

Aikuisen postoperatiivinen kivunhoitotyö vuodeosastolla



Ekfors, Kristina

Taimi, Paula

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Aikuisen postoperatiivinen kivunhoitotyö vuodeosastolla

Kristina Ekfors
Paula Taimi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2011

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tiivistelmä

Kristina Ekfors, Paula Taimi

Aikuisen postoperatiivinen kivunhoitotyö vuodeosastolla

Vuosi	2011	Sivumäärä	28
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyömme toteutettiin osana Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS Silmä-Korvasairaalan Korvaklinikan yhteiseen lasten- ja aikuisten kivunhoitotyön kehittämishankkeeseen.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tuottaa kirjallista tutkittua tietoa kivunhoitomenetelmistä, joita vuodeosastolla työskentelevät hoitotyöntekijät voivat käyttää jokapäiväisessä työssään postoperatiivisella vuodeosastolla. Opinnäytetyömme aineistona ovat Suomessa tehdyt suomenkieliset tutkimukset. Aineisto kerättiin systemaattisella tiedonhaualla tietokannoista ja lisäksi manuaalisella haulilla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tärkeimpänä tekijänä kivunhoidossa on kipulääkitys. Muina tärkeinä tekijöinä mainitaan kivunlievityksen nopeus, lääkkeenantotapa ja ei-lääkkeellinen kivunhoito. Sairaanhoitajien käyttämiä ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä olivat fyysisen hoitoympäristön huomioiminen, potilaan viihtyvyyden lisääminen, koulutus, moniammatillinen yhteistyö, vuorovaikutukselliset menetelmät. Näitä menetelmiä ovat emotionaalinen tukeminen, huumori, omaisten huomioiminen, tiedon antaminen, ohjaus, huomion kiinnittäminen kivusta muualle, kylmähoito, asento- ja liikehoito ja nesteiden nauttiminen. Rentoutusta, koskettamista, hengitysharjoituksia tai hierontaa käytettiin vain vähän tai vain osa sairaanhoitajista käytti näitä keinoja kivun lievennyksessä. Tutkimuksemme tulokset perustuu yhteen pro gradu -tutkimukseen ja vuoden 2000 jälkeen tehtyihin ammattikorkeakoulujen opinnäytetöihin.

Ensisijaisesti postoperatiivisen kivun hoidossa käytetään kipulääkkeitä. Selkeät ohjeet ja kokemus koettiin tärkeäksi kivunhoidon toteutuksessa. Hoitajien ammattitaito, tieto ja kokemus, kyky olla läsnä, hoitajien määrä ja rooli nousivat esiin tutkimuksissa merkittävinä osaluokina kivunhoitotyössä. Hoitajien vähäinen työkokemus, kipulääkkeiden vähäinen tuntemus, ajanpuute ja henkilöstöpula vaikeuttivat kivunhoitoa. Hoitajien rooli on tärkeä kivun arvioinnissa, seurannassa ja kirjauksessa.

Jatkotutkimusehdotuksemme aiheesta on maahanmuuttajien kivunhoitotyö.

Asiasanat: aikuiset, kipu, kivunhoito, kivunhoito menetelmät, postoperatiivinen kivunhoito, leikkauksen jälkeinen kivunhoito

Laurea University of Applied Sciences
 Otaniemi
 Health care
 Nurse

Abstract

Kristina Ekfors, Paula Taimi

An adult's post-operative pain management on a ward

Year	2011	Pages	28
------	------	-------	----

Our thesis is a part of the development project of Pain management carried by Helsinki University hospital's (HUCH) Ear clinic and Laurea University of Applied Sciences. The aim of the project is to develop health care and pain management.

The aim of this literature review is to produce research-based information on pain management methods, which could be used in everyday work by nurses on postoperative wards or by the patients after discharge. Our thesis materials are studies conducted in Finland in Finnish. The material was gained by systematic retrieval from the databases and by manual retrieval. Content analysis was used as an analysis method of the data.

Pain medication is the most important factor in pain management. Other important factors mentioned are: rapid pain relief, method of drug administration and non-pharmacological pain management. Nurses use non-pharmacological pain management methods like considering the physical care environment, increasing patient comfort, instruction, multi-professional co-operation, interactive methods like emotional support, humor, paying attention to relatives, information provision, guidance, directing attention away from pain, cold therapy, posture and movement therapy and fluid intake. Relaxation, touching, breathing exercises and massage were used only occasionally or only by some nurses to alleviate pain. Our findings are based on one Master's thesis and on six Bachelor's thesis since the year 2000.

Pain medication is primarily used in post-operative pain management. Clear guidance and experience were considered important in implementing pain management. According to the findings the most important areas of pain management are: nurses' skills, knowledge and experience, ability to be present the number of nurses and their role. Nurses' lack of experience, scant knowledge of pain medication, lack of time and shortage of staff complicate pain management. Nurses play an important role in pain assessment, pain monitoring and pain documenting.

Our suggestion for further research on this topic is immigrants' pain management.

Key words: Adult, pain, pain care, pain management techniques, post-operative pain management

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys.....	7
3	Leikkauksen jälkeinen kipu.....	7
4	Aikuisen kivunhoitotyö	9
	4.1 Kivun kokemiseen ja ilmentämiseen vaikuttavia tekijöitä.....	9
	4.2 Kivun arviointi	11
	4.3 Kivunhoidon suunnittelu	11
5	Kivunhoitomenetelmät.....	12
	5.1 Lääkkeellinen kivunhoito	12
	5.2 Lääkkeetön kivunhoito	14
	5.2.1 Rentoutus	15
	5.2.2 Hengitysharjoitukset	15
	5.2.3 Mielikuvaharjoittelu.....	16
	5.2.4 Hieronta	16
6	Opinnäytetyön toteutus.....	17
	6.1 Aineiston keruu	17
	6.2 Aineiston analyysi	21
7	Pohdinta	24
	7.1 Tutkimusten tarkastelu	25
	7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	27
	7.3 Jatkotutkimusehdotus.....	27
	Lähteet	28

1 Johdanto

Kipu voi merkitä eri ihmisille erilaisia asioita. Kivun merkitys tarkoittaa sitä, että jokaiselle ihmiselle kivulla on oma rooliinsa. Kipu voi merkitä joillekin ihmisille vihollista, joka nujertaa. Toisille se voi olla positiivinen haaste ja merkitä mahdollisuutta henkiseen kasvuun. Kivun kokeminen voi olla osa elämää, joka on vain asiaankuuluva ikävä asia. (Vainio 2004, 99.)

Onnistuneessa kivunhoidossa tavoitteena on estää fysiologiset ja psyykkiset häiriöt potilaalle sekä ehkäistä kroonisen kivun syntymistä. Akuutin kivun tehtävänä on suojata elimistöä, mutta kivun jatkuessa vaikutukset ovat haitallisia. Hoitohenkilökunnalla tulee olla valmiudet tunnistaa kipu, arvioida sen voimakkuus ja lievittää sen oireita sekä huomioida mahdolliset lääkehoidon haittavaikutukset että hoitaa ne. Hyvän kivunhoidon edellytyksenä on ajantasainen tieto kivunhoidosta uusista menetelmistä ja ohjeista sekä moniammatillinen yhteistyö ja kivunhoidon kirjaaminen. (Kaarlola, Larmila, Lundgren-Laine, Pyykkö, Rantalainen, Ritmala-Castrén 2010, 408.)

Opinnäytetyömme toteutettiin osana Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS Silmä-Korvasairaalan Korvaklinikan yhteiseen lasten- ja aikuisten kivunhoitotyön kehittämishankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on hoitotyön kehittäminen kivunhoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa sellaista kirjallista tutkittua tietoa, jonka avulla voidaan kehittää postoperatiivista kivunhoitotyötä. Kuvaamme erilaisia kivunhoitomenetelmiä, jotka soveltuvat leikkauksen jälkeiseen kivunhoitotyöhön. Opinnäytetyö perustuu kirjallisuuskatsaukseen, joka on tehokas väline syventää tietoja asioista, joista on jo valmista tutkittua tietoa ja tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Alustavina lähteinä olemme käyttäneet hankkeeseen aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä, jotka innostivat meitä tämän työn tekemiseen.

Silmä- ja korvasairaalassa toimivat anestesia- ja leikkausosasto, päiväkirurginen osasto sekä osasto K6, joka on vuodeosasto. Potilaat ovat 0:n ja 100 ikävuoden väliltä, mutta suurin osa potilaista on keski-ikäisiä. HYKS:n silmä- ja korvasairaalan korvaklinikan sairaalassa tehtäviä kirurgisia operaatioita vaativia sairauksia ovat nielu- ja kitarisaleikkaukset, nenän sivuonteloiden tulehdussairaudet, kasvojen luiden murtumat, erilaiset korvasairaudet, jotka vaativat kirurgisia toimenpiteitä sekä sylkirauhassairaudet. Päivystyksellisiä sairauksia ovat nenämurtumat, nenänverenvuodot ja kurkkupaiseet. (HUS 2010b.)

Päiväkirurgian osastolla hoidetaan päivä- ja lyhytkirurgisia leikkauspotilaita sekä lapsia että aikuisia. Yleisimpiä potilaille tehtäviä leikkauksia ovat nielu- ja kitarisojen poisto ja korvien putkitukset. Korvapotilaille tehtäviä toimenpiteitä ovat mm. tärykalvon ja kuuloluiden korjausleikkaukset. Nenään tehtäviä operaatioita ovat mm. nenän väliseinän muovausleikkaukset

ja poskionteloleikkaukset. Toimenpiteestä riippuen potilas viipyy päiväkirurgisella osastolla 2 - 4 tuntia ja joidenkin leikkausten jälkeen toipumisaika voi olla 6-8 tuntia. (HUS 2007.)

Osasto K6 on aikuisten korva-, nenä- ja kurkkutautipotilaiden vuodeosasto, jonka yhteydessä toimii myös poliklinikkavastaanotto. Osasto toimii maanantaista sunnuntaihin ympäri vuorokauden. Potilaat tulevat osastolle ennalta sovitusti ja keskimääräinen hoitoaika on n. kaksi vuorokautta. Yleisimpinä toimenpiteinä tehdään suun, nielun, nenän, sivuonteloiden ja sylkirauhasten leikkauksia sekä pään ja kaulan alueen pehmytosakirurgiaa. Toimenpiteitä ja tähtyksiä tehdään myös paljon ylä- ja alahengitysteihin sekä ruokatorveen. Erikoisosaamisena osastolla tehdään vaativia pään ja kaulan alueen kasvaimien poistoja. Osastolla hoidetaan myös päivystyksellisiä potilaita, jotka ovat esim. nenäverenvuoto-, tulehdus-, huimaus- ja tapaturmapotilaita. (HUS 2011.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa sellaista kirjallista tutkittua tietoa, jonka avulla voidaan kehittää postoperatiivista kivunhoitotyötä HYKS:in Korvaklinikan vuodeosastolla. Kuvaamme kivunhoitomenetelmiä, joita vuodeosastolla työskentelevät hoitotyöntekijät voivat käyttää jokapäiväisessä työssään postoperatiivisella vuodeosastolla ja potilaat kotiuduttuaan. Opinnäytetyömme perustuu Suomessa tehtyihin suomenkielisiin tutkimuksiin.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymys on:

Millaisia kivunhoitomenetelmiä käytetään leikkauksen jälkeisessä kivunhoitotyössä aikuisten vuodeosastolla?

3 Leikkauksen jälkeinen kipu

Leikkauksen jälkeinen kipu on akuuttia kipua, jonka voimakkuus vaihtelee ja joka on kestoltaan yleensä rajoittunutta (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 278). Akuutti kipu varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta tai kudosauriosta, se voi liittyä lääketieteelliseen toimenpiteeseen tai leikkauksen jälkitilaan (Estlander 2003, 16). Akuutti kipu on lyhytaikaista eikä siitä jää jälkeä keskushermostoon. Se on luonteeltaan yllätyksellistä, mutta kuitenkin potilaalle mielekästä, koska kivun syy tiedetään ja sitä voidaan hoitaa. (Sailo & Vartti 2000, 34.) Kipu on tarpeellinen ja tarkoituksenmukainen hälytysmerkki, johon voi liittyä ahdistusta ja pelkoa. Ihminen suuntaa huomionsa kipuun, reagoi ja pyrkii toimimaan (Estlander 2003, 17).

Akuutti kipu vaikuttaa aivoissa hypotalamuksessa sijaitsevan autonomisen hermoston ja hormonierityksen ohjauskeskusten toimintaan. Kipua välittävän hermojärjestelmän vaikutukset aivoissa ovat laaja-alaisia mikä osaltaan selittää kipukokemuksen kokonaisvaltaisuutta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila, Närhi 2006, 34.) Kiputiloihin voi liittyä elintoimintojen epäedullisia muutoksia, kuten hengitystoiminnan heikentymistä. Lihasspasmii verisuonten seinämissä voi aiheuttaa verenkiertovajetta ja kudosten hapenpuutetta. Kipu saattaa kohottaa pulssia ja verenpainetta, lisätä sydämen työmäärää ja aiheuttaa rytmihäiriöitä. Se voi aiheuttaa muutoksia myös verenkierrössä, suolistossa ja virtsaelinten toiminnan häiriöitä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 177.)

Akuutti kipu voi myös kroonistua. Akuutti ja krooninen kipu on perinteisesti erotettu toisistaan kivun kestolla, krooninen kipu kestää yli 3 - 6 kuukautta. Nykyisen tiedon mukaan kivut erotellaan myös mekanismin mukaan. (Kalso ym. 2009, 106.) Asianmukaisella ja ajoissa aloitetulla hoidolla voidaan ehkäistä kivun kroonistuminen (Sailo & Vartti 2000, 34). Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttavat leikkaukseen liittyvät tekijät kuten leikkausalue, haavan koko ja leikkaustekniikka (Salanterä ym. 2006, 20). Leikkausviillon paikka vaikuttaa kivun voimakkuuteen. Kivuliaimpia ovat rintaontelo-, ylävatsa- ja munuaisleikkaukset myös moniin ortopedisiin leikkauksiin liittyvä voimakasta kipua. (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takunen 2006, 838-839.) Kipu on voimakkaimmillaan juuri leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineet ovat lakanneet lievittämästä kipua. Yleensä kipu heikkenee seuraavien vuorokausien aikana kun kudosten paranemisprosessi edistyy. Kaikki leikkauksen jälkeinen kipu ei ole pahasta, lievällä kivulla on myös positiivisia puolia. Leikkauksen jälkeinen kipu saa rajoittaa liikkumista sen verran, että se suojaa potilasta liikkumiselta, liialta rasittumiselta ja lisävahingoilta. (Kinnunen 2003, 26.)

Kipua ei tarvitse poistaa kokonaan. Tavoitteen tulee olla kivun tehokas hoitaminen niin, ettei kipu levossa ole lievää voimakkaampaa. Täydellisen kivuttomuuden tavoittelemisen voi johtaa kohtuuttomiin sivuvaikutuksiin. Kipu on luonnollinen ja väistämätön seuraus leikkauksesta. Nykytietämyksen mukaan huonosti hoidettu leikkauksen jälkeinen kipu aiheuttaa elimistössä stressivasteen, jolla on paljon haitallisia vaikutuksia potilaille. Stressihormonien vapautuminen voi aiheuttaa hyperglykemiaa ja voimistaa veren hyytymistekijöitä aiheuttaen veritulppariskin, heikentäen haavanparanemista ja elimistön kykyä torjua infektioita. Kasvanut metabolia lisää hengitys- ja verenkiertoelimistön työmäärää. Huonosti hoidettu kipu voi aiheuttaa tai lisätä potilaan pelkoa, ahdistusta, unettomuutta ja väsymystä. (Kinnunen 2003, 26-27.) Liian voimakas kipu saattaa viivästyttää potilaan kotiutumista ja vaikuttaa ratkaisevasti potilaan kokemukseen saamastaan hoidosta. Kivuttomuudella ja kivun hallinnalla on suuri merkitys niin toimenpiteen aikana kuin sen jälkeenkin. (Heiskanen & Liimatainen 2010, 7.)

4 Aikuisen kivunhoitotyö

Potilas on oman kipunsa asiantuntija, hän voi eri tavoin viestittää tuntemuksiaan kivuista. Tällöin potilasta hoitavien hoitajien on otettava todesta potilaan tuntemukset kivusta. (Sailo & Vartti 2000, 62.) Potilaan oikeuksiin kuuluu riittävä kivunhoito. Toteutettaessa kivunhoitotyötä hoitajan on otettava huomioon hoidon mahdolliset hyödyt ja haitat. Kivunhoidon tarkoituksena on kuitenkin poistaa kipu, joka on aina merkki siitä, ettei kaikki ole kunnossa. Kivun hoidotta jättäminen saattaa aiheuttaa potilaan kiputilan kroonistumisen. (Sailo & Vartti 2000, 63.)

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa, sairaanhoitajien tehtävänä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimysten lievittäminen. Sairaanhoitajan tulee ohjeiden mukaan myös lisätä potilaiden voimavaroja ja parantaa heidän elämänlaatuaan. Sairaanhoitaja on vastuussa antamastaan hoidosta potilaalle ja hänen tulee edistää potilaan yksilöllistä hyvänolon tunnetta. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Potilaan hoidossa ollessa hoitajan olisi tiedostettava potilaan oikeudet. Potilaan oikeuksia ovat, että hänellä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja hoidon on oltava sellaista, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen vakaumustaan sekä yksityisyyttään kunnioitetaan. Hoitajan olisi otettava huomioon kunkin potilaan yksilölliset tarpeet sekä kulttuuri. (Finlex 1992, 2 luku 3§.) Potilaalle laaditaan tarvittaessa hoitoa koskeva suunnitelma hänelle toteutettavasta hoidosta. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi miten potilaan hoito järjestetään ja mikä on hoidon toteuttamisaikataulu. Suunnitelma tulee tehdä yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa. (Finlex 1992, 4a§.) Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Finlex 1992, 6§).

4.1 Kivun kokemiseen ja ilmentämiseen vaikuttavia tekijöitä

Ihmisellä on oma tapansa kokea ja tiedostaa kipu. Yksilöllisiä kokemuksia ovat aistimukset, havainnot, emootiot, keholliset tuntemukset ja mielikuvat. Nämä ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat kivun ilmentämiseen. (Salanterä ym. 2006, 57.) Kivun kokemista ei voi mitata suoraan, vaan ainoa tapa on havainnoida potilaan käyttäytymistä. Tällöin puhutaan kipukäyttäytymisestä eli tavasta millä potilas ilmaisee kipua. (Estlander 2003, 65.) Kipukäyttäytyminen tarkoittaa potilaan tapaa ilmaista kipua. Kipua voi ilmaista fyysisellä liikkumisella. Potilas voi liikehtiä rauhattomasti tai hermostuneesti tai liikutella raajojaan. Liikkeet voivat olla varovaisia, hitaita tai potilas voi olla kokonaan liikkumaton. Potilaan asento voi olla jännittynyt, varuillaan oleva tai jäykkä. Liikehdintä voi ilmaista potilaan halua tulla huomatuksi. (Kaarlola ym. 2010, 409.) Kipukäyttäytymiseen voi kuulua myös vetäytyminen omiin oloihinsa (Estlander 2003, 65).

Potilas voi viestittää kipua kielellisesti tai eleillä ja ilmeillä (Estlander 2003, 12). Oireita voi kuvailla sanallisesti. Kipu voi olla pistävää, polttavaa tai sykkivää, lievää, vaikeaa tai sietämätöntä, tasaista tai vaihtelevaa. Huokailu, vaikerointi, huutaminen, ontuminen, itku, irvistely tai kipeän kohdan hieronta ilmentävät myös kipua. (Estlander 2003, 65.) Muita kipua ilmentäviä reagointi tapoja kasvoissa voi olla, pelokas tai surullinen ilme tai suun ja silmien seudun jännitys (Kaarlola ym. 2010, 409).

Kipu voi ilmetä potilaassa sympaattisina tai parasympaattisina oireina. Sympaattiset oireet näkyvät potilaassa sydämensykkeen, verenpaineen ja ääreisverenkierron oireina. Tällaiset oireet näkyvät potilaassa sydämen verenkierron työmäärän lisääntymisenä, hapenkulutuksen kasvuna sekä hikoiluna, kalpeutena, pupillien laajenemisena tai lisääntyneenä lihasjännityksenä. (Kaarlola ym. 2010, 411.) Parasympaattiset oireet näkyvät potilaassa sydämen sykkeen hidastumisena, verenpaineen laskuna, pahoinvointina, ruuansulatuskanavan eritteiden määrän lisääntymisenä, mahanesteiden pH:n laskuna, suolen lamaantumisenä tai virtsaretentiona (Kaarlola ym. 2010, 411).

Kokemukset, ajatukset ja tunteet säätelevät kipuongelmaa monella tavalla. Tietyt tekijät kuten huomion kiinnittäminen kipuaistimukseen ovat välttämättömiä kipukokemukselle. Kivulle altistavia psyykkisiä tekijöitä voivat olla traumaattiset kokemukset tai taipumus ahdistua ja hätääntyä fyysisistä oireista. (Estlander 2003, 61.) Aiemmillä kipukokemuksilla on yhteys tuleviin kipukokemuksiin, ne muokkaavat tapaa ajatella ja reagoida kipuun. Ihminen joka on kerran kokenut kovaa kipua, kokee sitä herkemmin uudelleen. Kokemukset sairauksista ja terveystalv palvelujärjestelmästä voivat vaikuttaa kipukokemuksiin, jolloin kipu koetaan voimakkaammin, mikäli kokemukset ovat olleet negatiivisia. (Salanterä ym. 2006, 9-10.)

Tunnetilat vaikuttavat kipukokemuksiin. Tuleva leikkaus ja siihen liittyvät odotukset vaikuttavat potilaan mielialaan. Masennus ja alakulo lisäävät leikkauksen jälkeisen kivun määrää ja positiivinen tunnetila, iloisuus ja hyvä olo vähentävät kivun kokemisen voimakkuutta. (Salanterä ym. 2006, 9-10.) Kyky ymmärtää ja käsitellä tietoa auttaa kivun kokemisen käsittelyssä (Salanterä ym. 2006, 57).

Potilaan ikä vaikuttaa kivun kokemisen. Kasvun ja kehityksen myötä ihmisen tapa ilmaista ja kokea kipua muuttuu ja ymmärrys lisääntyy (Salanterä ym. 2006, 59). Perimän ja sukupuolen tiedetään vaikuttavan kivun kokemiseen. Naiset ilmaisevat kipua herkemmin ja myös kokevat enemmän kipuja. (Salanterä ym. 2006, 9.)

4.2 Kivun arviointi

Kivunhoidon perusta on potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta. Kivun voimakkuutta voidaan arvioida sanallisesti tai sitten erilaisten mittareiden avulla. Yleisimmät kivun voimakkuuden arviointimittarit ovat kipujana tai kipukiila (visual analogue scale eli VAS), numeerinen kipumittari (numerical rating scale eli NRS) ja sanallinen kipumittari (verbal descriptor scale eli VDS). (Salanterä ym. 2006, 83.)

Heikkisen (2001, 50) tutkimuksen mukaan, potilaiden kyky arvioida kipua NRS- ja VAS mittareilla vaihteli. Osa potilaista ei pystynyt arvioimaan kipuaan mittareiden avulla. Tähän saattoi vaikuttaa anestesia- ja kipulääkkeiden aiheuttama väsymys ja tarkkaavaisuuden puute. Potilaiden mielipiteet mittareiden käyttöominaisuuksien paremmuudesta jakautuivat kahtia. Kipukiilaa kaikki potilaat eivät nähneet riittävän selvästi. Iän, sukupuolen tai sairauden vaikutuksista kivun arvioinnin onnistumiseen ei tutkimuksella voitu osoittaa. Potilaiden korkea ikä vaikutti kykyyn arvioida kipua ja käyttää eri arviointimenetelmiä. (Heikkinen 2001, 50.)

Potilaan käyttäytyminen antaa viitteitä kivun voimakkuudesta. Syyt kivusta valittamiseen ovat erilaisia eri potilailla, jolloin kivun aktiivinen arviointi antaa yksilöllisempää ja osuvampaa hoitoa. (Rosenberg ym. 2006, 839.)

4.3 Kivunhoidon suunnittelu

Kokonaisvaltaista kivunhoitoa suunniteltaessa on hyvä keskustella leikkaukseen tulevan potilaan kanssa tulevasta leikkauskivusta ja sen hoitovaihtoehdoista. Potilaalle annetaan mahdollisuus keskustella vapaasti tuntemuksistaan, peloista, kuulopuheista, kauhukuvista ja mahdollisista ahdistuksista, jotka aiheutuvat kivun kohtaamisesta. Pelosta on kysyttävä suoraan, mitä potilas pelkää, kipua, leikkausta vai jotain muuta. (Sailo & Vartti 2000, 118-119.)

Potilaan oma kertomus kipu kokemuksistaan luo hyvän pohjan hoitaa kipua oikealla ja miellyttävällä tavalla. Potilaiden kipua helpottavat ja pahentavat asiat on hyvä selvittää. Aikaisemmat kipukokemukset antavat kuvaa potilaan mielialasta, kipuherkkyydestä ja käytetyistä hoitoista. (Sailo & Vartti 2000, 119.) On hyvä selvittää minkälaista kivunhoitoa potilas haluaa, kokeeko potilas lääkehoidon tarpeelliseksi tai aiheuttavatko uskonnolliset asiat ristiriitaisia tunteita lääkityksessä. (Sailo & Vartti 2000, 119.)

5 Kivunhoitomenetelmät

5.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Sairaanhoitajien pääasiallisesti käyttämä kivunhoitomenetelmä oli **lääkehoito**. Yleisin potilaiden käyttämä kivunlievitys oli kipu- ja särkylääkkeet, jotka olivat myös yleisin terveydenhuollon tarjoama hoitokeino. Vennelän (2004, 59) tutkimuksen mukaan potilaista 61 % oli pyytänyt apua kivunhoitoon, heistä 78 % oli saanut kipulääkettä. Syy miksi osa potilaista ei pyydä apua on, etteivät he halua olla vaivaksi ja potilaat olettavat kivun kuuluvan asiaan. Avun saaminen pyytämättä on mahdollisesti vaikuttanut vastaustuloksiin. (Vennelän 2004, 59.)

Lääkehoito auttoi liikkumaan, iltaisin otettu lääke rentoutti ja helpotti nukkumista. Epäilevä suhtautuminen johtui siitä, ettei lääkehoidolle ollut aina perustetta. Vahvoja keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä ei mielellään otettu ennen kuin kipu oli sietämätöntä. Potilaiden ennakkoluulot tai virheelliset käsitykset kipulääkityksestä tai niiden haitta- tai sivuvaikutuksista voivat vaikuttaa potilaiden haluun käyttää kipulääkettä. Kipulääkkeiden aiheuttaman pahoinvoinnin todettiin vähentävän halukkuutta ottaa kipulääkettä. Lääkkeiden sivuvaikutukset koettiin epämiellyttävinä, mikä aiheutti kielteisen suhtautumisen lääkehoitoon. Kivunlievityksen lisäksi tärkeänä pidettiin kivunlievityksen nopeutta, kivunlievitystä ja poistoa yleensä ja lääkkeenantotapaa. Potilaille tärkeä tieto oli, että he saavat tarvittaessa lisää kipulääkettä ja sitä on aina saatavilla pyydettyä. (Vennelän 2004, 59.)

Lääkkeellinen kivunhoito suunnitellaan toimenpidekohtaisesti ja potilaan oman kipukokemuksen mukaan. Lääkkeellisen kivunhoidon tarkoituksena on estää leikkauksen jälkeinen kipu, minimoida vahvojen kipulääkkeiden tarve sekä nopeuttaa toipumista. (HUS 2010c.)

Lääkkeellinen kivunhoito voi perustua erilaisiin puudutuksiin, parasetamolin ja tulehduskipulääkkeiden käyttämiseen. Opioideja voidaan käyttää harkinnan jälkeen. Leikkausten aikana ja sen jälkeen osastoilla käytettäviä puudutuksia ovat epiduraali-, hermopunos- ja hermon johdtopuudutus sekä leikkaushaavan jatkuva puudutus. Muita menetelmiä ovat PCA-menetelmä (Patient controlled analgesia) eli kipupumppu, jota potilas itse käyttää osaston hoitajien ja kipuhoitajan valvonnassa ja avustuksella. Potilas voi saada apua yhdistelmähoidosta esim. yhtä aikaa käytettävästä jatkuvasta haavapuudutuksesta ja PCA-kipulääkeannostelijasta. (HUS 2010a.)

Kivun lääkehoidossa sovelletaan WHO:n suosittelemaa kipulääkehoitoportaikkoa (Salanterä ym. 2006, 117), jonka ensimmäisessä askelmassa ovat tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Toisessa askelmassa ovat heikot opioidit kuten kodeiini, tramadoli ja dekstropropoksifeeni. Kolmannessa portaassa ovat keskivahvat opioidit kuten buprenorfiini. Viimeisellä askelmalla

ovat vahvat opioidit kuten morfiini, oksikoni ja fentanyl. Opioidit ovat tehokkaimpia kivun hoidossa käytettäviä lääkkeitä, niitä käytettäessä edetään WHO:n lääkehoitoportaikkoon mukailen. Leikkausten jälkeistä kipua hoidettaessa voidaan ohittaa tarvittaessa heikkojen ja keskivahvojen opioidien portaat ja siirtyä suoraan käyttämään vahvoja opioideja parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeiden ohella. (Salanterä ym. 2006, 116-118).

Lääkehoitoa suunniteltaessa on tärkeä erottaa toisistaan nosiseptiivinen, neuropaattinen ja idiopaattinen kipu. Nosiseptiivisellä kivulla tarkoitetaan kudoksen tai -muutoksen aiheuttamaa kipua. Neuropaattisen kivun aiheuttajana on yleensä hermorunkojen tai keskushermoston kipuratojen vaurio. Idiopaattisen kivun aiheuttaja ei ole kudoksen tai hermovaurio, selvää somaattista syytä ei ole. Nosiseptinen kipu lievittyy tulehduskipulääkkeillä ja opioideilla, kun taas neuropaattisen kivun hoidossa saadaan parempi tulos serotoninerGISillä lääkkeitä, kuten masennuslääkkeet, tai solukalvoa stabiloivilla lääkkeitä kuten epilepsialääkkeet, puudutteet ja eräät rytmihäiriölääkkeet. (Holmia ym. 2003, 177-181.) Lääkkeitä käytetään aina sen antamisen hyödyn takia, niiden sairauksia parantavien tai oireiden lievittävien ominaisuuksien takia (Sailo & Vartti 2000, 200).

Lääkkeiden antotekniikat vaikuttavat lääkkeen vaikutuksen alkamiseen, kestoon ja voimakkuuteen. Enteraalinen antotapa tarkoittaa lääkkeen annostelua ruoansulatuskanavaan ja parenteraalisella tarkoitetaan annostelua ihon alle, lihakseen tai suoneen. Kipulääkkeen käyttö määräytyy hoidettavan syyn perusteella. Periaatteena on, että lääke annostellaan ensisijaisesti suun kautta aina kun se on mahdollista. Suun kautta annostelu on yksinkertaisin ja turvallisin tapa. (Salanterä ym. 2006, 133-134.) Parenteraalisessa antotavassa lääkkeen vaikutus alkaa nopeasti, koska lääkepitoisuus nousee elimistössä korkeaksi. Toisaalta lääkehoitoon liittyvät riskit kasvavat, sillä haittavaikutukset tulevat nopeasti. (Sailo & Vartti 2006, 134-135.)

Farmakokineettiset ominaisuudet kuvaavat elimistön vaikutusta lääkeaineeseen ja farmakodynaamisilla ominaisuuksilla tarkoitetaan lääkeaineen aikaansaamia vaikutuksia elimistössä (Salanterä ym. 2006, 99). Lääkeaineiden kulku, imeytyminen, jakautuminen, eliminoituminen ja lääkeaineiden vaikutusmekanismit vaikuttavat osaltaan kipulääkityksen tarpeeseen. Lääkevaste on hyvin yksilöllistä. Ikä määrittää kipulääkityksen tarvetta ja ikäryhmien erityispiirteet on huomioitava toteutettaessa. (Salanterä ym. 2006, 203.) Esimerkiksi vanhuksilla opioidin tuottama kipua lievittävä vaikutus on suurempi kuin nuoremmilla potilailla. Sairaudet voivat vaikeuttaa lääkkeiden imeytymistä tai lisätä lääkeherkkyyttä. (Kalso ym. 2009, 279-280.)

Hännisen ja Pätärin (2008, 25) opinnäytetyön mukaan Korvaklinikalla on pysyväismääräys aikuisten potilaiden mietojen särkylääkkeiden käytöstä (Paracetamol, NSAID). Tällä tarkoite-

taan, sitä että sairaanhoitajat voivat antaa näitä edellä mainittuja särkylääkkeitä ilman lääkärin määräystä.

5.2 Lääkkeetön kivunhoito

Ei- lääkkeellisiä hoitoja potilaista oli Vennelän (2004, 59) mukaan saanut 13 %. Sairaanhoitajat vaikuttivat hoitoympäristön kautta kivunlievitykseen. Heidän käyttämiä kivunhoitomenetelmiä olivat fyysisen hoitoympäristön huomioiminen, potilaan viihtyvyyden lisääminen, koulutus ja moniammatillinen yhteistyö. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan valaistuksen säätäminen hämärämmälle, vähensi kipulääkityksen tarvetta joillain potilasryhmillä. Moniammatillinen yhteistyö toteutui fysioterapeuttien kanssa. Fysioterapeutit opastivat ja osallistuivat potilaiden asento- ja liikehoitoihin, ja olivat mukana fysikaalisten hoitojen toteuttamisessa. Vuorovaikutukselliset menetelmät, kuten emotionaalinen tukeminen, huumori ja omaisten huomioiminen nähtiin keinoina kivunhoidossa. Emotionaalista tukea annettiin keskustelemalla ja joskus koskettamalla, huumori toimi tunnelmaa keventävänä tekijänä. Kongnitiivis-behavioraaliseksi menetelmiksi mainitaan tiedon antaminen, ohjaus, huomion kiinnittäminen muualle, rentoutus- ja hengitysharjoitukset. Tiedon antaminen oli mm. rauhoittanut ja sen saaminen koettiin tärkeäksi. Tutkimuksessa tuli esille, että saatu tieto auttoi kipujen kestämässä. Huomion kiinnittämistä toisaalle käytettiin monipuolisesti. Keinoja olivat tv:n katseilu, musiikin kuuntelu, lukeminen ja keskustelu. Musiikin tarjoamisen mahdollisuudet nähtiin vähäisinä, toisaalta osalla potilaista oli omaa musiikkia ja muuta viihdykettä. Fysikaalisia menetelmiä ovat kylmähoito, asento- ja liikehoito ja nesteiden nauttiminen. Kylmähoitoa pidettiin tärkeänä ei-lääkkeellisenä kivunhoitomenetelmänä, jota toteutettiin kylmäpussien, jääpalojen, mehujään ja jäätelön avulla. Asento- ja liikehoidon keinoina olivat sopivan asennon löytäminen, sängynpäädyn nostaminen, ja apuvälineiden käyttäminen. Anatomisesti oikean asennon nähtiin vähentävän leikkauksen jälkeisiä kipuja ja hoitajien ammattitaidossa korostui kyky ohjata asentohoidossa.

Varsinaisia rentoutusharjoituksia eivät sairaanhoitajat käyttäneet kivunhoidossa. Rentoutusta, koskettamista, hengitysharjoituksia tai hierontaa käytettiin vain vähän tai vain osa sairaanhoitajista käytti näitä keinoja kivun lievennyksessä. Hieronnan koettiin vaativan erityistaitoja ja se edellytti koskettamista, jonka sairaanhoitajat kokivat intiiminä.

Seuraavissa kappaleissa esittelemme lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, joita voidaan käyttää korvaklinikan postoperatiivisella vuodeosastolla ja päiväkirurgisella osastolla. Hoidon alussa hoitajat voivat ohjata rentoutusta, hengitysharjoituksia ja mielikuvaharjoitteita, joita potilaat voivat tehdä tarvittaessa itsenäisesti. Hieronnassa on huomioitava leikkausalue, jota ei saa hieroa. Kehon muiden osien hieronnalla voidaan pyrkiä rentouttamaan koko kehoa.

Korvaklinikan päivä- ja lyhytkirurgisten leikkauspotilaiden sairaalassa oloaika on lyhyt, mutta potilaita voi ohjata lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön myös kotona.

5.2.1 Rentoutus

Rentoutuksella voidaan vaikuttaa fysiologisiin stressivasteisiin, kuten autonomisen hermoston aktiivisuuteen. Fysiologisiin muutoksiin tähtäävillä menetelmillä pyritään kipuun liittyvän lihasjännityksen ja negatiivisten tunnereaktioiden vähentämiseen, nukahtamisen helpottamiseen sekä kivunhallinnan tunteen parantamiseen. Rentoutuminen voidaan saavuttaa esim. mielikuvilla, lihasrentoutustekniikoilla ja hengitysharjoituksilla. (Kalso ym. 2009, 248.) Tutkimuksissa on todettu, että rentoutusmenetelmien käyttö ennen ja jälkeen leikkauksen hillitsevät kipua, pelkoa ja ahdistusta, sekä vähentävät kipulääkkeiden käyttöä. Rentoutus ei korvaa kipulääkitystä vaan täydentää sitä. (Sailo 2000, 136.)

Rentoutusta voi opetella jännittämällä ja rentouttamalla lihasryhmiä, jotta oppii tunnistamaan jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen eron. Tämän jälkeen voi opetella rentoutumista ilman lihasjännitystä, harjoittelemalla rentoutuminen onnistuu. Rentoutuminen on potilaan oma aktiivinen menetelmä kivunhallintaan. Harjoittelussa voi käyttää apuna myös rentoutuskasetteja. (Salanterä ym. 2006, 154.)

5.2.2 Hengitysharjoitukset

Hengitysharjoituksilla voidaan rentouttaa lihaksia, vähentää stressiä ja näin vähentää kivun voimakkuutta. Rauhallinen syvä hengittäminen lisää elimistön hapensaantia. Syvä hengittäminen rentouttaa jo yksinäänkin ja yhdistämällä se musiikkiin tai lihasten rentoutusharjoitukseen, sen vaikutukset ovat vielä tehokkaampia. Hengitysharjoitukset on helppo tehdä itselleen sopivana ajankohtana. (Salanterä ym. 2006, 154.)

Hengitysharjoitukset voi aloittaa rentouttamalla leukalihakset, pitämällä kieli kevyesti keskellä kitalakea. Keuhkot puhalletaan mahdollisimman tyhjäksi suun kautta, huulten ollessa kevyesti yhdessä. Tämän jälkeen hengitetään nenän kautta syvään sisään, esim. neljään laskien, ja pyritään täyttämään keuhkojen alaosa. Hengitystä pidätetään hetki, jonka jälkeen uloshengitys suun kautta n. kahdeksaan laskien. Sisään - ja uloshengitys toistetaan vähintään neljä kertaa. Hengitysharjoitusta voidaan tehdä useiden minuuttien ajan, ja se voidaan toistaa useita kertoja päivässä. Harjoituksia voi tehdä seisten, istuen tai maaten polvet koukussa. Palleahengitystä harjoitellaan laittamalla toinen käsi rintakehän yläosan päälle ja toinen rintakehän alaosan päälle, ja hengittämällä siten, että hengitys tuntuu alimmaisen käden alla. (Salanterä ym. 2006, 154-155.)

5.2.3 Mielikuvaharjoittelu

Huomion suuntaamisharjoituksia ja mielikuvaharjoituksia käytetään kipukokemusten muuntamiseksi siten, että kipu koetaan lievempänä, vähemmän kielteisiä tunteita herättävänä tai huomiota sitovana. (Kalso ym. 2009, 248.) Mielikuvaharjoittelu on rentoutumista hyödyntävä keino (Salanterä ym. 2006, 152). Menetelmiä käyttämällä pyritään tarjoamaan potilaalle keinoja tulla paremmin toimeen kipukokemusten kanssa. Potilaan huomion kääntäminen pois kivusta perustuu siihen, että kuuntelemalla, katsomalla, koskettamalla ja liikkumalla potilas keskittyy muihin virikkeisiin ja täten kipuaistimus heikkenee. Potilas voi kuunnella radiota tai katsella televisiota. Keskustelut ja läheisten vierailut auttavat keskittymään muuhun kuin kipuun. (Sailo ym. 2000, 138.)

Huomio voidaan suunnata pois kivusta mm. hengitykseen, ympäristöön tai mielikuviiin. Voidaan opetella vuorottelemaan huomion suuntaamista hengitykseen liittyvien tuntemusten ja ympäristön äänien tarkkailun välillä. Huomion suuntaamisohjelmaan voidaan sisällyttää tietoisien läsnäolon harjoituksia tai mielikuva- ja rentoutusharjoituksia. Mielikuvien avulla voidaan oppia muuntamaan kipukokemustaan. Huomion suuntaamisharjoitukset ja mielikuvaharjoitukset toimivat yleensä parhaiten lievemmissä kivuissa ja ne voivat olla käyttökelpoisia myös akuutissa kivussa. (Kalso ym. 2009, 248-249.)

5.2.4 Hieronta

Hieronta on yksi menetelmä, jota käyttämällä potilas yleensä rauhoittuu ja rentoutuu. Hieronnan katsotaan olevan turvallinen ja tehokas kivunlievityskeino. Suurella osalla väestöä on hieronnasta kokemuksia ja hoitomyöntyvyys on näin hyvä. Sen tärkeimpiä syitä on toisen ihmisen antama kosketus ja hieronnan yhteydessä tapahtuva vuorovaikutus. Erilaisia hierontamenetelmiä ja -tekniikoita on runsaasti. Niitä ovat sively-, hankaus- ja puristelutekniikat. (Kalso ym. 2009, 239-240.) Jos potilaalla on ihotulehduksia, kasvaimia, verenvuototauti tai tuore vamma, hieronnasta on syytä pidättäytyä. Hieronnalla uskotaan olevan myönteisiä vaikutuksia ihoon, verenkiertoon, imunesteen kiertoon, lihaskudokseen, hermoihin sekä sisäelimiin. Hieronnalla on myös psykologinen merkitys, se vähentää ahdistusta ja tukee hoitosuhteen muodostumista. Tavallisinta on hieroa olkapäitä, selkää, jalkoja ja käsiä. Rauhalliset, pehmeät sivelevät otteet auttavat potilasta rentoutumaan. Tällä tavoin voidaan luoda rauhallinen hetki muuten rauhattomassa ympäristössä. Hieronta on hoitomuoto, johon myös omaiset voivat osallistua. (Sailo ym. 2000, 137-138.)

Hoitaja koskettaa potilasta hoitotoimien yhteydessä, jolloin kosketus on yleensä asiallinen. Emotionaalinen tarkoitus tulee esiin hoivaavalla kosketuksella, tämä vaatii empatiaa, kykyä eläytyä toiseen ihmiseen. Hoivaava kosketus voi olla lohduttavaa tai rohkaisevaa. Kosketuksen

avulla välitetään huolenpitoa. Samoin kuin hieronnan, kosketuksen on havaittu saavan aikaan endorfiinien erittymisen. Lisääntyvä endorfiinien määrä vähentää kipua ja saa aikaan hyvänolontunteen. Koskettaminen ja kosketuksi tuleminen voidaan kokea sekä miellyttävänä että epämiellettävänä. Koskettaminen vaatii hyväksyntää ja on hyvä kysyä lupa koskettamiseen. (Sailo ym. 2000, 137.) Stressi kasvattaa potilaiden lihasjännitystä, mikä lisää kivuntunnetta. Tähän olotilaan voivat olla apuna erilaiset rentoutusmenetelmät. (Sailo ym. 2000, 135).

6 Opinnäytetyön toteutus

Kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa rajatulta alueelta, yleensä vastauksena johonkin tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan hahmottaa olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta. Kokoamalla aiheeseen liittyvät tutkimukset yhteen saadaan kuvaa tutkimustiedon määrästä, sisällöistä ja käytetyistä tutkimusmenetelmistä. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 2-3.)

Kirjallisuuskatsaus etenee vaihe vaiheelta suunnittelusta raportointiin. Ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen suunnittelun ja lähteiden hankinnan. Suunnitteluvaiheessa tarkastellaan aiemmista tutkimuksista löytynyttä tietoa ja valitaan lähteet. Toisessa vaiheessa katsaus etenee tutkimussuunnitelman mukaan, tutkimukset valitaan ja analysoidaan sisällöllisesti tutkimuskysymysten mukaisesti. Kirjallisuuskatsauksen kolmannessa vaiheessa raportoidaan tulokset, tehdään johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. (Johansson ym. 2007, 5-7.)

6.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimusotteeksi valitsimme kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseksi määrittelimme tutkimuskysymyksemme pohjalta hakusanoiksi: aikuisen kipu, kivunhoitotyö, kivunhoitomenetelmät, postoperatiivinen/leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen suunnittelun. Mietimme, mistä tietoa hankimme ja minkälaista. Apua tiedonhakuun olemme hakeneet Otaniemen Laurean informaatikoilta. Päädyimme käymään Terkossa ja muissa kirjastoissa. Kattavan tiedonhaun hankkimiseksi olemme käyttäneet myös manuaalista tiedonhakua. Etsimme tutkimuksia, jotka vastasivat kysymykseen, aikuisen kivunhoitomenetelmät. Tutkimusaineistoa haettiin käyttämällä sähköisiä tietokantoja ja Internetiä, kuten Nelli-monihakua (Linda, Medic, Arto, Terveysportti) ja Theseus Ammattikorkeakoulujen verkkokirjastoja. Tiedonhankinnassa tutkimme myös sairaanhoitopiiri- ja yliopistojen julkaisuja. Olimme yhteydessä sähköpostitse hoitotyön tutkimussäätiön johtajaan ja kipuklinikan osastonhoitajaan sekä yhteistyökumppaniimme, saadaksemme tietoa lähteistä.

Haimme lähteitä Nelli-tiedonhakuportaalista, sosiaali- ja terveysalan hoitotyön tietokannosta, monihaun avulla. Käytimme sanahakua ja tarkennettua hakua. Rajasimme aineiston vuosille 2000-2010 ja tarkastelimme vain suomenkielistä aineistoa. Hakusanoilla aikuisen kipu, kivunhoitotyö, kivunhoitomenetelmät, postoperatiivinen/leikkauksen jälkeinen kivunhoito ja niiden yhdistelmillä ja katkaistuilla hakusanoilla, lääkkeellinen kivunhoito, lääkkeetön kivunhoito, aikui? kivunhoito menetelmät, aikui? kivunhoito vuodeos? ja lääkkeetön kivunhoito vuodeosastolla, saimme osumia 325. Hakuja tehtäessä huomattiin, että usein osumat olivat samoja eri hakusanoilla.

Aluksi aineistoa tarkasteltiin otsikkotasolla. Otsikoiden perusteella valittiin tarkemmin tutkitavaksi 13 osumaa. Verkkokirjasto Theseuksessa tekemiemme hakujen perusteella osumia oli yhteensä 184, joista valitsimme otsikoiden perusteella 18 osumaa. Osumissa oli samoja kuin jo aiemmin hakiessamme, joten lähemmin tarkasteltavaksi valitsimme 11 osumaa. Teimme vastaavia hakuja myös julkaisuarkisto Doriassa, osumia oli 64, joista otsikon perusteella valitsimme 6 ja ne olivat kaikki samoja joita, olimme löytäneet muilla hakukoneilla. Hoitotyön tutkimussäätiöstä ja kipuklinikalta emme saaneet apua työhömmä käytettävien lähteiden haussa. Lähemmin tarkasteltaviksi valitsimme 10 lähdeä. Silmäilimme työt, luimme tiivistelmät ja sisällysluettelot. Näistä kymmenestä kolmessa lähteessä tarkastellaan kivunhoitomenetelmiä, lopuissa lähteissä kivunhoitoa lähestytään eri näkökulmista. Käytettäväksi lähteiksi valitsimme taulukossa 1 esitetyt lähteet, joita on 7 kpl, 1 pro gradu ja 6 opinnäytetyötä.

Lähteiden valinta kriteereissä kiinnitimme huomiota lähteiden luotettavuuteen, kirjoittajien asiantuntijuuteen, puolueettomuuteen, tutkimuksen kattavuuteen ja ikään. Tullakseen hyväksytyksi lähteiden tuli käsitellä kivunhoitomenetelmiä, aineiston tuli olla suomenkielistä ja luotettavien tekijöiden vuosina 2000 - 2010 julkaisemaa. Hyväksytyt aineiston luotettavuuden arvioinnissa pidimme tärkeänä, että tekijät olivat hoitoalan asiantuntijoita. Poissulkukriteerit abstraktitasolla olivat seuraavat: vieraskielisyys, aikuisen kivunhoito ei ollut ydinsisältönä tutkimuksessa, tutkimus käsitteli katsauksen kannalta väärää ikäryhmää, tutkimuksen sisältö poikkesi tämän kirjallisuuskatsauksen näkökulmasta tai ei ollut saatavissa. Ajatuksenamme oli näitä tutkimuksia valittaessa että, kivunhoitomenetelmät soveltuvat käytettäväksi päivittäisessä kivunhoidossa ja kuuluvat hoitotyön osaamisalueisiin ja ne olisi helppo toteuttaa työn ohessa. Menetelmiä valitessamme kiinnitimme huomiota myös siihen, että kivunhoitomenetelmät olisivat toteutettavissa itsenäisesti tai läheisten avulla kotona, potilaan kotiutumisen jälkeen.

Taulukko 1. Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikat ja -vuodet, tarkoitus, aineisto, sen keruu ja analyysi sekä keskeiset tulokset

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
Heiskanen & Liimatainen 2010 Suomi	Selvittää vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa.	sairaanhoitajat (n=6) teemahaastattelu ryhmälle, laadullinen sisällönanalyysi	Sairaanhoitajat käyttivät lääkkeettömiä menetelmiä monipuolisesti leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Kivunhoidossa kiinnitettiin huomiota hoitoympäristöön, vuorovaikutukseen, kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin. Hierontaa, kosketusta, rentoutusta ja hengitysharjoituksia käytti vain osa sairaanhoitajista, niiden käyttö koettiin haastavaksi.
Hellman & Suomalainen 2010 Suomi	Tarkastellaan kivun arviointia ja kivunhoitoa aikaisempien tutkimusten valossa. Selvitettiin millä menetelmillä kipua arvioitiin.	5 hakukriteerit täyttävästä opinäytetyöstä, tutkimuksesta tai artikkelista löytyi neljään teorialähtöiseen tutkimuskysymykseen vastaukset. Kirjallisuuskatsaus, sisällönanalyysi	Sairaanhoitajat arvioivat kipua kipumittareiden avulla, mitattavien suuren avulla, kehonkieltä seuraamalla, konsultoimalla sekä potilaan omaa arviota kysymällä. Onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttaa lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi hoitajien ammattitaito, läsnäolo, kannustus ja ympäristö. Ongelmia joita on kivunhoidossa, olivat potilaasta tai hoitajasta riippuvia syitä, kuten ohjeiden epäselvyys tai vajavuus ja yksilöllisyyden puuttuminen.
Kuvaja & Solin-Laakkonen 2007 Suomi	Tarkoitus tuottaa tutkittua tietoa virolaiselle hoitohenkilökunnalla postoperatiivisen kivunhoidon eri menetelmistä. Opas postoperatiivisesta kivunhoidosta	Kirjallisuuskatsaus	Hoitajan rooli korostuu postoperatiivisessa kivunhoidossa, arvioinnissa, seurannassa sekä kirjaamisessa. Potilaan tukeminen auttaa kivunhoidossa ja edistää hyvää oloa. Hoitajan tulee kuunnella ja havainnoida potilaan subjektiivisia kokemuksia kivusta. Hoitajalla tulee olla riittävät tiedot postoperatiivisesta kivunhoidosta. Kivunhoitoon kuuluu tehokas ja oikea kipulääkitys. Hoitajan asennoituminen myönteisesti kivunhoitoon on tärkeää.

Taulukko 1. jatkuu

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
Vennelä 2004 Suomi	Tarkoituksena kuvata sairaalapotilaidenkokeuksia kivusta, tyytyväisyyttä kivunhoitoon, asenteita kipuun ja kivunhoitoon sairaalassa.	(n=800) vuodeosastoilta pois lähtevää potilasta, vastanneet (n=612), kyselylomake, tarkasteltiin frekvenssein, prosenttija-kaumin ja diagrammein. Jatkoanalyysi ristiintaulukointi, Mann-Whitneyn U-testiä, Kruskal-Wallis testin testi, Pearsonin korrelaattikerroin. Summuuttajat tarkasteltiin histogrammien sekä Kolmogorov-Smirnovin testillä. Avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä	Tulosten mukaan melkein puolet oli kokenut kovaa tai sitä kovempaa kipua. Vastajilla joilla oli ollut jatkuvaa kipua viimeisen puolenvuoden aikana, oli eniten kipuja. Kivuliaimpia olivat henkilöt, jotka olivat leikkauksen takia sairaalassa. Yli puolet oli saanut tietoa kivusta ja saamastaan kipulääkityksestä. Henkilökunnalta saatu tieto auttoi kestävämpään kipuun. Vajaa puolella ei kipua arvioitu yhdessä tai kipumittarin käyttö oli vähäistä. Suurin osa sai kivunhoitoon kipulääkettä. Kivunhoitoon oltiin tyytyväisiä, vaikka kipu oli kovaa. Puolet vastajista oli valmiit hyväksymään kohtalaisen kivun ennen kuin olivat valmiit pyytämään apua. Vajaa puolet kannatti pidättäytymistä kipulääkityksestä kunnes kipu oli kovaa. Saman verran uskoi, että kipulääkityksestä tulee riippuvaiseksi. Kolmasosan mielestä hyvin käyttäytyvät potilaat eivät puhu kokemastaan kivusta. Tärkeimpänä pidettiin kivunlieventymiseen ja sen poistoon liittyviä asioita, henkilökunnan ammattitaitoa, tiedonsaantia.
Jämsä & Ojala 2008 Suomi	Tuottaa materiaalia syöpäpotilaiden kivunhoidon kehittämiseen	5 sairaanhoitajaa, kvalitatiivinen tutkimusmetodi, teema-haastattelu, teorialähtöinen aineiston analyysi	Sairaanhoitajien näkemysten mukaan syöpäpotilaiden kivunhoidon nykytilanne on hyvä. Yhteistyön merkitys ja henkisten tarpeiden huomioiminen ja kivunarvioiminen korostuu. Ensisijainen kivunhoitomenetelmä on lääkeellinen hoito. Haasteiksi nähtiin psyykkisen ja fyysisen kivunhoidon erottaminen ja potilaan motivoiminen kivunhoitoon.
Delcos & Vianto 2008 Suomi	Tarkoitus tuottaa tutkittua tietoa kivunhoidon kirjaamisesta. Selvitetään mitä kivunhoidosta on kirjoitettu potilasasiakirjoihin.	aineisto (n=147) aikuispotilaiden paperiset potilasasiakirjat	Kirjauksia kivunhoidosta ei ollut kovin runsaasti. Yhtään kivunhoidon tavoitetta ei ollut kirjattu ja kivunhoidon suunnitelmia oli tehty vain muutamia. Potilaslähtöinen kirjaaminen on vähäistä, kivunluonteen kuvaus oli yksipuolista ja kipumittareiden käyttö ei ollut systemaattista

Taulukko 1. jatkuu

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
Hänninen & Pätäri 2008 Suomi	Tarkoitus on kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä aikuisen potilaan kivunhoidosta.	5 sairaanhoitajaa Laadullinen tutkimus, teema-haastattelu, sisällönanalyysi	Tyypillisimmät potilaat kurkku- ja nielemiskipuiset potilaat, kivun aiheuttajia monia ja potilaat kuvaavat kipua monin eri tavoin. Sanallista kuvausta kivun voimakkuudesta pidetään luotettavimpana. Lääkkeellinen kivunhoitomenetelmä on ensisijainen hoitomuoto. Sairaanhoitajat kaipaavat lisää kirjallista materiaalia kivunhoidosta ja kipuhoidajan asiantuntijuutta

6.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä. Analyysin tarkoituksena on luoda selkeä kuvaus aiheesta. Sisällönanalyysin perusteella aineisto järjestetään selkeään ja tiiviiseen muotoon säilyttäen kuitenkin tiedon pääinformaatio. Sisällönanalyysin apuna voidaan käyttää luokittelurunkoa, jonka varassa tiivistykset voidaan esittää. Sisällönanalyysillä saadut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen tulos vaan apukeino tarkastella tutkimuksissa olevaa tietoa. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 123.)

Sarajärvi ja Tuomi (2009, 108) kuvaavat aineistolähtöisen sisällönanalyysin perustuvan kolmi-vaiheiseen prosessiin, johon kuuluvat:

1. aineiston redusointi eli pelkistäminen
2. aineiston klusterointi eli ryhmittely
3. abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen.

Aineiston redusointi ilmenee epäolennaisten asioiden pois karsimisena aineistoon perehdyttäessä. Pelkistimme ja tiivistimme aineistoa tutkimuskysymyksemme mukaan. Aineiston klusteroinnissa ryhmittelimme aineiston yhdeksi pääluokaksi, kahdeksi eri yläluokaksi, lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät. Lääkkeettömiä alaluokkia muodostui kuusi ja lääkkeellisiä neljä. Aineiston abstrahointi vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettiset käsitteet.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ryhmittelimme tutkimusaineistoa tekemällä tutkimuskysymyksen mukaisia kysymyksiä ja loimme aineiston perusteella alaluokan, yläluokan ja pääluokan samaa tarkoittavista menetelmistä (Taulukossa 2).

Taulukko 2. Aineiston abstrahointi kivunhoitotyömenetelmien valinnassa

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Rentoutus	Lääkkeetön kivunhoito	Kivunhoitotyömenetelmät
Hengitysharjoittelu		
Mielikuvaharjoittelu		
Hieronta		
Tulehduskipulääkkeet Parasetamoli	Lääkehoito	
Heikot opioidit: kodeiini, tramadoli, dekspropoksifeeni		
Keskivahvat opioidit: buprenorfiini		
Vahvat opioidit: morfiini, oksikoni, fentanyl		
Puudutteet: epiduraali-, hermopunos- ja hermon johtopuudutus sekä leikkaushaavan jatkuva puu- dutus.		
PCA-kipupumppu		

Näiden luotujen ala-, ylä- ja pääluokan perusteella olemme kirjoittaneet kivunhoitotyömenetelmistä kappaleessa viisi. Kivunhoitomenetelmistä kirjoittaessamme käytimme teorian pohjana kirja- ja internet lähteitä.

Kirjallisuuslähteitä valitessamme kiinnitimme huomiota että, kirjallisuuslähteet (taulukko 2), joita olemme käyttäneet opinnäytetyössämme, ovat vuodelta 2000 ja siitä eteenpäin. Kirjojen kirjoittajat ovat ammattihenkilöitä hoitoalan eri osa-alueilta. Kivun psykologian on kirjoittanut psykologi ja psykoterapeutti Estlander. Kipu kirjan toimittajat ovat kaikki lääkäreitä ja Eija Kalso on kipulääketieteen professori. Kivunhoitokirjan toimittajat Sailo on kätilö ja Vartti tutkija. Kivun hoitotyökirjaa ovat olleet tekemässä mm. Salanterä, joka on kliinisen hoitotieteen professori ja Hagelberg joka on anestesiologian ja yleislääketieteen erikoislääkäri, jolla on hallinnon ja kivunhoidon erityispätevyys. Anestesiologia ja tehohoito kirjaa ovat toimittaneet mm. Rosenberg ja Alahuhta, jotka ovat kummatkin anestesiologian professoreita. Kivunhallinta kirjan on kirjoittanut Anneli Vainio, joka on suomalainen anestesiologian erikoislääkäri, lääketieteen tohtori ja kivunhoidon asiantuntija. Teho- ja valvontatyön opasta ovat toimittaneet mm. Larmila joka on sairaanhoitaja ja Ritmala-Castrén, joka on HUS:sin hoitotyön kliininen asiantuntija ja Pyykkö, joka on terveydenhuollon maisteri. Yhtenä lähteenä käytämme HUS:n internet sivuille koottua v. 2010 päivitettyä tietopakettia leikkauksen

jälkeisestä kivunhoidosta. Sivujen kirjoittamiseen on osallistunut suuri joukko kivunhoidon ammattilaisia HUS:sta.

Taulukko 3. Kirjallisuuslähteet

Tekijä/-t, toimittaja, julkaisuvuosi	Aineisto	Näkökulma
Estlander, A-M. 2003.	Kirja: Kivun psykologia	Kivun kokeminen ja ilmentäminen
Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., Valtonen, K. 2003.	Kirja: Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö	Leikkauksen jälkeinen kipu
Kaarlola, A. Larmila, M. Lundgren-Laine, H. Pyykkö, A. Rantalainen, T. Ritmala-Castrén, M. 2010.	Kirja: Teho- ja valvontatyön opas	Kivun kokeminen ja ilmentäminen
Kalso, E., Haanpää, M., Vainio, A. (toim.) 2009.	Kirja: Kipu	Leikkauksen jälkeinen kipu, lääkkeellinen kivunhoito, mielikuvaharjoitteet.
Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola K., Takkunen, O. (toim.) 2006.	Kirja: Anestesiologia ja tehohoito	Kivun arviointi
Sailo, E., Vartti, A-M. (toim.) 2000.	Kirja: Kivunhoito	Rentoutus, hieronta
Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. 2006.	Kirja: Kivun hoitotyö	Leikkauksen jälkeinen kipu, kivun kokeminen ja ilmentäminen, kivun arviointi, lääkkeellinen kivunhoito, rentoutus, hengitysharjoitukset.
HUS 2010. http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;20435;31978 .	Internetsivut: Leikkauksen jälkeinen kivunhoito.	Leikkauksen jälkeinen lääkehoito

7 Pohdinta

Opinnäytetyömme aihe lähti työelämän tarpeista. Työmme on osa HYKS:in Silmä- ja Korvasairaalan Korvaklinikan ja Otaniemen Laurea-ammattikorkeakoulun, Kivun hoitotyön kehittämishanketta. Korvaklinikalle on tehty useampia eri opinnäytetöitä, joita hyödynnetään kivunhoidon kehittämisessä. Kipu aiheena kiinnosti meitä ja kivunhoitotyö on aina ajankohtaista.

Opinnäytetyömme lähti liikkeelle Otaniemen Laurean hankefoorumipäivästä ja siellä liittymisestä Kipu-hankkeeseen sekä aiheen valitsemiseen. Aiheen selvittyä teimme aiesopimuksen, johon määriteltiin tutkimuskysymys. Prosessin alussa kävimme kirjaston informaattikon ohjauksessa sekä tiedonhallinnan pajassa, joissa käytiin läpi myös tiedon hakemista. Tämän jälkeen aloitimme aiheeseemme sopivan aineiston keruun.

Opinnäytetyöprosessin alussa ajattelimme, että kotimaisia tutkimuksia kivunhoitomenetelmistä löytyisi runsaasti, mutta kuvitelmamme osoittautui vääräksi. Tutkimuksissa kipua tarkastellaan useista eri näkökulmista, mutta ei suoranaisesti kivunhoitomenetelmistä. Silmäilimme ensin löydettyt lähteet otsikon perusteella. Jos otsikko antoi viitteitä siihen, että lähteestä voisi löytyä tietoa, jota voisimme käyttää, niin luimme aineiston. Luetun perusteella päätimme käyttääkö kyseistä lähdettä vai emme. Etsimme käsiimme kirjallisuutta kaupungin kirjastoista, joka olisi laadullisesti ja eettisesti hyväksyttävää, sekä täyttäisi lähde materiaalille asettamamme vaatimukset. Kirjoja kivusta oli useita ja valitsimme niistä sisällön perusteella vain ne jotka täyttivät edellä mainitut kriteerit. Teimme tietokantahakuja asettamalla hakusanoilla. Huomasimme pian, että samat lähteet tulivat esille uudelleen ja uudelleen eri hakusanoilla haettaessa. Aineistoa etsiessämme luimme myös eri sairaanhoitopiirien ja yliopistojen julkaisuja sekä eri ammattilehtiä kuten Sairaanhoitaja lehteä ja kävimme Suomenkivunhoitoyhdistyksen Internet sivuilla lukemassa Kipuviesti-lehden artikkeleita. Internetistä HUS:sin sivuilta löytyi ohjeita postoperatiiviseen kivunhoitoon.

Olimme yhteydessä lähteiden hakuun liittyen myös Meilahden sairaalan Kipuklinikan osastonhoitajaan ja Hoitotyön tutkimussäätiön johtajaan koskien kivunhoitotyön uusia suosituksia. Kipuklinikalta saimme eri asiantuntijoiden nimiä, joiden avulla voisimme tehdä hakuja. Kyseiset asiantuntijat ovat julkaisseet tutkimuksia 2000-luvulla liittyen kipuun mutta emme saaneet niistä työhömmme aineistoa. Suositustyöryhmän laatimat suositukset julkaistaan 2011 alussa, jolloin niissä käytettävät lähteet ovat myös käytettävissä.

Opinnäytetyön suunnitteluvaihe vei paljon aikaa, luimme opinnäytetöitä, jotta saisimme käsityksen millaisesta projektista on kyse. Työn tekemisen myötä huomasimme, että opinnäytetöiden lukeminen välillä hämmensi ja sekoitti ajatuksiamme työn tekemisestä. Ennen opinnäytetyösuunnitelman hyväksymistä tehdyt rajaukset työmme sisältöön helpottivat lähteiden

etsimistä ja vaikuttivat opinnäytetyömme lopulliseen rakenteeseen. Opinnäytetyöraportin muutamit sisällön osat, kuten aineiston keruu ja analyysi olivat haasteellisia. Osa käsitteistä oli vaikea sisäistää, joka johti siihen, että jouduimme muokkaamaan työtämme useaan otteeseen.

Opinnäytetyön tutkimustulosten merkitys käytännön hoitotyölle on antaa hoitajille lisää valmiuksia toimia hoitotyötä tehdessään aikuisten postoperatiivisella osastolla. Mielestämme tulokset on siirrettävissä tutkimuskontekstin ulkopuoliseen vastaavaan kontekstiin.

Marjo Kauppila kirjoittaa artikkelissaan Kipuviesti-lehdessä (2006, 26) että, jatkuvasti raportoidaan postoperatiivisten potilaiden kokevan kipua kivunhoidosta huolimatta. Tämän oletetaan johtuvan hoitajien asenteista sekä tietojen ja taitojen puutteesta ja johtavan kivun alihoitamiseen. Artikkelissa todetaan kuitenkin, että rutiinimainen, rajoittunut ja tehtäväkeskeinen toimintamalli vuodeosastolla voi estää hoitajien kykyä tunnistaa potilaan yksilöllistä ja subjektiivista kokemusta kivusta. (Kauppila, 2006.) Ehkä voitaisiin kohdistaa myös kehittämistoimia osastojen hoitokulttuuriin, yhtenäisiin käytäntöihin ja kirjaamiseen. Osastojen osastotunneilla hoitajat voisivat ilmaista ajatuksiaan ja kokemuksiaan kivunhoidosta ja käyttämistään menetelmistä ja niissä voitaisiin kerrata erilaiset kivunhoitomenetelmät niiden käyttö ja ohjeistus.

7.1 Tutkimusten tarkastelu

Hyvän postoperatiivisen kivunhoidon päämääränä on potilaan olon parantaminen, toipumisen nopeutuminen ja komplikaatioiden estäminen. Tutkimuksissa joita luimme ja tutkimme, kävi ilmi, että erilaisia kivunhoitomenetelmiä, joita hoitajat voivat käyttää hoitotyössään on paljon. Tutkimissamme töissä löytyi erilaisia näkökulmia lähestyä kipua, kivunhoitotyötä ja kivun hoidossa käytettyjä menetelmiä, tällaisia olivat mm. hoitajan toiminta, tiedot, taidot ja asenteet sekä ei-farmakologiset ja farmakologiset kivunhoitomenetelmät. Kivunhoitomenetelmien käyttäminen riippui paljon hoitajien kokemuksesta ja persoonasta sekä osastoilla olevasta henkilökunnan määrästä kuin siitä kuinka kauan potilaat viipyivät osastolla toimenpiteiden jälkeen.

Postoperatiivisessa kivunhoidossa eniten käytetty kivunhoitomenetelmä on edelleen farmakologinen eli lääkkeellinen kivunhoito. Lääkkeellisessä kivunhoidossa korostettiin yleisesti hoitajien tärkeyttä ja työntekijöiden riittävää määrää osastoilla. Hyvässä kivunhoidossa hoitajilla on riittävästi tietoa lääkkeiden vaikutuksista ja kokemusta kuten myös taitoa antaa lääkitys oikeaan aikaan. Oikeaan aikaan annettava lääkitys kuten oikea aikainen kivunhoito yleensä vaatii hoitajalta potilaan havainnointia, kipumittareiden käyttämistä sekä potilaalta kyselemistä hänen kokemastaan kivusta. Tutkimuksissa todettiin, että usein hoitajat odottivat poti-

laiden itse pyytävän kipulääkettä. Lääkitykseen liittyvissä ohjeissa korostettiin selkeyttä turvallisen lääkehoidon takaamiseksi.

Potilaista johtuvia syitä kivunhoidon riittämättömyyteen olivat ymmärtämättömyys arvioida kipua kognitiivisista syistä johtuen, tai yhteistyökyvyttömyys sekavuudesta, rauhattomuudesta tai levottomuudesta johtuen. Potilaiden ennakkoluulot tai virheelliset käsitykset kipulääkityksestä tai niiden haitta- tai sivuvaikutuksista vaikuttivat potilaiden haluun käyttää kipulääkkeitä. Ennakkoluuloihin ja virheellisiin käsityksiin voitaisiin vaikuttaa mahdollisuuksien mukaan potilaasta ja hänen voinnistaan riippuen potilaiden riittävällä ohjauksella ja tiedon antamisella lääkkeiden vaikutuksista jo ennen toimenpiteitä.

Hoitajien omat kivunhoitomenetelmät, joita ei voi olla korostamatta kivunhoitotyössä ja joiden suurta merkitystä ei ajatella tarpeeksi, ovat potilaan voinnin kannalta huumorin käyttäminen, iloisuus, empatia, kuunteleminen tuen antaminen, lämpö, huolehtiminen, rohkaiseminen ja läsnäolo. Hoitaja pystyy omalla persoonallaan ja käyttäytymisellään joko rentouttamaan potilasta tai saada potilaan jännittämään, jolloin kivun kokeminen saattaa laskea tai nousta.

Postoperatiivisessa kivunhoidossa hoitajien tietämys erilaisista kivunhoitomenetelmistä on suuri, mutta niiden käyttäminen rajautuu kuitenkin usein vain muutamiin ei-farmakologisiin menetelmiin. Useimmin käytössä olevat ei-farmakologiset keinot ovat perustarpeiden tyydyttäminen, asentohoito, kylmähoito, huomion kiinnittäminen muualle musiikin, tv:n, kirjojen ja lehtien avulla. Näiden menetelmien käyttämisen kerrottiin onnistuvan työn ohessa, viemättä kuitenkaan liikaa aikaa. Hieronta koettiin usein vieraaksi ja ehkä vaikeaksikin menetelmäksi toteuttaa. Hoitajat kertoivat, että hierontaa ei käytetä lyhytkirurgiassa eli nopeissa toimenpiteissä, jossa potilas kotiutuu saman päivän aikana, yleisesti koettiin kosketuksen vaativan tuntosarvia. Hieronta jätettiin usein fysioterapeuttien toteuttamaksi, joka mielletään heidän työhönsä kuuluvaksi. Hengitysharjoituksia ja rentoutumista käytettiin mutta niiden käyttäminen oli vähäistä. Syiksi hoitajat olivat maininneet näiden menetelmien vähäiseen käyttämiseen potilaiden lyhyen osastolla oloajan, kiireen ja ohjeiden sekä ohjauksen puutteen.

Hoitajilla on epävarmuustekijöitä, jotka vaikuttavat kivun hyvään, riittävään ja yksilölliseen hoitamiseen. Hoitajat kaipasivat lisää koulutusta niin lääkkeellisistä kuin lääkkeettömistä menetelmistä. Monet hoitoalalla työskentelevät ovat kouluttautuneet johonkin vaihtoehtoiseen hoitoon, vaikei sitä työssä käytetäkään. Virallinen lääketiede ei hyväksy kaikkia vaihtoehtoisia hoitoja, mutta uskoisimme että, näitäkin hoitotaitoja voitaisiin jossain määrin käyttää hyväksi potilaiden kivunlievityksessä.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme noudattaa Laurea - ammattikorkeakoulun eettisiä ohjeita tutkimus- ja kehitystyötä sekä opinnäytetöitä varten. Opinnäytetyötä tehdessämme toimimme hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Toimintatapoinamme olivat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, jotka koskevat tutkimusta, tallentamista, esittämistä ja arviointia. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmämme sekä avoimuus työmme julkaisemisessa ovat eettisesti hyväksyttäviä. (Laurean eettiset ohjeet.)

Opinnäytetyötä tehdessämme otimme muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisesti huomioon emmekä vähätellet niitä. Emme ole esittäneet toisen tutkimaa ja kirjoittamaa tietoa omanamme emmekä luvottomasti plagioi käyttämiämme lähteitä tai niiden osia. Merkitsimme kaikki käyttämämme lähteet asiallisesti lähdeviitteineen työhömmе. Lähteinä olemme käyttäneet asiallisia, uskottavia ja luotettavia erilaisia kirjallisia lähteitä. Erillistä tutkimuslupaa emme tarvinneet, koska opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus. (Laurean eettiset ohjeet.)

Opinnäytetyömme lähteitä tutkiessamme ja valitessamme toimimme kriittisesti. Opinnäytetyömme luotettavuutta vähentää se, että työssämme käytettiin vain suomenkielisiä ja Suomessa tehtyjä lähteitä. Tämä saattaa vähentää saamiemme tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Katsauksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkijaryhmän aikaisempi kokemattomuus opinnäytetyön toteutuksesta.

Luotettavuutta lisää että, tuloksia kirjoittaessa emme ole kirjoittaneet omia johtopäätöksiä tai näkemyksiä vaan olemme tuoneet uskottavasti esille lähteiden tulokset sellaisenaan. Opinnäytetyöt oli tehty ammattikorkeakoulujen hankkeissa ja pro gradu tutkimus oli tehty Turun hoitotieteen laitokselle.

7.3 Jatkotutkimusehdotus

Tutkimissamme töissä ei tullut erityisesti esille erityisryhmien kivunhoitotyö. Hellmannin ja Suomalaisen tekemässä opinnäytetyössä kuvailtiin lyhyesti millaista on eri kulttuureista olevien ihmisten kipukäyttäytyminen. Näin ollen tärkeä jatkotutkimusehdotus on maahanmuuttajat, jotka kiinnostivat myös itseämme mutta rajatessamme työtämme jouduimme jättämään sen pois. Maahanmuuttajat tulevat erilaisista kulttuureista ja heillä on erilaiset tavat sekä tottumukset. Heidän kipukäsityksensä ja kivun hoitaminen voivat poiketa meidän käsityksistämme ja hoitotavoistamme. Hoitajille olisi tarpeellista tiedostaa nämä erot ja tavat hoitaessaan Suomeen tulleita ulkomaalaisia, jotta kivunhoidossa saataisiin paras mahdollinen tulos.

Lähteet

- Decos, N. Vianto, S. 2008. Aikuispotilaiden kivun hoidon kirjaaminen. Laurea ammattikorkeakoulu Otaniemi. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WSOY.
- Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 7.10.2010
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Heikkinen, K. 2001. Leikkauksen jälkeisen kivun arviointi heräämövaiheen aikana. Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Heiskanen, E., Liimatainen, R. 2010. Sairaanhoidajan kokemuksia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä HYKS korvaklinikalla. Laurea-ammattikorkeakoulu Otaniemi. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hellman, T., Suomalainen, H. 2010. Postoperatiivinen kivun arviointi ja hoito hoitajan näkökulmasta 2000-luvulla. Laurea-ammattikorkeakoulu Porvoo. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- HUS. 2007. Päiväkirurginen osasto. Viitattu 9.01.2011
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,968,2898,2981,2982,2988,2462>.
- HUS. 2010a. Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Viitattu 6.01.2011
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29221>.
- HUS. 2010b. Korva-, nenä- ja kurkkutautienklinikka. Viitattu 9.01.2011
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;968;2898;2981;2982>.
- HUS. 2010c. Päiväkirurgisen potilaan kivun hoito. Viitattu 6.01.2011
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29228,29238>.
- HUS. 2011. Osasto K6. Viitattu 9.01.2011
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,968,2898,2981,2982,2988,2451>.
- Hänninen, J. Pätäri, J. 2008. Sairaanhoidajan näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta. Laurea ammattikorkeakoulu Otaniemi. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51.
- Jämsä, R. Ojala, K. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta. Laurea ammattikorkeakoulu Otaniemi. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kaarlola, A. Larmila, M. Lundgren-Laine, H. Pyykkö, A. Rantalainen, T. Ritmala-Castrén, M. 2010. Teho- ja valvontatyön opas. Tallinna: Kolofon Baltico OÜ. (Kustannus Oy Duodecim.)

- Kalso, E., Haanpää, M., Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kinnunen, A. 2003. Postoperatiivisen kivunhoidon parantaminen. *Spirium* 38(1): 26-32.
- Kuvaja, J., Solin-Laakkonen, S. 2007. Postoperatiivisen kivun hoito. Opas henkilökunnalle. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kauppila, M., 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? Kipuviesti 1/2006. Viitattu 23.01.2011
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/system/files/Kipuviesti%201-2006.pdf>
- Kylmä, J. Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laurean eettiset ohjeet 2007. Viitattu 28.10.2010
https://intra.laurea.fi/intra/fi/03_tutkimus_ja_kehitys/041_tk_osio/01_eettinen_toimikunta/eettisetohjeet.pdf
- Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola K., Takkunen, O. (toim.) 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sailo, E., Vartti, A-M. (toim.) 2000. Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 8.10.2010
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.
- Sarajärvi, A., Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vennelä, S. 2004. Sairaalapotilaiden kokemukset kivusta sekä heidän tyytyväisyytensä kivunhoitoon. Turun yliopisto. Pro Gradu.
- Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.