



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Sairaanhoidtaja kivun hoitajana

---

Kataja, Merja ja Partanen, Eija

2012 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Porvoo

## Sairaanhoitaja kivun hoitajana

Kataja Merja  
Partanen Eija  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2012

Kataja Merja, Partanen Eija

**Sairaanhoitaja kivun hoitajana**

Vuosi 2012

Sivumäärä 34

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat kivun ja miten he toteuttavat kivunhoitoa. Tavoitteena oli lisätä tietoa ja tuntemusta sairaanhoitajien kivun hoidosta niin, että sairaanhoitajat voivat tämän opinnäytetyön tulosten myötä toteuttaa vielä paremmin kivun hoitoa.

Opinnäytetyön tarkoitukseen pyrittiin seuraavien kysymysten avulla: Miten sairaanhoitajat tunnistavat kivun hoidon tarpeen ja miten sairaanhoitajat toteuttavat kivunhoitoa? Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa ja opinnäytetyön aineisto kerättiin haastatteleamalla viittä sairaanhoitajaa helsinkiläisessä kuntoutussairaalassa. Aineistonkeruu tehtiin teemahaastattelukysymyksillä. Haastattelut tehtiin marraskuun 2011 aikana. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kivunhoidon arvioinnissa haluttiin käytettävän yhtenäistä kipumittaria kivun arvioinnin helpottamiseksi ja yhtenäistämiseksi. Kirjaamisen merkitys korostui kivunhoidossa varsinkin kipulääkkeen antamisen jälkeen lääkkeen vaikuttavuuden arvioinnissa. Sairaanhoitajat toivoivat, että lääkäri olisi helpommin tavoitettavissa virka-ajan ulkopuolella. Tiedon jakamista kivunhoidon keinoista toivottiin avoimesti kollegoiden kesken.

Johtopäätöksinä voi todeta, että sairaanhoitaja on hyvä kivunhoitaja kun hänellä on riittävät työkalut ja selkeä tieto potilaan kivun mittaamisesta, arvioinnista ja hoidon vaikuttavuudesta. Työkalut ja keinot kivunhoitoon tulee kaikilla hoitajilla olla yhtenäiset. Sairaanhoitajille lääkärin ohjeet ovat pääsääntöinen lähtökohta kivunhoitoon.

**Asiasanat:**

kipu, kivunhoito, kipulääkitys, hoitotyö, kivunhoitotyö, kivunhoidon muut menetelmät

Kataja Merja, Partanen Eija

**Pain nursing**

Year	2012	Pages	34
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to find out how nurses recognize the pain and how they accomplish pain management. The aim was to produce more information and knowledge about nurses' about pain management so, that they can provide even better care.

The research questions were: How do nurses recognize the necessity of pain care and how do they put into practice pain management and how do they put it into practice? The research approach was qualitative, and the material was collected by interviewing five nurses from a rehabilitation hospital in Helsinki. The thematic interview was conducted during November 2011. The material was analyzed by inductive content analysis method.

The results of this thesis show that to estimate need for pain management, nurses would like to have a uniform tool for pain assessment. That way it would be easier for all nurses to estimate pain. The importance of documenting was highlighted especially before and after giving pain medicine. Nurses hoped that a doctor would be easier to reach in the evenings and nights. Nurses had a wish that all the knowledge other colleagues get of pain management, would be shared.

Conclusions are that a nurse can be a good pain nurse, when one has enough tools and knowledge in assessing need for pain management and its effectiveness. Tools and protocols should be uniform. The instructions from a doctor are the baseline for nurses in pain management.

**Keywords:**

pain, pain management, pain medicine, nursing, methods of pain management

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kipu ja kivun ilmeneminen.....	7
3	Kiputyypit .....	8
	3.1 Akuutti kipu .....	8
	3.2 Krooninen kipu.....	10
4	Sairaanhoitaja kivun hoitajana.....	11
	4.1 Kivun tunnistaminen .....	11
	4.2 Kivunhoidon kokonaisvaltainen huomioiminen ikääntyneellä .....	13
5	Kivun hoitaminen .....	14
	5.1 Kivun lääkehoito.....	14
	5.2 Muut kivunhoitomenetelmät .....	15
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset .....	18
7	Opinnäytetyön toteutus .....	18
	7.1 Opinnäytetyön ympäristö .....	18
	7.2 Teemahaastattelun aineistonkeruumenetelmä ja analysointi .....	18
8	Opinnäytetyön tulokset.....	20
	8.1 Sairaanhoitaja kivun tunnistajana.....	21
	8.2 Sairaanhoitajat kivunhoidon toteuttajina .....	23
9	Pohdinta.....	24
	9.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	24
	9.2 Opinnäytetyön tulosten luotettavuus ja eettisyys .....	25
	9.3 Johtopäätökset .....	27
	Lähteet .....	29
	Liitteet.....	31

## 1 Johdanto

Suomalaisista noin 800 000 kärsii kroonisesta kivusta. Jopa 3 % kärsii pitkäaikaisista kipuoireista. Se, minkälainen on alkuperäisen sairauden aiheuttaman kudonvaurion laajuus ja minkälainen on akuutin kivun voimakkuus, vaikuttaa kivun kroonistumiseen. Myös potilaan henkiset voimavarat sairauden sattuessa vaikuttavat kivun kroonistumiseen. Kun kiputila jatkuu pitkään, aiheutuu keskushermostoon muutoksia ja kipu jää päälle. Kun kipu on akuuttia, saa suurin osa potilaista avun käyttämällä yhtä kipulääkettä. Kun kipu kroonistuu, on tilanne mutkikkaampi ja lääkehoidossa saatetaan joutua käyttämään useampia lääkkeitä. (MSD - paremman elämän puolesta: 2012.)

Potilaan kivunhallintaa ja selviytymistä kivun kanssa tulee edistää moniammatillisesti. Varsinkin laitospotilaiden hoidossa on lääkärin, fysioterapeutin ja psykologin ohella myös sairaanhoitajalla, sosiaalityöntekijällä ja toimintaterapeutilla suuri rooli. Laitospotilaiden hoito kestää yleensä enimmillään kolme viikkoa. Tällä hetkellä on Suomessa kipuongelmaisten hoitoon keskitytty enimmäkseen sairaaloiden kipuklinikoilla, kuntoutusosastoilla ja kuntoutuslaitoksissa. (Estlander 2003: 205-206.)

Hoitotyön asenne voidaan jakaa teoreettiseen ja käytännölliseen asenteeseen. Asenne ei erotu sillä, millä tapaa työtä tekee, vaan työn kohteeseen ja näkökulmaan. Kun hoitotyötä tekee, ei pelkkä ”halu auttaa” riitä. Hoitotyön toteutuksessa tulee ottaa huomioon millainen hoito ja mitkä menetelmät ovat juuri tälle potilaalle parhaat. Asiaa on voitava arvioida ja tarkastella teoreettisesti, mutta teoriaan ei saa jämähtää, vaan on osattava toimia. Hoitotyö vaatii sekä teoreettisen, että käytännöllisen asenteen, jotta se toteutuu parhaaksi. (Tuomi 2005: 22-23.)

Kivun hoitotyön tutkimusten määrä on jonkun verran lisääntynyt 1990-luvun puolivälissä. Tutkimuksista suurin osa on julkaistu USA:ssa, ja Suomesta löytyy vain muutama artikkeli niiltä ajoilta julkaistuna. Suomessa kivun hoitotyötä on tutkittu aika vähän, ja ne ovat lähinnä lasten kivun hoitotyön alueelta. Vanhusten kiputilojen hoitotyötä on tutkittu kaiken kaikkiaan vähän. Liian vähän on tutkittu myös sitä, miten hoitajan asenteita, päätöksentekoa ja toimintaa saataisiin muutettua hyvän kivunhoitotyön edistämiseksi. (Lauri toim. 2003: 109, 115.)

Kuntoutussairaala, johon opinnäytetyö tehdään, on aikaisemmin vuodesta 1992 toiminut lähinnä yksinomaan sotaveteraanien ja -invalidien kuntoutussairaala. Sotaveteraanien kuntoutus kestää yleensä 10-14 vuorokautta. Heille jokaiselle tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Heitä hoidetaan moniammatillisesti. Heille tehdään jakson alussa tulotarkastus ja lopussa loppuarviointi, jossa ilmenee jatkohoitotarpeet. He saavat yksilöllisiä fysioterapiahoitoja, toimintakykykymittauksen, kuntosaliohjelman, jalkojenhoidon ja tarvittaessa sosiaa-

liohjaajan ja toimintaterapeutin palvelukset. He voivat osallistua tuolivoimisteluun ja muihin ryhmätoimintoihin. Heille tarjotaan kuntoutusjakson aikana myös erilaista vapaa-ajan toimintaa. Heille ovat vapaassa käytössä sauna- ja uima-allasosasto. (Oulunkylän kuntoutussairaala 2012.)

Kun tämä ikäryhmä väistämättä vähenee, on sairaalassa lähdetty hoitamaan kuntoutusta tarvitsevia yli 65-vuotiaita Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskukseen. He saavat kuntoutusta trauman jälkeen tai post-operatiivisesti. Aika paljon on tällä hetkellä myös sisätautipotilaita. Henkilökunta on saanut valita, haluaako jatkaa veteraanien kuntoutusta, vai haluaako ryhtyä kuntouttamaan uutta potilasryhmää, terveystieteiden tutkimuskeskukseen. Näin on pyritty huomioimaan sekä henkilökunnan mielekkyys työhön, että potilaille suunnattu aito mielenkiinto ja halu auttaa heitä mahdollisimman ammattitaitoisesti. Kivunhoidon osalta on jouduttu miettimään uusia ratkaisuja ja hoitokeinoja. Kun sotaveteraanien kivut ovat yleensä kroonistuneet vuosikymmenten saatossa, ja he ovatkin pitkälti oppineet elämään kipunsa kanssa, on terveystieteiden tutkimuskeskukseen toivottavasti mahdollisuus auttaa eri kivunhoidon keinoin akuutin kivun vaiheessa, jotta kipu ei pääsisi kroonistumaan. Kuntouttava työote jatkuu edelleen tässäkin potilasryhmässä, mutta on sairaanhoidollisesti haastavampi, koska potilaat tulevat sairaalaan akuutin syyn takia, kun taas veteraanikuntoutuja on ”terve” kuntoutuja.

## 2 Kipu ja kivun ilmeneminen

Kipu on epämiellyttävä subjektiivinen tunne (Mattila, 1997: 10-11). Kipu on varoitusmerkki elimistöä kohdanneesta vammasta, sairaudesta tai hapenpuutetta aiheuttavasta verenkiertohäiriöstä tai hermoston häiriötilasta. Hermopäätteitä, jotka välittävät kipuviestejä aivoihin, on joka puolella kehoa. Aivojen pinnalta kipureseptorit puuttuvat kokonaan, kun taas silmän sarveiskalvolla niitä on runsaasti. Useat eri kipureseptorit reagoivat erityyppisiin ärsykkeisiin. (Wikipedia, Kipuaisti 2011). Kipuelämykseen voivat johtaa mm. kemialliset sekä paine- ja lämpötilärsykkeet. Ärsyke uhkaa tuhota tai tuhoaa yleensä kudoksia. Kipu on yleensä epämiellyttävä ja syrjäyttää muut ajatukset. Kivun tunne voi eräiden lääkkeiden ja aivovaurioiden vaikutuksesta heiketä tai kadota kokonaan. (Nienstedt, Hänninen, Arstila, Nienstedt 1986: 271.)

Kipua on vaikea kertoa toisille ihmiselle niin, että tulee ymmärretyksi. Koska kipu on aistimuksen lisäksi myös kokemus, on se aina ”korvien välissä”, mutta kuitenkin todellista. Vaikka sairaus tai kudonvaurio paranee, voi kipu jatkua. Kun kivulle ei enää ole osoitettavissa lääketieteellistä syytä, voi kysymys olla hermoston viestityshäiriöstä. Esim. jos toinen jalka on poistettu, voi kipu tuntua aavesärkynä. Keskushermoston ja ääreishermon alueella on sekä

viestiä vaientavia, että vahvistavia jarrujärjestelmiä. Näiden kahden keskinäinen tasapaino ratkaisee kipuaistin voimakkuuden. Hermon tai kudoksen vaurioituminen ja kipuaistin syntyminen herkistävät kipuhermoja ja niiden välittymistä selkäydintasolla. Kipua hillitseviä tekijöitä ovat kosketustuntoa välittävien hermojen aktivoiminen esim. tarkkaavaisuuden suuntautuminen pois kivusta, kipukohdan painelu tai puhaltaminen. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Kipu voi aiheuttaa verenpaineen nousua, hikoilua ja lihasjännitystä. Tavallisimpia epämiellyttäviä tunteita ovat myös pelko, tuska, ahdistus ja kärsimys. Kipu on aina aistimuksen lisäksi kokemus. (Suomenkivuntutkimusyhdistys 2010.) Potilaan kiputuntemuksiin vaikuttavia tekijöitä ovat persoonallisuus, fyysinen ja psyykinen hyvinvointi, sekä ympäristötekijät. Osittain tämä johtuu perinnöllisyydestä, koska geneilla on vaikutusta kivun säätelyssä. Aistimusten havaintoon vaikuttavat fyysiset ja elämän aikana kertyneet mielen kokemukset. (Granström 2010: 27.) Masennus ja stressi herkistävät kivun kokemiselle. Kivun kokemus korostuu masennuksen myötä. Kipu saa ylivallan ja tuntuu hallitsevan koko elämää. Masentuneen potilaan on vaikea keskittyä omahoitoon, jolloin kuntoutuminen hidastuu ja kipuongelma pitkittyy. Sosiaaliset ongelmat ovat myös toipumista hidastavia tekijöitä. On tärkeää tiedostaa, että kipu ei poistu pelkästään lääketieteellisin keinoin. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Kipu ilmenee monin eri tavoin, kuten peruselintoimintojen häiriönä, liikkumattomuutena, sekavuutena, ahdistuksena tai levottomuutena. Voimakas kipu voi aiheuttaa kipushokin. (Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle 2010: 238.) Se, mitä ihmisen mielessä liikkuu, vaikuttaa elimellisiin tapahtumiin. Elimelliset tapahtumat vuorostaan vaikuttavat ihmisen mieleen. Kun tällainen vuorovaikutus on ilmeinen, on se koko elämän ajan säätelössä terveenä pysymistä ja sairastumista, tervehtymistä ja sairauden pitkittymistä, kivun kokemista ja kivun ilmaismista. (Estlander 2003: 10-11.)

### 3 Kiputyypit

#### 3.1 Akuutti kipu

Kipua kuvataan joko lyhytaikaisena eli akuuttina tai kroonisena eli pitkäaikaisena. Mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaiset akuutissa ja kroonisessa kivussa. Akuutin kivun taustalla on jokin elimellinen tekijä, esim. tulehdus, synnytys, luunmurtuma, haava tai leikkaus. Akuutti kipu on elintärkeä kehomme ja hyvinvointimme kannalta. Luonnollinen reaktio ärsykkeeseen joka varoittaa on väistäminen. Kudoksen vaurioituessa toimimme luonnollisesti hakeutumalla hoitoon, lepäämällä ja varjelemalla vaurioitunutta kudosta tai ruumiinosaa. Vaurion paranemisen myötä kipu lievittyy. (Vainio 2009.) Lääketieteellisin keinoin kivun lievittäminen tulehdus-



reaktioissa ja akuuteissa vaurioissa onnistuu yleensä hyvin. Useimmat toimintahäiriöt paranevat myös itsestään tai levolla ja lääkkeillä. (Oinonen 2011.)

Akuutista kivusta leikkauksen jälkeinen hoito on hyvin perusteltua. Sympaattisen yliaktiivisuuden myötä vaikea kipu hidastaa kudosten paranemista tai aiheuttaa pinnallisen hengityksen seurauksena infektioita ja keuhkoatelektasia. Se voi myös altistaa virtsaretentiolle ja tromboembolisille komplikaatioille. (Jokela 2011.)

Akuutti kipu terveellä ihmisellä syntyy voimakkaan ärsykkeen seurauksena. Kipua aistiva järjestelmä akuutissa kivussa voi olla tulehduksen takia herkistynyt. Jatkuessaan voimakas kipu ärsyke aiheuttaa pitkäaikaisia muutoksia selkäytimen neuroneissa. (Hus 2006.) Kipu koetaan epämiellyttävä kokemuksena, joka liittyy kudonvaurioon, sen uhkaan, tai sitä kuvataan kudonvaurion käsittein. Akuutissa kivussa välitön tutkimus ja hoito ovat tarpeen, koska akuutti kipu voi olla henkeä uhkaava tilanne. Kipu ei välttämällä ole elimistölle haitallinen tapahtuma. Kivun tausta ja syntymekanismi tulisi aina selvittää. (Haanpää, Salminen 2009.) Akuutti kipu toimii terveellä ihmisellä elämää ylläpitävänä varoitussignaalina, joka syntyy vahingollisen ärsykkeen vaikutuksesta. (Suomen reumaliitto 2007.)

Kipuaistimuksen syntyminen tapaturmissa syntyy nopeasti, aikayksikkö on sekunnin tuhannesosa. Monimutkaisessa prosessissa on solujen ja molekyylien toimintaa, sekä hermojen sähköisiä ja kemiallisia toimintoja. Aivojen ottaessa vastaan kipuviestin ne lähettävät samanaikaisesti vastakkaiseen suuntaan vaimentavia signaaleja kipuärsytyksen paikkaan. Aivojen tuottamat endorfiinit ohjaavat näitä sähköisiä ja kemiallisia välittäjäaineita, jotka vähentävät kipuherkkyyttä. Kivun aistiminen on hyvin kehittynyt elimistön toiminta. Elimistöstä aivoihin tulevaa informaatiota saamme sydämen ja sisäelinten toiminnasta ja liikuntaelimistä, luista ja lihaksista. Luista ja lihaksista tuleva informaatio on vain osittain tiedostettua ja muodostaa eräänlaisen kuvan, jonka avulla tiedämme minkälaisia liikkeemme voivat olla. Kipu mahdollistaa liikkeille ja välineille turvallisuusvyöhykkeen, minkä mukaan toimimme. Ei ole mahdollista kiivetä seinälle, mutta sen sijaan on mahdollista esim. nousta portaita ylös. Tämä vyöhyke tarkentuu elämäkokemuksen myötä. Kivuton ja turvallisin liikkeen syvyys on alueella, jossa tieto on vain muistikuvana tai elimistön tiedostamattomasti hahmottamana. Syvempi liike aiheuttaa kipuaistimuksen, jolloin on päätettävä jatketaanko liikettä vai lopetetaanko. Lopulta elimistö kieltäytyy jatkamasta toimintaa. (Granström 2010: 17-18.)

Äkillinen kipu aiheuttaa kognitiivisen häiriön, jolloin muut havainnot lakkaavat tai häiriintyvät ja se aiheuttaa monenlaisia kielteisiä seurauksia. Kivun vaivaama ihminen reagoi hitaasti, ei muista mistä puhuttiin, eikä huomioi toisten puhetta. Tutkimuksien perusteella kivun vaikutus vie tilaa muilta kognitiivisilta toiminnoilta. Kivun aiheuttama kognitiovaje aiheuttaa paljon ongelmia arkipäivän toiminnoissa. Pelkästään kivun hoito vaatii paljon muistamista, hahmottamista ja keskittymistä. (Granström 2010: 31-33.)

### 3.2 Krooninen kipu

Kun kipu on kroonista, pommittavat hermot aivoja jatkuvalla kipuviestillä (Vainio 2003: 17). Krooninen kipu kestää yli 3-6 kuukautta, tai se voidaan määritellä kivuksi, joka kestää pidempään kuin kudoksen paraneminen (Vainio 2003: 31). Krooninen kipu jaotellaan kivun mekanismin mukaan. Kudosvauriokipua on esim. reumassa, jossa jatkuva tulehdus aiheuttaa kipua. Kun kipualue on terve ja kipuviesti kuitenkin kulkee, on kyse hermovauriokivusta. Jos kipualueella ei havaita merkkejä kudosvauriosta tai hermovauriosta, on kyse tuntemattomasta syystä johtuvasta kivusta. Kipu on todellista, vaikka ei tiedetä, mistä se johtuu. (Vainio 2009: 38-39.) Kroonisen kivun tyyppejä on siis neljä; kudosvauriokipu eli nosiseptiivinen kipu, hermovauriokipu eli neuropaattinen kipu, mekanismeiltaan tuntematon eli idiopaattinen kipu ja psyykkisin mekanismein selittyvä eli psykogeeninen kipu. (Kroonisen kivun ensitieto-opas 2010: 6).

Kun kudosvauriokipu syntyy, on järjestelmä, joka kipua välittää, terve. Nosiseptiivinen kipu syntyy tyypillisesti tulehduksen, tuumorin tai iskemian aiheuttamana. Viskelaarinen kipu on myös nosiseptiivista. Sitä on vaikea paikantaa, koska se on sisäelinkipua. Se tuntuu laajalla alueella ja kaukokipu on tyypillistä sille. Se aiheuttaa esim. kalpeutta, hikoilua, sydämentykytystä ja pahoinvointia. (Kalso, Haanpää, Vainio 2009: 155-156.) Kudosvaurio tapahtuu kolmessa vaiheessa. Välittömästi tapahtuu kolmenlaisia muutoksia, joko välittömästi tai hitaasti aikojen kuluessa. Näitä ovat äkillinen tai hitaasti syntyvä paine, kuuma tai kylmä ja kemikaalit. Kun solut vaurioiden takia hajoavat, tuottavat ne joukon aineita, jotka aiheuttavat kipua. Toisessa vaiheessa ohuiden tuntohermosyiden ärsytys erittää kudokseen peptidejä. Silloin verisolot laajenevat ja tuntevat kipua. Kun solut tuhoutuvat, pääsee kudokseen yhdisteitä. Kun yhdisteet ovat kosketuksessa entsyymeihin, hajottavat entsyymit yhdisteitä pienemmiksi molekyyleiksi, aiheuttaen mahdollista kipua. (Wall 2000: 45-47.)

Kolmannessa vaiheessa kudosvauriota näyttäytyvät oireet turvotus, punoitus, kuumotus ja kipu. Turvotus syntyy silloin kun laajentuneet verisuonet vuotavat nestettä kudoksiin. Vaurioituneiden solujen hajoamistuotteet vetävät puoleensa myös valkosoluja. Koska verisuonet ovat laajentuneet, syntyy punoitus ja kuumotus puolestaan siitä, kun laajentuneissa verisuonissa virtaa enemmän lämmintä verta kuin tavallisesti. Kipu syntyy alkuperäisestä traumasta jota hajoamistuotteista syntyvät kemikaalit voimistavat. Kun paraneminen alkaa, ovat valkosolut siivonneet kuolleet solut pois. Fibroblastit, nekin soluja, muodostavat tiiviin sidekudoksen, pakkautuvat yhteen ja muodostavat arven. (Wall 2000: 47.)

Hermovauriokipu on esim. amputaatioissa yleinen. Myös jotkut virukset ja sairaudet voivat aiheuttaa hermovauriokipua. (Wall 2000: 48.) Neuropaattinen kipu voi olla perifeerinen, kuten diabeteksessa tai kuten aivohalvauksen jälkeisessä tilassa sentraalinen. Tyypillistä neuro-

paattiselle kivulle ovat pistely, polttava tunne, puutuneisuus tai kosketustunnon puuttuminen, mutta kevyt kosketus voi laukaista hurjan kivun. Vaste tavallisiin kipulääkkeisiin on huono. Jos akuutin vaiheen kipu hoidetaan hyvin, saattaa se estää kroonisen kivun synnyn. Kipu on huonosti poistettavissa kun se on kestänyt pitkään, koska synaptiset yhteydet ovat juurtuneet keskushermostoon. Potilaan selviytymiskeinoja lisää aktivointi ja asennekasvatus. On olemassa tiettyjä hermokipuja, jotka ovat ohimeneviä. Esim. välilevyn luiskahdus voi sen aiheuttaa, mutta kun se paranee, kipu häviää. (Kalso ym. 2009: 156-157.)

Kun puhutaan idiopaattisesta kivusta, on se sellaista kipua, mitä ei voida selittää kudosis- tai hermovauriolla. Se on krooninen kipuoireyhtymä, johon voi liittyä esim. vakavaa depressiota. Ihminen, joka kärsii idiopaattisesta kivusta, näyttää kaikin puolin terveeltä. Hänen laboratorioarvonsa ovat kunnossa, kuin myös muiden lääketieteellisten tutkimusten tulokset. Kuitenkin hän kärsii kivusta, joka ei tarkoita sitä, että se olisi keksittyä. Se tuntuu todelliselta kivulta ja on aivan yhtä todellista kuin näkyvän vaurion kipu. (Vainio 2009.) Kun kipua kokoajan ajattelee, voi sekin pelkästään aiheuttaa kipuaistimuksen ilman kudoksessa olevaa kipua laukaista tekijää (Kalso ym. 2009: 113, 157).

Psykoogeenisen kivun diagnoosi on paikallaan silloin, kun kipuun liittyy vakavaa depressiota tai deluusiohäiriötä, harhaluuloisuutta. Kivun kohdalla ei tulisi kuitenkaan jakaa orgaanista ja psyykkistä kipua, koska ne voivat kulkea rinta rinnan ja liittyä toisiinsa. (Kalso 2009: 157.) Kun jatkuva kipu hallitsee elämää olemalla ajatuksissa koko ajan läsnä, liittyy siihen herkästi masennusta ja väsymystä. Kipu heikentää elämänlaatua kun esim. sosiaaliset suhteet vähenevät, työkykyä ei ole, ja sitä myötä tulevat taloudelliset ongelmat. Kipu on elämän pääkohta. (Sailo, Vartti 2000: 35.)

#### 4 Sairaanhoidaja kivun hoitajana

##### 4.1 Kivun tunnistaminen

Vuonna 2001 teki valtioneuvosto periaatepäätöksen Terveys 2015-ohjelmassa, jonka tärkeiksi asetettiin terveystoimintaa 15 vuotta eteenpäin, tärkeinä terveyden edistäminen. Yksi tavoitteista oli lisää elämää vuosiin, joka pitää sisällään terveyden ja toimintakyvyn aiempaa paremman säilymisen ja niihin pohjautuvan hyvinvoinnin läpi elinvuosien. Haasteena on, kuinka järjestää arjessa selviytymistä tukeva kuntoutus, huolenpito ja hoiva kuin myös laadukkaat ja kattavat sairaanhoitopalvelut. Kun toimintavajavuus lisääntyy, vaikeutuu itsenäinen toimiminen ja elämänlaatu. Huomio tulee kiinnittää siihen, että jokainen kansalainen voi osallistua täysipainoisesti itseään koskevaan päätöksentekoon.

Yleensä sairaalaan tullaan kivun takia. Myös tutkimukset ja hoitotoimenpiteet voivat aiheuttaa kipua. Kun kipua arvioidaan, tulee pyrkiä löytämään kivun syy. Vaikka syytä ei aina löydetä, tulee kipua kuitenkin arvioida säännöllisin väliajoin. Kivun syy, potilaan vointi ja hoidot vaikuttavat kivun arvioinnin tiheyteen. Jotta hoitotyötä voidaan toteuttaa, tulee kipu tunnistaa. Mittaamalla peruselintoimintoja, saadaan jonkinlainen kuva kivusta. Peruselintoimintoihin vaikuttavat kuitenkin myös muut sairaudet, lääkitys, tunteet ja hoitoympäristö, mutta joskus kun potilas on esim. tajuton, joudutaan luottamaan suureksi osaksi pelkästään fysiologisiin mittauksiin. Kipukäyttäytyminen on oiva kivun mittari. Kasvojen ilmeet, itkuisuus, kehon asento, raajojen liikkeet ja yleinen mieliala ovat arvioinnin kohteita. Kun potilaalta kysyy kivusta, tulee häneltä kivun voimakkuuden lisäksi myös kysyä kivun sijaintia, kestoa ja laatua, sekä asioita, jotka vähentävät tai lisäävät kipua. (Salanterä ym. 2006: 75-78.)

Koska potilas on ainut, joka tietää miltä hänestä oikeasti tuntuu, on hänellä oikeus kertoa se hoitohenkilökunnalle. Potilaalla on oikeus siihen, että hoitohenkilökunta uskoo hänen kipunsa todelliseksi sillä hetkellä kun hän sanoo niitä olevan. Hoitajan tulee myös ottaa selville, miltä potilaasta tuntuu, koska sairaanhoitajan yksi eettisistä tehtävistä on kärsimyksen lievittäminen. Pelkkä tekninen osaaminen ei sairaanhoitajan työssä riitä. Hoitajan tulee herkästi pystyä tunnistamaan potilaan tarpeet ja ottaa koko ihminen kokonaisuutena huomioon. Hoitajan tulee ilman ennakkoluuloja kohdata potilas. Silloin hänellä on mahdollisuus ymmärtää kipu ja kärsimys moninaisena asiana. Hän pystyy rohkeasti tekemään kivun hoitoon liittyviä päätöksiä tuomitsematta, ja hän huomioi ja kunnioittaa myös potilaan itsemääräämisoikeuden kivun hoidossa. (Sailo ym. 2000: 62-63.) Myös se, miten sairaanhoitaja on itse kokenut kipua, vaikuttaa kivun ymmärtämiseen. Varsinaista parantamista ei sairaanhoitajalta odoteta, vaan lähinnä apua. Vaikka lääkäri määrää hoidon, on sairaanhoitaja vastuussa hoidon toteutuksesta. Hän arvioi hoidon tehoa ja raportoi tilanteesta lääkärille. Vasta kun kipupotilaan hoitosuunnitelma lähtee toimimaan ja toteutumaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan, voidaan tuloksia saada aikaiseksi. Odotukset kivun pois lähtemiseen voivat olla epärealistiset. Potilas odottaa ja olettaa, että kipu lähtee heti pois. Joskus hyviä hoitotuloksia joudutaan kuitenkin eri kokeilujen kautta odottamaan pitkään. Sairaanhoitajan tehtävä on lääkehoidon ohella miettiä potilaan kanssa, mitä muita keinoja olisi elämänlaadun kohentamiseen. (KroKKO-työryhmä: Mikkonen, Perttunen, Wickholm, Ahonen 2010: 84-85.)

Vuonna 2005 tehtiin terveydenhuoltotutkimus, jossa selvitettiin saattohoidossa olevan potilaan kivunhoitoa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa. Taustatietoja kerättiin sähköpostikyselyllä. Tuloksissa kävi ilmi, että Pshp:n kunnissa saattohoito potilaan kivunhoitoa ei oltu juurikaan ohjeistettu tai oli ohjeistettu harvoin. Vastaaajilta kysyttiin kivun arvioinnista ja kivun lääkehoidosta. Kivun arviointiin käytettiin kipumittaria ja mm. sairaanhoitopiirin ohjeita. Kivun lääkehoidon ohjeina ilmoitettiin käytettävän kivun lääkehoidon porrasmallia, lääkkeen annosteluohjeita, sairaanhoitopiirin ohjeita ja kivunhoidon periaatteita. Kävi myös ilmi,

että saattohoidon vastuuhenkilöitä ei oltu läheskään aina sovittu virka- eikä myöskään päivystysaikana. Konsultaatio-ohjeita kysyttäessä mainittiin erikoissairaanhoidon tai terveyskeskuksen sisäinen konsultaatio tarvittaessa. Esille tuli, että saattohoidossa olevan potilaan kivun hoitoon on koulutus- ja kehittämistarpeita. (Tuura, Nikula, Järvimäki, Antikainen, Kynsilehto, Tähtinen, Vasala, Nuutinen 2005.)

Kalso (2009) toteaa tutkimuksessa, joka oli tehty vuonna 2008 liittyen lääkärin näkemyksiin syöpäkivun hoidosta seuraavaa. Tutkimustulosten mukaan esille tulivat lääkärin kokemuksen ja tiedon puute, koulutuksen ja perehdytyksen riittämättömyys kivun hoitoon, vastuuhenkilön puute ja se, että potilaalta ei kysytty kivuista. Syövän kivun hoidon saatavuuteen ja laatuun nähtiin suurimpana uhkana resurssipula. (Kalso 2009.)

#### 4.2 Kivunhoidon kokonaisvaltainen huomioiminen ikääntyneellä

Kunnioitus ja mielenkiinto potilasta kohtaan kantavat pitkälle hoitoyössä. Kivun hoito ja sen toteuttaminen on yhteistyötä kipupotilaan ja potilaan omaisten kanssa. Voimme antaa heille käyttöön tietomme ja taitomme, tukemme ja toivomme. Aina ei kipua kuitenkaan saada pois. (Kroonisen kivun ensitieto-opas 2010: 85.) Ikääntymisen myötä elimistö muuttuu. Aistitoiminnot heikkenevät, aineenvaihdunta ja liikkuminen hidastuvat, verenkiertoelimistön toiminta, ruoansulatuskanavan, maksan ja munuaisten toiminta heikkenevät. Nestetasapaino häiriintyy herkemmin. (Salanterä ym. 2006: 198.) Aikuinen ihminen pelkää usein kipua, ja pyrkii näin ollen sitä välttelemään. Siitä halutaan heti päästä eroon. Kipu on varoitusmerkki jostain, mutta jossain tapauksessa potilas vaikennee siitä, koska ajattelumalli on se, että kipua täytyy sietää. Silloin viesti kivun merkityksestä jonkun sairauden oireena ei ole mennyt perille. (Vartiavaara 2005: 45-46.)

Kun iäkästä henkilöä kuntoutetaan, tulee ammattihenkilöiden pohjata yhtenäiseen päätöksentekoon potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn palauttaminen, ylläpitäminen ja huononemisen ehkäiseminen. Kun henkilö on toipumassa toimenpiteestä tai akuuttitalanteesta, on kuntoutus tarpeen. Koska ikääntyvät henkilöt saavat paljon apua omaisiltaan, on omaisten rooli kuntoutusprosessissa keskeinen. Myönteinen hoitosuhde on edellytys kuntoutukselle. Motivaation perustana ovat mm. hoitajien osoittama huolenpito ja luottamus hoitajiin. Hoitaja tekee päätöksiä, jotka pohjautuvat potilaan edellytyksiin toimia, ja joihin fyysisen, psyykkisten ja sosiaalisten edellytysten lisäksi kuuluu myös kivuttomuus. Motivaatiota kuntoutukseen heikentävät mm. kipua tuottava voiman käyttö auttamistilanteessa tai potilaan kokemana kipua harjoittelutilanteessa. Siksi onkin ehdottoman tärkeää, että hoitaja huomioi kuntoutujan paranemisprosessia vuorokauden ympäri, ja antaa esim. kipulääkettä riittävästi

ja riittävän ajoissa ennen aktiivista harjoittelua tai kipua vaativaa hoitotoimenpidettä. (Lauri 2003: 118, 127-129.)

## 5 Kivun hoitaminen

Ihminen on aina etsinyt apua kipuunsa. Primitiiviset kulttuurit vaimensivat kivun paineluilla ja hieronnoilla. Poppamiehet imivät haavaa eli pahan hengen itseensä. Havaittiin kokeilemalla, että jotkin kasvit toivat kipuun helpotusta, kuten hamppu, unikko ja hullukaali. Hippokrates, joka eli 460-377 eKr., alkoi järkipäristää lääketiedettä ja silloin on tiedetty oopiumia käytetyn kivun lievitykseen. (Sailo ym. 2000: 15-16.)

Vuonna 1806 sai Serturmer eristettyä morfiinin oopiumista. Se oli tärkeä edistysaskel kivun hoidon kannalta. 1800-luvulla saatiin vielä eristettyä mm. oopiumista kodeiini ja pajunkuores-ta salisylihappo ja natriumsuola. Silloin otettiin käyttöön myös ilokaasu, kokaiinilla paikallispuudutukset, hypnoosi, fysikaalisia hoitoja ja röntgensäteet. 1900-luvun viimeisellä vuosisadalla kehittyivät kivun hoito huomasti. Systemaattiset kipulääkkeet kehittyivät, saatiin ei-narkoottiset kipulääkkeet käyttöön (kuten parasetamoli), semisynteettiset morfiinijohdannaiset (esim. oxymorfiini), synteettiset narkoottiset kipulääkkeet ja lisäksi opioidijohdannaiset. Nykyään ei kipua jätetä hoitamatta, koska katsotaan, että ihmisen ei tarvitse olla kipeä, vaikka hän on sairas. On päätelty, ettei riippuvuutta synny esim. morfiinijohdannaisiin, kun niitä käytetään kovan kivun hoitoon. 2000-luvulla on kivun hoidon tärkeys tunnustettu. (Sailo ym. 2000: 19-22.)

Kipua tulee hoitaa tehokkaasti systemaattisella arvioinnilla ja kivun hoidon tulosta mitataan arvioimalla kivun voimakkuuden muutosta. Asianmukainen ja säännöllinen kirjaaminen takaa hoidon jatkuvuuden, suunnittelun, toteutuksen ja yksilöllisyyden. Jotta potilas saisi parhaan mahdollisen kivun hoidon, tulevat kiputuntemukset kirjata potilaan omin sanoin. (Sailo ym. 2000: 97-98).

### 5.1 Kivun lääkehoito

Tulehduskipulääkkeitä on tällä hetkellä Suomessa lukuisia, esim. ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni, indometasiini ja diflusniaali. Oikein käytettynä ne ovat tehokkaita kivun ja tulehduksen lievittäjiä. Niitä käytetään leikkauksien jälkeisiin ja vammoihin liittyviin kipuihin, lihas- ja luustoperäisiin kipu- ja tulehdustiloihin, kuten reuma- ja artroosikivut, syöpäkipuihin, migreeniin, kuukautiskipuihin ja joihinkin koliikkeihin. Ne eivät yleensä auta neurologisissa kivuissa. (Kalso 2009: 181.) Tulehduskipulääkkeet estävät tiettyjen huonojen välittäjäai-

neiden syntyä elimistössä. Silloin estyy myös hyödyllisten välittäjäaineiden syntyminen, joka voi aiheuttaa haavauman mahaan tai suolistoon ja haitata munuaisten toimintaa. Joskus, jos tulehduskipulääkkeitä on käytetty liian pitkään, liian paljon voi syntyä särkylääkepänsärky, joka saadaan pois vain lääkkeitä vierottamalla. Asetyylisalisyylihappoa (ASA) ei suositella kipulääkkeeksi ja siitä onkin eniten käyttökokemuksia. Sen haittavaikutuksena on esim. normaalia suurempi vuototaipumus, mutta toisaalta sitä käytetään pieninä annoksina estämään verisuonten tukoksia. (Paakkari 2009.)

Parasetamoli vaikuttaa lähinnä kipuun, ei juuri tulehdukseen, koska se vaikuttaa eri tavalla kuin tulehduskipulääkkeet. Se ei estä välittäjäaineiden syntymistä koko elimistössä, eikä siitä näin ollen ole samanlaisia maha- ja suoli haittoja kuin tulehduskipulääkkeillä. Se on myös hyvä särkylääke astmaatikoidelle ja raskaana oleville, mutta annostusta ei saa ylittää. Silloin on vaarana maksavaurio. (Paakkari 2009.) Sitä ei saa annostella, jos on aiemmin esim. alkoholin takia oleva maksavaurio (Kalso 2009: 189).

Selkäytimessä, aivoissa ja ääreishermoissa on opioidireseptoreita, joiden välityksellä opioidit vaikuttavat kipua estävästi. Jos on kyse akuutista iskeemisestä kivusta, kuten sydänlihaksen hapenpuute tai akuutista trauman tai leikkauksen jälkeisestä kivusta sekä syöpäkivusta, on opioidit tehokkaimpia kipulääkkeitä. (Kalso 2009: 192-193.) Kun kipu on kroonista, ei opioidi ole ensisijainen lääke. Niistä syntyy helposti riippuvuus. Jos krooniseen kipuun aloitetaan opioidilääkitys, tehdään se yleensä kipuklinikalla. Haittavaikutuksia on yleensä väsymys, pahoinvointi, oksentelu ja ummetus. Annosten ollessa suuria esiintyy myös sekavuutta, hikoilua, kutinaa, virtsaumpea ja mielialanmuutoksia. Pitkäaikaisessa käytössä pyritään käyttämään säännöllistä tablettihoitoa. Sairaalassa voidaan opioideja tiputtaa suoneen tai antaa kipupumpun kautta epiduraalisesti. Opioidin rinnalla kulkee aina ummetuslääke. Heikkoja tai keskivahvoja opioideja ovat Dekstropropoksifeeni, Tramadoli, Kodeiini ja Buprenorfiini. Vahvoja opioideja ovat Morfiini, Oksikodoni, Fentanylili ja Metadoni. (Vainio 2009.)

## 5.2 Muut kivunhoitomenetelmät

Psykososiaaliset ja psykologiset tekijät ovat keskeisiä toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä kivun muuttuessa akuutista kudosvauriosta krooniseksi ongelmaksi. Riskitekijät voivat olla tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä tai kognitiivisiä. Kivun pitkittymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat masentuneisuus, psyykinen uupuneisuus, kipuun ja sen pahenemiseen liittyvää pelkoa sekä kielteisiä ajatuksia, että kivun kanssa ei selviä, eikä siihen voi vaikuttaa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila, Närhi 2006: 147-149.) Kivun hyväksymisessä ja kivun hallinnassa on sama hankala puoli, kuin kipua vastaan taisteltaessa, koska molemmissa keskitytään kipuun. Hyväksymällä kivun ihminen ei pyri sitä poistamaan tai kontrolloimaan, vaan kiinnittää siihen

mahdollisimman vähän huomiota. Hyväksyvä suhtautuminen vaivoihin ja vastoinikäymisiin antaa paremman ennusteen toimintakykyyn ja kärsimykseen, kuin niillä, jotka keskittyvät ainoastaan kipuun ja sen voittamiseen. (Granström 2010: 117.) Nopeuttamalla hoitoon pääsyä, voidaan hoidon tuloksia parantaa, mikä ei pelkästään tarkoita potilaan fyysistä lähettämistä hoitoon, vaan pääsyä tunnettujen hoitomuotojen piiriin. Asianmukaisen lääkehoidon lisäksi omaan aktiivisuuteen kannustavia kivun hoitumuotoja ovat fysioterapia ja kivun psykologiset hoitomenetelmät. (Salanterä ym. 2006: 147-149.)

Rentoutus on todettu vertailututkimuksissa tehokkaaksi selkäkipujen, migreenin ja jännityspäänsäryn kivun hoidossa. Menetelmä on aktiivinen ja edellyttää uuden taidon oppimista ja soveltamista jokapäiväisessä elämässä. Rentoutus lisää riippumattomuutta ja itsehallintaa. Itsenäisyyden myötä elämänlaatu, itseluottamus ja usko omiin kykyihin paranevat. Rentoutus sopii ennen kaikkea potilaille, joiden kipuun liittyy emotionaalisia ongelmia, jotka voivat olla toiminnallisia tai fysiologisia reaktioita tai niihin liittyviä ajatuksia. Reaktiot voivat ilmetä hikoiluna tai lihasjännityksenä. (Salanterä ym. 2006: 154-155.) Rentoutumisella voidaan vaihtaa jatkuvaa elimistön taistele tai pakene reaktiota (Kalso 2009:90). Laukaisevia tekijöitä voivat olla ympäristön tapahtumat tai niihin liittyvät ajatukset. Rentoutumista voidaan opettaa jännittämällä lihasryhmiä ja sen jälkeen rentouttamalla ne. Näin opitaan tunnistamaan rentoutuneen ja jännittyneen lihasryhmän ero. Seuraavassa vaiheessa opetellaan rentoutumaan ilman lihasjännitystä. Rentoutuminen on potilaan oma aktiivinen menetelmä kivunhallintaan. Hengitysharjoitusten tarkoituksena on vähentää stressiä, rentouttaa lihaksia ja näin kivun voimakkuutta voidaan vähentää. Syvään hengittäminen lisää elimistön hapensaantia, mutta lisäämällä siihen musiikki tai lihasten rentoutumisharjoitukset on vaikutus tehokkaampi. Hengitysharjoituksiin potilasta tulee ohjata riittävän selkeästi ja rauhallisesti. (Salanterä ym. 2006: 154-155.)

Psykologista hoitoa ja kuntoutusta toteutetaan joko ryhmä tai yksilöterapihana. Psykologinen kuntoutus on osa moniammatillista kuntoutusohjelmaa. Hoitomenetelmän valintaan vaikuttavat psykiatrin ja psykologin arvio potilaasta, hänen motivaatiosta ja olisiko kyseisestä hoitomenetelmästä apua. Psykologisia hoitumuotoja ovat kognitiivinen, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, perheterapia ja ryhmäpsykoterapia. (Salanterä ym. 2006: 154-155.) Fyysinen harjoittelu on osa kivunhoito-ohjelmaa. Potilaan oma panos on tärkeää kunnon kohottamiseksi ja uskalluksen lisäämiseksi. Kognitiivis-behavioraalisten kivunhoito-ohjelmien hyvä teho liitettyinä fyysiseen harjoitteluun on todistettu monissa tutkimuksissa. (Kalso 2009:85.) Psykologiset kivunhoitomenetelmät perustuvat potilaan aktiivisuuteen ja motivaatioon. Hoidon aikana on tärkeää pystyä motivoimaan potilas uudenlaisten toiminta- ja suhtautumistapojen käyttöön arkielämässä. Apua voidaan käyttää motivoivaa haastattelua. Haastattelussa tulisi käyttää avoimia kysymyksiä, jotka kannustaa pohtimaan ja tuomaan potilaan omia ratkaisumahdollisuuksia esiin. Hoitajan tulee varmistaa, että potilas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi.



Tärkeää on pystyä vahvistamaan potilaan käytössä olevia voimavaroja. (Salanterä ym. 2006: 156.)

TNS eli transkutaaninen hermostimulaatio on vaaraton ja helposti toteutettava hoito, josta hyötyy noin puolet potilaista. Hoito perustuu porttikontrolliteoriaan, jonka mukaan paksujen sensoristen säikeiden stimulaatio vähentää ohuiden kipu välittävien säikeiden kautta tulevaa aktiivisuutta selkäytimen tasolla. (Suomen Kivunhoitoyhdistys 2005.) Menetelmässä iholle annetaan sähköimpulsseja. Potilas aistii sähköimpulsset pieninä lihasnykäyksinä tai värinäinä. Tuntemukset johtuvat ääreishermostojen sensoristen ja motoristen hermosäikeiden aktivoitumisesta sähkövirran seurauksena. Hoito annetaan TNS- laitteella ja sen toteuttaa koulutuksen saanut fysioterapeutti tai koulutuksen saanut hoitaja. Hoitoa käytetään pitkäaikaisten tuki- ja liikuntaelinten kipujen, sekä neuropaattisten kipujen hoidossa. Hoito on turvallista ja siihen liittyy harvoin komplikaatioita. Vasta-aiheita ovat raskaana olevat, ihorikot hoitoalueella, tunnottomuus, epilepsia ja sydämen tahdistinta käyttävät. Hoitoa ei myöskään tule antaa kaulan alueelle anterolateraalisesti. Hoito voi aiheuttaa kurkunpään lihasten kouristuksen, sydämen harvalyöntisyyttä tai verenpaineen laskua. (Salanterä ym. 2006: 163-165.)

Kiputilojen ja sairauksien hoidossa kylmää, lämpöä ja sähköisiä menetelmiä käytettiin jo antiikin lääketieteessä. Kipua lievitettiin vedellä, lämmitetyllä hiekalla ja hieronnalla. Kylpyjen lisäksi vedessä toteutettiin allasvoimistelua. Fysioterapeuttiin menetelmiin kuuluu useita fysikaalisia hoitoja ja terapeuttista harjoittelua. (Kalso ym. 2009:237.) Hoidoissa käytetään modernin teknologian tuottamia menetelmiä, mutta myös perinteisiä menetelmiä. Tutkimuksia menetelmien vaikuttavuudesta kroonisissa kiputiloissa on edelleen vähän. Osana hoitokokonaisuutta fysioterapian muodot ovat hyödyllisiä, ja niillä pystytään vaikuttamaan kroonisen kivun pitkäaikaisvaikutuksiin ja kivunsaateluun. (Vainio 2003: 81-84.) Hoidon tavoitteena on ensisijaisesti toimintakyvyn ylläpito tai parantaminen ja potilaan oman aktiivisuuden korostaminen. Potilaat pelkäävät usein kipujen pahenevan fyysisen aktiivisuuden lisääntyessä. Fyysisen aktiivisuuden välttäminen johtaa yleiskunnon ja lihasvoiman heikkenemiseen, mikä aiheuttaa kipua ja ylläpitoa. Hoitohenkilökunnan asenteilla on suuri merkitys potilaan virheellisten uskomusten korjaamisessa. (Salanterä ym. 2006: 158-161.)

Vuosina 2004-2005 selvitettiin Jyväskylän yliopiston Gerontologian tutkimuskeskuksessa 78 itsenäisesti kotona asuvan 60-85 vuotiaan henkilön lonkkamurtuman kokeneen terveyttä toimintakykyä ja kuntoutusta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että voimakas alavartalon kipu on lonkkamurtuman kokeneilla henkilöillä merkittävä, ja sillä on yhteys vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen ja liikkumiseen. Ne henkilöt, jotka kärsivät kovasta kivusta kokivat tasapainonsa huomommaksi kuin vähemmän kipuilevat. Siksi kivun hoito ja kivun hallinta on ensiarvoisen tärkeää lonkkamurtuman jälkeisessä kuntoutuksessa. Kipu ja kivun kokemisen pelko voivat estää henkilön toipumista ja palaamista liikkumista edellyttäviin päivittäisiin tehtäviin. (Salpakoski

2011.) Vuonna 2010 tehtiin tutkimus, jossa havaittiin että kipu vaikeuttaa iäkkäiden henkilöiden tasapainon hallintaa. Kipu ja siihen liittyvät ongelmat tasapainon hallinnassa ja liikkumisessa on tunnistettava, jotta tarpeeton toimintakyvyn heikkeneminen voidaan ehkäistä. Tasapainon hallintaan osallistuvat useat aisti kanavat, joiden toiminta saattaa heikentyä kivun pitkittyessä. Tutkimuksessa käytettiin Itä-Suomen yliopistossa kerättyä Hyvän Hoidon strategia-projektin aineistoa 605 kotona asuvasta 75-vuotiaasta ja sitä vanhemmasta henkilöstä. (Lihavainen 2010.)

## 6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat kipua ja miten he toteuttavat kivunhoitoa. Tavoitteena on tuottaa lisätietoa sairaanhoitajille tulevaan kyselyyn pohjautuen. Opinnäytetyön tarkoitukseen pyritään seuraavien kysymysten avulla: 1) Miten sairaanhoitajat tunnistavat kivun hoidon tarpeen? 2) Miten sairaanhoitajat toteuttavat kivunhoitoa?

## 7 Opinnäytetyön toteutus

### 7.1 Opinnäytetyön ympäristö

Opinnäytetyön aihe on tehty helsinkiläiselle kuntoutussairaalalle, osastolle, jossa hoidetaan Helsingin kaupungin terveystieteiden ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin jatkohoitopotilaita. Potilasmäärä osastolla on 27. Sairaanhoitajia työskentelee osastolla noin kymmenen kolmessa eri työvuorossa. Lisäksi työvuoroissa on perus- ja lähihoitajia.

Opinnäytetyötä varten saatiin haastattelutilaksi kuntoutussairaalaan pienehkö neuvotteluhuone. Haastattelija ja haastateltava pääsivät hyvään vuorovaikutussuhteeseen toistensa kanssa. Luonteenomaista teemahaastattelulle on, että haastateltava, eikä pelkästään haastattelija, toimii tarkentajana (Hirsjärvi ym. 2010: 66).

### 7.2 Teemahaastattelun aineistonkeruumenetelmä ja analysointi

Opinnäytetyön aiheeseen perehdyttiin kirjallisuuden ja muutamien tutkimuksien avulla. Työtä varten tehtiin teemahaastattelukysymyksiä (liite 3.), jotka lähtevät oletuksesta, että kaikkien haastateltavien kokemukset ja ajatukset voidaan tutkia tällä menetelmällä, eikä se edellytä yhteistä kokemusta. Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten omat tulkinnat asi-

oista ovat keskeisiä. (Hirsjärvi ym. 2010: 48.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruun väline on tutkija itse. Tällaisessa tutkimuksessa korostuu kentältä saatavan aineiston merkitys, kun tarkastelee ja jäsentele teoriaa rinnalla. (Aaltola, Valli toim. 2007: 70, 74.)

Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä sairaanhoitajaa helsinkiläisessä kuntoutussairaalsassa. Haastattelut tehtiin 24.11.2011 ja 28.11.2011. Haastateltavat allekirjoittivat ”suostumus haastatteluun” lomakkeen (liite 2.), joka tullaan tuhoamaan raportin valmistumisen jälkeen. Kaikkia haastatteluista yhdistävä tekijä on, että niillä on tietyt puitteet ja ne tehdään jossain, ja että ne perustuvat sekä sosiaalisiin suhteisiin, että kieleen (Hirsjärvi, Hurme 2010: 89). Haastattelut kestivät noin tunnista puoleentoista. Osa haastateltavista piti tilannetta aluksi jännittävänä, mutta rentoutuivat haastattelun edetessä. Haastattelut nauhoitettiin sanelukoneelle, joka mahdollisti keskittymisen haastateltaviin. Teemahaastattelu saadaan sujumaan ilman katkoja, kun haastattelu pystytään tallentamaan (Hirsjärvi ym. 2010: 92).

Aineisto kuunneltiin muutaman kerran, jonka jälkeen se litteroitiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineistoa saatiin litteroitua yhteensä viisitoista sivua rivivälillä 1, fonttikoolla 10 ja fontilla Trebuchet MS. Aineistosta alleviivattiin erivärisillä alleviivauskynillä keskeisimmät esiin nousevat vastaukset, ja aihealueet koodattiin teemoittain. Aineisto luokiteltiin opinnäytetyökysymyksittäin alaluokkien ja yläluokkien mukaan. Aineistosta pyrittiin myös poimimaan asioita, joihin voisi esittää kehittämisehdotuksia. Teemoittelun avulla poimittiin samantyyppisiä vastauksia. Teemojemme alle ”Miten sairaanhoitajat tunnistavat kivun?” ja ”Miten he toteuttavat kivunhoitoa?” koottiin ylös haastattelun keskeisiä tuloksia. Osa haastateltavista koki kysymykset vaikeiksi.

Sisällönanalyysiprosessissa voidaan erotella vaiheittain analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta ja aineiston luotettavuuden arviointi. Induktiivinen päättely on sitä, että aineisto on konkreettista, jonka jälkeen siirytään käsitteelliseen kuvaukseen. (Janhonen, Nikkonen 2003: 24.) Kun aineistoa tarkastellaan, kiinnitetään huomiota siihen, mikä on kysymyksen asetelun kannalta olennaista. Aineisto pelkistyy tällä tavoin. Kun vielä karsitaan havaintojen määrää yhdistämällä, oletetaan, että haastatteluaineistossa on esimerkkejä samasta ilmiöstä. (Alasuutari 1995: 31.) Kun kategorioita muodostetaan induktiivisesti, voidaan päättää, mitkä asiat yhdistetään samaan kategoriaan, ja mitä ei voi yhdistää. Tässä vaiheessa on jo kyse abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä. Kategorioiden nimeämisessä käytetään usein deduktiivista päättelyä. Deduktiivista sisällön analyysiä voi ohjata teema, jonka varassa voidaan tehdä analyysirunko. (Kynäs, Vanhanen 1999: 6-7.)

Suoria sitaatteja käytetään usein laadullisessa tutkimuksessa. Niiden käytöstä ei saa innostua liikaa, koska lukija voi hypätä niiden yli. Vastauksista irrotetut teemoittain järjestetyt sitaatit

ovat usein mielenkiintoisia. Ne eivät kuitenkaan osoita kovin pitkälle menevää analyysia tai johtopäätöksiä. Toisaalta niiden merkitys on se, että ne toimivat lukijan tukena, eikä hän ole pelkästään tutkijan armoilla. (Aaltola, Valli toim. 2007: 64-65.)

## 8 Opinnäytetyön tulokset

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Potilaan kertoma Ilmeet, eleet Pulssi, verenpaine Hikisyys, tuskaisuus Ääntely, vohkiminen Hengitys	Ulkoiset muutokset	
Levottomuus Aggressiivisuus Masennus Itkuherkkyys Kiukkuisuus Asioihin herkästi reagoiva	Psyykkiset muutokset	KIVUNHOIDON TARPEEN TUNNISTAMINEN
Potilas ei pysty sanomaan Ikkäänäntyminen Sekavuus Dementoivat sairaudet Hoitajan oma asenne Potilaan henkinen puoli Päihteiden väärinkäyttäjä Potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde Potilaan kanssa keskusteleminen	Kivun tunnistamista heikentävät ja vahvistavat tekijät	

## Lääkehoito

Kivun mittaaminen

Keskustelu potilaan kanssa

Kontaktin luominen potilaaseen

Läsnäolo

Asennonvaihdot

Liikkumaan lähteminen

Lääkärin ohjeet

Rajojen luominen

Kylmägeeli

Keskeisimmät

kivunhoidon

menetelmät

Aina konsultoitava lääkäriä

Tarvittavia kipulääkkeitä liian vähän

Hoitaja taistelee potilaan puolesta

Arvioidaan itsenäisesti potilaan kipua

Viedään viestiä lääkärille

Rajoja noudattaen tehdään itsenäisesti

Kivun hoitotyön

toteuttaminen

itsenäisesti

KIVUNHOIDON  
TOTEUTTAMINEN

Kysytään kipuun erikoistuvilta hoitajilta

Itse itseensä kouluttaen

Aikaisempi koulutus

Tutkimusten ja artikkeleiden lukeminen

Osaaminen kivun

hoidossa

Osastotunti kivunhoidosta

VAS-kipumittari jokaisen hoitajan taskuun

Kirjaaminen paremmaksi kivunhoidon

jatkuvuuden kannalta

Toiveita kivunhoidon

toteutukseen työssä

### 8.1 Sairaanhoitaja kivun tunnistajana

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajat tunnistivat kivun ulkoisina muutoksina ilmeet, eleet ja ääntelyn. Psykkisiä muutoksia olivat itkuherkkyys, kiukkuisuus ja aggressiivisuus. Kolme viidestä hoitajasta käytti jonkinlaista kipumittaria potilasta kuunneltaessa.

”Mutta kyllä potilaan ilmeistä; pulssi, verenpaine, potilaan ilmeet ja tuntemukset.”

”Se voi olla, että tulee hiki tai ihan ääntelee, just kun kääntää potilasta, niin ihan älähtää.”

”Miten se ilmeillä, eleillä, sanoilla kertoo, voihiiko se, kiemurteleeko se sängyssä.”

”Sit se on eleet, ilmeet, niitten seuranta onks kovin tuskasen olonen.”

”Tarkkailemalla sitä potilasta, se hengitys, liikehdintä, ääntelyt, tällasia...”

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajat kuvasivat, mitkä asiat heikentävät tai vahvistavat kivun tunnistamista ja arviointia. Potilaan fyysisen ja psyykkisen voinnin ollessa heikko, on välillä vaikea saada potilaasta selkoa. Tajunnantaso, dementoivat sairaudet sekä ikä tulivat vastauksissa esille. Vastauksista pystyi aistimaan myös hoitajan asennetta kivunhoidon toteutumiseen. Hoitajan oma asenne kivun tunnistamiseen voi olla joko heikentävä tai vahvistava tekijä.

”Näitä on masennusta, dementiaa, kaikenmaailman Alzheimerin tautia ym., jotka peittää allensa sitä kipua, et se onkin hyvin haasteellista.”

”No just tää henkinen puoli, et jotkut osaa näytellä tosi hyvin...”

”... välil pitää olla tosi tiukkana...rajat...”

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, miten esim. tajunnantaso, puhevaikeudet tai kulttuurierot vaikuttavat kivun tunnistamiseen ja arviointiin. Tajunnantason heikkeneminen ja puhevaikeudet koettiin selkeästi kivunarviointia heikentävinä tekijöinä. Kulttuurista kysyttäessä viidestä kolme sairaanhoitajaa otti esille miesten ja naisten väliset erot. Heidän mukaansa naiset ilmaisivat kivun herkemmin kuin miehet.

”Naiset niinku ehkä herkemmin kertoo sen tai niistä voi vaistota sen.”

”Monesti naiset on aika, ehkä enempi herkempiä sanomaan.”

”Ja sit miehet on yleensä sellaisia, et ne on kovapäisiä, et vaik ne ois kuin kovasti kipeitä, ne ei sitä kipua suostu.”

Luottamuksen rakentaminen ja luominen kivuliaaseen potilaaseen syntyivät usein puhumalla. Opinnäytetyön tuloksista kävi selkeästi selväksi, että akuutti kipu on helpommin tunnistettavissa ja lääkittävissä kuin krooninen. Jokaisella hoitajalla oli siitä samankaltainen tuntuma.

”Ehkä sen akuutin kivun potilas ilmaisee herkemmin... Kun taas tämmönen kroonisesti kipee, jol on koko ajan jonki tasosta kipua jossakin kohtaa... se nyt on ihan normaalia kun kolottaa...”

”Mut krooninen sit taas on akuutin pitkittyneen kivun hoitamattomuutta, mistä se on krooniseksi kehittyne... mun mielestä akuutti kipu on helpompi kuin krooninen.”

”Akuutti kipu on helpompi tunnistaa.”

”Sit taas tämmöses kroonises kun on lääkitys koko ajan päällä niin se on vaikeaa.”

## 8.2 Sairaanhoitajat kivunhoidon toteuttajina

Kivunhoitomenetelmistä ensisijaisiksi kerrottiin lääkehoito. Toisena ilmaistiin asentohoito ja liikehoito. Fysioterapeutit antavat osaltaan kivunhoitoa omalla asiantuntijuudellaan. Riippuen kivun voimakkuudesta, oli lääkkeitä käytössä lääkärin ohjeiden mukaan miedommasta parasetamolista ja tulehduskipulääkkeestä, mietoihin ja vahvoihin opiaatteihin ja kipulaastareihin asti. Lääkkeitä annettiin suun kautta, ihon alle, lihakseen tai suonon sisäisesti.

Luottamuksen rakentaminen kivuliaaseen potilaaseen koettiin haastavaksi. Se, että potilasta oli hoitanut pitempään, potilaan kanssa keskusteleminen ja läsnä olo herättivät jonkinasteisen luottamuksen tunteen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella selvitettiin, kuinka itsenäisesti potilaan kivunhoitoa pystytään toteuttamaan? Tulosten perusteella osa koki kivunhoidon mahdollisuudet rajallisina, ne oli mahdollisuus toteuttaa vain lääkärin määräyksen mukaan. Osa vastasi pystyvänsä myös käyttämään omaa mielikuvitusta kivunhoitoon. Yleisesti konsultoititiin lääkäreitä kivunhoidossa mieluummin kuin kollegaa. Koettiin, että lääkäri on avainasemassa kivunhoidon suhteen.

”Enpä juuri, en oikeastaan... on aina konsultoitava sitä lääkäreitä.”

”Lääkärihän meillä määrää kipulääkkeet ja niitten puitteissa mennään, mutta itsenäisesti mä pystyn sit enemmän arvioimaan ja viemään viestiä lääkärille sitä, et nyt tässä tarvittais enemmän kipulääkettä...”

”Voisin sano, et pystyy tosi itsenäisesti, mut rajoja täytyy noudattaa... et aika tarkkaan pitää kysyä.”

”Jos potilas on ollut pitempään jo, ja on lääkäriltä luvat mitkä on ne lääkkeet, mitä voi esim. tarvittaessa antaa... et minusta ollaan aika hyviä itsekin näitä toteuttamaan ja keksimään erilaisia keinoja.”

Opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitajat pitivät tärkeänä kivunhoidon osaamista kouluttamalla itseään.

”Tällä hetkellä koulutan itse itseäni, mutta kyllä se tieto mitä saan, on jaettava.”

”Erikoistumisopinnot ovat tällä hetkellä käynnissä kivunhoitoon liittyen. Ja totta ajan tasalla pidän niin, että kipukoulutuksia mitä on, niin kaikkia mihin vaan on mahdollisuus päästä, niin niitä viimesimpiä tutkimusartikkeleita ja väitöskirjoja lukemalla.”

”Täytyy sanoa, et kun koulun on saanut käytyä loppuun, niin tietojen päivittäminen on pikkusen ollut tuolla takavasemmalla... kipuhoitajien jutut tuolla, niin ne läpi ja sitte taas toisaalta saattohoito on se, mikä muo kiinnostaa... kivunhoitoja lueskellut.”

”No, kaks vuotta sitten olin koulutuksessa.”

”Vuosien varrella kaikenlaista tietoa... tulee herkästi kysyttyä...”

Opinnäytetyön tulosten mukaan kivunhoidon toteutukseen liittyvinä toiveina nousi esiin mm. kirjaamisen merkitys, kipumittarin käyttäminen ja tiedon jakaminen kivun hoidosta.

”On tosi paljon. Kivun arviointia, tunnistamista, mittaamista ja kirjaamista. Jokainen kantaa sitä mittaria mukanaan... kirjataan joka vuorossa, et kipu tehään se näkyväks.”

”Et ois aina katottuna varakavalkaadi, et siel ois sitte vara pelata niitten lääkkeitten kanssa.”

”No, kyllä siinä paljon kehittämistä on, etenkin toi kivun tunnistaminen, arviointi, mittaaminen ja kirjaaminen on todella puutteellista. Hoitajan asenteetkin paljon vaikuttaa siihen. Ei ajatella sitä jatkuvuutta.”

”Kivunhoitoon liittyen mä odotan, et meille tulee osastotunti aiheesta, ja sitä uutta tietoa.”

”Ei täl hetkel. Must meil on aika hyvin asiat nytte.”

## 9 Pohdinta

### 9.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että kipuun ei mielestämme edelleenkään suhtauduta riittävän vakavasti. Haastattelussa ilmeni, että sairaanhoitajat tunnistavat kivun ulkoiset muutokset, mm. ilmeet, eleet ja ääntelyn, hyvin. Verenpainetta ja pulssiakin mitattiin. Tuloksista heijastui, että hoitajat eivät kovinkaan herkästi tunnistaneet psyykkisiä muutoksia. Jouduimme johdattelemaan haastateltavia ja esittämään esimerkkejä psyykkisistä muutoksista. Esille nousivat johdattelun jälkeen mm. itkuherkkyys, levottomuus ja kiukkuisuus. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen (2010) mukaan voi kipu aiheuttaa verenpaineen nousua, hikoilua ja lihasjännitystä, sekä epämiellyttäviä tunteita, kuten pelko, tuska, ahdistus ja kärsimys. Estlander (2003) kertoo, että ihmisen mieli vaikuttaa elimellisiin tapahtumiin, kun taas elimelliset tapahtumat vaikuttavat mieleen.

Kivun tunnistamista heikentävänä ja vahvistavana tekijänä tuli esille hoitajan oma asenne, sekä potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde. Ikääntyminen ja dementoivat sairaudet heikensivät kivun tunnistamista. Sailon (2000) mukaan, kun hoitaja kohtaa potilaan ilman ennakkoluuloja, on hänellä mahdollisuus ymmärtää potilaan kipu ja kärsimys moninaisena asiana. Kaikessa tässä tulee huomioida potilaan kunnioitus ja itsemääräämisoikeus. Laurin (2003) mu-



kaan hoitajan päätökset potilaan kuntoutumiseen pohjautuvat fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaaliin edellytyksiin toimia, sekä kivuttomuuteen.

Akuutin kivun tunnistaminen oli kaikille hoitajille selkeä asia. Krooninen kipu oli hankalampi tunnistaa, koska potilaan kipu on jatkuvaa ja siihen on säännöllinen kipulääkitys. Kroonista kipua kuvattiin pitkittyneenä hoitamattomana akuuttina kipuna. Akuutti kipu oli jokaisen haastateltavan mielestä helpompi hoitaa. Tieto akuutista ja kroonisesta kivusta ja kivunhoidosta oli hoitajilla samankaltainen kuin kirjallisuudessa.

Opinnäytetyön tuloksista tuli esille se, ettei ole riittävästi työkaluja kivun mittaamiseen. Vaikka kipumittareita oli, ei niitä käytetty laajalti. Kipukoulutus oli yleensä suunnattu vain kipuun erikoistuneille hoitajille. Lääkkeellinen hoito oli ensisijainen kivunhoitomuoto. Kipulääkeryhmät olivat hyvin kaikkien tiedossa. Lääkäriin luotettiin täysin, ja hyvin harva sairaanhoitaja lähti kyseenalaistamaan sitä. Omaan asiantuntijuuteen ja kivun hoidon arviointiin ei luotettu täysin. Lääkkeetön kivunhoito oli lähinnä asentohoitoa ja läsnäoloa. Kroonisen kivun ensitieto-opas 2010 sanoo, että sairaanhoitajan tehtävä on lääkeshoidon ohella miettiä potilaan kanssa muita keinoja elämänlaadun kohentamiseen. Kivunhoidon toteuttamisen heikentävänä tekijänä pidettiin mm. sitä, että lääkäri ei ollut aina fyysisesti läsnä. Myös Pohjoispohjanmaalla 2005 tehdyn tutkimuksessa kävi ilmi, että saattohoidon vastuuhenkilöitä ei ollut läheskään aina sovittu virka- eikä päivystysaikana. Konsultaatio-ohjeita kysyttiin erikoissairaanhoidosta tai terveyskeskuksesta.

Kivunhoidon toteuttamiseen liittyvä koulutus ja ajan tasalla pysyminen oli omalla vastuulla. Joku oli hakeutunut kipukoulutukseen, joku haki tuoretta tietoa kirjallisuudesta. Haastateltavien toiveena oli, että ne, joilla oli tuoretta tietoa kivunhoidosta, jakaisivat sitä esim. osastotunnilla toisille. VAS-kipumittarin toivottiin löytyvän jokaisen hoitajan taskusta ja olevan käytössä. Kirjaamista toivottiin paremmaksi. Se edesauttaisi kivunhoidon jatkuvuutta. Myös Sailo (2000) sanoo, että kirjaaminen on edellytys kivunhoidon jatkuvuudelle, säännöllisyydelle ja toteutukselle.

## 9.2 Opinnäytetyön tulosten luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuutta ja tutkimuksia etsittiin aiheeseen liittyen hakusanoilla kipu, kivunhoito, kipulääkitys, hoitotyö, kivunhoitotyö ja kivunhoidon muut menetelmät. Opinnäytetöitä ei hyväksytty lähteiksi. Suomenkielisiä tutkimuksia oli vaikea löytää liittyen kivun hoitoon.

Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat systemaattisuuden ja tulkinnan luotettavuuden kriteerit. Lukijalle näytetään, mistä aineiston kokonaisuus koostuu ja kuvataan ne päähavainnot, joille aineiston osat rakentuvat. (Ruusuvuori, Nikander, Hyvärinen toim. 2010: 27.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Tarkoituksenmukaista on, että laadulliseen haastattelututkimukseen valitaan ainoastaan vapaaehtoisia. Tutkittaville esitetyt haastatteluteemat tulee ilmetä raportissa. Jos kysymykset ovat liian suppeita, vähenee tutkimuksen luotettavuus. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1997: 216-217.) Teimme teemahaastattelukysymykset (liite 3), joihin teimme tarkentavia kysymyksiä. Kerroimme haastateltaville ennen haastattelun alkua, mitkä ovat pääkysymykset, joiden pohjalta käymme haastattelemaan. Olimme jo ennen haastattelupäivää selvittäneet, ketkä ovat vapaaehtoisia vastaamaan kysymyksiin.

Kun tutkija analysoi, hänen tulee esittää analyysin tueksi riittävä määrä alkuperäishavaintoja. Aineistoa tulkitaan kehittämällä yläluokkia ja niille alaluokkia aineiston sisällöstä. Laadullista aineistoa raportoitaessa sekoittuu monesti aineiston kerääminen ja analysointi keskenään. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus perustuu raportin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Arvioitavuus näkyy siinä, miten lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä. Toistettavuus tulee ilmi siinä, miten tutkija on saanut lukijan vakuuttuneeksi ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Myös tuoreus, uudet näkökulmat ja selkeä kirjoitustyyli ovat yksi luotettavuuden perusta. (Paunonen ym., 1997: 220.) Pyrimme käyttämään lähdetietona 2000-luvun kirjallisuutta ja Internet-aineistoa, mutta jokunen vanhempikin lähde otettiin käyttöön. Aineisto abstrahoitettiin ja lukijan tueksi esitettiin teemoittain järjestettyjä sitaatteja. Tutkimustuloksia vertailtiin tutkittuun tietoon ja kirjallisuuteen.

Tutkimuseettisiin kysymyksiin on olemassa omat normit ja lainsäädännölliset ohjeet. Kaikkiin tutkimuksiin pyydetään lupa siitä organisaatiosta, jonne tutkimus tehdään. Kaikki osallistujat ovat vapaaehtoisia tutkimukseen, ja heiltä pyydetään kirjallinen lupa. (Janhonen ym. 2003: 179.) Tutkimuksen tekemiseen saatiin lopullinen kirjallinen lupa kuntoutussairaalan toimitusjohtajalta (liite 1). Jokaiselta haastateltavalta saatiin kirjallinen allekirjoitettu suostumus haastatteluun (liite 2). Allekirjoitetut lomakkeet tuhoetaan raportin valmistumisen jälkeen.

Tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimustyössä tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten etsimisessä ja talentamisessa. Tiedonhankinta ja arviointimenetelmät tulee olla eettisesti kestäviä. (tenk.fi 2012.) Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa. Tutkimuksen hyödyn on oltava haittaa suurempi. Tutkimukseen osallistujia on siinä vapaaehtoisesti ja voi keskeyttää sen koska vain. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa täytyy sopia organisaation johdon kanssa lupien saamisesta tutkimusta varten. Lupalomakkeet liitetään usein raportin liitteeksi. Yksityisyyden suoja on

tärkeä varmistaa. (Paunonen ym. 1997: 27-28.) Haastateltavat pyydettiin yksitellen yksityiseen tilaan haastattelua varten. Haastattelut nauhoitettiin, ja haastateltavat olivat tietoisia nauhoituksesta. Nauhat tuhottiin haastattelun analysoinnin jälkeen.

### 9.3 Johtopäätökset

Saatujen haastattelutulosten perusteella tuli esille, että yhtenäisen kipumittarin (esim. kipujana, kipukiila) käyttö on tärkeä osa kivun hoitoa. Mittarin tärkeys korostuu siinä, että toiset hoitajat antavat herkemmin kipulääkettä, toiset ovat tiukempia sen asian suhteen. Kipumittaria käytettäessä on huomioitava, että kaikki hoitajat tulkitsevat sen samalla tavalla, mittarista riippuen. Toiveena oli, että kipumittari löytyisi jokaisen hoitajan taskusta ja sen käyttö olisi yhtä luonnollista kuin esim. verenpaineen mittaaminen. Kipua tulisi mitata myös kipulääkkeen antamisen jälkeen, jotta lääkkeen vaikuttavuus saadaan selville. Lääkkeen annon yhteydessä ja kipua arvioitaessa on tärkeä huomioida kirjaaminen. Kirjaamista toivottiin edelleen paremmaksi. Yksi kehittämisehdotuksen kohde on se, että kirjataan myös papereihin se, miten lääke vaikutti kipuun. Sairaanhoidajat kokivat kivunhoidon osalta kivun arvioinnin ja lääkkeen antamisen lääkärin ohjeiden mukaan työn itsenäiseksi osa-alueeksi. Opinnäytetyön haastattelutuloksista voidaan päätellä, että lääkärin konsultointia toivottiin virka-ajan ulkopuolella helpommaksi, jos tarvittavissa lääkkeissä ei ole riittävästi kipulääkettä. Tiedon jakamista vanhoista ja uusista kivunhoidonmenetelmistä toivottiin enemmän kollegoiden kesken.

Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella voisi päätellä, että kivunhoidossa on vielä paljon tarkentamisen varaa liittyen kivun mittaamiseen ja kirjaamiseen, joka hoidon kannalta on ehdotonta. Olemassa oleva tieto pitäisi jakaa ja olla helposti saatavilla. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia laajemmin ja tarkemmin sitä, miten yhtenäisesti kipua mitataan ja miten se vaikuttaa kivuliaan potilaan hoitoon.

Johtopäätöksinä voi todeta, että sairaanhoitaja on hyvä kivunhoitaja kun hänellä on riittävät työkalut ja selkeä tieto potilaan kivun mittaamisesta, arvioinnista ja hoidon vaikuttavuudesta. Työkalut ja keinot kivunhoitoon tulee kaikilla hoitajilla olla yhtenäiset. Sairaanhoidajille lääkärin ohjeet ovat pääsääntöinen lähtökohta kivunhoitoon. Tämän opinnäytetyön kehittämisehdotusten myötä toivomme, että kivunhoidon mittaaminen ja kirjaaminen tulisi yhtenäiseksi kuntoutussairaalan kaikilla osastoilla.

Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt osaamistamme kivunhoidon alueella ja on ollut erittäin tärkeä osa ammatillista kasvuamme. Harrasterunoilija Kerttu Luoma, puki opinnäytetyömme kauniisiin raameihin:

Ei tiedä tuskasta mitään, johon kipu ei kiinni käy.  
Kenen vuoro on hoivaa antaa, kuka huomaa, kun päälle ei näy.  
Kivun synnyttää surujen summa, joku ajan sen aavistaa.  
Voi kädestä kiinni pitää, kun askel on jäänyt taa.  
Jalan tilalla harmaa rauta, väli tuskasta taottu on.  
Hän vierellään kulkijaa kaipaa, päivä pilvinen lohduton.  
Sisar valkoinen saapuu silloin, kysyy, katsoo ja koskettaa.  
Osan vaivoista omaksi ottaa, ja kärsivää lohduttaa.

Kerttu Luoma (2012).

## Lähteet

- Aaltola J., Valli R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: WS Bookwell.
- Alasuutari P. 1995. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle, 2010. WSOYpro.
- Estlander A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WS Bookwell.
- Granström V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: WS Bookwell.
- Haanpää M., Salminen J.J. Kipu 20.10.2009
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 12.7.2006. Viitattu 10.5.2011.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,1941>
- Hirsjärvi S., Hurme H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Oy Yliopistokustannus, HYY ryhmä.
- Janhonen S., Nikkonen M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.
- Jokela R. 31.3.2011. Akuutti kipu- Yksilön hoidosta kansalliseen rekisteriin. Viitattu 20.4.2011. [http://www.finnanest.fi/files/jokela\\_akuutti.pdf](http://www.finnanest.fi/files/jokela_akuutti.pdf)
- Kalso E., Haanpää M., Vainio A. (toim.) 2009. Kipu. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim, Otavan Kirjapaino.
- Kalso E. 2009. Kyllä se kipu hoidetaan - rauhoittukaa, Lääkärien näkemykset syöpäkipuhoidosta. Suomen Lääkärilehti 41/2009.
- KroKKO-työryhmä: Mikkonen L., Perttunen M., Wickholm A., Ahonen R. 2010. Kroonisen kivun ensitieto-opas. Suomen Kipu ry.
- Kyngäs H., Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Oulun yliopisto: Hoitotieteen laitos, Hoitotiede Vol. 11, no 1/-99.
- Lauri S. (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell.
- Lihavainen K. 2010. Kipu vaikeuttaa iäkkäiden tasapainon hallintaa. Jyväskylän yliopisto.
- Luoma K. 2012, Kipu-runo.
- Mattila Matti A.K. (toim.) 1997. Käytännön lääkärin kipukirja. Helsinki: Recallmed Oy Miktor.
- MSD- Parempaan elämään puolesta 2012. Viitattu 31.1.2012.  
<http://www.parempaelamaa.fi/kipu/kivunhoito>
- Nienstedt W., Hänninen O., Arstila A., Nienstedt I. 1986. Fysiologian ja anatomian perusteet Porvoo: WSOY.
- Oinonen M. Kipu ja ibuprofeini. Viitattu 10.10.2011.  
[http://www.finnmsm.fi/epages/vilkas02.sf/fi\\_FI/?ObjectPath=/Shops/20110222-11092-25668-1/Categories/HealthTips/Kipu\\_ja\\_ibuprofeini](http://www.finnmsm.fi/epages/vilkas02.sf/fi_FI/?ObjectPath=/Shops/20110222-11092-25668-1/Categories/HealthTips/Kipu_ja_ibuprofeini)
- Oulunkylän kuntoutussairaala, 2012. Viitattu 23.2.2012. <http://www.okks.fi/>

- Paakkari P., lääkealan asiantuntijalääkäri 2009. Kipulääkkeet - turvallinen käyttö. Lääkärikirja Duodecim 1.12.2009, Terveyskirjasto.
- Paunonen M., Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Ruusuvuori J., Nikander P., Hyvärinen M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: VAS-TAPAINO.
- Sailo E., Vartti A-M. (toim.) 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammerpaino.
- Salanterä S., Hagelberg N., Kauppila M., Närhi M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Salpakoski A. 2011. Kipu estää lonkkaleikkattujen liikkumista pitkään. Jyväskylän yliopisto 2011/01.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Valtioneuvoston periaatepäätös, Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Edita.
- Suomen kivuntutkimusyhdistys 2011. Viitattu 4.2.2011.  
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/node/109>
- Suomen reumaliitto. 2007. Tules ja kroonisen tutkimus, 2-2007.
- Tuomi J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Tampere: Tammer-Paino.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 23.2.2012.  
[http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html)
- Tuura R., Nikula S., Järvimäki V., Antikainen R., Kynsilehto E.A., Tähtinen T., Vasala K., Nuutinen M. 2005. Saattohoidossa olevan potilaan kivunhoito Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa. Hoitoketjutyön taustaselvitys 2005.
- Vainio A. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Viitattu 10.5.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00005](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005)
- Vainio A., Kiputilojen jaottelu, Kivunhallinta, 22.1.2009, Terveyskirjasto  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00021&p\\_haku=kiputilojen%20jaottelu](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00021&p_haku=kiputilojen%20jaottelu)
- Vainio A., Komi M. (toim.) 2003. Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.
- Vainio A., Opioidit, Kivunhallinta, 22.1.2009, Terveyskirjasto  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00061](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00061)
- Vainio A. 2009. Sattuu. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell.
- Vartiovaara I. 2005. Terveystestä ja ei-terveydestä. Helsinki: Kirjapaja.
- Wikipedia, Kipuaisti. Viitattu 4.2.2011.  
<http://fi.wikipedia.org/wiki/Kipuaisti>

Liitteet

Eija Partanen ja Merja Kataja  
SHP09KA  
Laurea Ammattikorkeakoulu  
PORVOO

ANOMUS

27.10.2011

Oulunkylän Kuntoutussairaala  
Toimitusjohtaja  
Katja Ilvonen  
Käskynhaltijantie 5  
00640 HELSINKI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUVAN ANOMUS

Opiskelemme Laurea Amk:ssa Porvoossa Hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Päämääränämme on valmistua keväällä 2012.

Pyydämme kohteliaimmin tutkimuslupaa opinnäytetyöllemme liittyen kivunhoidon toteutukseen. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat kivun ja miten he toteuttavat kivunhoitoa. Pyrimme esittämään kehittämis ehdotuksia kyselyn vastauksiin pohjautuen. Toteutamme opinnäytetyön teemahaastattelukyselyllä 4-5 sairaanhoitajalta osastolla 3B, jos vapaaehtoisia kyselyyn vastaajia löytyy. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä vastaajien henkilöllisyys tule opinnäytetyössä esille. Toteutamme kyselyn marraskuun 2011 aikana. Opinnäytetyö on Oulunkylän Kuntoutussairaalan käytössä sen valmistuttua.

Opinnäytetyötämme ohjaavat lehtori Irma Latvala ja lehtori Maija-Leena Kukkonen.

Ystävällisin yhteistyöterveisin,


Eija Partanen

Merja Kataja

Tutkimuslupa on

hyväksytty   
hylätty

Päivämäärä 10.11.11

  
Allekirjoitus

**Katja Ilvonen**  
Toimitusjohtaja  
Oulunkylän sairauskotisaatiö

## SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Opiskelemme Laurea Amk:ssa Porvoossa Hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Päämääränämme on valmistua keväällä 2012.

Opinnäytetyömme liittyy kivunhoidon toteutukseen. Tarkoituksenamme on tehdä se Oulunkylän Kuntoutussairaalalle, osastolle 3B. Tavoitteenamme on selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat kivun ja miten he toteuttavat kivunhoitoa. Tarkoituksenamme on esittää kehittämissuhteita kyselyyn pohjautuen. Toteutamme opinnäytetyön teemahaastattelukyselyllä sairaanhoitajilta osastolla 3B.

Toivomme, että Sinä olet yhteistyössä kanssamme ja suostut teemahaastattelukyselyyn. Haastattelut tallennetaan. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä vastaajien henkilöllisyys tule opinnäytetyössä esille. Haastattelutulokset säilytetään huolella ja tuhoetaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Ystävällisin terveisin,  
Eija Partanen ja Merja Kataja

Suostun haastatteluun

---

Pvm, allekirjoitus ja nimenselvennys



## Opinnäytetyön ”Kivunhoidon toteutus” teemahaastattelukysymyksiä

1 Miten sairaanhoitajat tunnistavat kivunhoidon tarpeen?

1.1 Minkälaisia ovat ne ulkoiset muutokset, mitä näet kivuliaassa potilaassa?

1.1.1 Minkälaisia keinoja käytät niiden huomioimiseen?

1.1.2 Miten potilasta kuunnellaan kivunhoidon toteutuksessa?

1.2 Minkälaisia ovat sisäiset (psykkiset) muutokset, joita näet kivuliaassa potilaassa?

1.2.1 Osaatko kuvailla niitä?

1.2.2 Miten psyykkiset oireet huomioidaan kivunhoidossa?

1.3 Mitkä tekijät heikentävät tai vahvistavat kivun tunnistamista ja arviointia?

1.3.1 Miten herätät ja saat potilaan luottamuksen niin, että hän kertoo totuudenmukaisesti kivuistaan?

1.3.2 Miten esim. tajunnantaso, puhevaikeudet tai kulttuurierot vaikuttavat kivun tunnistamiseen ja arviointiin?

1.3.2 Onko akuutin ja kroonisen kivun tunnistamisessa ja hoidossa eroavaisuuksia?

1.3.2.1 Miten erotat akuutin ja kroonisen kivun toisistaan?

## 2 Miten sairaanhoitajat toteuttavat kivunhoitoa?

### 2.1 Mitkä ovat keskeisimmät kivunhoidon menetelmät?

#### 2.1.1 Mikä on lääkehoidon osuus kivunhoidossa?

##### 2.1.1.1 Miten sitä toteutetaan?

##### 2.1.1.2 Mitkä ovat tärkeimmät lääkeryhmät / lääkkeet?

#### 2.1.2 Mitä muita keinoja käytätte kivun hoitoon?

##### 2.1.2.1 Millaisia fysioterapian keinoja käytätte kivun hoitoon?

##### 2.1.2.2 Miten rakennat luottamuksen, joka auttaa potilasta sietämään kipua?

### 2.2 Kuinka itsenäisesti pystyt toteuttamaan kivunhoitoa?

#### 2.2.1 Minkälaisin ohjeistuksin pystyt hoitamaan potilaan kipua?

#### 2.2.2 Missä vaiheessa käännyt kollegan puoleen?

##### 2.2.2.1 Miten kivunhoidon linjaukset eroavat sairaanhoitajien kesken samalla osastolla, vai eroavatko?

#### 2.2.3 Miten herkästi kysyt lääkäriltä lisäohjeistusta?

##### 2.2.3.1 Minkälaisessa tilanteessa kysyt lääkäriltä jatko-ohjeita kivun hoitoon?

### 2.3 Miten huolehdit siitä, että tietosi kivunhoidosta ovat ajan tasalla?

### 2.4 Onko sinulla jotain toiveita työpaikallasi liittyen potilaan hyvän kivun hoidon toteutukseen?