulman esiin pääsyn, muokkasimme teemarungosta mieliekartan haastattelun tueksi. Näin jälkeenpäin olemme pohtineet, että esihaastattelu olisi ollut hyvä suorittaa joillekin tämän opinnäytetyön ulkopuolisille sairaanhoitajille, joilla on kokemusta tämän opinnäytetyön aiheesta. Ajan puutteen vuoksi emme ehtineet myöskään järjestämään useampia esihaastatteluita, jonka Hirsjärvi sekä Hurme (2006, 73) kokevat teemahaastattelun tekemisessä tärkeäksi. Nämä asiat saattavat vähentää opinnäytetyömme luotettavuutta, sillä olisimme kaivanneet lisää harjoitusta.

Tutkimusta tehdessä tulee kiinnittää huomiota haastattelupaikan sekä -ajan valintaan. Haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen, sillä teemahaastattelu edellyttää tutkijalta hyvää kontaktia haastateltavaan. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 74.) Sovimme haastattelut lokakuulle, jolloin sairaanhoitajat olivat pitäneet kesälomansa. HYKS Korvaklinikan tulevan remontin vuoksi yhteistyösastomme joutuu muuttamaan uusiin tiloihin. Vältimme haastattelun osumisen juuri tälle ajankohdalle. Haastattelutilanne ajoitettiin aamu- ja iltavuoron vaihteeseen, jolloin molemmilla osastoilla oli paikalla mahdollisimman paljon työntekijöitä. Tällä tavoin menettelemällä häiritsimme osaston toimintaa mahdollisimman vähän ja toisaalta saatoimme saada kaikki aiheesta kiinnostuneet sairaanhoitajat yhtä aikaa haastattelutilanteeseen. Haastattelun ajankohtana osalla hoitajista oli tosin työvuoro loppumaisiltaan, joka saattaa myös vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Haastateltavien ajatukset ovat tällöin ajoittain olla kääntyneenä kotiin lähtöön päin. Haastattelupaikkana toimi rauhallinen ja hiljainen neuvotteluhuone Korvaklinikan tiloissa, jonka ajattelimme olevan haastateltaville tuttu ja turvallinen. Näin pyrimme mahdollistamaan hyvän kontaktin haastateltaviin. Kävimme tutustumassa haastattelupaikkaan ennen varsinaista haastattelua, joten kykenimme ennakolta suunnittelemaan istumajärjestystä sekä nauhurien asettelua. Neuvotteluhuone oli sopivan pieni, jolloin äänenlaatu nauhoituksessa pysyi hyvänä.

Pyrimme luomaan haastattelutilanteeseen mahdollisimman rennon ilmapiirin. Keskustelimme ennen haastattelun alkua sairaanhoitajien kanssa ja tarjosimme heille makeisia. Kaikki haastateltavat vaikuttivatkin rentoutuneilta haastattelutilanteessa. Koska haastattelutilanne oli molemmille haastatteliijoille uusi, jännitimme itse tilannetta varmasti enemmän kuin haastateltavat. Tällä on saattanut olla vaikutusta opinnäytetyön luotettavuuteen. Haastattelu sujui mielestämme pääpiirteittäin kuitenkin hyvin. Pidimme teemoista tekemäämme miellekarttaa apuna haastattelun edetessä ja esitimme tarkentavia kysymyksiä haastateltavien vastausten perusteella. Nauhoituksia litteroidessamme huomasimme kohtia, joissa olisimme voineet tarttua paremmin haastateltavien antamiin vastauksiin ja esittää näistä lisäkysymyksiä. Oლისimme voineet haastattelun kuluessa myös painottaa enemmän sairaanhoitajien kokemusten tärkeyttä näkemysten sijasta sekä kiinnittää lisähuomiota kysymysten muotoiluun. Tilanteen tuntemattomuus aiheutti meille epävarmuutta, jolloin kysymysten muotoilu ja keskustelun palauttaminen takaisin opinnäytetyön aiheeseen oli välillä haastavaa. Onnistuimme kuitenkin pääosin pitämään haastattelun tutkimusongelman asettamissa rajoissa. Opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus on tästä huolimatta voinut vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen.

Koska pyrimme antamaan mahdollisimman paljon tilaa haastateltavien omille kokemuksille, aloitimme haastattelun avoimella kysymyksellä ja etenimme haastattelussa saamiemme vastausten perusteella lisäkysymyksiä tehden. Vasta aivan loppuun kävimme läpi teemat, joita keskustelussa ei aikaisemmin oltu käsitelty. Koemme tämän lisäävän opinnäytetyön luotettavuutta. Toisaalta luotettavuutta vähentää se, että yksi teemojen osa-alueista, mielikuvittelun käyttö, jäi haastattelutilanteessa käsittelemättä. Syyksi tähän pohdimme aikataulusta aiheutuneita paineita sekä jännittämistämme. Meistä riippumattomista syistä emme päässeet haastatteluun varattuun tilaan sovittuna aikana. Halusimme kuitenkin kunnioittaa haastateltavien aikaa ja päätimme lopettaa haastattelun siten kuin olimme aikaisemmin sopineet. Haastattelu kesti tällöin 45 minuuttia eli 15 minuuttia vähemmän kuin olimme suunnitelleet.

Haastattelun tekemisen jälkeen pohdimme kuinka paljon haastatellut sairaanhoitajat olivat tutustuneet aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ennen haastattelun alkua ja kuinka paljon tämä on voinut vaikuttaa haastattelun luotettavuuteen. Emme olleet antaneet tietoa haastattelun varsinaisesta sisällöstä ennakkoon, mutta opinnäytetyön tarkoitus kävi ilmi haastateltaville toimittamastamme saatekirjeestä. Sairaanhoitajien antamat vastukset tuntuivat kuitenkin kumpuavan heidän omista kokemuksistaan ja näin saimme mielestämme luotettavia vastauksia tutkimuskysymykseemme.

Ryhmähaastattelu tiedonkeruun muotona osoittautui haastavaksi. Haastateltavia oli yhtä aikaa paikalla viisi. Osa haastateltavista kertoi kokemuksistaan enemmän kuin toiset. Pyrimme luomaan keskustelusta tasaisemman kohdistaen kysymyksiä ajoittain yksittäisille haastateltaville. Vaikka osa haastateltavista osallistui keskusteluun enemmän kuin toiset, saivat kaikki kertoa kokemuksistaan ainakin jonkin verran. Analysointivaiheessa huomasimme, että ajoit-

tain kaikki sairaanhoitajat eivät kertoneet henkilökohtaista kokemustaan vaan osoittivat kokeneensa saman tai käyttävänsä samaa menetelmää kertomalla siitä yksisanaisesti tai äännähämällä. Näiden kohtien tulkinta osoittautui aineiston analysointivaiheessa haastavaksi ja on saattanut vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Koimme kuitenkin, että ryhmähaastattelu oli aineistokeruumuodoksi sopiva, sillä päätelimme Korvaklinikalle aikaisemmin tehtyjen opinnäytetöiden perusteella aiheen olevan suhteellisen tuntematon. Haastateltavien välistä keskustelua syntyikin haastattelun kuluessa mukavasti ja koimme, että ryhmän jäsenet tukivat näin toisiaan kokemusten muistelemisessa. Haastatteluryhmän jäsenet olivat toisilleen ennestään tuttuja, joka varmasti vaikutti keskustelun syntymiseen.

Pohdimme haastattelutekniikan valintaa vertailemalla sitä yksilöhaastatteluun sekä kyselynä toteuttavaan aineistonkeruuseen. Yksilöhaastatteluissa olisi yksittäisten haastateltavien kokemuksista saada enemmän irti ja kokemuksia olisi voinut esimerkiksi enemmän vertailla toisiinsa. Toisaalta aiheen osittainen tuntemattomuus olisi saattanut vaikeuttaa kokemusten muistelua ja siten voinut olla vaikuttamassa sen tyyppisen tutkimuksen luotettavuuteen. Kyselylomakkeella toteutettavan haastattelun avulla olisimme saattaneet saada lääkkeettömien menetelmien käytöstä Korvaklinikalla yleistettävämpää tietoa. Koimme kuitenkin, että saimme teemahaastattelun avulla sairaanhoitajien kokemuksista enemmän irti, sillä haastattelussa saatoimme tarkentaa jo saatuja vastauksia. Haastattelussa tuli ilmi myös uusia kivunhoidon keinoja, mitä emme ennen haastattelun alkua osanneet ennakoida.

Informantteina opinnäytetyössämme toimivat viisi kokenutta Korvaklinikan kirurgisen vuodeoston sairaanhoitajaa. Käytimme informanttien valinnassa kriteerinä vähintään kahden vuoden työkokemusta yhteistyöosastoillamme työskentelystä. Haastattelemillamme sairaanhoitajilla oli työkokemusta keskimäärin 22 vuotta. Haastateltavilla oli siis runsaasti kokemusta leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta, joka mielestämme lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta. Päätelimme, että aineiston koko oli riittävän suuri opinnäytetyötämme ajatellen. Suurempi koko olisi toisaalta voinut lisätä vielä keskustelua ja näin kokemusten esiin tuomista. Toisaalta, jos haastateltavia olisi ollut paikalla enemmän, nauhoitteesta olisi saattanut olla vaikeampaa saada selvää eivätkä kaikki haastateltavat välttämättä olisi saaneet ääntään lainkaan kuuluville. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus tehdä yleistyksiä vaan muun muassa ymmärtää tai kuvata tiettyä tapahtumaa tai ilmiötä. Tämän vuoksi aineiston koon ei tarvitse olla kovinkaan suuri, mutta haastateltavilla tulisi olla mahdollisimman paljon tietoa aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

Aineiston analysoimista varten nauhoitimme haastattelut. Haastateltavat eivät tuntuneet jännittävän nauhurin käyttöä. Suunnittelimme haastattelutilannetta etukäteen ja päätimme käyttää kahta nauhuria, jotta kaikkien haastateltavien vastaukset varmasti olisivat kuultavissa. Olimme tutustuneet nauhurien käyttöön jo etukäteen sekä testanneet kuuluvuusalueita. Mietimme myös etukäteen, missä nauhureita kannatta haastattelutilanteessa pitää. Koska

kysymyksessä oli ryhmähaastattelu, oli nauhoitteen litterointi tästä huolimatta haastavaa. Litteroidessa haastattelunauhalla oli joitakin lyhyitä kohtia, joissa haastateltavat puhuivat yhtä aikaa ja sanoista oli vaikeaa saada selvää. Näissä tapauksissa keskustelussa oli kuitenkin aihe, joka ei vastannut tutkimuskysymykseemme. Tämän perusteella koemme, etteivät epäselviksi jääneet kohdat nauhoituksessa kuitenkaan vähentäneet opinnäytetyön luotettavuutta. Aloitimme aineiston litteroimisen välittömästi haastattelun jälkeen, jolloin haastattelu oli vielä tuoreessa muistissa. Näin meidän oli helppo muistaa lausahduksiin liittyvät eleet, esimerkiksi koskettamisesta keskustellessa, sekä erottaa ja muistaa mikä vastaus oli kenenkin haastateltavan antama.

Lisätäksemme luotettavuutta aineiston analysointivaiheessa olemme lukeneet tutkimuskirjallisuutta koko tutkimusprosessin ajan. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttanee kuitenkin se, että kummallakaan meistä ei ole aikaisempaa kokemusta haastattelun tekemisestä eikä aineiston analysoimisesta. Alkuperäinen tarkoituksemme oli noudattaa aineistolähtöistä analyysia opinnäytetyössämme. Jo osittain analyysintekovaiheessa ja viimeistään kun valmis analyysi oli nähtävillä, huomasimme sen yhdenmukaisuuden teorian kanssa. Analyysia tehdesämme valmis teoriapohja oli siis vaikuttanut luokitteluun vahvasti. Toisaalta pyrkimyksemme ei ollut testata aikaisemmin kokoamaamme teoriaa vaan olimme löytäneet aineistosta myös uusia alaluokkia. Tämän vuoksi aineiston analyysi ei noudattanut täysin myöskään teorialähtöistä analyysimenetelmää vaan oli pikemminkin teoriaohjaava. Tuomi ja Sarajärven (2009, 96) mukaan aineistolähtöisessä analyysissa tutkija voi kirjoittaa auki omat ennakkokäsityksensä aiheesta ja suhtautua niihin tietoisesti analyysin aikana. Emme kuitenkaan osanneet arvioida etukäteen analyysin tekemisen haastavuutta kirjallisuuden tutustumisesta huolimatta, joten teoriaohjaavuutemme tuli täysin ilmeiseksi vasta analyysin valmistuttua. Toista analyysimenetelmää käyttämällä tulokset olisivat voineet olla erilaiset. Myös luokkien muodostamisen olisi varmasti voinut tehdä usealla eri tavalla. Aineistosta esiin nousseista lausumista olisi saanut enemmän alaluokkia, kuin mitä tässä muodostettiin. Päätimme kuitenkin yhdistää samankaltaiset lausumat yhdeksi alaluokaksi, jolloin pystyimme mielestämme pitämään analyysin koossa. Koemme, että tekemämme analyysin avulla olemme saaneet vastauksen tutkimuskysymykseemme. Pyrkimyksemme on lisäksi ollut nostaa esille sairaanhoitajien omia kokemuksia ja olemme mielestämme onnistuneet myös tässä. Näillä perusteilla pidämme analyysia onnistuneena, vaikka se ei vastannutkaan alkuperäistä suunnitelmaa.

Teoreettiseen viitekehykseen sekä kirjallisuuden tutustuessa käytettävissämme on ollut rajallinen määrä aineistoa. Käyttämämme aineiston avulla olemme pyrkineet luomaan kokonaisvaltaisen kuvan opinnäytetyömme aiheesta sekä jäsentämään sitä. Lähteiden käytössä olemme pyrkineet löytämään mahdollisimman paljon tuoreita tutkimuksia ja artikkeleita sekä käyttämään myös kansainvälistä kirjallisuutta hyväksemme. Tällä olemme pyrkineet lisäämään käyttämämme aineiston sekä teoreettisen viitekehyksen luotettavuutta. Vanhempia



lähteitä käyttäessämme olemme pohtineet niiden luotettavuutta ja tulleet siihen tulokseen, että näiden lähteiden antamaa informaatiota voidaan pitää pätevänä tänäkin päivänä.

## 9.2 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien menetelmien käytöstä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa lyhytkirurgisessa toimenpiteessä olleen aikuispotilaan kohdalla. Tämän opinnäytetyön tuloksista selvisi, että haastateltavat sairaanhoitajat käyttivät lääkkeettömiä menetelmiä kivunhoidossa tämän potilasryhmän kohdalla. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat jokseenkin ristiriitaisin Korvaklinikalle aikaisemmin tehdyn opinnäytetöiden kanssa, jossa kirjaamia lääkkeettömien menetelmien ei juurikaan oltu tehty. Toisaalta opinnäytetyön tekijät pohtivat, että menetelmiä saatetaan silti käyttää, vaikka niistä ei ole tehty kirjauksia. (Delcos & Vianto 2008, 33.)

Sairanhoitajien käyttämät menetelmät kivunhoidossa olivat fyysisen hoitoympäristön huomioiminen, potilaan viihtyvyyden lisääminen, moniammatillinen yhteistyö, koulutus, vuorovaikutukselliset menetelmät, kuten emotionaalinen tukeminen, huumori ja omaisen huomioiminen, tiedon antaminen ja ohjaus, huomion kiinnittäminen kivusta toisaalle, kylmähoito, asento- ja liikehoito sekä nesteiden nauttiminen. Ainakin osa sairaanhoitajista käytti myös koskettamista. Yksi sairaanhoitajista kertoi myös hierovansa kättä, jos viggo tuntuu kipeältä, ja toinen painelevansa kipeytyneitä hartioita, mutta muuten hierontaa ei kivunhoidossa käytetty. Lämpöhoitoa ei kukaan haastatelluista sairaanhoitajista käyttänyt lainkaan. Sairanhoitajat kokivat, etteivät he käytä varsinaisia rentoutusharjoituksia leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa, mutta yksi sairaanhoitajista kertoi auttavansa ja ohjaavansa potilaita rentouttamaan jännittyneitä hartioita. Lisäksi ainakin yksi sairaanhoitaja kertoi käyttävänsä hengitysharjoituksia kivunhoidossa.

Sairanhoitajat huomioivat fyysistä hoitoympäristöä valaistuksen avulla sekä turvaamalla riittävän levon ja rauhan. Pölkkin (2002, 78) tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat taas huomioivat ympäristötekijöitä meluhaittaan sekä lämpötilaan vaikuttamalla lasten leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Tämän opinnäytetyön tuloksista ei käynyt ilmi huomioivatko haastatellut sairaanhoitajat kivunhoidossa lämpötilaa. Meluhaittaan sairaanhoitajat eivät taas pystyneet vaikuttamaan, sillä sairaalaympäristössä oli käynnissä remontteja, jotka aiheuttivat ylimääräistä meteliä. Sairanhoitajat pyrkivät myös lisäämään potilaan viihtyvyyttä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Salomäen (2000, 43) tutkimuksessa lyhytkirurgiset potilaat mainitsivat kipuun vaikuttavaksi tekijäksi muun muassa viihtyisyyden.

Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä kivunhoidossa hyväkseen moniammatillista yhteistyötä sekä kouluttautumista. Esimerkiksi tiimityö ja koulutus voidaan lukea kuuluvaksi hyvään hoitotyön ympäristöön (Salanterä ym. 2006, 15). Sairanhoitajat pyysivät lääkäreiltä

apua ainakin potilaan kanssa keskustelussa ja tiedon antamisessa. Myös fysioterapeutteja käytettiin apuna leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Haastattelusta kävi ilmi, että fysioterapeutit ohjasivat sairaanhoitajia asento- sekä liikehoidon toteuttamisessa tarvittaessa, antoivat lämpöhoitoa ja hierontaa, mitä sairaanhoitajat itse eivät juuri antaneet, sekä antoivat potilaalle myös emotionaalista tukea. Sairaanhoitajien vastauksista ilmeni, että ainakin osa koki fysioterapeutin osaamisen vastaavan enemmän hieronnan sekä lämpöhoidon vaatimuksia.

Sairaanhoitajat kertoivat osastoilla olevan kipuvastaavat, jotka osallistuivat koulutuksiin ja toivat täältä saamaansa tietoa käytäntöön. Sairaanhoitajille oli järjestetty myös auditointitilaisuuksia, joissa pyrittiin yhdenmukaistamaan sairaanhoitajien antamaa tietoa sekä ohjeistusta. Tällä opinnäytetyöllä ei haettu vastausta siihen, että haluavatko sairaanhoitajat tai kokevatko he tarvitsevansa lisää koulutusta lääkkeettömien menetelmien käytöstä. Toisaalta haastatteluista kävi ilmi, että sairaanhoitajat olivat kiinnostuneita lääkkeettömien menetelmien käytöstä, kokivat aiheen mielenkiintoiseksi ja olivat kiinnostuneita uusien ideoiden löytämisestä. Onnistuneen kivunhoitotyön edellytyksenä on työhönsä motivoitunut, ammattitaitoaan ylläpitävä ja yhteistyön tärkeyden ymmärtävä hoitaja (Salanterä ym. 2006, 11).

Vuorovaikutuksellisia menetelmiä käyttivät kaikki haastatelluista sairaanhoitajista. Aineistosta nousi esille emotionaalinen tukeminen sekä huumorin käyttäminen. Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa tietynlaista herkkyyttä ainakin emotionaalisen tukemisen tarpeen arvioimisessa. Jäntin ja Ojalan (2008) tekemässä opinnäytetyössä Korvaklinikalle ilmeni, että sairaanhoitajat kokivat syöpäpotilaan hoitotyössä tärkeäksi potilaan emotionaalisen tukemisen. Emotionaalisen tukemisen keinoiksi sairaanhoitajat mainitsivat kyseisessä opinnäytetyössä kannustamisen, keskustelun, tiedon antamisen sekä ohjauksen. (Jäntti & Ojala 2008, 26.) Tulokset ovat siis lähes yhteneväisiä tämän opinnäytetyön tulosten kanssa, jossa emotionaalisen tukemisen keinoiksi haastatellut sairaanhoitajat mainitsivat keskustelun, koskettamisen, tiedon antamisen sekä käytettävissä olemisen. Potilaita tuettiin emotionaalisesti myös lisäämällä varmuutta siitä, että kivunhoitoa oli saatavilla sekä lisäämällä potilaan mukavuutta esimerkiksi rasvaamalla huulia. Yksi sairaanhoitaja koki hyvän hoitosuhteen vähentäneen kipulääkkeen tarvetta. Emotionaalisella tuella haastatellut sairaanhoitajat pyrkivät potilaan rauhoittamiseen, kannustamiseen sekä turvallisuuden tunteen lisäämiseen.

Haukkapaasin (2001) tutkimuksessa kirurgisen vuodeosaston potilaat nimesivät sairaanhoitajan keskeisimmäksi toimintatavaksi keskustelemisen sekä vuorovaikutustaitoisuuden. Potilaat pitivät tärkeänä muun muassa lohduttamista, avoimuutta ja rehellisyyttä. Samassa tutkimuksessa potilaat kokivat tärkeäksi, että sairaanhoitajat kykenivät toimimaan tilanteen mukaisesti sekä potilaan ehdoilla ja tahdissa. (Haukkapaasi 2001, 43 - 44.) Myös Salomäen (2000) tutkimuksessa potilaat kokivat henkilökunnan ymmärtäväisyyden, sympaattisuuden sekä ystävällisyyden vaikuttavan kivun kokemiseen. Kun potilas koki, että hänestä pidetään huolta ja häntä käydään katsomassa, kivun kokemus oli vähäisempää. (Salomäki 2000, 52.)

Kaikki haastatelluista sairaanhoitajista käyttivät huumoria kivunhoidon keinona. Huumori syntyi joko potilaan aloitteesta tai tilannetapahtumista. Kaikille potilaille ei käytetty samantyyppistä huumoria vaan sen käytössä huomioitiin potilaan yksilöllisyys. Luottamuksellisen hoitosuhteen merkitys huumorin käytön pohjalla koettiin tärkeäksi. Myös Sormusen (1999) tutkimuksessa tulokset olivat samansuuntaisia. Suurin osa haastatelluista sairaanhoitajista käytti huumoria kivunhoidossa. Myös kyseiseen tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat käyttivät eniten tilannekomiikkaa, mutta osa käytti myös huumoripitoisia juttuja kivunlievitystarkoituksessa. (Sormunen 1999, 59.)

Sairaanhoitajat pyrkivät huomioimaan myös potilaan omaista leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Ainakin osa sairaanhoitajista koki ajoittain omaisten hädän lisäävän potilaan kipukokemusta, jolloin myös pyrittiin saamaan omaisen huomio kivusta toisaalle. Åstedt-Kurjen ja Paavilaisen (1999) mukaan omaisilla on merkittävä vaikutus potilaan hyvinvointiin ja sen vuoksi on tärkeää, että myös heidän tarpeensa huomioidaan. Omaiset ja perhe voidaan nähdä voimavarana, jotka voivat myös tarvita ohjausta sekä emotionaalista tukemista. Omaisen häätä saattaa myös helpottaa, jos hän voi ottaa osaa potilaan hoitoon. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 321, 325.)

Tutkimuksia sairaanhoitajien kokemuksista omaisen ohjaamisesta ei löytynyt. Hiltunen, Suominen ja Katajisto (1996) ovat tutkineet ohjauksen toteutumista päiväkirurgisen kaihipotilaan hoitotyössä omaisen näkökulmasta. Omaiset toivoivat saavansa tietoa, muun muassa toimenpiteen jälkeisistä menettelyistä sekä omasta roolistaan potilaan hoidossa. Suurin osa omaisista koki merkitykselliseksi tueksi saamansa ystävällisen kohtelun. (Hiltunen, Suominen & Katajisto 1996, 53 - 54.)

Tiedon antamista ja ohjausta käyttivät kaikki haastatelluista sairaanhoitajista. Valtaosa yhteistyöosastoillamme tehtävistä toimenpiteistä on lyhytkirurgisia. Tiedon antaminen ja ohjaus on tärkeä osa lyhytkirurgisen potilaan kivunhoitoa, sillä hoitoajat ovat lyhyitä ja potilas jatkaa kivunhoitoaan kotiutumisen jälkeen itsenäisesti (Hautakangas ym. 2003, 53, 67). Sairaanhoitajien kokemuksesta tiedon antamisella oli merkitystä. Ainakin osa sairaanhoitajista oli saanut potilaalta myös suoraa palautetta tiedon antamisesta, jonka mukaan tieto kivusta oli muun muassa rauhoittanut. Nurmeen (1999), Vennelän (2004) ja Johanssonin (1998) tutkimuksissa potilaat kokivat tiedon saannin tärkeäksi ja osaksi kivunhoitotyötä. Tässä opinnäytetyössä haastatellut sairaanhoitajat käyttivät tiedon antamista myös emotionaalisen tukemisen muotona.

Sairaanhoitajat kertoivat antavansa tietoa kivun ilmenemisestä, kivunhoitomuodoista, kivunhoidon tavoitteista sekä tulevista tapahtumista. Lääkkeettömistä menetelmistä tietoa annettiin ainakin nesteiden nauttimisesta sekä kylmähoidosta. Ainakin yksi sairaanhoitaja ohjasi rentoutumisessa sekä asento- ja liikehoidossa ja toinen hengittämisessä. Sairaanhoitajat kertoivat antavansa kaikille samat perustiedot, mutta tiedon antamisessa huomioitiin myös poti-

laan yksilöllisyys esimerkiksi sanavalintoja ja tiedon antamisen tyyliä valittaessa. Sormusen (1999, 57) tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat keskustelivat potilaan kanssa lähinnä lääkkeellisistä menetelmistä, mutta lääkkeettömistä menetelmistä eivät juurikaan. Erot tuloksissa saattavat selittyä sillä, että tämän opinnäytetyön yhteistyösastoilla potilaan oma osuus hoidosta ja siten myös tiedon antaminen ja ohjaus ovat korostuneita lyhyiden hoitoaikojen vuoksi. Tämän vuoksi myös tiedon sisältöön on todennäköisesti kiinnitetty enemmän huomiota.

Sairaanhoitajien antama tieto on samansuuntaista, mitä potilaat tutkimuksissa kertovat haluavansa. Salomäen (2000) tutkimuksessa potilaat toivoivat ennakkoon tietoa toimenpiteestä sekä odotettavissa olevasta kivun määrästä. Myös tieto siitä, että kipua ilmenee ja että se päivien kuluessa vähenee, koettiin tärkeäksi. Tieto auttoi potilaita sopeutumaan kipuun. (Salomäki 2000, 49.)

Ainakin yksi sairaanhoitaja koki haasteelliseksi tilanteen, jossa potilas oli saanut toimenpiteeseen liittyvää tietoa joko internetistä tai muilta henkilöiltä. Salanterä (2008, 42) pohtii artikkelissaan samaa ongelmaa ja toteaa, että sairaanhoitajan tulee kiinnittää huomiota tietoon, jota potilas on mahdollisesti muualta kuin terveydenhuollosta toimenpiteestä saanut ja pyrkiä keskustellen korjaamaan tästä mahdollisesti syntyneitä väärinkäsityksiä.

Sairaanhoitajat käyttivät monipuolisesti huomion kiinnittämistä toisaalle leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Keinoja olivat TV:n katselu, musiikki, lukeminen ja keskustelu. Tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat mahdollisuudet musiikin tarjoamiseen vähäisiksi. Toisaalta he kertoivat, että osalla potilasta oli omaa musiikkia ja muuta viihdykettä mukanaan. Käytetyt keinot olivat samansuuntaisia Sormusen (1999) tutkimuksen kanssa, jossa osallistuneet sairaanhoitajat käyttivät huomion kiinnittämiseksi muualle ainakin rentoutusta ilman rentoutusmenetelmää, musiikin etsimistä radiosta sekä jonkin verran huumoripitoisten juttujen kertomista, tekemisen keksimistä ja musiikinkuunteluun rohkaisua. Satunnaisesti käytettiin kirjan tai aikakauslehden lukemista. (Sormunen 1999, 39.) Myös Pölkkin (2002, 78) tutkimuksessa tulokset ovat myös samansuuntaisia. Hoitajat käyttivät muun muassa keskustelua potilaan päivittäisestä elämästä, musiikin kuuntelua tai TV:n katselua ja huumoria keinona siirtää huomiota kivusta toisaalle. Salomäen (2000) tutkimuksessa lyhytkirurgiset potilaat kokivat huomion siirtämisen kivusta toisaalle oleelliseksi kivun hoidossa. Keinoina huomion siirtämiseksi mainittiin lukeminen, TV:n katselu sekä huonetoverin kanssa keskustelu. (Salomäki 2000, 51.)

Kukaan haastatteluista sairaanhoitajista ei käyttänyt varsinaisia rentoutusharjoituksia. Yksi sairaanhoitajista kertoi auttavansa potilasta rentouttamaan hartioita, jos huomasi potilaan jännittävän niitä. Asentohoitoa käytettiin myös rentouttamaan jännittyneitä potilasta. Hengitystä kivunhoitomenetelmänä käytti ainakin yksi sairaanhoitajista. Tällä hän pyrki potilaan rentoutumiseen. Sormusen (1999) tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat käyttivät ren-

toutusta puheen ja kosketuksen avulla. Hekään eivät käyttäneet mitään tiettyä rentoutusmenetelmää leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. (Sormunen 1999, 60.)

Fysikaalisista menetelmistä sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä muun muassa kylmähoitoa. Kylmähoitona sairaanhoitajat käyttivät jäätelön tai mehujään syömistä, kylmäpusseja tai jääpaloja. Kylmähoidon käyttämisestä kivunhoidossa annettiin myös potilasohjausta. Kylmän koettiin helpottavan kipua, turvotusta ja ruoan nauttimista. Kylmähoito mainittiin haastattelussa useaan kertaan ja sen käyttämisestä puhuttiin hyvin luontevasti. Lisäksi yhden sairaanhoitajan kokemus palautteesta, jossa potilas kertoi, ettei koskaan enää syö jäätelöä, saattaa kertoa kylmähoidon eli tässä tapauksessa jäätelön syömisestä vaikuttavuudesta sekä sen käytön määrästä. Delcoksen ja Viannon (2008) sekä Hännisen ja Pätärin (2008) opinnäytetöissä niin ikään mainittiin kylmähoidon käyttäminen kivunhoitotyössä Korvaklinikalla. Myös Sormusen (1999, 58) tutkimuksessa hoitajat käyttivät kylmähoitoa leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa.

Asento- ja liikehoidon keinoina olivat sopivan asennon järjestäminen, sängyn päädyn nostaminen, apuvälineiden käyttäminen tai niiden käytön neuvominen sekä tyynyillä tukeminen. Potilaita ohjattiin myös välttämään makaamista leikkaushaavan tai dreeniä päällä. Pölkkin (2002, 77) tutkimuksessa asentoa käytettiin usein lasten leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Sormusen (1999, 58) tutkimuksessa hoitajat myös käyttivät asentoa, mutta mielsivät sen usein rutiiniksi eivätkä varsinaisesti ajatelleet sen kivunlievitysmahdollisuuksia. Asentohoidon antamisen keinoja ei näissä aikaisemmissa tutkimuksissa mainittu.

Nesteiden nauttiminen oli yksi sairaanhoitajien käyttämistä kivunhoidon keinoista. Nesteiden nauttiminen vähensi kipua kurkussa sekä esti osaltaan verenvuotoa sairaanhoitajien kertoman mukaan. Potilaille vietiin juomisia ja heitä ohjattiin suullisesti sekä kirjallisesti juomisen tärkeydestä. Vastauksista ilmeni, että nesteiden nauttimista kivunhoitomenetelmänä käytettiin ainakin kurkkukipuiselle ja nenäleikatulle potilaalle. Aikaisemmissa tutkimuksissa, joita käsitelimme, nesteiden nauttimista ei ole lääkkeettömäksi menetelmäksi mainittu. Päättelimme tämän johtuvan menetelmän luonteesta, jossa hoidon antaminen kohdistuu nimenomaan kuivan nielun ja kurkun kosteuttamiseen. Toisaalta myös Leskinen (2002) mainitsee janon olevan yksi kipua mahdollisesti lisäävistä tekijöistä, joten menetelmää tulisi tarvittaessa käyttää myös muiden leikkauspotilaiden kivunhoidossa. Nesteiden nauttimista ei mainittu kivunhoitokeinona myöskään muissa Korvaklinikalle tehdyissä opinnäytetöissä (Delcos & Vianto 2008; Jämsä & Ojala 2008; Hänninen & Pätäri 2008).

Ainakin osa hoitajista käytti koskettamista leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Kosketus koettiin intiimiksi asiaksi ja sen käyttämisessä oltiin varautuneita. Vastauksista ilmeni myös, että lasten koskettaminen, esimerkiksi syliin ottamalla, koettiin luonnollisemmaksi kuin aikuisten. Sairanhoitajat toivat vastauksissaan esille potilaiden yksilöllisyyden, sillä kaikki potilaan eivät pitäneet koskettamisesta. Koskettamista käytettiin ainakin potilaan kannusta-

miseksi. Liponkoski (2000) on tutkinut iäkkäiden potilaiden kokemuksia emotionaalisesta tuesta. Potilaat kertoivat hoitajien käyttävän koskettamista ylimääräisenä eleenä osoittamaan hyväksyntää ja ilmaisemaan kannustusta. Potilaat olivat kokeneet kosketuksen miellyttävänä ja kannustavana. Osa potilaista ei taas halunnut heitä kosketettavan. (Liponkoski 2000, 47.) Samansuuntaisia tuloksia saivat Laaksonen ja Mäkinen (2000) opinnäytetyössään. Kirurgisen vuodeosaston potilaat pitivät kosketusta pääosin myönteisenä, miellyttävänä ja tärkeänä. Potilaiden mielestä sairaalassa koskettamiseen tarvitaan kuitenkin syy, joka voi olla esimerkiksi kivuliaisuus, pelokkuus tai heikko kunto. Merkittävää tuloksissa oli, että suurin osa haastateltavista potilaista kertoi useammin jättävänsä ilmaisemasta tarpeen tulla kosketetuksi kuin sen vastenmielisyyden. (Laaksonen & Mäkinen 2000, 31.)

Hieronnan osalta vastauksista ilmeni, että sairaanhoitajat kokivat sen vaativan erityistä taitoa ennen kuin sitä voidaan potilaalle antaa. Vastauksista ilmeni myös fysioterapeutin rooli fysikaalisten hoitojen eli myös hieronnan antamana. Hieronta vaatii myös koskettamista, jonka sairaanhoitajat kokivat hyvin intiimiksi asiaksi. Toisaalta hieronnalla on todettu olevan runsaasti positiivisia vaikutuksia ihmisen elimistöön sekä kipukokemukseen (Arponen & Airaksinen 2001, 13; Blomqvist 2000, 137). Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa hieronnan on todettu muun muassa vähentävän kipua, kivun epämiellyttävyyttä sekä ahdistusta. Kyseisessä tutkimuksessa potilaita hierottiin 20 minuuttia kerrallaan. (Mitchinson ym. 2007.) On selvää, että lyhytkirurgisessa hoitotyössä potilaskontaktit ovat hyvin lyhyitä ja aikaa tällaisen hieronnan toteuttamiseen ei kuitenkaan useimmiten ole. Haastatellut sairaanhoitajat kokivatkin hieronnan aloittamisen ”oudoksi” lyhyiden hoitosuhteiden vuoksi.

Sairanhoitajat eivät käyttäneet lämpöhoitoa sen mahdollisesti aiheuttaman verenvuotoriskin tai leikkausalueella olevan infektion vuoksi. Lämpöhoidon käyttämättä jättäminen oli hyvin perusteltua. Käytettävien menetelmien ei välttämättä kuitenkaan tarvitse kohdistua juuri haava-alueelle vaan leikkauksen jälkeistä kipua voidaan hoitaa myös kohdistamalla hoito muuhun kehon osaan, kuten yksi sairaanhoitaja mainitsi fysioterapeutin tekevät, kun leikattu potilas valitti kipua olkapäässä. Lämpöhoitoa voidaan antaa esimerkiksi jännityksen laukaisemiseksi laittamalla lämpöpussi leikkaus- tai kipukohdan alapuolelle tai muuhun kehon osaan (Arponen & Airaksinen 2001, 181-184; Blomqvist 2000, 139.)

Kuten jo tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehityksessä on todettu, on kivunhoitotyön oltava monimuotoista ja siinä tulee huomioida kaikki kipuun mahdollisesti vaikuttavat tekijät (mm. Havukainen 1996, 32). Tuloksia tarkastellessa voi mielestämme tehdä päätelmän, että haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat käyttivät lyhytkirurgisessa toimenpiteessä olleen aikuisen potilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa monipuolisia menetelmiä ja huomioivat potilaan kivunhoitoa kokonaisvaltaisesti. Kivun psyykkisen ulottuvuuden huomioiminen ilmeni muun muassa emotionaalisen tukemisen sekä huumorin käytössä. Fyysistä olotilaa huomioitiin monipuolisesti muun muassa kylmähoitojen ja asentohoitojen avulla sekä luomalla

potilaalle mukava olotila esimerkiksi hoitoympäristöä huomioimalla. Myös nesteiden nauttimista käytettiin kivunhoidossa esimerkiksi nielurisaleikatuilla potilaille. Kivunhoidon sosiaalinen ulottuvuus näkyi vastauksissa, kun sairaanhoitajat keskustelivat kokemuksistaan hätäntyneiden ja huolestuneiden omaisten huomioimisesta.

### 9.3 Lääkkeettömän kivunhoidon kehittämishaasteita HYKS Korvaklinikalla

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli myös löytää mahdollisia kehittämiskohteita ja näin osallistua kivunhoidon kehittämiseen Korvaklinikalla. Sairaanhoitajien antamista vastauksista ilmeni, että rentoutusta, hengitysharjoituksia, koskettamista sekä hierontaa käytettiin vain vähän tai vain osa sairaanhoitajista käytti näitä keinoja. Jotta potilaiden kivunhoidosta voitaisiin tehdä vielä monipuolisempaa, voisi näihin kivunhoidon menetelmiin kiinnittää vielä enemmän huomiota. Koska sairaanhoitajat kokivat, että lyhytkirurgiset potilaat viipyivät osastolla vain vähän aikaa, ei kaikkien keinojen käyttäminen tuntunut mahdolliselta. Aihetta voisi lähestyä esimerkiksi tiedon antamisen ja ohjauksen kautta. Yksi sairaanhoitajista ehdottikin haastattelun aikana, että rentoutuksesta voisi antaa potilaalle esimerkiksi kirjallista informaatiota, kun aika menetelmien toteuttamiseen käytännössä ei riitä. Rentoutusmenetelmien lisäksi myös hengitysharjoituksista voisi antaa suullista ja kirjallista tietoa. Sairaanhoitajat kokivat vastauksissaan myös, ettei heillä ole juuri musiikkia tarjottavanaan potilaille. Koska musiikin on todettu laskevan kipukokemusta (Lassila -Latikka 2003), olisi kivunhoidossa hyvä kiinnittää myös tähän lisää huomiota. Osastolla voitaisiin esimerkiksi lisätä musiikkivalikoimaa ja tarjota sitä ainakin potilaille, joilla ei omaa musiikkia ole mukanaan.

Tuloksista ilmeni, että ainakin osa sairaanhoitajista piti tietotaitojaan hieronnasta riittämättöminä, joten koulutus tästä osa-alueesta saattaisi myös edistää menetelmän käyttöä. Koska hierontaa kohtaan koetun myönteisyyden on todettu liittyvän nimenomaan toisen ihmisen antamaan kosketukseen ja vuorovaikutukseen (Airaksinen 2003, 377), saattaisi hieronnaksi riittää lyhytkin taputtelu tai painelu esimerkiksi hartioista kuten yksi sairaanhoitaja kertoi tehneensä. Epäilemättä on selvää, että kosketus ja siten hieronta ovat hyvin intiimejä asioita, josta kaikki ihmiset eivät pidä. Hieronnassa ja kosketuksessa tulee siis kiinnittää huomiota potilaan yksilöllisyyteen kuten myös haastatellut sairaanhoitajat kertoivat tehneensä. Voi olla, että keskustelu koskettamisesta potilaan kanssa voisi lisätä sairaanhoitajien varmuutta sen käytössä. Potilaan voivat tällöin ilmaista itse haluavatko tulla kosketetuksi vai kokevatko he sen epämiellyttävänä. Koska hieronnan ja kosketuksen vaikutuksesta kipuun on saatu merkittäviä tuloksia joidenkin potilasryhmien kohdalla (mm. Mitchinson 2007) ja useissa tutkimuksissa potilaan kokivat koskettamisen miellyttävänä (mm. Liponkoski 2000; Laaksonen & Mäkinen 2000), se voi olla tehokas keino kivunhoidossa myös joidenkin Korvaklinikan potilaiden kohdalla. Tämän opinnäytetyön tuloksista ei ilmene, että keskustelevatko sairaanhoitajat potilaiden kanssa koskettamisesta ja sen tarpeesta.

Huomionarvoista on, että tulokset lääkkeettömien menetelmien käytöstä ja niiden kirjaamisista (Delcos & Vianto 2008) Korvaklinikalla eroavat toisistaan jonkin verran. Kuten Sormusen (1999) tutkimuksessa mainitaan, sairaanhoitajat pitivät ainakin asentohoitoa rutiinina, eivät varsinaisesti ajatelleen sen kivunlievitysmahdollisuuksia. Tämä voi olla syynä myös lääkkeettömien menetelmien kirjaamatta jättämiseen Korvaklinikalla. Menetelmät ovat osa hoitotyön auttamismenetelmiä, jonka vuoksi niitä saatetaan pitää itsestänselvyyksinä tai rutiinina. Kivunhoidon yksilöllisyyden, laadukkuuden ja jatkuvuuden takaamiseksi tarkka kivunhoidon kirjaaminen on tärkeää (Sailo 2000, 98).

Koska haastatteluun osallistuvien sairaanhoitajien määrä oli pieni, ei varsinaisia yleistyksiä lääkkeettömien menetelmien käytöstä Korvaklinikan kirurgisilla vuodeosastoilla voida tehdä. Toisaalta haastateltujen sairaanhoitajien kertomat kokemukset olivat hyvin samansuuntaisia ja suurin osa käytetyistä keinoista esimerkiksi kylmähoito, vuorovaikutukselliset keinot, hoitoympäristön huomioiminen, kognitiivis-behavioraaliset menetelmät, asento- ja liikehoito ja nestehoito olivat kaikkien haastateltujen sairaanhoitajien käytössä. Tällä perusteella voi mielestämme varovaisesti olettaa, että haastateltavien sairaanhoitajien käyttämät keinot ovat käytössä Korvaklinikan kirurgisella vuodeosastolla myös laajemmin. Tämän opinnäytetyön tuloksia ei voida kuitenkaan yleistää yhteistyöosastojemme ulkopuolelle.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia Korvaklinikan potilaiden kokemuksia lääkkeettömien menetelmien käytöstä. Olisi myös mielenkiintoista tietää, kuinka lääkkeettömien menetelmien käyttö jakaantuu eri potilasryhmien välillä ja minkälaisia vaikutuksia erilaisilla menetelmillä on korva-, nenä- ja kurkkutautien alalla leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Kaikki tässä opinnäytetyössä haastatellut sairaanhoitajat omasivat pitkän työkokemuksen. Tämän vuoksi jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista vertailla keskenään vähemmän hoitotyön kokemusta omaavien sairaanhoitajien sekä pitkään hoitotyötä tehneiden sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä lääkkeettömien menetelmien käytöstä.



## Lähteet

- Antila, H. Korva-, nenä- ja kurkkutautileikkauspotilaan anestesia. 2006. Teoksessa Rosenberg, P. Alahuhta, S. Lindgren, L. Olkkola, K. Takkunen, O. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 745-757.
- Aaltola, J. (toim.) Valli, R. (toim. ). 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1: metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Airaksinen, O. 2003. Fysikaaliset hoidot. Teoksessa Alaranta, H. Pohjalainen, T. Salminen, J. Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatría. Helsinki: Duodecim, 373-377.
- Arkela- Kautiainen, M. Ylinen, J. Arokoski, J. 2009. Fysioterapia. Teoksessa Arokoski, J. Alaranta, H. Pohjalainen, T. Salminen, J. Viikari-Juntura, E. Fysiatría. Helsinki: Duodecim, 394-406.
- Arponen, R. Airaksinen, O. 2001. Hoitava hieronta. Porvoo: WSOY.
- Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivunhoito. Teoksessa Sailo, E. Vartti, E-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 127-148.
- Carr, D. Jacox, A. Chapman, C. Ferrell, B. Fields, H. Heinrich, G. Hester, N. Hill, C. Lipman, A. McGarvey, C. Miaskowski, C. Mulder, D. Payne, R. Schechter, N. Shapiro, B. Smith, R. Tsou, C. Vecchiarelli, L. Acute pain management guideline panel. 1992. Clinical practice guideline. Number 1. Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma. U.S. Department of Health and Human Services. AHCPR Publication.
- Delcos, N. Vianto, S. 2008. Aikuispotilaiden kivunhoidon kirjaaminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi.
- Eskola, J. Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Ferrell, B. Eberts, M. McCaffery, M. Grant, M. 1991. Clinical decision making and pain. Cancer nursing 14(6): 289-297.
- Gupta, A. Gupta, S. Meena, D. Sharma, U. 2002. Post-tonsillectomy pain: Different modes of pain relief. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery 54 (2): 136-138. Viitattu 22.10.2010. <http://medind.nic.in/ibd/t02/i2/ibdt02i2p136o.pdf>.
- Hamunen, K. Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. Kipu. Helsinki: Duodecim, 278-294.
- Hankesopimus. 2007. Lasten ja aikuisten kivunhoitotyön -kehittämishanke HYKS Silmä-Korvasairaalan Korvaklinikassa. Laurea ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi.
- Haukkapaasi, M. 2001. Luottamus sairaanhoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa kirurgisten potilaiden arvioimana. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Hautakangas, A-L. Horn, T. Pyhälä-Liljeström, P. Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.
- Havukainen, U. 1996. Hoitajan osuus kivunhoidossa. Spirium 2: 32.
- Hiltunen, R. Suominen, T. Katajisto, J. 1996. Miten päiväkirurgisen kaihipotilaan omaisen ohjaus toteutuu? Hoitotyön julkaisusarja A: 17. Turun yliopistollinen keskussairaala.

Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmia, S. Murtonen, I. Myllymäki, H. Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

HUS. 2004. Osasto 25. Viitattu 9.8.2010.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,968,2898,2981,2982,2988,2451>

HUS. 2007. Osasto 24. Viitattu 23.4.2010.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,968,2898,2981,2982,2988,2462>.

HYKS Silmä-Korvasairaala. 2007. Nenän väliseinän korjausleikkaus (septoplastia). Potilasohje. HUSIntra. Viitattu 29.10.2010.

HYKS Silmä-Korvasairaala. 2009. Korvaleikkauksen jälkihoito-ohjeet. Potilasohje. HUSIntra. Viitattu 29.10.2010.

Hänninen, J. Pätäri, J. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Viitattu 25.9.2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200905042373>.

International Association for the Study of Pain. 1994. Pain terminology. Viitattu 4.11.2010.  
[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain). →Terms: Pain.

Johansson, P. 1998. Leikkauksen jälkeinen kivun hoito: potilaiden, sairaanhoidajien ja lääkäreiden käsityksiä kivunhoidosta. Pro Gradu- tutkielma. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Helsingin yliopisto.

Jämsä, R. Ojala, K. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi.

Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. Vartti E-M. Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 118-126.

Kauppila, M. 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? Kipuviesti 1/06: 26-29. Viitattu 20.10.2010.  
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=10&PublicArea=True>.

Kinnunen, A. 2003. Postoperatiivisen kivunhoidon parantaminen. Spirium 38(1) : 26-32.

Koponen, J. 2009. Kosketuksen merkitys. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma. Opettajan-koulutuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 24.11.2010.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/23026/URN%3ANBN%3Afi%3Ajyu-201003101311.pdf?sequence=1>.

Korttila, K. Kangas-Saarela, T. 2006. Päiväkirurginen anestesia. Teoksessa Teoksessa Rosenber, P. Alahuhta, S. Lindgren, L. Oikkola, K. Takkunen, O. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 510-520.

- Kurki, L. 2007. "...Väliaikaisesta majoituspaikasta turvalliseen kotipesään.." Leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Pro Gradututkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopisto.
- Kyngäs, H. Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1): 3-11.
- Laaksonen, P. Mäkinen, S. 2000. "... en mä rupee kerjäämään..." Kosketus kirurgisten potilaiden kuvaamana. *Opinnäytetyö*. Espoon-Vantaan ammattikorkeakoulu.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Viitattu 3.10.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Lassila-Latikka, M. 2003. Musiikki rentouttaa ja rauhoittaa myös leikkauspotilasta. *Pinsetti* 4: 21-22.
- Lehtoranta, M. 2007. Päiväkirurgisen potilaan kivunhoito. *Opinnäytetyö*. Hoitotyön koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.9.2010. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200810173597>.
- Leskinen, H. 2002. Elektiivisen leikkauspotilaan kivunhoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2003. Tampereen yliopistollinen sairaala, kirurgian klinikka.
- Liimatainen, E. 1996. Kivuttomuuden turvaaminen ja kivunhoito. Teoksessa Hietanen, I. Rissanen, L. Rajala, R. Suua, P. Tuomikoski, M. Runtti, M. Özyilmaz, K. Liimatainen, E. Malm, L. Hjelt, R. Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo: WSOY, 211-240.
- Liponkoski, R. 2000. lääkäiden kuntoutuspotilaiden saama emotionaalinen tuki. Pro gradututkielma. Hoitotieteen laitoksen/Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto.
- Mitchinson, A. Kim, H. Rosenberg, J. Geisser, M. Kirsh, M. Cikrit, D. Hinshaw, D. 2007. Acute postoperative pain management using massage as an adjuvant therapy. *Archives of Surgery* 142 (12):1167.
- Nurme, P. 1999. Potilaiden kipu- ja tyytyväisyyskokemukset sairaalassa. Pro gradututkielma. Hoitotieteen laitoksen. Turun yliopisto.
- Okifuji, A. Ackerlind, S. 2007. Behavioral medicine approaches to pain. *Medical clinics of North America* 91 (1): 46-47.
- Pirttilä, T. Nybo, T. 2004. Kipu ja kognitio. *Duodecim* 120: 199-205. Viitattu 23.4.2010. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94053.pdf>.
- Pölkki, T. 2002. Postoperative pain management in hospitalized children -focus on non-pharmacological methods from the viewpoints of nurses, parents and children. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Qvik, L. Sailo, K. 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa Sailo, E. Vartti, E-M (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 60-65.
- Routasalo, P. 1997. Touch in the nursing care of elderly patients. Turun yliopiston julkaisu. Sarja D. Medica. Odontologica. Turun yliopisto.
- Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, E. Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 97-110.
- Salomäki, T. 2000. Lyhytjälkihoitoisen kirurgisen potilaan kivun kokeminen. Pro Gradututkielma. Hoitotieteen laitoksen. Turun yliopisto.
- Salomäki, T. Rosenberg, P. 2006. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, P. Alahuhta, S. Lindgren, L. Oikkola, K. Takkunen, O. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 838-851.

Sellgren, K. Wallendahr, H. 2008. Lasten kivun hoitotyön kirjaaminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi.

Sailo, E. Vartti, A.-M.(toim.) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 20.10.2010.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/).

Salanterä, S. 2008. Kipua kokevan potilaan hyvä ohjaus. Kipuviesti 2/08: 42-43. Viitattu 20.10.2010.  
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Common/PublicationFrameset.asp?ID=26&PublicArea=True>.

Salanterä, S. Hagelberg, N. Kauppila, M. Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Sandström, M. Metsola, P. Hogland, R. Lundberg, T. Van Der Eshc, M. Ver Hoeven, A.R.S. 1991. Fysikaaliset syvälämpö- ja sähköhoidot -fysiologia ja käytännön toteutus. Lahti: Valmennuskolmio.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja. Turun yliopisto.

Sommer, M. Geurts, J. Stessel, B. Kessels, A. Peters, M. Patijn, J. van Kleef, M. Kremer, B. Marcus, M. 2009. Prevalence and predictors of postoperative pain after ear, nose and throat surgery. Archives of Otolaryngology- head and neck surgery 135 (2): 124-130. Viitattu 28.10.2010. <http://archotol.ama-assn.org/cgi/reprint/135/2/124.pdf>.

Sormunen, M. 1999. Hoitotyön menetelmien käyttö aikuispotilaan postoperatiivisen kivun hoidossa kirurgisilla vuodeosastoilla. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Tarkkila, P. 2003. Nielurisaleikkauksen anestesiaa ja kivunhoitoa Korvaklinikan tapaan. Finnanest 36 (1): 32-35. Viitattu 3.11.2010. [http://www.finnanest.fi/files/a\\_tarkkila.pdf](http://www.finnanest.fi/files/a_tarkkila.pdf).

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen analyysi ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2004. Kivun hallinta. Helsinki: Like.

Vartti, A.-M. 2000. Kipu ja huumori- tragediasta komediaksi. Teoksessa Sailo, E. Vartti A.-M.(toim). Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 86-96.

Vennelä, S. 2004. Sairaalapotilaiden kokemukset kivusta sekä heidän tyytyväisyytensä kivun hoitoon. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Åstedt-Kurki, P. Paavilainen, E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen, M. Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki; Porvoo: WSOY.



## Liitteet

## Liite 1 Saatekirje

## HYVÄ KORVAKLINIKAN KIRURGISEN VUODEOSASTON SAIRAANHOITAJA

Olemme sairaanhoitaja-opiskelijoita Laurea ammattikorkeakoulusta, Otaniemestä ja opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien menetelmien käytöstä aikuisen potilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa. Opinnäytetyömme kuuluu yhtenä osana HYKS Korvaklinikan ja Laurea ammattikorkeakoulun yhteiseen lasten ja aikuisten kivunhoitotyön kehittämishankkeeseen. Tavoitteenamme on kerätä tietoa, jota Korvaklinikka voi hyödyntää kivunhoidon kehittämisessä. Osallistumisenne tutkimukseen on tärkeää, sillä juuri sairaanhoitaja toimii usein potilaan kipuviestin vastaanottajana, hoidon toteuttajana ja hoidon onnistumisen arvioijana.

Opinnäytetyö toteutetaan ryhmähaastatteluna, joka on tarkoitus suorittaa syyskuussa 2010. Haastattelun analysointia varten nauhoitamme haastattelut ääninauhurilla. Nauhoitettua käsittelevät ainoastaan opinnäytetyön tekijät ja se hävitetään välittömästi aineiston analysoinnin jälkeen. Missään tutkimuksen vaiheessa henkilöllisyyttänne ei tulla paljastamaan ulkopuolisille henkilöille. Aineisto käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti.

Opinnäytetyön tulokset tullaan julkistamaan opinnäytetyömme raportissa, jonka on tarkoitus valmistua vuoden 2010 loppuun mennessä. Valmis opinnäytetyö esitetään HYKS Korvaklinikalla.

Toivomme, että haastattelusta kiinnostuneet henkilöt ottaisivat meihin yhteyttä joko puhelimitse tai sähköpostitse 4.10 mennessä

Jos teillä on kysyttävää tutkimuksen tarkoituksesta tai toteuttamistavasta, voitte olla yhteyttä meihin tai tarvittaessa myös opinnäytetyömme ohjaaviin opettajiin:

Liisa Haarlaa, TtM, lehtori

p. 0988687561/

[liisa.haarlaa@laurea.fi](mailto:liisa.haarlaa@laurea.fi)

Kaija Heikkilä, THM, lehtori

p. 0988687561

[kaija.heikkila@laurea.fi](mailto:kaija.heikkila@laurea.fi)

Yhteistyöstänne lämpimästi kiittäen,

Ewa Heiskanen

p. 0503475026/ [ewa.heiskanen@laurea.fi](mailto:ewa.heiskanen@laurea.fi)

Riina Liimatainen

p. 0407231324/ [riina.liimatainen@laurea.fi](mailto:riina.liimatainen@laurea.fi)



Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Olen tietoinen myös siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Suostun siihen, että haastattelut äänitetään.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

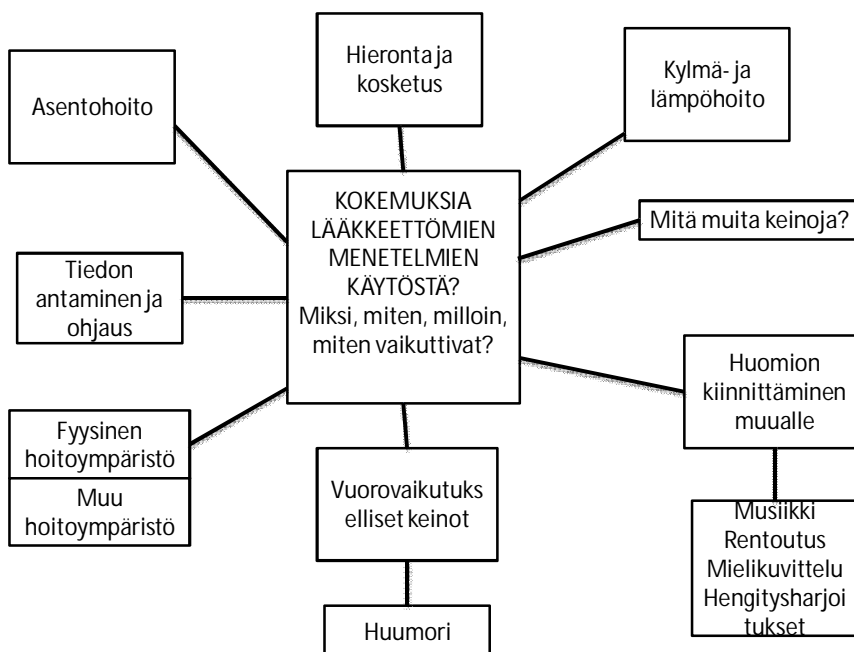
Päiväys

---

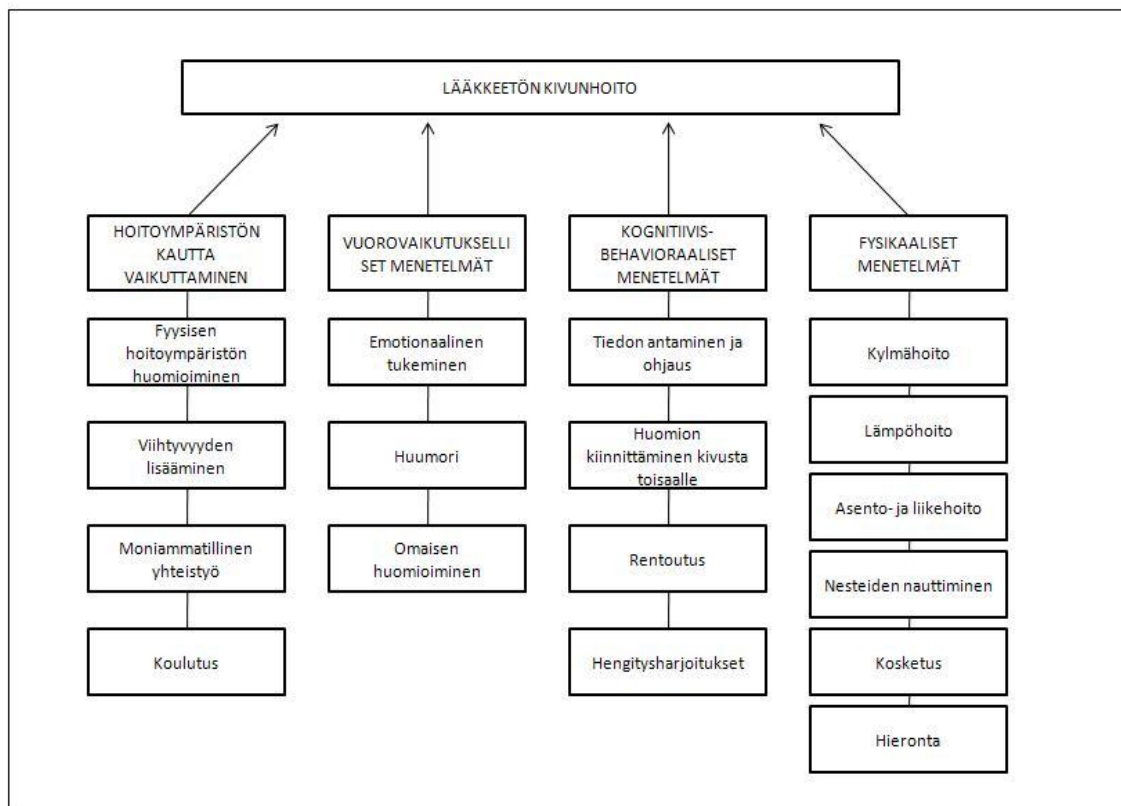
Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

Liite 2 Miellekartta teemarungosta

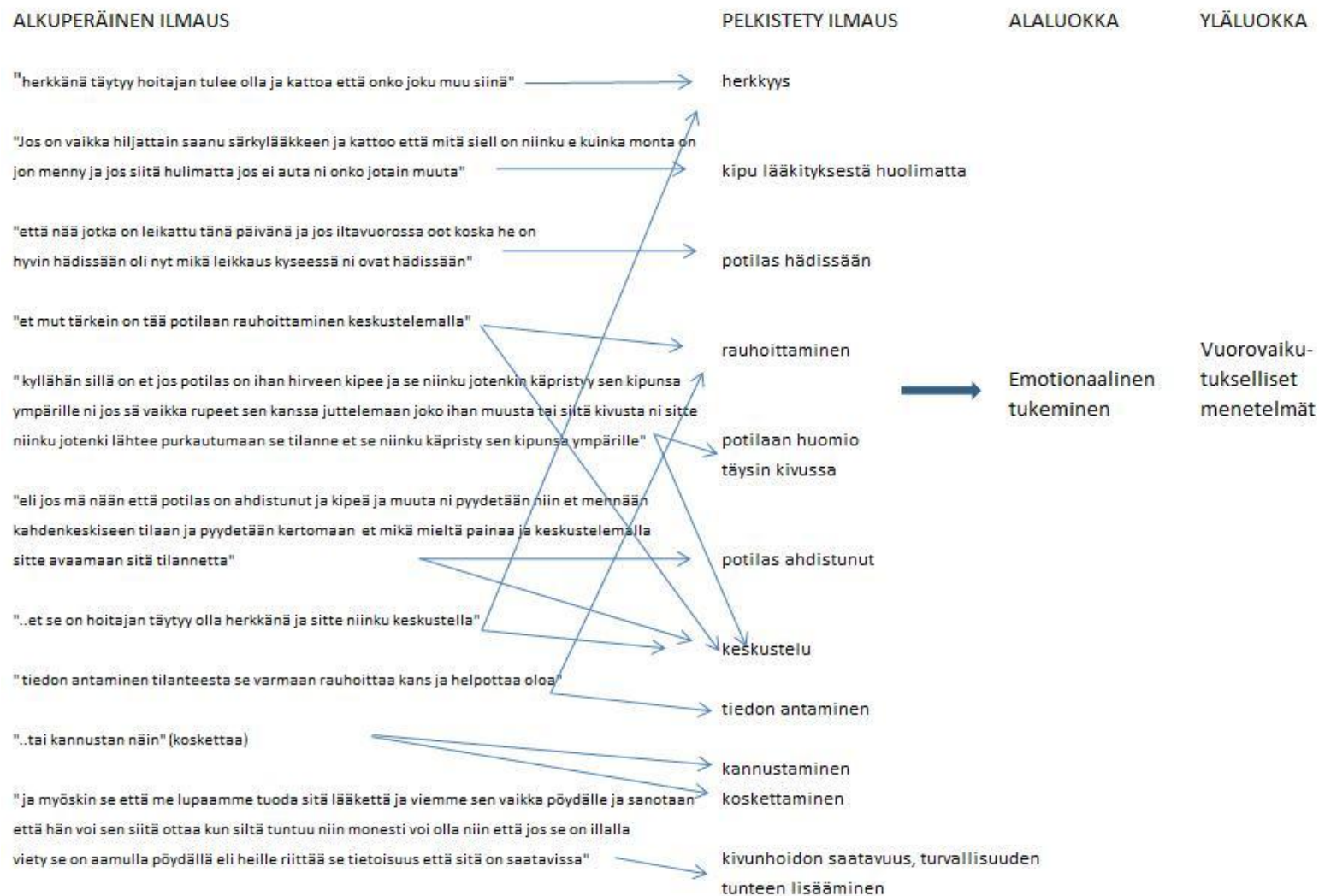


Liite 3 Analyysikaavio





Liite 4 Esimerkki analyysin etenemisestä



ALKUPERÄINEN ILMAUS

PELKISTETTY ILMAUS

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

".. Annetaan potilaan ymmärtää se että me ollaan vain yhden soitokellon pirahduksen päässä ja käymme myöskin muutenkin ettei heidän tarvii ajatella että he ovat siellä yksinään sen kivun keskellä"

käytettävissä oleminen

"jos sä oot kauheen ammattitaitoinen ni sinä oot rauhallinen ja varma ja saatat sillä tuoda turvallisuuden tunnetta sille potilaalle"

mukavauuden lisääminen

Emotionaalinen tukeminen

"rasvaa huuliin ja et se olo tehään mahdollisimman sillai mukavaksi"

rauhallinen ja varma käytös

"joidenkin kanssa löytyy hirveen hyvä semmonen ote ja suorastaan niin potilas niinku kokee ihana kun sä oot tänään töissä' ja tuntuu et silloin sitä lääkettä tarvitaan vähemmän"

turvallisuuden tunteen lisääminen

hoitosuhde

vuorovaikutukselliset menetelmät

" mä oon usein kokenu niinku omaiset että.. Tavallaan lietsoo ihan sen potilaan kipua kun on itse niin paniikissa"

omaisen hätä

"niin. omaisen hätä"

Omaisen huomioiminen

"mun mielestä on aika haasteellinent ilanne juste se niinku saada se omaisenkin ymmärtämään yhtään et sekin rupeis puhumaan jostain muusta asiasta"

omaisen huomion kiinnittäminen toisaalle

