

”KUN ON TYYTYVÄINEN POTILAS,  
SILLOIN ON KIPULÄÄKITYS KOHDALLAAN”.

Sydänkirurgisen potilaan postoperatiivinen  
kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla  
sairaanhoitajien näkökulmasta

Kirsi-Susanna Lahti ja Ingrid Reinikainen

”KUN ON TYYTYVÄINEN POTILAS,  
SILLOIN ON KIPULÄÄKITYS KOHDALLAAN”.

Sydänkirurgisen potilaan postoperatiivinen  
kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla  
sairaanhoitajien näkökulmasta

Kirsi-Susanna Lahti ja Ingrid Reinikainen  
Opinnäytetyö, syksy 2012  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Etelä, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Lahti, Kirsi-Susanna & Reinikainen, Ingrid. ”Kun on tyytyväinen potilas, silloin on kipulääkitys kohdallaan.” Sydänkirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla sairaanhoitajien näkökulmasta. Helsinki. Syksy 2012. 76 sivua, 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja AMK.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia sydänkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunhoitoa. Tutkimus pohjautui sairaanhoitajien tapaan arvioida potilaan kipua, onnistuneen kivunhoidon tekijöihin sekä mitä kehitettävää sairaanhoitajat näkevät kirurgisella vuodeosastolla.

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa touko-kesäkuussa 2011. Haastattelut koostuivat neljästä avoimesta kysymyksestä. Analyysimenetelmänä käytimme kvalitatiivista sisällönanalyysia. Tiivistimme tutkittavan ilmiön ja käsitteellistimme sen.

Tärkeimmäksi asiaksi kivunhoidossa sairaanhoitajat kokivat, että potilas on tyytyväinen. Tärkeää oli kertoa potilaalle kipulääkkeen vaikutuksesta ja mahdollisista sivuvaikutuksista. Onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttaa moniammatillinen yhteistyö, hoitajan ja potilaan välinen yhteistyö, hoitajan toimintatavat, hoitotyön menetelmät ja lääkehoito.

Yleisimmäksi arviointimenetelmäksi sairaanhoitajat kokivat kivun kysymisen suoraan potilaalta. Toiseksi yleisimpänä keinona kivun arviointi tapahtui sairaanhoitajan ammattitaidon ja kokemuksen kautta. Kokemuksen myötä sairaanhoitajat osasivat tunnistaa potilaan kivut eleistä ja ilmeistä. Lisäksi kivun arviointi tapahtui potilaan oman arvion ja voimavarojen mukaan.

Sairaanhoitajien kivunhoidon kehittämisessä tärkeäksi nähtiin muun muassa koulutukset. Koulutuksia oli kaikkien mielestä riittävästi tarjolla ja niissä on hyödyllistä käydä. Esille nousivat myös kirjaamisen haasteet. Lisäksi kivunhoidossa yhteistyötä osataan käyttää hyödyllisesti, mutta resurssit eivät aina välttämättä riitä onnistuneen kivunhoidon toteutukseen.

Asiasanat: kivunhoito, postoperatiivinen, sairaanhoitaja, sydänleikkaus, potilas

## ABSTRACT

Lahti, Kirsi-Susanna and Reinikainen, Ingrid.

“When a patient is content, pain medication is successful” The Postoperative Pain Medication of a Cardiac Surgical Patient in a Surgical Ward, Nurses’ View.

76 p, 4 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to study the post-operative pain relief of a cardiac surgical patient. Our study is based on the nurses’ method of estimating the amount of the patient’s pain, the elements of successful pain relief and what the nurses consider as the main points of improvement in the surgical ward.

The data was collected by interviewing four nurses during May and June 2011. The interviews consisted of four open questions. Qualitative analysis was used as a method of study. The phenomenon under study was abstracted and conceptualized.

The nurses expressed that the main point in pain relief was that the patient was content. It was considered important to tell the patient about the effects and possible side effects of the pain medication. Multi-professional co-operation, co-operation between the nurse and the patient, the operation mode of the nurse and the methods of nursing and medication promote successful pain relief.

The nurses perceived asking the patient face to face about their experience of pain as the principal method of evaluating their level of pain. The second most used method of pain evaluation was the professional view and experience of the nurse. The nurses were able to detect the pain of the patient from their expressions and gestures. In addition, the evaluation was carried out by the patient’s own assessment, considering their resources.

In-service training was considered vital in developing the nurses’ capabilities in pain relief. All the participants regarded that there was enough training and that attending the courses was beneficial. The challenges of recording were brought up in the discussions. Also, co-operation is used beneficially in pain relief but the resources are not always sufficient to achieve successful pain relief.

Key words: pain relief, postoperative, nurse, cardiac surgery, patient

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	7
2 SYDÄNPOTILAS .....	9
2.1 Sydänpotilaan hoitotyö .....	9
2.2 Sepelvaltimokirurgia .....	10
2.3 Läppävikojen kirurginen korjaus .....	10
2.4 Sydänsiirrot.....	11
2.5 Sydänleikkauksen komplikaatiot.....	12
2.6 Sydänkirurgian tulevaisuuden haasteet .....	12
3 KIPU .....	14
3.1 Kipu-sanasto.....	14
3.2 Kivun määritelmä .....	14
3.3 Kivun historia .....	15
3.4 Kivun kulttuuri .....	17
3.5 Kivunhoidon etiikka ja juridiikka .....	17
3.6 Näyttöön perustuva kivunhoito.....	18
4 LÄÄKEHOITO .....	20
4.1 Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö .....	20
4.2 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli .....	22
4.3 Opioidit .....	23
4.4 Epiduraalipuudutus ja kipupumppu.....	24
5 SYDÄNPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO JA TARKKAILU .	27
5.1 Postoperatiivinen kipu.....	27
5.2 Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla .....	27
5.3 Fyysinen ja psyykinen kivunhoito.....	28
5.4 Kivun arviointi ja mittaaminen .....	30
5.5 Kipumittarit.....	30
6 MONIAMMATILLINEN KIVUNHOITO.....	33
6.1 Moniammatillinen yhteistyö postoperatiivisessa kivunhoidossa.....	33

6.2 Sairaanhoidtaja kivunhoidon asiantuntijana.....	33
6.3 Kivun kirjaaminen .....	34
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINESITON ANALYSOINTI.....	36
7.1 Tutkimuksen tarkoitus.....	36
7.2 Aineiston keruu .....	36
7.3 Aineiston analysointi .....	38
8 TUTKIMUSTULOKSET.....	40
8.1 Sairaanhoidtaja potilaan postoperatiivisen kivun arvioijana.....	40
8.1.1 Sairaanhoidtaja kivun kysyjänä .....	40
8.1.2 Sairaanhoidtaja kivun havainnoijana .....	41
8.1.3 VAS-mittarin käyttö.....	41
8.2 Onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttavat tekijät .....	42
8.2.1 Moniammatillinen yhteistyö.....	42
8.2.2 Sairaanhoidtajan ja potilaan välinen yhteistyö .....	44
8.2.3 Sairaanhoidtajan toimintatavat ja hoitokeinot .....	45
8.2.4 Onnistunut lääkehoito.....	45
8.3 Milloin kivunhoito on onnistunut.....	46
8.3.1 Kun on tyytyväinen potilas, silloin kipulääkitys on kohdallaan .....	47
8.3.2 Onnistunut kivunhoito .....	47
8.3.3 Onnistuneen kipulääkityksen tekijät.....	48
8.3.4 Lääkkeiden sivuvaikutukset ja riippuvuus.....	49
8.3.5 Kipulääkehoidon lopetus .....	50
8.3.6 Potilaan näkemys kivusta ja kuntoutus.....	51
8.4 Miten kivunhoitoa voi kehittää osastolla.....	52
8.4.1 Koulutus.....	53
8.4.2 Kirjaaminen.....	54
8.4.3 Työntekijöiden resurssit ja yhteistyö .....	56
8.4.4 Sairaanhoidtajan oma kehittyminen ja ajan tasalla pysyminen.....	57
9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	58
9.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	58
9.2 Tutkimuksen eettisyys .....	59

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	61
10.1 Johtopäätökset tutkimuksesta.....	61
10.2 Pohdinta opinnäytetyönprosessista .....	64
LÄHTEET.....	66

LIITE 1: SAATEKIRJE SAIRAANHOITAJILLE

LIITE 2: ESITIETOLOMAKE

LIITE 3: SUOSTUMUSLOMAKE

LIITE 4: TUTKIMUKSEN YLÄ- JA ALATEEMAT

## 1 JOHDANTO

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi sydänkirurgisen potilaan postoperatiivisen kivunhoidon. Kirurginen hoitotyö kiinnosti molempia heti opintojen alussa. Kiinnostus aluetta kohtaan vahvistui käytännön harjoittelussa ja sen jälkeen olimme varmoja, että opinnäytetyö tulisi käsittelemään jollain tapaa kirurgisen potilaan hoitotyötä.

Opinnäytetyön tutkimusosuutta ja tutkimuspaikkaa mietimme harkiten. Otimme yhteyttä erääseen Uudenmaan sairaanhoitopiirin kirurgisen vuodeosaston osastonhoitajaan. Kerroimme kiinnostuksestamme tehdä opinnäytetyö kirurgisen potilaan hoidosta ja toivoimme, että osastolla on sellainen aihe, josta he haluaisivat saada lisää tietoa. Osastonhoitaja ehdotti aiheeksi kivunhoitoa sairaanhoitajien näkökulmasta. Kiinnostuimme heti aiheesta, koska kivunhoito on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä erityisesti kirurgisen potilaan hoidossa.

Tavoitteenamme on siis tutkia kivunhoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta. Sairaanhoitaja on potilaan kivun arvioija ja kivunhoidon pääasiallinen toteuttaja. Sydänkirurginen potilas tarvitsee kivunhoitoa leikkauksesta aina kotiutumiseen asti. Sydänkirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito toteutetaan yksilöllisesti ja se vaatii asiantuntijuutta ja moniammatillista työryhmää. Leikkaus joka tehdään suunnitellusti parantaa elämänlaatua ja tätä kautta kipukynnys vähenee.

Tutkimusosastolla hoidetaan sydänkirurgisia potilaita, jotka ovat eri-ikäisiä ja hoitoajat vaihtelevat viidestä vuorokaudesta kahteen viikkoon. Sepelvaltimo- ja läppäkirurgia ovat yleisimpiä toimenpiteitä, joita osaston potilaille tehdään. Lisäksi osastolla hoidetaan sydän- ja keuhkosiirtopotilaita. Rintakehään kohdistuvien leikkausten jälkeinen kipu on usein kovaa ja sen hoitoon tarvitaan voimakkaita kipulääkkeitä.

Tutkimus toteutetaan neljälle sairaanhoitajalle haastatteluna, jossa esitämme heille neljä avointa kysymystä. Sairaanhoitajat saavat vapaasti kertoa vastauk-



sia ja ilmaista mielipiteitä aiheesta. Analyysimenetelmänä käytämme kvalitatiivista sisällönanalyysiä.

Sairaanhoitajan rooli tutkimusosastolla on toteuttaa kirurgisen potilaan hoitoa ja tarkkailua sekä kivunhoidon arviointia ja toteutusta. Lisäksi sairaanhoitajan työhön kuuluu potilaan ohjaaminen ja kuntouttaminen sekä moniammatillinen yhteistyö ja oman ammattitaidon kehittäminen.

Opinnäytetyö on tarkoitettu kaikille terveysalan ammattilaisille, jotka kohtaavat ja toteuttavat työssään kivunhoitoa. Lisäksi se antaa sairaanhoitajaopiskelijoille laajempaa käsitystä potilaan kivunhoidosta. Tutkimustulokset ovat ensisijaisesti tarkoitettu osastolla työskenteleville sairaanhoitajille, mutta tulokset antavat tietoa ja pohdittavaa myös muille sairaanhoitajille, jotka työssään suunnittelevat, toteuttavat tai kehittävät kivunhoitoa.

## 2 SYDÄNPOTILAS

### 2.1 Sydänpotilaan hoitotyö

Sydänpotilailla on erilaisia sydän- ja verisuonisairauksia. Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkierron häiriöt. Arvion mukaan kolme neljästä sydän- ja verisuonisairaudesta aiheutuu tupakasta, kohonneesta verenpaineesta ja korkeasta kolesterolista. Maailman terveysjärjestön mukaan 80 % sydän- ja verisuonisairauksia voitaisiin ehkäistä terveellisillä elintavoilla kuten tupakattomuudella, terveellisellä ruokavaliolla, riittäväällä liikunnalla ja painonhallinnalla. (Suomen Sydänliitto 2012.)

Sydän- ja verisuonisairauksien toteamiseksi ja vaikeusasteen selvittämiseksi tarvitaan erilaisia tutkimuksia. Sairaanhoitaja toteuttaa pääsääntöisesti potilaan perustutkimukset. Perustutkimuksiin kuuluu potilaan anamneesi, kliininen tutkimus ja EKG. Lisäksi sairaanhoitaja tilaa potilaalle tavallisimmat laboratoriotutkimukset, keuhkoröntgenkuvan ja ultraäänitutkimuksen. Sairaanhoitajan tärkeä tehtävä on myös potilaan ohjaus. Sairaanhoitajalla tulee olla valmiuksia ohjata potilasta esimerkiksi mahdollisesta jatkohoidosta. (Suomen Sydänliitto 2012.)

Sydäntoimenpiteitä tehdään Suomessa paljon, koska sydän- ja verisuonisairaudet ovat huomattava sairastavuuden ja kuolleisuuden riskitekijä. Sydänsairauksien hoitaminen on tärkeä osa terveydenhuollon kehittämistä maassamme. Vuonna 2010 Suomessa tehtiin 2 100 ohitusleikkausta. Muita sydänleikkauksia tai läppätoimenpiteitä oli yhteensä 1 712. (Mustonen, Kettunen, Kupari, Mäkikallio, Ylitalo & Raatikainen 2012.)

Ennen sydänleikkausta potilaan kunto on arvioitava tarkasti. Leikkauksen onnistuminen riippuu potilaan ja hänen sydämensä kunnosta sekä leikkauksen laajuudesta. Komplikaatiovaaraa lisäävät aikaisemmat leikkaukset ja sairaudet, esimerkiksi sydämen vajaatoiminta, epästabiili angina pectoris, aikaisemmat

infarktit ja sydänlihassairaudet. Riskien arviointi on tärkeää, jotta osataan sanoa, onko toimenpiteestä hyötyä kussakin tilanteessa. (Partanen 2000, 629–630.)

## 2.2 Sepelvaltimokirurgia

Sepelvaltimotauti korjataan yleensä ohitusleikkauksella. Ohitusleikkaus on yleisin kirurginen toimenpide sydämelle. Sydämen suurten suonten kalkkeutuminen aiheuttaa potilaalle sydänlihaksessa hapenpuutetta, verenkierto estyy ja potilaalle syntyy rintakipuja. Kivut voivat tuntua puristuksena ja paineen tunteena rinnassa. Kipu voi levitä käsivarteen tai olkapäähän ja naisilla vatsan alueelle. (Järvinen & Verkkala 2000, 657–665.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia on Suomessa tehty vuodesta 1970 lähtien. Ohitusleikkauksesta on erilaisia hoitomuotoja. Tavallisin leikkausmenetelmä on avosydänleikkaus, jossa potilas on perfuusiokoneeseen kytkettynä leikkauksen aikana. Uutena leikkausmenetelmänä on 2000-luvulla aloitettu käyttämään leikkausta, jossa sydän on käynnissä leikkauksen aikana. Sitä kutsutaan ”off-pump”-menetelmäksi. Riskiryhmään kuuluvat iäkkäät ja monisairaavat potilaat, heillä tehdään niin sanottu mini-invasiivinen leikkaus, jolloin koko leikkaus toteutetaan pienestä torakotomiaviillosta. Ohitussiirteinä käytetään potilaan omia pinalaskimoja, yleisimmin käytetään alaraajan pinalaskimoa. Rintakehän sisävaltimo on todettu parhaimmaksi hoitokeinoksi valtimoiden ohitussiirteissä. (Lepojärvi & Verkkala 2008.)

## 2.3 Läppävikojen kirurginen korjaus

Kunnossa olevat sydämen läpät ovat olennainen osa terveen sydämen toimintaa. Mikäli oireita ilmenee läppäviasta, tarvitaan silloin yleensä kirurgista korjausta. Aorttaläpän ahtautuma aiheuttaa vasemman kammion kuormituksen, joka altistaa verenpaineen nousulle ja keuhkopöhölle. Merkittävään aorttaläpän ah-

taumaan liittyy kuolleisuus, mikä korostaa läpän korjauksien tarvetta. Ahtautunut hiippaläppä aiheuttaa keuhkokapillaarien paineen nousua. Hiippaläpän ahtaamaa ja verenkiertoa voidaan seurata ja tarvittaessa puuttua, mutta tiukka mitraalistennoosi on korjattava kirurgisesti heti. (Lepojärvi 2000, 674–680.)

Tavallisin leikkausmenetelmä aorttaläppävioissa on aorttaläppävuoto kombinoituna aorttaläppäahtaumaan. Viallisen läpän tilalle asetetaan tekoläppä joka voi olla biologinen tai mekaaninen. Biologinen tekoläppä vaatii kolmen kuukauden antikoagulanttihoitoa ja mekaaninen tekoläppä vaatii elinikäisen antikoagulanttihoitoa käytön. Nousevan aortan laajentumiseen liittyvässä läppävuodossa korjataan nouseva aortta usein putkiproteesilla, jolloin istutetaan sepelvaltimot putkiproteesin kylkeen tehtyihin aukkoihin. (Laurikka, Kuukasjärvi, Tarkka, Järvinen & Lepojärvi 2010, 647–649.)

## 2.4 Sydänsiirrot

Ensimmäinen sydänsiirto tehtiin vuonna 1985. Siirtojen kokonaismäärä oli vuosien 1985–1998 välillä 239. Sydänsiirto on perusteltu hoitovaihtoehto niille potilaille, joille kehittyä vajaatoiminnasta vaikeat oireet tai joiden ennuste on huono. Sydämensiirtoa ei voida tehdä, jos potilaalla on joku muu elimistöä heikentävä sairaus, kuten esimerkiksi vaikea valtimosairaus, pysyvästi heikentynyt munuaisten- tai maksan vajaatoiminta tai sokeritauti johon liittyy vaikea elinkomplikaatio. Elinsiirteiden niukkuuden takia potilaan suositeltava ikä tulee olla alle 55 vuotta, mutta siirtoja tehdään myös iäkkäämmille. Sydämen saanut potilas joutuu syömään eliniän hylinnänestolääkitystä. Jotta hyljintäriski olisi mahdollisimman pieni, lääkitys aloitetaan ennen avosydänleikkausta. (Lommi & Nieminen 2000, 343–349.)

## 2.5 Sydänleikkauksen komplikaatiot

Eri sydänsairaudet aiheuttavat toisistaan poikkeavia vaaroja. Myös erilaisten anestesiamenetelmien edut ja haitat tulee ottaa huomioon. Yleensä potilaat voivat hyvin leikkauksen jälkeen ja paranevat nopeasti. (Salmenperä 2000, 650–654.) Sydämen leikkauksiin liittyy antibioottiprofylaksista huolimatta huomattava infektoriski. Lyhentyneen leikkauksenjälkeisen sairaalahoidon takia vähintään puolet postoperatiivisista infektioista ilmaantuu kotiutuksen jälkeen. Haavainfektioiden riski on suurin ensimmäisen postoperatiivisen kuukauden aikana. (Valve 2004.) Leikkauksen kuolleisuusriskiin vaikuttaa jos potilas on yli 70 vuotta, potilaalla on ollut infarkti kuusi kuukautta ennen leikkausta, potilaalla on kohonnut kaulalaskimopaine, tai potilaalla on muu kuin sinusrytmi. (Salmenperä 2000, 650–654.)

## 2.6 Sydänkirurgian tulevaisuuden haasteet

Uusien hoitomenetelmien kehittäminen jatkuu sydänkirurgiassa. Sydänkirurgian osuus sydänsairauksien hoidoissa on pysynyt ennallaan, mutta perinteisen sepelvaltimokirurgian osuus on jo muutaman vuoden ollut vähenevä. Sepelvaltimotaudin lääkehoidot ovat kehittyneet, riskitekijöiden tunnistamisessa on edistytty ja potilaat tulevat ohitusleikkaukseen entistä iäkkäämpinä. Leikkaustekniikat ovat jonkin verran kehittyneet, mutta ilman sydän-keuhkokonetta tehtäviin sepelvaltimo-ohitusleikkauksiin kohdistuneet suuret odotukset eivät ole toteutuneet. Parempaan tulokseen päästään, kun arvioidaan potilaiden yksilöllistä riskiä. Innostus yhdistelmätoimenpidettä kohtaan on kasvamassa, robottikirurgia on selvästi helpottanut kirurgin työtä, myös potilaiden toipuminen on puolta nopeampaa kuin perinteisen leikkauksen jälkeen. (Harjula 2011.)

Sydänlappäkirurgiassa on myös nähty selvää kehitystä. Aikaisempina vuosina lähes aina sairas lappä poistettiin ja tilalle asetettiin joko mekaaninen tai biologinen proteesi. Monissa osaavissa sairaaloissa jo yli 70 % hiippaläpän vioista voidaan korjata ilman proteeseja. Läpän molempia purjeita ja lappäaukkoa voi-

daan muotoilla ja jäniteitä pidentää, lyhentää ja rakentaa uusia. Potilas ei tarvitse verenohennuslääkkeitä toimenpiteen jälkeen, ellei niiden käyttöön ole muita syitä. Aorttaläpän korjaava kirurgia on haastavaa, mutta sitäkin tehdään yhä enemmän. Lämpäkirurgiaankin on tullut hoito, jossa rintalastaa ei enää avata ainakaan kokonaan. Näin potilaiden toipuminen työelämään ja aktiiviharrastuksiin on nopeaa. (Harjula 2011.)

Tulevaisuuden uusi innovaatio liittyy kantasoluhoitoihin. Luuydinperäisten kantasolujen ruiskuttaminen huonosti toimivalle alueelle sydänlihakseen ohitusleikkauksessa tai itse sepelvaltimoon pallolaajennuksen yhteydessä on kehitteillä, mutta lopulliset näytöt puuttuvat. Lisäksi kantasoluja viljelemällä voidaan tehostaa huonosti toimivan sydämen supistumista. (Harjula 2011.)

## 3 KIPU

### 3.1 Kipu-sanasto

Suomessa on tutkittu kipua tarkoittavia sanoja. Yleisesti käytettyä kivunluokitusta ei ole olemassa, mikä vaikeuttaa tutkimusta ja kliinisytyön kehittymistä. Perinteisesti kipu luokitellaan anatomisen sijainnin, keston ja aiheuttajan mukaan. Voidaan puhua esimerkiksi pään, selän, vatsan ja akuutinkivun olemassaolosta. Luokitusta voidaan myös katsoa patofysiologisenmekanismin mukaan, esimerkiksi hermokipu tai kudosaivurio. (Estlander 2003, 14–16.)

Kipua voi kuvailla erilaisilla sanoilla. Kipusanoja ovat esimerkiksi aaltoileva, jatkuva, tykyttävä, kohtauksittainen, pinnallinen, toispuolinen, säteilevä, pistävä, puristava, lävistävä, läpituokeva, terävä, vihlova, viiltävä, repivä, kouristava, tukahduttava, nykivä, kuumottava, polttava, kylmä, tulinen, kutiseva, kirvelevä, kihelmöivä, painava, tuskastuttava, ahdistava, kuvottava, lievä, sietämätön, kiu-sallinen, pelottava, kauhea, kova, tappava. Akuutista kivusta kärsivät potilaat käyttävät kipunsa kuvaamiseksi useammin sensorisia kipuluokkia, fyysinen ja terävä paine, kuumotus, ajallisesti rytmisen kipu, puutuminen. (Kalso & Kontinen 2009, 56–59.) Kivunhoidon kannalta on arvokasta, jos potilas itse pystyy kuvailemaan kipua, kuten kipu tuntuu sähköiskulta tai pistelyltä (Higson 2005).

### 3.2 Kivun määritelmä

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun seuraavasti:

Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivurioon tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein (Higson 2005).

Lisäksi tämän määritelmän täydennyksessä todetaan, että yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. Määritelmässä huomioidaan myös kivun moniulot-

teinen luonne. Määritelmässä ei oteta kantaa siihen, miten kipu on syntynyt ja määritelmä sisältää sekä akuutin että kroonisen kivun. Määritelmään sopivat niin kudonsvauriosta kuin hermovauriostakin johtuva kipu sekä sellaiset kivun muodot, joissa kudons- tai hermovauriota ei voida osoittaa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006 b, 7.)

Hoitotyössä kipu on määritelty seuraavasti: ”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän” (Salanterä ym. 2006 b, 7).

Määritelmä auttaa ymmärtämään kivun henkilökohtaista luonnetta ja muistuttaa hoitotyöntekijää siitä, että potilas on aina oman kipunsa asiantuntija. Tämä määritelmä ei kuitenkaan sovellu kivun yleiseksi määritelmäksi, sillä on olemassa paljon ihmisiä, joiden kyky kommunikoida sanallisesti on puutteellinen, ja silti kivun kokeminen on heille mahdollista. On myös hyvä muistaa, että kaikki ihmiset eivät halua kertoa kokevansa kipua, esimerkiksi lapset voivat haluta takaisin kotiin sairaalasta, jolloin he eivät kerro edes kovasta kivusta, koska pelkäävät sen estävän heitä pääsemästä kotiin. (Salanterä ym. 2006 b, 7.)

Psykologi C. Richard Chapman määrittelee kivun näin: ”Vaikka kipua voidaan kuvata aistihavaintona, se on ennen kaikkea voimakas negatiivinen tunnetila, joka hallitsee tietoisuutta.” (Vainio 2004, 17).

### 3.3 Kivun historia

Aristoteles (384–322 eaa.) piti kipua vain tunne-elämyksenä, hän kuvasi sitä mielihyvän tunteen vastakohtana. Aristotelesta pidetään ensimmäisenä kivun tunteisiin vaikuttavan teorian edustajana. Johannes Müllerin (1801–1858) mukaan kipu on tuntoaistinosa. Müllerin ansiosta on olemassa oppi kivuntutkimuksessa, jonka mukaan aivot saavat tietoa ympäristöstä vain sensoristenhermojen välityksellä. (Kalso & Konttinen 2009, 52.)



Max von Frey (1852–1932) havaitsi iholla kylmää ja lämpöä aistivat alueet. Hänen ansiosta ihotunto sai neljä ominaisuutta: kosketuksen, lämmön, kylmän ja kivun. Von Frey pystyi myös paikallistamaan näiden neljän tunnon perifeeriset hermopäätteet. Adolf Goldscheider (1858–1935) esitti, että ärsykkeen voimakkuus ja sentraalinen summaatio ovat kivun tärkeimmät määräävät tekijät. Hänen teoria pohjautui patologiseen kipuun liittyneisiin havaintoihin. (Kalso & Konttinen 2009, 53.)

William Livingston (1892–1966) ehdotti summaatioteorian selitykseksi, että sensoristenhermojen patologinen ärsytys laittaa alulle itseään syöttävän ärsykesilmukan. Summaatioteoriaan liittyy malli, jonka mukaan hermostossa on kontrollijärjestelmä, joka yleensä estää summaation kehittymisen. Tämän mukaan kontrollijärjestelmän vahingoittuminen johtaa patologisiin kiputiloihin. William Noordenbos (1910–1992) esitti, että ohuet ääreishermostot välittävät kipua, kun taas paksut hermosyyt estävät kivun välittymistä. Ohuiden säikeiden suhteellisen osuuden kasvaminen johtaa summaatioon ja patologiseen kipuun. Näiden teorioiden pohjalta Ronald Melzack (1929-) ja Patrick Wall (1925–2001) loivat kuuluisan porttikontrolliteoriaansa, jota vieläkin puutteistaan huolimatta pidetään keskeisimpänä kiputeorianana. (Kalso & Konttinen 2009, 53.)

Filosofi René Descartes (1596–1650) on esittänyt, että ihminen koostuu kahdesta osasta, ruumiista ja sielusta. Tämä dualistinen jako kahteen on edelleen voimassa länsimaisessa lääketieteessä. Biologisen ja psykiatrisen tieteen edustajat väittävät, että kaikki ajatukset ja tunteet ovat vain hermosolujen toimintaa ja molekyylien liikkeitä paikasta toiseen. Descartesin käsitys kivusta oli, että aistimus ulkoisesta vammasta tulee hermoja pitkin aivoihin. (Vainio 2004, 21–22.) Ajattelu kivusta oli 1980-luvulle asti samaa. Tämä käsitys on muuttumassa, koska modernit tutkimusmenetelmät, ovat antaneet tietoa mielen ja fysiologisten tapahtumien vuorovaikutuksesta. (Vainio 2009 b, 20–22.)

### 3.4 Kivun kulttuuri

Ihminen on osa kulttuuria ja yhteiskuntaa ja kulttuuri osa ihmistä. Jokaisella ihmisellä on siis kulttuuritausta. Kulttuuri määrittelee muun muassa ihmisen suhtautumisen sairaisiin ja kuoleviin, sekä miten vanhoja ja sairaita kohdellaan. Kulttuurista voi myös riippua se, mitkä ovat hyväksyttäviä sairauksia ja mitkä hävettäviä. (Vainio 2004, 18–19.)

Lääketieteen filosofian tohtori Martin Ingvar Karoliinisesta instituutista Ruotsista muistuttaa kulttuuristen tekijöiden vaikutuksesta siihen, miten ihminen ilmaisee kipua. Itämaisiin kulttuureihin kuuluu usein kasvojen menettämisen pelko, jolloin kipukin pitää kestää vaieten. Eteläisissä kulttuureissa taas äänekäs valitus ja voivotus voivat olla hyväksytyä ja kipua helpottava keino. (Järvi 2003.) Kulttuurisilla tekijöillä on siis vaikutusta siihen tapaan, jolla ihminen kipua ilmaisee sekä siihen tilanteeseen, jossa hän niin tekee (Sarlio 2000, 24–25).

Suomessa on entistä enemmän maahanmuuttajataustaisia potilaita. Potilaan ja hoitajan erilaiset kulttuuritaustat saattavat aiheuttaa väärinkäsityksiä hoitotilanteissa. Hoitajan tehtävä on ottaa huomioon potilaan kulttuuritausta, uskonto ja tavat. (Vainio 2009 a, 32–35.)

### 3.5 Kivunhoidon etiikka ja juridiikka

Yleiset terveydenhuollon toimintaa ohjaavat lait ja säädökset pätevät myös kivunhoitoon liittyviin kysymyksiin. Useimmiten etiikka ja lainsäädäntö kehittyvät käsi kädessä. (Haanpää 2009.) Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa on velvoite lievittää potilaan kärsimystä. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan periaatteiden ensimmäinen ohje on potilaan oikeus hyvään hoitoon. Lisäksi Ihmisarvon kunnioitus ja itsemääräämisoikeus kivun hoidossa tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Kivunhoidon oikeudenmukaisuudessa tulee ottaa huomioon ne henkilöt, jotka ovat kykenemättömiä sanalliseen kommunikointiin, esimerkiksi vauvat ja kehitysvammaiset.

Kivunhoito vaatii yhteistyötaitoja monen eri ammattitahon kanssa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. (Salanterä & ym. 2006 a, 28–29.)

Potilaalla on oikeus saada hyvää kivunhoitoa joka perustuu tutkittuun tietoon ja kliinisesti hyväksi todettujen hoitovaihtoehtojen valintaan. Sairaanhoidajan työssä tämä tarkoittaa kykyä tunnistaa kipua ja hallita erilaisia kivunhoitomenetelmiä sekä arvioida hoidon vaikuttavuutta. Potilaan näkökulmasta hyvä kivunhoito voi olla kivunhallintaa ja toimintakyvyn parantamista. (Salanterä & ym. a 2006, 28–30.)

Hyvä kohtelu tarkoittaa kivusta kärsivän ihmisen kuuntelemista ja hänen henkilökohtaisten kivunkokemusten huomioimista. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 velvoittaa potilaan kärsimyksen lievittämiseen, ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Työnantajalla on velvollisuus kehittää työntekijän ammattitaitoa kivunhoidosta. (Salanterä & ym. a 2006, 28–30.)

### 3.6 Näyttöön perustuva kivunhoito

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja harkittua käyttöä potilaan tai väestön terveyttä koskevassa päätöksissä ja hoitotoiminnassa. Näyttöön perustuvassa toiminnassa päätökset perustuvat tieteellisten tutkimusten tuomaan tulokseen, hoitotyön asiantuntijuu-teen ja asiakkaan tietoon ja taitoon sekä käytettävissä oleviin resursseihin. (Winters & Echeverri 2012.)

Näyttöön perustuvan kivunhoidon menetelmiä ja hoitojen tehoja on tutkittu 1990-luvun alusta lähtien. Näyttöön perustuvan lääketieteen tavoitteena on yhdistää tutkittu tieto käytäntöön ja käyttää sitä potilaan parhaaksi. (Kalso, Vainio & Haanpää 2009.)

Näyttöön perustuva lääketiede eli Evidence based Medicine, ei määrää, mitä hoitoja potilaille saa antaa, mutta hoitosuosituksat

pohjautuvat näyttöön perustuvan lääketieteen tuloksiin (Kalso ym. 2009).

Lääkehoitojen tehosta on olemassa näyttöä. Hoitomuotojen tehon osoittaminen on vaikeinta, mutta välttämätöntä. Kajoavat hoitomuodot maksavat paljon ja ovat vaativia toteuttaa. Lisäksi niihin liittyy huomattavia riskejä, kuten voimakas lumevaikutus sekä paljon taloudellisia kustannuksia. Joillekin potilaille nämä menetelmät saattavat kuitenkin taata merkittävän kivunlievityksen. (Kalso ym. 2009.) Italialainen kivuntutkija LKT Fabrizio Benedetti Turinin yliopistosta tutkimusryhmineen selvittivät avoimen ja salatun lääkehoidon vaikutuksia. Tutkijat havaitsivat, että ”vain kerrottu kipulääke tehoaa”. Tutkimuksessa huomattiin, että salattu lääkeannos oli tehottomampi kuin avoin annostus. (Järvi 2003.)

Häggman-Laitila on todennut, että tutkittutieto ja näyttöön perustuva toiminta on koettu vaikeaksi toteuttaa. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäviä tekijöitä ovat johtajan toiminta, ilmapiirin kehittäminen, koulutus, tiedotus ja moniammatillinen yhteistyö. (Häggman-Laitila 2009, 243–245.)

Näyttöön perustuvaan kivunhoitoon vaikuttavat myös resurssit. Suomessa on tehty tutkimus leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Tutkimuksessa todettiin, että hyvään kivunhoitoon ei enää riitä resursseja. Tehokkaat menetelmät, kuten epiduraalinen kivunlievitys, vaativat aikaa ja ammattitaitoa niin toimenpiteen suorittamisessa kuin hoidon seurannassakin. (Kalso 2004.)

## 4 LÄÄKEHOITO

### 4.1 Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö

Oikean ja turvallisen lääkehoidon toteutuksessa on tärkeää antaa potilaalle hyvää ohjausta. Ohjauksen tarkoituksena on varmistaa potilaan oikea ja turvallinen lääkkeiden käyttö. (Carr & Thomas 1996.) Rintakehään kohdistuvien leikkausten jälkeinen kivunhoito on erityisen tärkeää, koska potilaiden toipuminen leikkauksen jälkeen on riippuvainen hengitystoiminnan jatkuvuudesta ja sen ylläpidosta (Perttunen 2003). Potilaalle kerrotaan, milloin ja miten lääkettä käytetään. Potilasta ohjataan kertomaan hoitajalle heti jos kipuja ilmenee tai potilas tuntee pahoinvointia tai muita lääkehaittavaikutuksia. (Forsbacka & Nousiainen 2010, 714–715.)

Kipulääkkeiden yhteis- ja haittavaikutukset ovat yleisiä riskitekijöitä. Yleisimmät haittavaikutukset johtuvat lääkkeen vaikutusmekanismista. Yhteisvaikutuksissa täytyy aina tarkistaa lääkkeen käyttöohjeet ja annostavat. Esimerkiksi, millainen on minimiannos vuorokaudessa iäkkäille. Kahden tulehduskipulääkkeen käyttöä samanaikaisesti ei suositella, koska se lisää ruuansulatuskanavan haittoja. Jatkuvaa pitkäaikaista kipulääkkeiden käyttöä ei myöskään suositella, koska se voi aiheuttaa muun muassa ummetusta, mahahaavoja ja maksa- ja munuaissairauksia. Kahden kipulääkkeen yhdistäminen on sen sijaan hyödyllistä. Silloin saadaan kivunhoitoon enemmän tehoa kuin haittoja. (Aaltonen 2000, 199–208.)

Lääkehoidon toteutukseen kuuluu potilaan tilan seuraaminen. Potilaalta esimerkiksi mitataan verenpaine, kysytään kipuja VAS- asteikolla ja seurataan ilmeneviä allergioita. Sairaanhoitajan työhön kuuluu jatkuva raportointi sekä suullisesti, että kirjallisesti potilaan lääkehoitoon liittyvistä toimenpiteistä ja huomiot potilaan tilan muuttuessa. Suosituksena on, että potilaalle annetut huumausaineet kirjotetaan aina punaisella. (Forsbacka & Nousiainen 2010, 714–715.)

Lääkehoito on tärkein ja eniten käytetty kivunhoitomenetelmä. Kipulääkkeiden ja puudutteen annostelutekniikat mahdollistavat vaikeiden kiputilojen tehok-

kaan hoidon. (Kotovainio, Mäenpää & Kuusisto 2010, 592–593.) Kipulääkkeen annostelu suunkautta on turvallisin ja yksinkertaisin antotapa. Suun kautta annosteltaessa lääkeaine imeytyy ruuansulatuskanavasta verenkiertoon ja sieltä se jatkaa vaikutuskohteeseen. Suun kautta annosteltavat lääke muodot ovat kapselit ja tabletit. Tabletin ja kapselin kivunlievittävä vaikutus saavutetaan yleensä noin ½–1 tunnin kuluttua. Enterotabletit ja -kapselit ovat hitaasti lääkeainetta vapauttavia valmisteita ja ne hajoavat vasta suolistossa, josta lääkeaine imeytyy verenkiertoon. (Salanterä ym. 2006 f, 134–135.)

Parenteraalinen antotapa tarkoittaa lääkkeen antamista injektiona laskimoon (i.v.), lihakseen (i.m.) tai ihon alle (s.c.). Lääkkeen vaikutus alkaa nopeasti ja pitoisuudet elimistössä voivat nousta korkeaksi, siitä syystä lääke on annettava hitaasti. Huomioitavaa on myös se, että lääke menee oikeaan paikkaan. Lihakseen annettu lääke alkaa vaikuttaa noin 10–15 minuutissa. Lääkkeen vaikutus kestää noin 3–4 tuntia. Ihon alle lääkettä annosteltaessa vaikutus alkaa lähes yhtä nopeasti kuin lihakseen. Iholle annettavat lääkelaastarit vaikuttavat yhtä nopeasti kuin muut antotavat. Laastarilla kipulääkkeen vaikutus kestää pidempään ja on tasaisempi. Laastarin vaikutus kestää noin kolme vuorokautta. (Salanterä & ym. 2006 f, 135–137.)

Sairaalassa lääkehoidon toteuttavat yleensä lääkäri ja sairaanhoitaja yhteistyönä. Lääkäri määrää lääkkeen ja sairaanhoitaja vastaa lääkehoidon toteutuksesta, seurannasta ja kirjaamisesta. Sairaanhoitajan täytyy aina kirjoittaa potilasasiakirjoihin lääkkeen nimi, vahvuus, määrä, antotapa ja lääkkeen antajat. Kipulääkityksen seurannassa tärkeintä on kirjoittaa lääkkeen teho ja mahdolliset haittavaikutukset. Potilaan toiveet tulee ottaa huomioon lääkehoidon toteutuksessa. Lääkkeen aloitettaessa sairaanhoitajan tulee huomioida potilaan lääkeallergiat ja muut käytössä olevat lääkkeet. Näin vältettäisiin yliannostuksia ja löydetään yhteensopivat lääkkeet. (Forsbacka & Nousiainen 2010, 714–715.)

Postoperatiivinen pahoinvointi anestesia- ja kipulääkkeistä on melko yleistä, siitä syystä käytetään usein myös pahoinvointia estäviä lääkkeitä (Forsbacka & Nousiainen 2010, 714–715). Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi voidaan suurelta osin estää

käyttämällä anestesian aikana useampaa kuin yhtä pahoinvointilääkettä ja huolehtimalla riittävästä kivunhoidosta. Pahoinvoinnin ehkäiseminen vaatii ennen kaikkea sitä, että potilaasta on tehty perusteellinen anamneesi. Pahoinvointioireista kärsivät erityisesti tupakoimattomat naiset, joilla on taipumus matkapahoinvointiin ja joilla joudutaan käyttämään morfiininsukuisia kipulääkkeitä leikkauskivunhoitoon. (Jokela 2003.)

#### 4.2 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeet ovat yleisimmin käytettyjä kipulääkkeitä. Ne lievittävät tehokkaasti tulehdusta, kipua ja kuumetta. Tulehduskipulääkkeitä ovat asetyyლისalisyylishappo, ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni ja nabumetoni. Tulehduskipulääkkeitä käytetään muun muassa postoperatiiviseen kipuun, tuki- ja liikuntaelinperäisiin kipuihin ja kuumeen hoitoon. (Salanterä ym. 2006 f, 109–115.) Tulehduskipulääkkeet ovat osoittautuneet turvallisiksi munuaisten toiminnan suhteen (Perttunen 2003). Tulehduskipulääkkeitä ei voi käyttää raskaana ollessa viimeisillä kuukausilla, tai jos henkilöllä on ulkus, astma, munuais- tai maksan vajaatoiminta sekä jos hyytymisjärjestelmässä on häiriöitä. (Salanterä ym. 2006 f, 109–115.)

Tulehduskipulääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ruuansulatuskanavan ärsytys, närästys, vatsakipu, pahoinvointi, oksentelu ja ajoittainen ripuli. Allergisia reaktioita, iho-oireita ja nuhaa voi myös ilmetä. Astmapotilailla tulehduskipulääke voi laukaista astmakohtauksen. Ruuansulatuskanavaan haittavaikutus lisääntyy annoksen suurenessa, joten on tärkeää säilyttää sama annos. Liian suuri annos on maksatoksinen. Asetyyლისalisyylishappolääkkeen käyttäjää ei suositella käyttävän tulehduskipulääkkeitä samaan aikaan, koska se muuttaa verisolujen määrää ja verenhiyymisarvoja. (Nurminen 2001, 238–242.)

Annostelussa on tärkeää huomioida lääkkeen määrä oikean kokoiselle ihmiselle. Aikuiselle 1g kolmesti vuorokaudessa on sopiva annos. Kipulääkettä voi annostella, suun kautta tablettina tai mikstuurana, peräpuikkoina tai injektiona li-

hakseen tai tiputettuna laskimoon. Peräpuikkoina annosteltavat lääkkeet vaikuttavat nopeasti ja on helppo antaa, jos potilaalla on esimerkiksi nielemisvaikeuksia. Suoneen tiputettu kipulääkkeen vaikutus saavutetaan myös nopeasti. (Salanterä ym. 2006 f, 110–111.)

Tulehduskipulääkkeiden lisäksi käytetään usein kipulääkkeenä parasetamolia. Parasetamoli lievittää kipua ja alentaa kuumetta. Parasetamolien suositeltava annos on aikuisilla 500–1000 mg kolmesti vuorokaudessa. (Nurminen 2001, 235–246). Parasetamolilla on useita etuja tulehduskipulääkkeisiin nähden. Tavanomaisena annoksena se ei aiheuta ruuansulatuskanavan ärsytystä eikä se myöskään estä verihiutaleiden tarrautumista toisiinsa ja se vähentää verenvuodon riskiä. Parasetamoli on myös turvallista raskauden ja imetyksen aikana. Allergikoista noin 5 % saa allergisia oireita. Parasetamolien haittana voidaan pitää sen heikompaa tehoa kipuun ja maksatoksisuutta. Tästä syystä lääkettä tulee annostella varoin maksasairauksista kärsiville potilaille. (Salanterä ym. 2006 f, 115.)

#### 4.3 Opioidit

Euforisoivia analgeetteja eli opioideja käytetään vaikeisiin kipuihin. Opioidien vaikutus elimistössä perustuu elimistön omaan opioidijärjestelmään. Opioidit vaikuttavat pääasiassa opioidireseptorien kautta, joita on aivoissa, selkäytimessä ja ääreishermostossa. Opioidit saavat aikaan reseptorin aktivaation, minkä seurauksena kipuradan toiminta vaimenee ja kipua laskevan järjestelmän toiminta vahvistuu. (Nurminen 2001, 243–244.)

Opioidit jaotellaan vaikutuksen mukaan heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin (Aaltonen 2000, 208.) Keskushermostoon vaikuttavia opioideja ovat esimerkiksi morfiini, oksikodoni, fentanyyli, alfentaniili, metadoni ja tramadoli (Nurminen 2008, 245). Vahvoja opioideja annosteltaessa aloitetaan pienemmillä annoksilla, joita suurennetaan yksilöllisesti, kunnes potilaalla ei ole kipuja. Kahta vahvaa



opioidia ei saa käyttää yhtäaikaisesti. Lämpilyöntikivun estämiseksi potilaan käyttöön valitaan usein myös lyhytvaikutteinen valmiste. (Aaltonen 2000, 208–209.)

Opioidien vaarallisin haittavaikutus on hengityksen lamaantuminen. Muita haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi, oksentelu, pulssin ja verenpaineen lasku, väsymys, huonon olon tunne, sekavuus, painajaisunet ja suunkuivuminen. (Nurminen 2001, 244.) Näitä haittavaikutuksia voi yrittää ehkäistä käyttämällä pienintä mahdollista annosta (Salanterä ym. 2006 f, 118–119). Opioidit ovat riippuvuutta aiheuttavia kipulääkkeitä ja siksi niitä on pidetty ongelmallisena. Fyysinen riippuvuus on hallittavissa, kun lopetetaan lääke vähitellen. Psykkinen riippuvuus on hyvin harvinaista kun käytetään opioideja voimakkaan kivunhoitoon. (Aaltonen 2000, 208–209.)

#### 4.4 Epiduraalipuudutus ja kipupumppu

Epiduraalipuudutus on tehokas keino hallita postoperatiivista kipua. Epiduraalipuudutuksessa voidaan käyttää opioidin ja puudutuksen sekoitusta. Epiduraalipuudutuksessa puudute ruiskutetaan selkänikamien olkahaarakkeiden välistä viedyn neulan kautta kovakalvon ja keltasiteen väliseen tilaan. (Malmberg 2000, 196–198.) Epiduraali annostustekniikan etuja on se, että vaikutus saadaan juuri sille tasolle, missä sitä tarvitaan. Lääkeannokset ovat pieniä ja vaikutus alkaa nopeasti. Tekniikka edellyttää potilaan tarkkaa seuranta. Kipua seurataan säännöllisesti muun muassa kipumittarilla. Päivittäiseen seurantaan kuuluu motoriikan, hemodynamiikan, sedaatioasteen, kutinan, pahoinvoinnin ja virtsaamisen tarkkailu. Sedaatiolla tarkoitetaan väsymyksen seuranta ja hemodynamiikalla tarkoitetaan verenpaineen ja pulssin mittaamista. (Hamunen & Kalso 2009, 284–288.)

Kipupumpulla voidaan annostella lääkettä spinaalisesti, suoneen tai ihon alaisesti. Spinaalisella annostelulla tarkoitetaan lääkkeen annostusta, joko epiduraalitilaan tai selkäydinnestetilään. Potilas voi itsenäisesti käyttää kipupumppua, mikäli hän on ymmärtänyt kipupumpun käyttötarkoituksen ja hän on tajuissaan.

PCA-menetelmäksi kutsutaan kipupumppua jota potilas voi itse annostella. (Kuusisto 2010, 596–597.)

Potilas voi käyttää kipupumppua itsenäisesti; nappia painamalla saadaan ennalta säädetty määrä vahvaa kipulääkettä, kuten esimerkiksi morfiinia, oksikonia, tramadolia, fentanyyliä. Kipupumpulla pystytään hoitamaan potilaan yksilöllinen kipulääkkeen tarve. Kipupumpun hyöty on tarkistettu eräessä tutkimuksessa, jossa on tutkittu muun muassa oksikonin, morfiinin ja tramadoli tehoa. Tramadoli aiheutti enemmän pahoinvointia ja oksentelua, erityisesti naispotilailla. Epiduraalisella jatkuvalla tasaisella annostelulla syntyi parempi kivunlievitys kuin laskimonsisäisellä morfiinin itse annostelumenetelmällä. Lähes kaikki potilaat olivat tyytyväisiä itse annostelumenetelmään leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa, vaikka merkittävällä osalla potilaista esiintyi pahoinvointia ja oksentelua. Vakavia sivuvaikutuksia, kuten vahvojen kipulääkkeiden aiheuttamaa hengityslamaa ei tutkimuksissa esiintynyt. (Silvasti 2001, 2701.)

PCA-menetelmä on todettu hyödylliseksi jo 1990-luvun lopussa HYKS Meilahden sairaalassa. PCA-menetelmä säästää henkilökunnan voimavaroja useammalta kipulääkkeen antamiselta ja kirjaamiselta. PCA-menetelmän käyttö vaatii hoitohenkilökunnalta kuitenkin asiaan kouluttautumista ja opettelua. (Pöyhiä, Teiriä & Kalso 1996, 704.)

Perttunen kirjoittaa Suomen Lääkärilehdessä tutkimuksesta, jonka tarkoituksena oli verrata suonensisäisen morfiinin, tulehduskipulääkkeiden ja kolmen erilaisen puudutuksen tehoa ja haittavaikutuksia kahden erityyppisen leikkauksen jälkeen sekä verrata suonensisäisen ja selkäydinkanavaan annostellun morfiinin tehoa ja haittavaikutuksia. Rintakehään kohdistuvien leikkausten jälkeinen kipu on usein kovaa ja sen hoitoon tarvitaan suuria annoksia voimakkaita kipulääkkeitä. Suonensisäisesti annostellut tulehduskipulääkkeet tehostavat kivunlievitystä ja vähentävät morfiinin kulutusta. Leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon käytettyjen vahvojen kipulääkkeiden yksi haittavaikutus on hengityslama. Tutkimuksen osallistuneiden potilaiden itse itselleen annostelemat morfiiniannokset olivat suuria, ja alkavaa hengityslamaa todettiin herkemmin. Selkäydinkanavaan

annostelu morfiini tuotti tehokkaan kivunlievityksen rintalastan halkaisemisen jälkeen sekä paransi merkittävästi hengitysfunktiota verrattuna potilaiden itse annostelemaan suonensisäiseen morfiiniin. (Perttunen 2003.)

## 5 SYDÄNPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO JA TARKKAILU

### 5.1 Postoperatiivinen kipu

Leikkauksen jälkeinen kipu on yleensä lyhytkestoista, mutta voimakkuudeltaan hyvin vaihtelevaa. Leikkauksen jälkeinen kipu on merkki kudonvauriosta. Liian voimakkaana kipu aiheuttaa potilaalle henkistä kärsimystä ja fysiologisia haitte- tekijöitä. Anestesiologien tavoitteena onkin taata mahdollisimman tehokas ki- vunlievitys ilman potilaalle aiheutuvia komplikaatioita. Suomalaiset leikkauspoti- laat ovat haastattelututkimuksissa kertoneet hyväksyvänsä tietyn määrän kipua normaalina ilmiönä leikkauksen jälkeen. (Kalso 2002 a, 222.)

Inhimillisten syiden lisäksi akuutti ja postoperatiivinen kivunhoito on tarpeen ak- tiivisen kuntoutuksen kannalta. Optimaalisella kivunhoidolla on useita hyödylli- siä vaikutuksia esimerkiksi keuhkofunktio ja kardiovaskulaarinen funktio para- nevat. (Hendolin 1997, 111.)

### 5.2 Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla

Leikkauksen jälkeen vuodeosastolla tarkkaillaan potilaan hengitystä, nestetasaa- painoa, erittämistä, leikkaushaavoja, kipuja ja neurologista tilaa (Salmenperä 2000, 649–650). Potilaalta mitataan verenpaine ja pulssi, sekä monitorista seu- rataan sydämenrytmiä ja mahdollisesti tahdistimen toimivuutta (Lukkari, Kinnu- nen & Korte 2007, 364–375).

Sydänleikkauksen jälkeen potilas tuntee kipua erityisesti rintakehällä. Kipua hoidetaan tehokkaasti lääkkeillä. Kipu ei saa rajoittaa potilaan päivittäistä selviy- tymistä kuten liikkumista, ylösnousua, puhtaudesta huolehtimista ja hengitys- harjoitusten suorittamista. Sairaanhoidaja arvioi ja hoitaa potilaan kipua työvuo- ron aikana jatkuvasti. Sairaanhoidaja käyttää ennakoivaa työtettä kivunhoidos- sa. Potilaan kipua arvioidessa käytetään apuvälineinä erilaisia kipumittareita,

asteikkoja, kipukiilaa sekä sanoja kivun kuvaamiseksi. Lisäksi sairaanhoitaja käyttää kivunarvioinnissa potilaan käytöksessä ja toimintakyvyssä ilmeneviä muutoksia. (Lukkari ym. 2007, 364–375.)

Kuurne ja Erämies (2010) ovat potilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa samaa mieltä kuin Lukkari ym. Hoitaja neuvoo potilasta oireenmukaisesta kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Potilas on mukana kivun arvioinnissa ja hoidossa. Kivun arviointi ja kirjaaminen tulee olla säännöllistä. Peruskipulääke on se, jonka pitää olla kaikilla potilailla määrätynä, sen lisäksi potilas voi tarvittaessa saada vahvempaa lääkettä. Haittavaikutukset, jotka syntyvät mahdollisesti kipulääkkeistä, eivät saa estää potilaan hyvää kivunhoitoa. Kipulääkkeen vaikutus tarkistetaan tunnin sisällä lääkkeen annosta. Eri mekanismeilla vaikuttavat lääkkeet, kuten esimerkiksi opioidi yhdessä tulehduskipulääkkeen kanssa on tehokas yhdistelmä kivunhoitoon. (Kuurne & Erämies 2010.)

Erikoislääkäri Nora Hagelberg on kertonut, että leikkauspotilailla on todettu olevan eniten kipua noin kaksi tuntia leikkauksen jälkeen. Hagelberg suositteli lääkityksen antamista suunkautta aina kun se on mahdollista. (Ritmala-Castrén 2005.)

### 5.3 Fyysinen ja psyykinen kivunhoito

Leikkauksen aiheuttamaa kipua hoidetaan kokonaisvaltaisena, potilas huomioidaan fyysisenä ja psyykkisenä kokonaisuutena. Leikatun potilaan kivun fyysiset oireet ovat korkea verenpaine, kylmähikoilu, uneliaisuus, tuskaisuus, kuivat limakalvot, kalpea tai kuumanpunoittava iho, ärtyneisyys ja vetäytyminen. Säännöllistä kipulääkitystä pidetään yllä kunnes pahempi kipu on ohi, yleensä kolmen-viiden vuorokauden ajan. Kipulääkitystä vähennetään tasaisesti ja kuunnellaan potilaan toivomuksia ja tunteita. Potilas on oman kipunsa asiantuntija, kukaan ulkopuolinen ei voi kyseenalaistaa potilaan omaa tuntemusta. (Jäntti 2000, 118–124.)

Kipulääkityksen lisäksi kivunlievityskeinoina vuodeosastolla hyödynnetään esimerkiksi asentohoitoa, hengitysharjoituksia ja pulloon puhalluksia. Asentohoidossa käytetään erilaisia tyynyjä kohottamaan asentoa ja ehkäisemään painehaavoilta. (Jäntti 2000, 123–124.) Hengitysharjoitukset ja rentoutushoito ovat tehokkaita kivunlievityshoitokeinoja (Salanterä ym. 2006 c, 154–156). Leikkauksen jälkeen hengitys voi olla pinnallista ja tehotonta. Potilas kärsii silloin hapenpuutteesta ja keuhkoihin jää limaa, joka voi aiheuttaa kipua ja lämmön nousua. (Jäntti 2000, 125–126.) Kivunhoito on tällöin erityisen tärkeää, koska potilaiden toipuminen leikkauksen jälkeen on riippuvainen hengitystoiminnan jatkuvuudesta (Perttunen 2003). Hengitysharjoitusten tarkoitus on rentouttaa lihaksia, vähentää stressiä ja kivun voimakkuutta (Salanterä ym. 2006 c, 154–156). Pulloon puhallukset ovat tärkeä postoperatiivisessa hoidossa. Pulloon puhallukset vähentävät limaisuutta ja keuhkokuumeen riskiä. (Jäntti 2000, 125–126.) Osaton fysioterapeutti neuvoo potilasta pulloon puhalluksissa, hän myös tekee potilaiden kanssa liikkumisharjoituksia. Liikkuminen leikkauksen jälkeen on erittäin tärkeää, sillä se estää lihaskunnan rappeutumista ja jäykkyyttä. Potilas harjoittelee sängystä ylösnousemista ja liikkeelle lähtöä. Ennen liikkeelle lähtöä varmistetaan, että potilas on kivuton. (Salanterä ym. 2006 c, 154–156.)

Potilaan kanssa keskustelu ja hänen kuuntelemisensa on yksi osa postoperatiivista kivunhoitoa. Sairaanhoidaja tukee potilasta leikkauksen jälkeisessä henkisessä hyvinvoinnissa. Potilas voi kokea kivun sietämättömänä ja pelottavana. Kivut voivat aiheuttaa potilaalle masennusta, jolloin keskustelu sairaanhoidajan kanssa voi auttaa. Itsensä näkeminen jollain lailla vammaisena on osa leikkauksen jälkeistä kokemusta. Leikkauksen jälkeen potilas voi tuntea itsensä vaivaiseksi eikä hän pysty täyttämään yhteiskunnan antamaa roolia esimerkiksi olemalla lasten isä. Nopea leikkauksen jälkeinen liikkeelle lähtö voi aiheuttaa potilaassa pelkoa, että leikkaus haava aukeaa tai muuta vakavaa tapahtuu. Hoitohenkilökunnan tehtävä on vähentää potilaan pelkoa ohjaamalla ja neuvomalla häntä. (Jäntti 2000, 121–126.)

#### 5.4 Kivun arviointi ja mittaaminen

Kiputuntemus riippuu aina tilanteesta, jossa se koetaan. Kipu on henkilökohtainen, yksilöllinen kokemus, jota on vaikea välittää toiselle ihmiselle. (Blondal & Halldorsdottir 2008.) Toinen ihminen, esimerkiksi hoitaja ei voi tietää, miltä kipua kokevasta henkilöstä tuntuu, ellei hän ole itse kokenut juuri samanlaista kipua. Kivun mittaamiseen ei ole suoraa menetelmää, vaan kivun mittaaminen perustuu ihmisen omaan ilmoitukseen kivusta. (Vainio 2009 c, 39–40.)

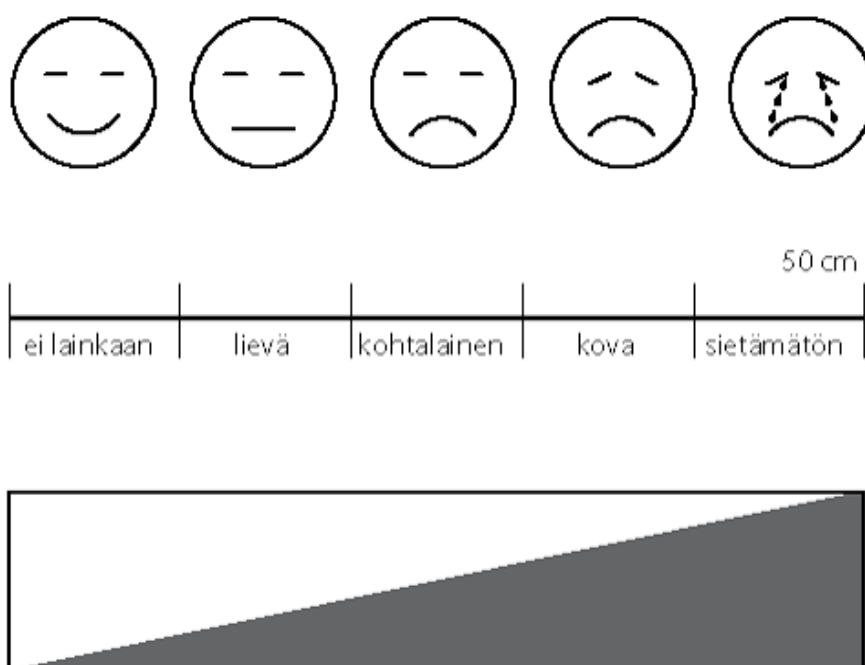
Potilaan kokema kipu selvitetään heti toimenpiteen jälkeen, osastolle siirtyessä. Kivunhoito edellyttää tietoa siitä, millaista kipua potilas kokee. Potilasta pyydetään arvioimaan kipua asteikoilla tai mittareilla. Missä ja milloin kipu tuntuu, millaista kipu on, miten voimakas kipu on ja miten kipu vaikuttaa potilaan elämään? Kipua seurataan säännöllisesti, hoitaja kysyy ja havainnoi potilaan kipua. (Nikkanen-Ilvesmäki & Tonteri 2011, 15–18.)

#### 5.5 Kipumittarit

Kivun mittaamista tarvitaan tutkimustyön ohella, myös kliinisten hoitovasteiden seurannassa. Tulosten tilastollinen käsittely on vaikeaa ilman mitattavaa suuretta. Hoitovasteiden arvioinnissa kivun mittaaminen on tärkeä osa muiden mittareiden ohella. Kipuasteet ovat kehitetty mittaamaan kivun voimakkuutta. (Kalso 2002 b, 41.)

Kipumittarin tarkoituksena on auttaa kuvaamaan potilaan kivun voimakkuutta (Kalso 2002 b, 41). Yleisimmin käytetty kipumittari on Visuaali Analogiasteikko eli VAS. Se on 10 cm pitkä jana, jonka vasemmassa päässä on 0 eli ”ei kipua” ja oikeassa päässä 10 eli ”pahin mahdollinen kipu”. Potilas merkitsee paikan janan kohdalle, joka vastaa hänen senhetkistä kipuaan. (Vainio 2009 c, 40–46.) VAS-asteikon avulla toteutetussa kivunhoidossa tulisi pyrkiä alle kolme lukemaan (Hendolin 1997, 109–110).

Kliinisenhoitotyön helpottamiseksi mittareista on kehitetty myös erilaisia versioita. Alla olevassa kuvassa on havainnoillistettu kasvoasteikko, sanallinen kipuas- teikko ja kipukiila. Lapsia varten on kehitetty kasvoasteikko, sen viidellä eri il- meellä kuvataan kivun voimakkuutta. Visuaalisten mittareiden lisäksi voidaan käyttää sanallista kipuas- teikkoa. 0 - ei kipua, 1 - lievä kipu, 2 - kohtalainen kipu, 3 - voimakas kipu ja 4 - sietämätön kipu. (Vainio 2009 c, 40–46.) Kipumittarin asemasta voidaan käyttää punaista kipukiilaa, jolloin asteikon kasvaminen pu- naisemmaksi havainnollistaa ja yksinkertaistaa kipujan- käyttöä. (Kalso 2002 b, 41.)



KUVIO 1. Kipumittareita (Keituri a, 2010.)

Lapsia varten on käytössä ilmeasteikko, josta lapsi pystyy valitsemaan kipua kuvaavan ilmeen. Kipujan-aa potilas voi itse merkitä kivun voimakkuuden. Kipu- janan sijasta voidaan käyttää kipukiilaa, joka on punaisen värinen. Potilas mer- kitsee nuolella kivun voimakkuuden.



**1. Missä kipu tuntuu** (kipupiirros)

**2. Kauanko kipu kestää**

- jatkuva, ajoittainen, kohtauksittainen
- jotain muuta

**3. Minkäläistä kipu on**

- pinnallinen – syvä
- epämääräinen – tarkkarajainen
- tylppä – jomottava
- puristava – kinnaava
- pistävä – vihlova
- viiltävä – repivä
- jotain muuta

**4. Miten voimakkaana kipu koetaan**

Kivun aste: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

lievä kipu kohtalainen kipu voimakas kipu

**5. Mikä yleensä vaikuttaa kipuun, pahentaa tai helpottaa**

**6. Mitä lääkettä on kokeiltu ja miten se on auttanut; sivuvaikutukset**

**7. Potilaan oireet: voimakkuus (0, +, ++, +++), muuta huomioitavaa**

- kipu \_\_\_\_\_
- hengenahdistus \_\_\_\_\_
- pahoinvointi, oksentelu \_\_\_\_\_
- ummetus \_\_\_\_\_
- ruokahaluttomuus \_\_\_\_\_
- painon lasku \_\_\_\_\_
- unettomuus \_\_\_\_\_
- masennus \_\_\_\_\_
- yleinen väsymys \_\_\_\_\_

**8. Potilaan itsensä kokemat pahimmat ongelmat**

**9. Potilaan liikkumiskyky**

KUVIO 2. Kipuanalyysi (Keituri b, 2010.)

Kipuanalyysin kohdassa 4 on kuvattu VAS-asteikkoa. VAS-asteikolla kivun arviointi toteutuu numeraalisesti, jossa nollan-kymmenen välillä arvioidaan kivun vahvuutta lievästä voimakkaaseen.

## 6 MONIAMMATILLINEN KIVUNHOITO

### 6.1 Moniammatillinen yhteistyö postoperatiivisessa kivunhoidossa

Postoperatiivisen kivunhoidon toteutuminen sairaalassa koostuu eri ammattiryhmien yhteistyöstä ja se on monessa paikassa järjestäytyntä. Kivunhoitoon osallistuvat, anestesia lääkäri, kirurgi, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Useissa sairaaloissa on organisaatio, APS eli Acute Pain Service, siellä toimivat akuutista kivusta vastaavat lääkärit ja kipuhoitajat. Suomen kivunhoidonyhdistys on tehnyt selvityksen APS toiminnasta sairaaloissa. Selvityksessä todettiin, että APS-organisaation tehtäviä ovat muun muassa henkilökunnan koulutus, potilasohjaus ja kivunhoitomenetelmien kehittäminen. (Salanterä ym. 2006 d, 66–67.)

APC-kipuhoitaja Birthe Rehn on todennut, että kipu on subjektiivinen ja yksilöllinen kokemus ja potilas on itse oman kipunsa ainoa asiantuntija. Potilaan kiputuntemusten ja aikaisempien kokemusten esiin saaminen edellyttää luotettavaa ja avointa hoitosuhdetta, jossa kunnioitetaan ajatusta, että kipu on hyvin henkilökohtainen asia. (Ritmala-Castrén 2005.)

### 6.2 Sairaanhoitaja kivunhoidon asiantuntijana

Hoitotyönasiantuntijaksi kasvaminen on prosessi, joka edellyttää jatkuvaa kouluttautumista ja työkokemusta. Sairaanhoitajan asiantuntijuus liittyy osaamiseen, pätevyyteen ja ammattitaitoon ja on riippuvainen työtehtävistä ja työyhteisöstä. (Yang 2010.) Yleisesti ottaen sairaanhoitaja toimii itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana hoitaessaan potilaita erilaisissa toimintaympäristöissä ja toteuttaa potilaalle määrättyjä hoitomääräyksiä. (Salanterä ym. 2006 d, 69–70).

Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisesta, johon kuuluvat eettinen toiminta, kliininen hoitotyö, lääkehoito, terveyden edistäminen,

hoitotyön päätöksenteko, monikulttuurinen hoitotyö, opetus ja ohjaus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen ja yhteiskunnallinen toiminta. Kivun arviointi ja hoito ovat olennainen osa laadukasta hoitotyötä, jossa myös potilas ja hänen läheisensä huomioidaan. Kivun arvioinnin tulee olla säännöllistä ja systemaattista, sillä se ohjaa potilaan kivunhoidon suunnittelua. Kipupotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa sairaanhoitaja tarvitsee tietoa kivun mekanismeista, etiologiasta ja niistä tekijöistä, jotka estävät tai mahdollistavat kivun hallintaa. (Suomen kivunhoitoyhdistys 2010, 1–7.)

Oikea ja turvallinen kivunhoito vaatii sairaanhoitajien jatkuvaa kouluttautumista. Sairanhoitajien tulisi käydä säännöllisesti kipukoulutuksissa, jotta he saisivat uusinta ja ajankohtaisinta tietoa kivunhoidosta. Koulutukset edistävät lääkehoidon turvallisuutta ja sairaanhoitajat pystyvät paremmin ohjaamaan potilaita kivunhoidossa. (Kalso 2009.)

Eräässä yliopistollisessa sairaalassa, kirurgisella vuodeosastolla on tehty kysely ”Potilaan autonomian toteutuminen hoitotyössä”. Kyselyyn osallistuneista potilaista 70 % – 95 % vastasi, että sairaanhoitaja antaa heille tietoa henkilökohtaisesta puhtaudesta, ravinnosta, kipulääkityksestä ja lääkityksen antotavasta. Lähes 80 % kyselyyn vastanneista potilaista olivat sitä mieltä, että he ovat saaneet tietoa heille tehdyistä tutkimuksista ja lääkityksistä. (Välimäki, Leino-Kilpi, Antila, Myllylä, Dassen, Gasull, Lemonidopu, Scott, Arndt, & Kaurila 2001, 155–166.)

### 6.3 Kivun kirjaaminen

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa hoitotyöntekijöitä potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja salassapitoon (559/1994). Hyvin kirjattu kivunhoito antaa selkeän kuvan potilaan kivusta. Kirjauksessa sairaanhoitaja selvittää miten potilaan kivunhoito on toteutettu ja miten se on vaikuttanut. Ylös kirjataan mitä lääkettä annettiin, kuinka paljon, milloin potilas lääkettä sai ja mihin vaivaan. (Salanterä ym. 2006 e, 102–105.)

Potilasasiakirjojen ja hoitotyönkirjaamisen tavoitteena on potilaan jatko- ja kokonaihoidon turvaaminen, potilaan tiedonsaantioikeuden toteennäyttäminen ja henkilökunnan oikeusturvan varmistaminen sekä tiedon tuottaminen johtamisen, opetuksen ja tutkimuksen tueksi. Hoitotyön kirjaamiselle on juridinen velvoite. Kirjaamisesta on hyötyä esimerkiksi lääketieteellisen kuolemansyyn tutkimisessa. Potilaslain 785/1992 12 §:ssä todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin hoitoon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Tiusanen, Junttila, Leinonen & Salanterä 2009, 269–270.)

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINESITON ANALYSOINTI

### 7.1 Tutkimuksen tarkoitus

Opinnäytetyönaineiston empiirisen osan toteutimme eräässä Uudenmaan sairaanhoitopiirissä sydänpotilaita hoitavalla kirurgisella osastolla. Tutkimme sairaanhoitajien toteuttamaa postoperatiivista kivunhoitoa. Kivunhoidosta saatu uusi tieto lisää onnistunutta kivunhoitoa ja tämän takia sairaanhoitajan on pidettävä ammattitaito ajan tasalla.

Tutkimuksessa haimme vastauksia neljään teemakysymykseen:

1. Miten arvioit potilaan postoperatiivista kipua?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kivunhoitoon?
3. Milloin kivunhoito on mielestäsi onnistunut?
4. Miten sairaanhoitajana kehittäisit kivunhoitoa?

Tutkimusosastolla hoidetaan potilaita joille on tehty kirurginen toimenpide esimerkiksi sepelvaltimoidenohitusleikkaus tai läppäleikkaus. Osastolla hoidetaan myös sydän- ja keuhkosiirtopotilaita. Potilaiden ikä vaihtelee 18-vuotiaasta noin 90-vuotiaaseen saakka. Potilaat siirtyvät kirurgiselle vuodeosastolle tehoosastolta yleensä ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Hoitoaika vaihtelee viidestä vuorokaudesta kahteen viikkoon. Osastolla työskentelee 26 sairaanhoitajaa ja kolme perushoitajaa.

### 7.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineiston keräsimme puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla keväällä 2011. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan johonkin tiettyyn teemaan ja kysymyksien tarkoituksena on, että haastateltavat voivat vastata kysymyksiin omin sanoin (Hirsijärvi & Hurme 2000, 47–49). Teemahaastattelu

on kaikista haastattelun muodoista lähimpänä keskustelua. Teemahaastattelussa haastattelija selvittää haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä sen mukaan kuin ne tulevat aidosti vastaan keskustelun kuluessa (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 198–199.) Teemahaastattelun etu on joustavuus, tutkija pystyy tarkentamaan kysymyksiä ja välttää näin väärinkäsityksiltä (Tuomi & Arajärvi 2009, 71–77).

Pidimme molemmat tärkeänä sitä, että käymme ennen tutkimushaastatteluita tekemässä pilottihaastattelun. Olimme yhteyttä Uudenmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevään kliiniseen opettajaan Margit Eckhardtiin. Margit Eckhardt ei työskentele sairaalassa jossa tutkimuksen teimme. Pilottihaastattelu täytti odotuksemme, koska saimme erittäin asiantuntevaa tietoa ja käytännön kokemusta haastattelutilanteesta. Pilottihaastattelun jälkeen sovimme tutkimusosastolla työskentelevän osastonhoitajan kanssa haastatteluista.

Tutkimusosaston osastonhoitaja valitsi neljä sairaanhoitajaa vastaamaan kysymyksiimme. Haastateltavat sairaanhoitajat valittiin sattumanvaraisesti, kenellä tahansa olisi ollut mahdollisuus osallistua. Tutkimukseen laadimme neljä teemakysymystä, jotka löytyvät edellisestä kappaleesta. Haastattelut toteutimme suullisena yksilöhaastatteluina. Sairanhoitaja sai vapaasti vastata kysymyseen ja kertoa mielipiteensä asiasta. Haastattelun aikana esitimme tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä ja teimme kirjallisia muistiinpanoja.

Ennen haastatteluiden toteuttamista lähetimme sähköpostilla osastonhoitajalle saatekirjeen (liite 1). Saatekirjeen tarkoitus oli orientoida sairaanhoitajia tulevaan haastatteluun. Haastattelutilanteen alussa haastateltava täytti esitietolomakkeen (liite 2). Esitietolomakkeen avulla saimme tietoa sairaanhoitajien työhistoriasta ja koulutuksista.

Haastattelut toteutuivat vuodeosaston tiloissa etukäteen sovittuna ajankohtana sairaanhoitajien virka-aikana. Saatekirjeessä ja haastattelutilanteessa kerroimme vielä työntekijälle, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Suunnittelimme haastattelutilanteet niin, että molemmat haastattelijat ovat läs-

nä. Yhdessä haastattelussa vain toinen meistä oli paikalla, muuten haastattelut toteutuivat suunnitelmien mukaisesti molempien läsnä ollessa. Kaikissa haastattelutilanteissa oli ystävällinen ilmapiiri. Pyrimme alusta asti siihen, ettei kumpikaan osapuoli turhaan jännittäisi. Arvostimme asiantuntevia sairaanhoitajia ja heiltä saatua tietoa. Jokaiseen haastatteluun olimme varanneet aikaa noin 30–40 minuuttia. Haastatteluiden pituudet vaihtelivat. Pisin haastattelu kesti 41 minuuttia, kaksi haastattelua 20 minuuttia ja yksi haastattelu 19 minuuttia. Haastattelut nauhoitimme. Analyysivaiheessa aukikirjoitimme haastattelut sanataarkasti. Nauhat tuhosimme puhtaaksikirjoituksen jälkeen.

### 7.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset ovat tutkimuksen ydinasiat. Aineiston analyysi antaa vastauksia siihen mitkä ovat olleet tutkimusongelmat. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 2009.) Analyysivaihe alkaa haastattelutilanteessa, jossa tutkija tekee omia havaintoja ja miettii tutkittavan sanoja ja ilmaisuja. Analyysissä aineisto eritellään, luokitellaan, luodaan kokonaiskuvaa ja esitetään tutkittava ilmiö. (Hirsijärvi ja Hurme 2000, 135–154.)

Aineiston analysoimme kvalitatiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Kvalitatiivisen aineiston analyysin tarkoitus on tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä niin, ettei aineistossa oleva tieto häviä (Eskola & Suoranta 1998,138). Kvalitatiivinen sisällönanalyysi on tapa jolla voidaan analysoida dokumentteja ja aineistoja systemaattisesti ja objektiivisesti. Kvalitatiivisen sisällönanalyysimenetelmän avulla on mahdollista esittää tutkittava ilmiö tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopuksi luodaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Sisällön analyysissä käytimme induktiivista tapaa. Induktiivisessa tavassa käytetään analyysiaineistosta yhtä tai useampaa sanaa tai kokonaista lausetta. Induktiivisessa tavassa ensimmäiseksi aineisto pelkistetään ja ryhmitellään. Toisessa vaiheessa aineistosta etsitetään yhtäläisyyksiä, jossa samaa tarkoittavat

asiat yhdistetään alateemoihin ja niille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Samaa sisältöä vastaavat teemat yhdistetään toisiinsa ja muodostetaan yläteemat. Sen jälkeen annetaan yläteemoille aineistoa vastaava nimi. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Teemojen muodostaminen on analyysin kriittinen vaihe, koska tutkija päättää tulkintansa mukaan, millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat samaan tai eri teemaan. Alateemojen ja yläteemojen avulla vastataan tutkimusongelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

Analysoinnissa etsimme vastauksia neljään teemaan, miten kipua pystytään arvioimaan, mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kivunhoitoon, milloin kivunhoito on onnistunut ja mitä sairaanhoitaja kehittäisi kivunhoidossa. Analysointi eteni poimimalla litteroidusta tekstistä merkityksellisiä asioita ja asiakokonaisuuksia. Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin niin, että samaa tarkoittavat asiat yhdistettiin. Tämän jälkeen annoimme aineistolle näiden sisältöä kuvaavat nimet ja näin muodostuivat tutkimuksen ylä- ja alateemat (liite 4). Yläteemoiksi muodostuivat tutkimuskysymykset ja alateemat ovat pienet otsikot. Tutkimustuloksissa olemme kirjoittaneet johdattavan tekstin alateemoissa esille tulevista tuloksista. Tutkimustuloksiin yhdistimme haastatteluissa esiin tulleita suoria lainauksia. Haastateltavat henkilöt merkitsimme suoraan lainaukseen sairaanhoitaja 1, sairaanhoitaja 2, sairaanhoitaja 3 tai sairaanhoitaja 4. Esimerkiksi ”kun on tyytyväinen potilas, silloin on kipulääkitys kohdallaan.” (Sairanhoitaja 2).



## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Sairaanhoitaja potilaan postoperatiivisen kivun arvioijana

Tutkimustuloksia tarkastellessa kivun arvioimisesta nousi esille kaksi merkittävää pääryhmää ja menetelmää. Yleisimmäksi arviointimenetelmäksi sairaanhoitajat kokivat kivun kysymisen suoraan potilaalta. Toiseksi yleisimpänä keinona kivun arvioinnissa käytettiin sairaanhoitajan kokemuksen myötä tullutta ammattitaitoa. Kokemuksen myötä sairaanhoitajat osasivat tunnistaa potilaan kivut eleistä ja ilmeistä. Esitietolomakkeista ilmeni, että sairaanhoitajien työkokemus vaihteli 10–25 vuoteen ja kaikki haastateltavat henkilöt kertoivat käyneen kipukoulutuksissa. Kivun arvioinnista kysyttäessä kaikki neljä sairaanhoitajaa kertoivat ensimmäisenä VAS-mittareista, mutta sen käyttö oli kuitenkin erittäin vähäistä.

#### 8.1.1 Sairaanhoitaja kivun kysyjänä

Hyväksi arviointimenetelmäksi kaikki neljä sairaanhoitajaa kokivat kivun kysymisen suoraan potilaalta. Sairaanhoitajat kysyvät potilaan kivuista työvuoron aikana useita kertoja ja suosittelivat kipulääkettä otettavaksi jo ennen kuin kivut ilmenevät. Vähemmän kivun arvioinnissa käytettiin tarkkoja mittauksia, muun muassa verenpainetta ei aina otettu jokaiselta potilaalta.

Kysymällä, kysymällä, katsomalla miltä potilas näyttää. (Sairaanhoitaja 3).

No sitä tulee kysytyä sen työpäivän aikana ihan lukemattomia kertoja. (Sairaanhoitaja 2).

Kipua arvioidaan periaatteessa, tai hoidetaan ennen kun se ehtii ees tulla. (Sairaanhoitaja 1).

Niin täällä on siis leikattuja potilaita niin eihän me nyt kaikilta ruveta aina just verenpainetta mittaamaan tai tekemään tällaisia tarkkoja kipumittauksia. (Sairaanhoitaja 4.)

### 8.1.2 Sairaanhoitaja kivun havainnoijana

Kaikki neljä haastateltavaa kertoivat kivun arvioinnin tapahtuvan katsomalla potilasta. Haastatteluissa kävi ilmi, että sairaanhoitajan kokemuksen myötä potilaasta pystyy näkemään ja havainnoimaan kipua. Havainnointi tapahtuu muun muassa potilaan ilmeistä ja eleistä. Sairaanhoitajalle on tullut kokemuksen myötä oma yksilöllinen tapa arvioida potilaan kipua. Kivulias potilas voi esimerkiksi irvistää, kurtistaa kulmiaan tai kehonkieli voi muuttua levottomaksi.

Sairaanhoitaja arvioi potilaan kipua omalla sisäisellä tavallaan, omasta kokemuksesta, se miten hän näkee potilasta ja kokemuksesta saatu tieto. (Sairaanhoitaja 1.)

Ne on kipeän näköisiä, kipeän näköinen on otsa rutussa tai sitten hengittää vähän huonosti ne on kipeitä. Liikkuminen on kipeetä ja oleminen on kipeetä. Niin se vaan on se on se elekieli, kun aistii, sitten kun yksilöt on yksilöitä ni se elekieli on niin erilaista erilaisilla ihmisillä. (Sairaanhoitaja 3.)

Näkemään potilaan kehonkielestä, sen ilmeestä, se kurtistaa kulmiaan mikään ei oo oikein niin kun hyvin. (Sairaanhoitaja 2).

Kipua arvioitaessa sairaanhoitajat käyttivät muun muassa seuraavia sanoja: kokemuksen myötä, työn tekemisen myötä, on opittua, sisäinen tapa, oma arviointi, ennakointia, pystyt näkemään eleistä, kasvoista, ilmeistä, nähdään, näkemys, näkemään, ilmeistä näkee ilmeestä, olemus vaikuttaa siltä, näyttää siltä, tarkkailemalla, näyttää ja tuntuu, näkee, nähdään enemmän ja katsomalla.

### 8.1.3 VAS-mittarin käyttö

Kolme neljästä haastateltavasta kertoi, ettei käytä kipumittareita. Yksi haastateltava kertoi että kipumittaria voi käyttää, mutta haastattelussa ei selvinnyt käyttääkö hän itse. Yksi haastateltava kertoi että VAS-mittaria kuitenkin suositellaan käytettäväksi kivun arviointiin ja kipulääkkeen vaikuttavuuteen. VAS-mittaria käytetään yleisemmin silloin, kun potilaalla on käytössä kipupumppu.

Hirveen vähän käytetään välttämättä mitään VAS-asteikkoja kuitenkaan vuodeosastolla, vaikka kivun arviointi ja kipulääkkeen vaikuttavuutta suositellaan näin tehtäväksi, mut se ei käytännössä läheskään kaikille tehdä ellei oo sitten ihan kipupumppu käytössä, no kipuun kiinnitetään enemmän huomiota. (Sairaanhoitaja 1.)

VAS-mittari on käytössä, mutta henkilökohtaisesti tulee vähän harvemmin käytettyä sitä mittaria (Sairaanhoitaja 2).

Haastateltavat kokivat kivun arvioinnin tapahtuvan helpommin kysymällä potilaalta kivuista, kuin VAS-mittarin käytön. Yhden haastateltavan mielestä kipumittari ei ole välttämättä edes kovin luotettava kaikkien ikäryhmien kohdalla, koska kivun kokeminen on erittäin yksilöllistä.

Joku sanoo et on kivut kympin ja ei oo juurikaan kipeä ja joku voi olla kipeä vaikka olis kaks, ni joku kokee olevansa älyttömän kipeä (Sairaanhoitaja 3).

Se on noilla vanhuksilla vähän hämärä se nolla ei kipeä, kymppi kivut et en mä tie onko se niin luotettava loppupeleissä kuitenkaan (Sairaanhoitaja 4).

## 8.2 Onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttavat tekijät

Tutkimustuloksia tarkastellessa käy ilmi, että onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttaa suuresti moniammatillinen yhteistyö ja sairaanhoitajan ja potilaan välinen yhteistyö. Eri ammattiryhmien asiantuntijat ovat tärkeitä kivunhoidossa, koska jokaisella on oma erityisosaamisalueensa. Paras oman kivun arvioija on potilas itse, mutta hoitajalta odotetaan osaamista kivunhoidon kokonaiskuvan näkemiseen. Hoitajan toimintatavat, hoito keinot ja lääkehoito vaikuttivat myös onnistuneeseen kivunhoitoon.

### 8.2.1 Moniammatillinen yhteistyö

Kolme neljästä haastateltavasta kertoi moniammatillisen yhteistyön kuuluvan isona osana onnistuneeseen kivunhoitoon. Sairaalassa on saatavilla kivuneri-

tyisosaaaja, jotka voidaan kutsua paikalle tarpeen tullessa. Yksi sairaanhoitaja kertoi toimivan yhteistyön tarkoittavan esimerkiksi sitä, että päivystysaikana potilas saa sujuvasti epiduraalipuudutuksen kivunhoitoon, eikä hän joudu sitä turhaan odottamaan. Sairaanhoitaja mainitsi myös, että kivunhoito on jaettua osaamista ja vastuuta. Eri ammattiryhmillä on erilaista osaamista ja erilaiset vahvuudet kivun hoitamisen suhteen. Sairaalassa kivunhoitoa toteutetaan tutkimusnäytön kautta.

Tää on sillain kuitenkin, et duunii tehään porukalla (Sairaanhoitaja 1).

Että kipuhuolto sit jos on ongelmatilanne se puretaan yhdessä ja mietitään että mikä tässä voi olla niiku homman nimi mut sitten on kuitenkin sairaalassa olemassa ympäri vuorokauden asiantuntijoita, ketä voi tähän nii kun konsultoida. (Sairaanhoitaja 1.)

Sairaalan moniammatilliseen työryhmään kuuluu sairaanhoitajien lisäksi kivun erityisosaaaja. Haastateltavat kertoivat kivun erityisosaaajien olevan kipuhuoltajat, fysioterapeutit, anestesia- ja kipulääkärit.

Kaikki haastateltavat mainitsivat että osaston kollegoilta saatu apu ja tuki on kivun hoidossa tärkeää. Erittäin kivuliaan potilaan kohdalla sairaanhoitajat pyytävät neuvoa kipuhuoltajalta. Kipuhuoltaja voi tarkistaa potilaan lääkkeet uudelleen anestesia- ja kipulääkärin kanssa.

Potilaan kuntoutukseen vaikuttaa suurelta osin fysioterapeutin kanssa tehtävät harjoitukset, esimerkiksi hengitysharjoitukset. Fysioterapeutti seuraa harjoitusten aikana potilaan kiputiloja. Kivun ilmetessä fysioterapeutti pyytää sairaanhoitajaa antamaan potilaalle kipulääkettä.

Kaikki niiku pelaa hyvin kimpassa sairaalassa on riittäviä resurssja. (Sairaanhoitaja 2).

Jos on sellainen yksinkertainen kipu niin me selvittää niillä ohjeilla ja raameilla, mitkä on meille annettu ja miten me niin ku osataan niin ku toteuttaa sitä ja sitten miten potilas antaa meille palautetta et mis mennään mut jos se on sit on vaikeitakin kipuja siihen tarvitaan semmonen tiimityöskentely et siihen tarvitaan sitten jo kipuhoi-

taja, kipulääkäri, ja ja joskus kivunhoito ni ei se oo niin yks selitteistä. (Sairaanhoitaja 1.)

Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että onnistunut kivunhoito määräytyy myös sen mukaan mitä kipulääkettä lääkäri on määrännyt. Haastateltava totesi, että sairaanhoitajalla pitää olla rohkeus ajaa potilaan asiaa, esimerkiksi jos potilaan kipulääkitys ei ole kohdallaan. Hoitajan tulisi konsultoida herkästi lääkäriä, mikäli hänellä on huoli potilaasta.

Ehkä se kans on tärkeätä et pitää uskaltaa ajaa sitä asiaa, että mä haluan että tälle, tää kipulääkitys on riittävä tai et tää on tälle sopiva täs tulee tälläsiä sivuvaikutuksia, et mä haluan et tätä muutetaan. Et se on yhdessä arviointia jollain tapaa. (Sairaanhoitaja 1.)

Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että vaikka kuinka moniammattillisessa työryhmässä paneuduttaisiin potilaan kivunhoitoon, niin välttämättä potilas ei ole siltikään tyytyväinen. Potilaat ovat yksilöllisiä ja joillekin kivuttomuus tarkoittaa eri asiaa.

### 8.2.2 Sairaanhoitajan ja potilaan välinen yhteistyö

Kolme neljästä sairaanhoitajasta kertoi, että yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä on olennaisen tärkeää. Sairaanhoitajan ja potilaan yhteistyö koostuu muun muassa siitä, että hoitaja kommunikoi potilaan kanssa ja osaa arvioida potilaan käyttäytymisestä, milloin potilas on kivulias. Hoitajan tulee huolehtia siitä, että potilas saa kipulääkettä riittävästi ja riittävän usein. Yksi sairaanhoitaja kertoi, että onnistuneessa kivunhoidossa on tärkeää, että hoitaja kertoo kipulääkityksen vaikuttavuudesta potilaalle. Hoitaja kertoo kipulääkityksen tärkeydestä muun muassa siksi, ettei potilaalle pääsisi tulemaan kipuhuippua.

Potilas on paras oman kivun arvioijana. Onnistuneessa kivunhoidossa tärkeä asia on se, että potilas pystyy kertomaan ja kuvamaan missä kipu on ja kuinka kova se on. Potilas pystyy arvioimaan myös omaa kipulääkitystään, kertomalla sivuvaikutuksista ja mitä helpotusta kipulääke tuo.

Parhaiten omaa kivunhoitoa arvioi potilas nii mitä paremmin potilas on siinä mukana, mitä mä ite koen kuitenkin mitä paremmin hän pystyy ite kuvaamaan sitä (Sairaanhoitaja 3).

Kivun ehkäisemiseksi potilaat kysyvät lisää tietoa erilaisista asennoista. Potilaat kysyvät, että voivatko he nukkua kylkiasennossa vai painuuko esimerkiksi sternumhaava ja aiheutuuko siitä kahta kauheampi kipu.

### 8.2.3 Sairaanhoitajan toimintatavat ja hoitokeinot

Yksi sairaanhoitaja kertoi, että osastolla postoperatiivisen kivunhoidon toteutuksessa noudatetaan käypähoito- suosituksia, lisäksi on olemassa hoitajan yksilökohtaisia eroja ja asioita. Hoitajilla voi olla erilaisia käsityksiä siitä, mitä potilas haluaa tai tarvitsee. Hoitajien käsitykset hyvästä kivunhoidosta voivat olla erilaisia, koska osalla hoitajista on vanhempaa tietoa ja osalla uudempaa. Lisäksi ihmisten omat mielipiteet ja arvostukset vaikuttavat.

On olemassa siis tällaisia yksilö ja hoitaja kohtaisia eroja ja asioita. Riippuu kuka hoitaa potilasta, saattaa olla erilaisia käsityksiä mitä potilas haluaa tai mitä potilas tarvitsee. (Sairaanhoitaja 4.)

Sairaanhoitajat ennakoivat potilaan kipua, antamalla potilaalle suullista ohjausta. Sairaanhoitajat kertovat asioista, jotka vaikuttavat kipuun. Hoitaja pystyy myös toimintojen kautta lievittämään potilaan kipua, esimerkiksi potilaan asennolla. Kipuja voidaan ennakoida tekemällä esimerkiksi pulloon puhalluksia, jossa hoitaja voi tyynyllä tukea tai ottaa lavasta kiinni ja auttaa potilasta näin kunnon yskimään. Yksi hoitaja kertoi, että leikkauksen jälkeisiin turvotuksiin hän käyttää kylmää ja mahdollisiin lihaskipuihin kipugeelejä.

### 8.2.4 Onnistunut lääkehoito

Sairaanhoitajien mielestä potilaan kannalta onnistunut kipulääkitys on riittävän ajoissa annettua, oikein annosteltua ja sitä ettei kipu pääse pahenemaan ja hänelle tulee siitä mahdollisimman vähän sivuvaikutuksia. Sairaanhoitajat kertoi-

vat, että yleisimpiä sivuvaikutuksia voivat olla esimerkiksi ummetus, pahoinvointi, huimaus, sekavuus ja hikoilu.

Menee aikaa ennen kun löytyy se sopiva kipulääkitys ja siis ei välttämättä vaan se kipulääke vaan siihen tulee sit jotain muuta lääkettä lisäksi et siis se onnistunut kipulääkitys on äärettömän vaikeeta vaatii työtä ja se on niin yksilöllistä et. (Sairaanhoitaja 3.)

Osastolla käytetään kivunlievitysmenetelmänä kipulääkitystä, koska kyseessä on postoperatiivinen kivunhoito, meillä ei oikein ole muita menetelmiä, heti tän leikkauksen jälkeen. (Sairaanhoitaja 4).

Osastolla käytetään ensisijaisena kipulääkkeenä tabletteja. Suunkautta annettuna kipulääke vaikuttaa tasaisemmin ja on luonnollisin tapa. Kipulääkitys toteutetaan pistoksena, jos suun kautta ottaminen on jostain syystä estynyt. Melko vähän osastolla kuitenkin käytetään lihakseen tai laskimoon annosteltavaa kipulääkettä. Kaksi hoitajaa kertoi, ettei edes muista, milloin on viimeksi pistänyt kipulääkettä lihakseen, koska heidän mielestään lääkkeellä on yhtä hyvä vaste suunkautta otettuna. Yksi haastateltava pohti, että lihakseen pistäminen on sairaanhoitajan näkökulmasta hirveän helppoa, mutta onko se sitten onnistunutta hoitoa, vaikka se olisikin helppoa.

Hoitokulttuuri suoneensisäisten kipulääkkeiden kohdalla on muuttunut ja nykyään suositaan enemmän suun kautta antamista. Osastolla käytetään harvemmin kipupumppuja ja epiduraalipuudutteita. (Sairaanhoitaja 1.)

Harvoin on käytössä kipupumppu, kipulaastareita ei ole käytössä postoperatiivisessa kivussa. (Sairaanhoitaja 3).

Lääkkeen muoto vaikuttaa onnistuneeseen kipulääkitykseen mun mielestä, et sä saat sen potilaaseen menemään ilman et siitä tulee semmosta äkillistä sivuvaikutusta esimerkiksi tulee hengityslamaa. (Sairaanhoitaja 1).

### 8.3 Milloin kivunhoito on onnistunut

Tärkeimmäksi asiaksi onnistuneessa kivunhoidossa sairaanhoitajat kokivat sen, että potilas on tyytyväinen. Tärkeää oli myös kertoa potilaalle lääkkeen vaiku-

tuksista, kivun lievityksestä ja myös mahdollisista sivuvaikutuksista. Osastolla on leikattuja potilaita, joten kipulääkitys on välttämätön. Haastateltavat kertoivat myös osastolla yleisimmin käytetyistä kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksista.

### 8.3.1 Kun on tyytyväinen potilas, silloin kipulääkitys on kohdallaan

Kaikki neljä haastateltavaa kokivat onnistuneen kivunhoidon merkitsevän sitä, että potilas on tyytyväinen. Näin potilaan itsemääräämisoikeus on myös otettu huomioon. Tyytyväisen potilaan tunnistaa ilmeistä, hän hapettuu hyvin ja hengitysilme näyttää hyvältä. Yksi haastateltava kertoi myös kysyvänsä potilaalta onko hän tyytyväinen saamaansa kivunhoitoon.

Potilas on tyytyväinen muun muassa silloin kun hän on päässyt itse vaikuttamaan päätöksen tekoon ja yhdessä sovittuun ratkaisuun. (Sairaanhoitaja 1.)

Kun on tyytyväinen potilas, silloin on kipulääkitys kohdallaan. (Sairaanhoitaja 2).

Kyl se potilas näyttää tyytyväiseltä sitten kun on kivuton. (Sairaanhoitaja 3).

Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että potilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä osastolla saamaansa kivunhoitoon. Yksi haastateltava kertoi, että harvemmin potilaat valittavat, että olisivat olleet hoitojakson aikana erityisen kipeitä. Toinen haastateltavista oli sitä mieltä, että ennen kun potilaan kivut saadaan hallintaan voi mennä hetki aikaa. Tämän takia potilaat voivat olla erityisen tyytymättömiä. Sairaanhoitaja kertoi, että tilanteen parannuttua potilaat ovat kuitenkin tyytyväisiä

### 8.3.2 Onnistunut kivunhoito

Sairaanhoitajien mielestä onnistunut kivunhoito koostui monesta eri tekijästä. Osastolla toteutetaan kivunhoitoa yksilöllisesti ja potilaan tarpeiden mukaan.



Kivunhoidon ideaalitalanne on, että mistään ei pääse muodostumaan ongelmaa potilaalle. Kipu tulisi hoitaa niin, ettei se pääse krooniseksi. Kivunhoidossa tärkeää on, että sitä hoidetaan heti alusta alkaen ja aktiivisesti. Olennaista onnistuneessa kipulääkityksessä on ajoissa saatu lääke, lääkettä on saatavilla ja sitä tarjotaan potilaalle. Tärkeää olisi myös, se että potilaat osaisivat itse pyytää lääkettä.

Onnistuneen kivunhoidon niin kun tällänen kulmakivi on jollain tapaa et siihen puututaan heti alusta alkaen. (Sairaanhoitaja 4).

Yksi haastateltava kertoi, että potilaan kipu ei saa missään vaiheessa tulla liian kovaksi vaan sen täytyy pysyä hallinnassa. Kivunhoito on epäonnistunut, jos se vie potilaan sängyn pohjalle.

Kipulääkitys on hyvä silloin kun potilaat nimenomaan tietää, että sitä saa. Sitä pitää mainostaa, että kivusta ei tarte kärsiä. (Sairaanhoitaja 1).

Jos potilaat tarvitsevat kipulääkettä, sitä on niille annettava. (Sairaanhoitaja 4).

Yksi sairaanhoitaja oli sitä mieltä, että osastolla on jo olemassa kaikki hyvät ja toimivat tavat kivunhoidon toteutuksessa.

En mä osaa sanoa miten sitä pitäis kehittää. Jos toimivat systeemit eivät riitä saamme lääkäreiltä lisäapua. (Sairaanhoitaja 2).

### 8.3.3 Onnistuneen kipulääkityksen tekijät

Haastatteluissa kävi ilmi, että potilaan postoperatiivinen kipulääkitys riippuu siitä, kuinka monta hoitopäivää leikkauksesta on. Kaikki neljä sairaanhoitajaa kertoivat, että postoperatiivinen kipulääkitys aloitetaan N-lääkkeillä esimerkiksi Oxanestilla. Yksi sairaanhoitaja mainitsi, että potilailla N-lääkkeen tarve vähenee yleensä kolmantena postoperatiivisena päivänä. Toinen sairaanhoitaja taas mainitsi, että usein neljännen ja viidennen päivän paikkeilla päästään eroon N-lääkkeistä. N-lääkkeistä puhuttaessa haastateltavat sairaanhoitajat mainitsivat

Oxanestin ja Oxynormin. Osastolla käytetään yleensä Oxynormia, koska sen voi antaa suun kautta ja vaikuttaa näin tasaisemmin. Sairaanhoitajat eivät pysyneet tarkkaan muistamaan, milloin viimeksi olivat pistäneet Oxanestia lihakseen. N-lääkkeiden lisäksi kipulääkityksessä käytetään niin sanottua pohjalääkitystä. Pohjalääkitys sisältää useimmiten Panadolin ja Tramalin. Kolmannen päivän jälkeen usein päästään eroon n-lääkkeistä ja tämän jälkeen kipulääkkeiksi riittää Panadol ja Tramal, esimerkiksi annostuksella Panadol 1g 1x3 ja Tramal 100mg 1x3 on yhden sairaanhoitajan mielestä hyvä yhdistelmä. Osastolla potilaat eivät yleensä tarvitse Panadolin ja Tramalin lisäksi mitään, jos kaikki menee kivunhoidossa hyvin. Jos kuitenkin käy niin, että edellä mainitut kipulääkkeet eivät riitä potilaalle, on Lyrica sopiva lääke niiden rinnalle.

#### 8.3.4 Lääkkeiden sivuvaikutukset ja riippuvuus

Kaikki sairaanhoitajat kertoivat onnistuneen kipulääkityksen tarkoittavan myös sitä, ettei potilaalle tule sivuvaikutuksia.

Oxanestista tulee sivuvaikutuksia, näkee pikku-ukkoja ja tälläsiä ja tuntuu et verhot kaatuu. Potilaat kyllä ymmärtää sen kun jos tietää että missä mennään nää johtuu kipulääkkeestä. (Sairaanhoitaja 1.)

Ilman että tulee liikaa sivuvaikutuksia, kaikkeen ei pysty vaikuttamaan, mut että on hyvä mitä vähempi tottakai tulee sivuvaikutuksia, pysyy älli päässä, suoli toimii hyvin. (Sairaanhoitaja 1).

Kipulääkitys on tasapainottelua negatiivisten vaikutusten ja kivunlievityksen kanssa. (Sairaanhoitaja 1.)

Negatiivisia sivuvaikutuksia voivat olla esimerkiksi univaikeudet. Kipulääkitystä pyritään arvioimaan yhdessä potilaan kanssa, esimerkiksi jos potilas on hirveän sekaisin lääkkeitä mietitään, mitä lääkityksessä voitaisiin muuttaa.

Kysyimme haastateltavilta sivuvaikutuksien yhteydessä myös lääkeriippuvuudesta. Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että potilaat voivat pelätä jäävänsä riippuvaiseksi kipulääkkeistä vähäisen tiedon vuoksi. Hänen mielestään tästä tu-

lisikin puhua ja tiedottaa potilaille, jotta potilaiden väärät käsitykset kipulääkityksestä muuttuvat. Haastateltavan mielestä haasteellista on hoitaa potilaita, jotka haluavat olla mahdollisimman vähillä lääkkeillä.

Toinen haastateltava taas oli sitä mieltä, että potilaat kieltäytyvät kipulääkkeistä todella harvoin, siinä pelossa, että jäisivät riippuvaisiksi. Lisäksi hän kertoo potilaille faktoja siitä, että kipuun otetusta lääkkeestä ei tule riippuvaiseksi. Hänen mielestään kipulääkkeet ovat tulleet tavalliseksi asiaksi, eivätkä potilaat pelkää "tabuja" esimerkiksi riippuvuudesta.

Kolmas haastateltava pohti sitä, että mikäli potilaat ovat pitkään saaneet N-lääkkeitä, aletaan miettiä, onko lääke enemmänkin tapalääkitystä vai meneekö se edelleen kipulääkkeenä.

Neljäs haastateltava oli sitä mieltä, että riippuvaiseksi osastolla potilaat eivät pääse tulemaan. Jos jollain potilaalla on riippuvuus, se on ollut jo ennen sairaalaan tuloa.

### 8.3.5 Kipulääkehoidon lopetus

Onnistuneessa kipulääkityksessä täytyy myös ottaa huomioon kipulääkkeiden oikean aikainen lopetus. Yksi haastateltava kertoi, että vahvojen kipulääkkeiden lopettaminen on sairaalassa tehtävä asia. Kipu pitää olla sillä tavalla hallinnassa, että kotiutumisvaiheessa kipulääkkeenä voidaan käyttää esimerkiksi Panadolia ja Tramalia. Kipulääkitystä ei siis lopeteta kokonaan sairaalassa, vaan potilaat saavat lääkereseptit mukaan kotiin. Yleisemmin kotiin kirjoitetaan Paratabsia ja Tramalia

Kipulääkkeiden lopettaminen on potilaasta lähtöisin, kipulääkkeen tarve vain vähenee, kun leikkauksesta on kulunut aikaa. Jos kipulääkkeen tarve lisääntyy, on syytä olettaa et kaikki ei ole kunnossa. (Sairaanhoitaja 3.)

Jos on jouduttu alottamaan hirveet lääkitykset täällä ollessa ni myöskin sen mukaset saavat kotia ja kotilähtö haastattelussa sanotaan että kipulääkeresepti tulee mukaan ja niitä kannattaa syödä pari viikkoo ihan reilusti ennen kun lopettaa pikkuhiljaa. (Sairaanhoitaja 4).

### 8.3.6 Potilaan näkemys kivusta ja kuntoutus

Yksi haastateltava kertoi, että jos potilaalla alkaa olemaan kovia kipuja, häntä helpottaa jo tieto siitä, että on olemassa kipuhoitaja ja kipuun erikoistunut lääkäri paikalla ja että kovaksi tulleet kivut pystytään hoitamaan. Onnistuneen kipulääkityksen kannalta olennaista on se, miten paljon potilaalla on tietoa kipulääkityksestä. Potilaan tietoisuus lisää hoidon sujuvuutta.

Kaikki neljä sairaanhoitaja sanoivat kertovansa potilaalle elintoiminnoista kipulääkityksen yhteydessä ja siksi kipulääke kannattaa ottaa.

Joo, ilman muuta joo aina, joo aina siis, mä selitän sen et se on osa tätä hoitoa et se kuuluu tähän, et se ei oo vaan yks osa tätä koko hoitoprosessia ja toipumisprosessia, et se on olennainen osa tätä. (Sairaanhoitaja 3).

Yhden sairaanhoitajan kanssa keskustelimme siitä, onko sellaista potilasta josta, näkee että hän on selkeästi kipeä, mutta kieltäytyy kipulääkkeestä. Sairaanhoitaja kertoi että, potilaat suostuvat ottamaan kipulääkkeen heti kun heille kerrotaan faktoista.

Et kyl niille kun puhuu järkee niin potilas ottaa lääkkeen ne on nää faktat että sit toipuu paremmin ja sydän tarvi leikkauksen jälkeen elimistö tarttee sit särkylääkettä ja jokainen tarttee sit vähän yksilöllisesti. (Sairaanhoitaja 1).

Onnistunut kivunhoito sisältää myös sitä, että potilaan pitää pystyä kuntoutumaan. Kuntoutumisessa kaikista tärkein asia on se, että potilas on kivuton. Onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttavat myös potilaan aikaisemmat kivun kokemukset ja huonot tuntemukset, mikä vaikeuttaa kuntoutumista.

Et kyl siin mielessä varmasti se aktiivisuus on se ehkä avainsana jos nyt näin äkkiä mietin sitä. (Sairaanhoitaja 1).

Hyvän kipulääkityksen kanssa potilaalla on mahdollisuus tehdä asioita kuntoutumisensa eteen, kun taas liian voimakkaan tai liian vähäisen kipulääkityksen kanssa ei potilas välttämättä pysty kuntoutumaan.

Mä ajattelisin tän aktiivisuus asian et se on jonkinlaista tasapaino-  
lua, mahdollisuuksien ja mahdottomuuden välimaastossa. (Sai-  
raanhoitaja 1).

Silloin kun potilas on tyytyväinen. Pystyy puhaltelemaan on liikkeel-  
lä ja pääsee nopeasti kotiin. (Sairaanhoitaja 4).

Potilaan kuntoutuksen alkaessa, pystyvät sairaanhoitajat arvioimaan kipua fyy-  
sisen toimintakyvyn kautta. Sairaanhoitajat pyytävät potilasta esimerkiksi hen-  
gittämään syvään tai kysyvät potilaalta pystytkö yskimään. Hoitajat myös pyytä-  
vät potilasta nousemaan ylös vuoteesta ja seuraavat, ilmeneekö silloin kipuja.  
Kipu voi ilmetä edellä mainituissa toiminnoissa esimerkiksi potilaan ääntelyillä ja  
ilmeillä. Potilas saattaa manata, kirotta tai sanoa että sattuu. Välttämättä potilas  
ei sano yhtään mitään, koska jokainen liike sattuu. Kaksi sairaanhoitajaa toi  
myös esille sen, että kipu ei tunnu välttämättä suoranaishana kipuna vaan esi-  
merkiksi hapenpuutteen tunteena. Potilaat saattavat alkaa varoa kipua kaiken  
aikaa, eikä tämän takia hengitä täysillä palkeilla.

Välttämättä se ei just tunnu kipuna vaan joskus on vähän sellasta  
et on levoton tai ei löydä asentoa tai muuten vaan ei oo hyvä olla.  
(Sairaanhoitaja 1).

#### 8.4 Miten kivunhoitoa voi kehittää osastolla

Kivunhoidon kehittämisessä nousi esille neljä aluetta. Kaikki haastateltavat  
mainitsivat kivunhoidon kehittämisen kannalta tärkeäksi koulutuksen, kirjaami-  
sen, resurssit ja yhteistyön. Lisäksi kolme mainitsi tärkeäksi sairaanhoitajan  
oman henkilökohtaisen kehittymisen ja ajan tasalla pysymisen. Tutkimuksessa  
selvisi, että koulutuksia on kaikkien mielestä riittävästi tarjolla ja niissä on hyö-

dyllistä käydä. Kaikki sairaanhoitajat tietävät kivunkirjaamisen tärkeyden, mutta toteutuksessa olisi vielä parannettavaa. Oma ammattitaitoa tulisi ylläpitää, jotta osattaisiin hyödyntää uusimpia tutkimustietoja.

Hyvän kivunhoidon pitäis myös olla ikään kun siinä ajassa muuttuva, että oikeestaan pelkkä nii ku se kokemus mutta sitte tehään nii ku oikeen tarkotuksella selvitetään asiaa nii ku tutkimusnäytön kautta kyl mä nään että se kasvattaa sitä kivunhoitoo. (Sairaanhoitaja 1).

Resurssit eivät aina välttämättä riitä kivunhoidon toteutukseen. (Sairaanhoitaja 3.)

#### 8.4.1 Koulutus

Kaikki haastateltavat kertoivat koulutusten olevan olennainen osa kivunhoidon kehittämistä. Koulutukset antavat mahdollisuuden muun muassa uusille käsitksille. Koulutukset ovat tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaidon kehittämistä ja sen ajan tasalla pysymistä, koska koulutukset antavat uusinta tietoa kivunhoidosta.

Se on oikeestaan kivunhoidossa hirveen tärkeätä et tietää. (Sairaanhoitaja 2).

Yksi kertoi käyvänsä monta kertaa vuodessa erilaisissa kipukoulutuksissa ja hänen mielestään oma kivunhoidon osaaminen on hyvin hallussa. Koulutukset ovat antaneet hänelle hyvän ammattitaidon kivunhoitoon ja koulutuksista saamaan tiedon hän kertoo osaston muille henkilökuntaan kuuluville.

Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että vaikka koulutusta on tarpeeksi saatavilla, ovat lääkärit kuitenkin ratkaisevassa asemassa kun määrättään potilaille kipulääkitystä, eikä sen takia näe tarvetta käydä koulutuksissa usein.

Yksi haastateltava toivoi, että alakohtaista spesifiä tietoa voisi saada enemmän, koska sitä varmasti on olemassa. Hänen mielestään yleisimmät suositukset pitäisi kuulua talokohtaiseen koulutukseen työhöntulovaiheessa. Työhöntulovai-

heeseen kuuluvat koulutukset sisältävät muun muassa epiduraalin ja PCA:n käytön.

Tottakai yleiset periaatteet pitää olla selvillä mut sit sun pitäis syventää siihen tiettyyn kastiin. (Sairaanhoitaja 2).

Eräs haastateltava oli sitä mieltä, että sairaalan kipuhoidajat ovat aktiivisia ja toivovat jatkuvaa koulutusta sairaanhoitajille. Osaston henkilökunnalle kipuhoidajat ja kipulääkärit tarjoavat kivunhoitoon liittyvää koulutusta. Koulutusjärjestelmä APS (Acute Pain Service) on hyvin aktiivinen. Se järjestää uusille sairaanhoitajille ja opiskelijoille koulutusta sekä osaston vakituisille sairaanhoitajille kertauskoulutusta jatkuvasti. APS on toiminut sairaalassa yli kymmenen vuotta ja he ovat innostuneita kehittämään kivunhoitoa. Sairaanhoitajat saavat sieltä tukea, jos on erittäin kivulias potilas. Aina voi soittaa kipuhoidajalle ja kertoa että nyt ei ole potilaan lääkitys kohdallaan ja sieltä saa apua.

Yksi haastateltava kertoi, että kivunhoidon kehittäminen ei kuitenkaan ole vain koulutuksesta saamaa tietoa, vaan sitä tapahtuu työpaikalla kaiken aikaa.

#### 8.4.2 Kirjaaminen

Kaikki haastateltavat mainitsivat, että kivunhoidon kirjausta voisi kehittää lisää. Sitä tulisi kehittää, koska kirjausten kautta toteutettua kivunhoitoa pystytään arvioimaan paremmin. Kirjaaminen auttaa hoitajia pysymään ajan tasalla potilaan kivunhoidossa.

Yksi sairaanhoitaja kertoi, että kirjaaminen toteutuu vain, jos potilaalle tulee vakavia sivuvaikutuksia tai jokin asia häiritsee potilaan saumatonta hoitoa. Kirjauksissa saattaa lukea kipulääkkeen antamisajankohta, mutta harvemmin kirjoitetaan, auttoiko lääke. Kuitenkin hoitajat tiedostavat kirjaamisen periaatteet: ”Mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty.” Lisäksi sairaanhoitajat totesivat, että joka työvuorossa, kun työskennellään potilaan kanssa, kysytään häneltä kivuista, mutta sitä ei välttämättä tule aina kirjattua papereihin.

Jos näkee pikku-ukkoja tai on selvästi et tietty lääke ei sovi tai sit tulee muita vaikutuksia, huippaa päässä tai tän tyyppisiä, lähinnä ne kirjoitetaan sillon. Kivun arviointi se jää kirjauksen muodossa tosi vähäiseksi. (Sairaanhoitaja 1.)

Mut sit se kirjaaminen jää monta kertaa et ois parempi et ei kipuja kirjattas. Useimmiten siihen kirjoitetaan että kipua vaikka leikkaus- haavalla ja sitten laittaa nuolen Oxynorm annettu et mutta sitten ehkä ei enää kontrolloi sitä että onko se auttanut joskus tulee kysyttyä et no auttoko hyvin? Mut sitten kun sä näät potilaasta että nyt lääke on auttanut, ni ei sitä tuu mentyä kirjaamaan kansliaan, että lääke auttoi. (Sairaanhoitaja 3.)

Kirjaaminen saattaa jäädä vähäiseksi, koska potilaspaperit eivät aina ole saatavilla. Potilaspapereita on vaikea löytää, koska ne voivat olla vaikka lääkärillä.

Mut sit kun sen huomaa, et aha no nyt lääke on vaikuttanut, ei sit tuu mentyä juostua tonne kansliaan, kun paperit voi olla kardiologilla tai anestesialääkärillä tai missä tahansa et se kirjaaminen on se. (Sairaanhoitaja 3).

Yhden haastateltavan mielestä olisi hyvä, jos potilaspapereihin kirjattaisiin aktiivisemmin sitä, mitä potilaan kanssa keskustellaan. Toinen haasteltava taas miettii sitä, että kirjaamisessa tulisi ottaa huomioon myös se, jos potilas on ollut kivuton tai että hoitaja on tarjonnut kipulääkettä, mutta potilas ei ole halunnut ottaa sitä.

Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että kuitenkin papereista näkee, mitä edellinen hoitaja on antanut, koska lääkkeet merkitään punaisella potilaspapereihin ja suullisessa raportissa vielä mainitaan jos on erittäin kivulias potilas. Hoitajat voivat esimerkiksi sanoa raportissa, että potilas saattaa olla kivulias, mutta hän ei välttämättä muista pyytää kipulääkettä.

Yksi sairaanhoitaja kertoi, että kivunhoidon ohjeiden mukaan tulisi kirjata potilaspapereihin VAS-arvo ennen kipulääkettä ja kipulääkkeen annon jälkeen. Toinen sairaanhoitaja kertoi kivunhoidon seurannan kannalta tärkeäksi asiaksi sen, jos potilaalla on käytössä epiduraalikatetri tai kipupumppu, tulee VAS-arvoa seurata jokaisessa työvuorossa ja sitä tulisi kirjata kipukaavakkeeseen tarkasti.



### 8.4.3 Työntekijöiden resurssit ja yhteistyö

Kaikki sairaanhoitaja mainitsivat kivunhoidon kehittämisen kannalta olennaiseksi osaksi resurssit. Resursseilla tarkoitettiin työntekijöiden määrää. Lisäämällä työntekijöitä kivunhoidon toteutus paranisi. Yksi sairaanhoitaja mainitsi, että resurssit eivät riitä kysymään potilaalta tarpeeksi usein kivuista ja lääkkeen vaikutuksista. Sairaalaan kipuhoitajat ovat arkisin käytettävissä ja anestesia lääkäri ottaa aina kantaa jos potilaalla on kipuun liittyvää ongelmaa.

Kehitettävää olis et kysyttäis enempi potilaan mielipidettä kipulääkettä käytettäessä, arvioitaisiin aktiivisemmin väliaikojen jälkeen nii ku suositukset itse asiassa onkin. Mut käytäntö on siis toisenlainen vuodeosastolla ku ei oo mahdollisuuksia, ei oo resursseja olla puolentunnin päästä kysymässä tai et ei oo aina mahdollisuutta tehdä, vaikka jokainen tietää että näin kuuluis toimia ja suositetaan VAS-sin käyttöä, mut miten sen sais ikään ku toimivaksi osaksi, ni kyl varmaan pitäs olla välineet taskussa, pitäs olla aikaa. (Sairaanhoitaja 1.)

Resurssi kysymykset ei ois ongelma sen asian suhteen, että on rohkeutta ajaa sitä asiaa kaikille eteenpäin et se potilas tulee hoideksi. (Sairaanhoitaja 1).

Myös yhteistyön lisäämisellä voitaisiin kehittää kivunhoitoa, koska sairaalassa on kuitenkin olemassa ammattitaitoista henkilökuntaa. Yksi sairaanhoitaja kertoi, että hoitajat vaihtavat ajatuksia keskenään esimerkiksi siitä, mitä kivunhoidossa voisi tehdä toisin. Myös ongelmatilanteissa sairaanhoitajat konsultoivat toisiansa.

Ääneen voi pohtia ja ottaa muut mukaan siihen, ja mietitään mikä olisi hyvä lääke. Ja hirveen matala kynnyks tai et helposti lääkäriltä myös kysytään ja keskenään puhutaan et ei oo semmosia, ettei uskalla mennä kysymään ja et ei vois soittaa. (Sairaanhoitaja 4.)

Mahdollisimman paljon ammattitaitoista henkilökuntaa jotka pystyy vastaamaan niihin haasteisiin mitä se kivunhoito tuo. (Sairaanhoitaja 2).

Yksi haastateltava kertoi, että osaston kipuvastaavien aktiivinen tiedon jakaminen omalla osastolla on yksi iso tekijä kivunhoidon kehittämisessä, koska tietoa

on tosi paljon saatavilla, mutta välttämättä ei ole riittävästi aikaa perehtyä niihin työnaikana.

Kivunhoitoa voisi kehittää niin, että kivunhoitoa koskeva uusi ja ajan tasalla oleva tieto tulisi olla helposti ja kaikkien saatavilla. Tiedon tulisi olla riittävän yksinkertaisessa muodossa ja selkeä kielistä sisällöltään, esimerkiksi ohjeet pitää olla ymmärrettäviä. Epäselvät ohjeet hankaloittavat hoitajien työtä ja voivat lisätä virheiden määrää, muun muassa erilaisten lääkelaimennuksien tekemisessä.

Toteuttaa tiedon jakamistakaan, mut sitä ei oo kyllä kaikilla eväitäkään sen hakemiseen. (Sairaanhoitaja 1).

#### 8.4.4 Sairaanhoitajan oma kehittyminen ja ajan tasalla pysyminen

Kolme haastateltavaa koki, että oma henkilökohtainen kehittyminen työssä ja ajan tasalla pysyminen on tärkeää.

Meillä on kuitenkin kaikki kipuhoitajat ja hyvät lääkärit hoitamassa sitä kipua, että ammattitaitoa sitten kuitenkin riittää et sitten on lähinnä siitä et se hoitaja pitää itseensä ajan tasalla. (Sairaanhoitaja 3).

Henkilökunnan valveutuminen ja ajan tasalla pysyminen on tärkeimmät asiat tällä osastolla. (Sairaanhoitaja 2).

Yksi haastateltava kertoi, että omaa ammattitaidon kehittämistä voisi avata esimerkiksi niin, että tutustuisi välillä myös muihin kirurgisiin potilaisiin ja erilaisiin hoitokulttuureihin ja näkisi tätä kautta eri hoitajien tekemää työtä. Silloin pääseesi tutustumaan myös muiden paikkojen työskentelytapoihin ja minkälaisia ongelmia muualla on kivunhoidon kohdalla.

## 9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

### 9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston analysointia ja luotettavuutta ei voi erottaa toisistaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen arvioitavuudesta on esitetty näkemyksiä, joiden mukaan perinteisesti ymmärrettyinä validiteetti ja reliabiliteetti eivät sellaisenaan sovellu kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden perusteiksi. (Eskola & Suoranta 1998, 209–210.)

Realistisessa luotettavuus näkemyksessä käsitellään sisäistä ja ulkoista validiteettiä. Sisäinen validiteetti viittaa tutkimukseen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusointiin. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. (Eskola & Suoranta 1998, 211–220.) Reliaabeliuden ja validiuden käsitteet perustuvat ajatukselle siitä, että tutkija voi päästä käsiksi objektiiviseen todellisuuteen ja totuuteen (Hirsijärvi & Hurme 2000, 184–186).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää suorien lainauksien käyttäminen työssä. Se kertoo lukijalle mistä tai minkälaisesta alkuperäisaineistosta teemat ovat muodostettu. Tuloksien luotettavuuden kannalta tärkeää on se, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksien ja aineiston välillä. (Kynäs ja Vanhanen 1999.)

Tutkimuksen luotettavuudesta kertoo muun muassa siirrettävyys. Tutkimustuloksien siirrettävyyttä voi esimerkiksi verrata aikaisemmin hankittuun teoriaan. Tutkimustulokset eivät välttämättä ole aina siirrettävissä ja verrattavissa johonkin aikaisempaan tutkimukseen. Tutkimustuloksien luotettavuutta määrittelee tutkijan tarkka ja huolellinen tutkimuksen toteutus. (Eskola & Suoranta 1998, 211–213.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusmetodien ja analyysin tarkka kuvaus. Laadullisten tutkimustulosten uskottavuuteen vaikuttaa se, missä

määrin aikaisemmat tutkimukset ovat antaneet samansuuntaisia tuloksia. Tutkimustulokset pitää tuoda esille yksityiskohtaisesti, niin että tulokset ovat siirrettävissä toiseen kontekstiin. (Aira & Seppä 2010.)

Opinnäytetyö on suunniteltu ja toteutettu luotettavuutta noudattaen. Koko tutkimuksen ajan pidimme kiinni etukäteen sovituista asioista, esimerkiksi haastattelujen ajankohdista ja paikoista. Haastattelutilanteessa ajattelimme työntekijän parasta. Esitimme kaikki etukäteen laaditut kysymykset sairaanhoitajille. Haastattelut olivat selkeällä äänellä kerrottu ja nauhoitukset pystyimme hyvin litteroimaan. Olimme tutkimusaineistoa koottaessa ja puhtaaksi kirjoittaessa rehellisiä ja toimme kaikki tutkimustulokset lukijalle luotettavasti esille.

## 9.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on arvoperustaista toimintaa, tutkimuksella pyritään löytämään totuus tieteellisesti hyväksytyillä menetelmillä. Tutkijat ovat vastuussa itselleen ja koko yhteiskunnalleen tutkimuksensa eettisyydestä. Eettisten ratkaisujen merkitys on erityisen tärkeää silloin kun tutkitaan ihmisen toimintaa ja käytetään ihmistä tiedon lähteenä. Tutkimusetiikka asettaa vaatimukset tutkimustyölle, tutkittavien henkilöiden oikeuksille, heidän suojelemiselle ja tiedon julkaisemiselle. (Leino-Kilpi 2008, 360–362.)

Tutkimusetiikan laadun turvaamiseksi on perustettu Suomessa vuonna 1992 tutkimuseettinen neuvottelulautakunta. Neuvottelulautakunta on laatinut hyvät tieteelliset tutkimuseettiset ohjeet. (Leino-Kilpi 2008, 343.) Lakiasetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta 1347/1991 käsittelee tieteelliseen tutkimukseen eettisiä kysymyksiä ja edistää tutkimusetiikka (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2006).

Eettisestä näkökulmasta olennaista on, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödynnetään koko kerätty aineisto. Epäeettistä olisi jättää käyttä-

mättä osa aineistosta, jos tutkittavat henkilöt ovat vastanneet kysymykseen. (Leino-Kilpi 2008, 369.)

Hoitotyön tekijälle on varmistettava, että tutkittavilla henkilöillä on riittävät tiedot tutkimuksesta, jotta he voivat tehdä päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavalle suodaan myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Hoitotyöntekijällä on tutkimuskohteena ollessaan oikeudet ja velvollisuudet, tutkittavalta henkilöltä on pyydettävä suostumus tutkimukseen osallistumisesta. (Leino-Kilpi 2008, 367–368.)

Tulevasta haastattelusta ja tutkimuksesta tiedottaminen haastateltaville sairaanhoitajille etukäteen saatekirjeellä oli mielestämme rehellistä ja eettisesti oikein. Näin annoimme sairaanhoitajille kuvan meistä ja aikomuksistamme tutkimusta koskien. Korostimme saatekirjeessä ja jokaisen haastattelutilanteen alussa sitä, että haastattelun osallistuminen on vapaaehtoista ja kaikki saatu tieto käytetään anonymisti. Pidimme erittäin tärkeänä sitä, että haastattelut tapahtuivat sairaanhoitajien virka-aikana ja heille tutussa ympäristössä. Siitä syystä suunnittelimme haastattelut tutkimusosaston tiloissa. Haastattelutilanteessa annoimme sairaanhoitajille täytettäväksi suostumuslomakkeen (liite 3.) haastattelua koskien. Vaitiolovelvollisuuden noudattaminen koko opinnäytetyön prosessin ajan ja sen jälkeen oli tärkeää.

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 10.1 Johtopäätökset tutkimuksesta

Saimme haastatteluista kattavat ja monipuoliset tulokset. Haastateltavien sairaanhoitajien määrä ei ollut suuri, mutta yllätykseksemme aineistoa kertyi paljon. Opinnäytetyön alussa käsittelemme sydänkirurgisen potilaan teoriaa. Näimme tärkeäksi tuoda esille sen, ettemme keskity vain kivunhoitoon, vaan katsomme potilasta kokonaisvaltaisesti. Teoriaosuus on tämän takia myös erittäin monipuolinen. Opinnäytetyö on tarkoitettu ensisijassa hoitoalan ammattilaisille, työssämme päädyimme siis käyttämään ammattisanastoa. Tuloksista nousi monta mielenkiintoista asiaa esille joita nyt johtopäätöksissä pohdimme.

Teoriatietoon perehdyttyämme saimme mielikuvan, että VAS-mittareita käytetään kirurgisessa hoitotyössä aktiivisesti. Tämän takia oli mielenkiintoista saada tietoa sairaanhoitajien VAS-mittarin käytöstä. Kaikki sairaanhoitajat mainitsivat heti VAS-mittarin kivun arvioimisen välineenä. Sairaanhoitajat eivät kuitenkaan itse hyödyntäneet mittaria työssään. Jäimme pohtimaan, miksi mittareista puhuttiin heti, vaikka niitä ei käytetty. Olisimme voineet esittää tarkentavia kysymyksiä mittarin käytöstä. VAS-mittareiden käyttöä oli ilmeisesti suositeltu ja sairaanhoitajat tiedostivat sen. Haastatteluissa kävi ilmi, että VAS-mittaria käytetään yleisemmin silloin, kun potilaalla on käytössä kipupumppu. Pohdimme lisäksi sitä, jääkö potilaan kivunhoidon arviointi vähemmälle, jos hänellä ei ole kipupumppua käytössä. Osaston sairaanhoitajat olivat erittäin ammattitaitoiset ja pystyvät varmasti luotettavasti arvioimaan potilaan kipua, myös ilman mittareita. Käyttämällä verbaalisia arviointimenetelmiä, kuten kivun aiheuttamaan tunteen kuvaamista sanoilla ja toimintakyvyllä, sairaanhoitaja arvioi potilaan kipua ja lääkkeen tarvetta.

Tulevina hoitotyön ammattilaisina oli innostavaa kuulla, että potilas otetaan tiiviisti mukaan kivunhoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Potilas on varmasti itse myös tyytyväinen, kun hän on päässyt osallistumaan kivunhoitoon. Haastat-

telussa yksi sairaanhoitaja toi ilmi, että haasteellista on hoitaa potilaita, jotka haluavat olla mahdollisimman vähillä kipulääkkeillä. Uskomme myös, että se on haasteellista, koska leikkauksesta toipuminen vaatii hyvää kipulääkitystä. Potilaan kuntoutuminen voi pitkittyä turhien kipujen takia. Eettisestä näkökulmasta mietittynä sairaanhoitajan on varmasti raskasta katsoa jos potilas kärsii kivuista. Sairaanhoitajalle voi tulla riittämättömyyden tunne, siitä ettei hänellä ole keinoja auttaa potilasta. Onnistuneen kivunhoidon kannalta ihanteellista on, jos sairaanhoitaja ja potilas ovat molemmat tyytyväisiä kivunhoitoon.

Keskustelimme yhden haastateltavan kanssa kulttuurisista eroista kivun kokemisessa. Haastateltava kertoi, että jotkut potilaat aistivat herkemmin kipua, mutta tämä ei johdu hänen mielestään kulttuurisista eroista, vaan on varmasti ihmisen yksilöllinen tuntemus. Tämä kertoo myös siitä, että potilas otetaan yksilöllisesti huomioon, eikä luokitella esimerkiksi kulttuurin mukaan.

Sairaanhoitajat kertoivat lääkehoidonkulttuurin muuttuneen niin, että lääkettä annetaan ensisijaisesti suun kautta ja vältetään turhia pistoksia. Mielenkiintoista oli, että sairaanhoitajat eivät pystyneet tarkkaan muistamaan, milloin viimeksi olivat pistäneet kipulääkettä lihakseen. Mielestämme tämä on erittäin onnistunut kehitys lääkehoidon toteutuksessa, koska tutkitusti suunkautta otettava lääke vaikuttaa tasaisemmin ja välttää turhilta sivuvaikutuksilta.

Kehittämiskysymyksessä sairaanhoitajat mainitsivat tärkeäksi koulutuksen, kirjaamisen, resurssit ja yhteistyön. Tärkeimpänä asiana kaikki sairaanhoitajat mainitsivat kivunhoidon koulutuksen lisäävän työssä kehittymistä. Mielestämme on erittäin hyvä, että APS-organisaatio järjestää uusille sekä kokeneille sairaanhoitajille kipukoulutuksia. Tämä lisää uusille sairaanhoitajille varmuutta kivunhoidon toteutukseen ja kokeneet sairaanhoitajat saavat ajan tasalla olevaa tietoa.

Kirjaaminen koettiin kivunhoidon kehittämisen kannalta olennaiseksi. Sairaanhoitajat kertoivat, että kipulääkettä annetaan, mutta sen vaikutusta ei yleensä kirjata. Kirjaamista tulisi kehittää, koska kirjausten kautta toteutettua kivunhoitoa

pystytään arvioimaan paremmin. Kirjaaminen auttaisi myös hoitajia pysymään ajan tasalla potilaan kivunhoidossa.

Haastateltavat mainitsivat yhteistyön kehittämisen tärkeäksi. Hoitajien välinen ajatustenvaihto oli yleistä kivunhoidossa, mutta kipuhoitajia hyödynnettiin vähemmän. Mielestämme kivunhoidon ollessa haastavaa, voisivat sairaanhoitajat konsultoida herkemmin kipuhoitajia. Silloin osaston sairaanhoitajien ei tarvitsisi selviytyä yksin, vaan kipuhoitajat neuvoisivat heitä sopivan lääkkeen löytämisessä. Lisäksi onnistunut kivunhoito vaatisi sairaanhoitajien mielestä lisää resursseja. Tämä asia ei tullut meille yllätyksenä, koska se on yleinen ongelma tällä hetkellä hoitoalalla.

Sairanhoitajat kertoivat, että kivunhoidosta on olemassa paljon tietoa. Haastavaa onkin saada ajankohtainen tieto helposti luettavaksi kaikille. Osaston kipuvastaavien aktiivinen tiedon jakaminen voisi olla yksi keino tiedon saamiseen. Sairanhoitajan työ on mielestämme tarkkuutta vaativaa ja tämän takia työpäivä tulisi aikatauluttaa niin, että aikaa jäisi myös itsensä kehittämiseen.

Haastattelemamme sairaanhoitajat vaikuttivat olevan pääsääntöisesti tyytyväisiä osastolla toteuttavaan kivunhoitoon. Osastolla oli käytössä hyvät ja toimivat hoitomuodot ja välineet. Oli hieno huomata, että sairaanhoitajat ovat motivoituneita kehittämään kivunhoitoa ja, että tärkeintä onnistuneessa kivunhoidossa oli potilaan tyytyväisyys.

Kivunhoito kehittyy koko ajan ja se on aina ajankohtaista. Jatkotutkimusehdotuksia voisikin tämän takia olla monia. Potilaan tyytyväisyys oli mielenkiintoinen tekijä meidän opinnäytetyössämme, joten olisi mielenkiintoista tehdä vastaavanlainen tutkimus potilaan näkökulmasta. Vertailemalla tuloksia saataisiin selville onko sairaanhoitajien ja potilaiden näkemykset yhtenäisiä.

Kivunhoidosta voisi tehdä jatkotutkimuksen ryhmähaastatteluna sairaanhoitajille, monessa eri yksikössä. Teemahaastattelun kysymykset voisivat olla enemmän psyykkiseltä alueelta, esimerkiksi millaista tukea sairaanhoitaja antaa poti-



laalle siinä tilanteessa, kun kyseessä on leikkauksen jälkeinen masennus ja millainen rooli siinä on terveydenhuollon ammattilaisella. On yleistä, että suuri leikkaus ja nopea tapahtumakulku aiheuttavat potilaalle henkisiä ongelmia leikkauksen jälkeen.

## 10.2 Pohdinta opinnäytetyönprosessista

Opinnäytetyöprosessi oli haastava mutta mielenkiintoinen. Opinnäytetyön aloittaminen sujui luontevasti, koska tunsimme toisemme hyvin ja tapamme työskennellä. Olimme molemmat motivoituneita tekemään opinnäytetyötä tulevaan ammattiimme. Tiedostimme, että työn aikana käymämme prosessi auttaa meitä ammatillisessa kasvussa.

Aloitimme työskentelyn miettimällä työelämän yhteistyötahoa. Yhteistyötaho löytyi helposti ja saimme molempia osapuolia kiinnostavan aiheen opinnäytetyöhömmä. Ensimmäisenä perehdyimme aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Koimme tärkeäksi saada tietoa ja kokemusta haastattelutilanteesta. Kysyimme neuvoa ohjaavalta opettajaltamme ja hän kehotti tekemään pilottihaastattelun. Pilottihaastattelu auttoi meitä hahmottamaan ja ymmärtämään tulevat haastattelutilanteet.

Teimme tutkimussuunnitelman, jossa aikataulutimme tutkimusprosessin kulun. Alku oli yllättävän hidasta, koska aikaa kului paljon lupaasioiden selvittelyyn ja toteutukseen. Lääketieteellisestä tutkimuksesta annettu laki 259/2004 edellyttää, että lääketieteellisten tutkimusten eettisyys arvioidaan ennakolta ja että riippumaton eettinen toimikunta antaa niistä puoltavan lausuntonsa ennen tutkimuksen aloittamista. Suomessa on 21 sairaanhoitopiiriä, jossa toimii 25 eettistä toimikuntaa. Eettiset toimikunnat arvioivat tutkimuksia tutkimuslain, henkilötietolain sekä kansainvälisten säännösten pohjalta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2006.) Eettisestä lautakunnasta tutkimusluvan saatuaamme ryhdyimme sopimaan haastattelujen ajankohtia.

Teoriatiedon rajaaminen vaati kriittisyyttä, koska tietoa oli erittäin paljon saatavilla. Etsimme tietoa kotimaisista sekä ulkomaisista lähteistä. Englanninkielisten artikkeleiden ymmärtäminen oli vaikeaa, koska teksteissä oli paljon tieteellistä sanastoa. Kotimaisia tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita oli mielenkiintoista käsitellä. Tarpeellisen ja ajankohtaisen tiedon poimiminen oli opettavaista. Tämän takia tuommekin niitä työssämme runsaasti esille.

Tutkimuskysymysten laatiminen vaati tarkkuutta, koska halusimme saada kysymyksiin mahdollisimman kattavat vastaukset. Mielestämme kysymyksistä tuli juuri oikeanlaisia tähän tutkimukseen. Analyysivaiheessa osoittautui, että tutkimuskysymykset olivat niin hyvin pohdittuja, että niistä muodostuivat yläteemat. Haastattelutilanteet olivat aina erilaisia, mutta tuloksista kuitenkin ilmenee, että sairaanhoitajien ajatukset asiasta ovat lähellä toisiaan.

Opinnäytetyöprosessin mielenkiintoisin ja mukavin vaihe oli aineiston sisällön analysointi. Se oli opinnäytetyön pisin, mutta antoisin vaihe. Aineisto herätti meissä paljon pohtimista ja keskusteluita, juuri tämän takia työskentely oli antoisaa. Yhteistyömme sujui koko opinnäytetyöprosessin ajan hyvin. Molemmat saivat tuoda tasapuolisesti esille omia näkemyksiään. Erimielisyydet asioista ratkaisimme keskustelemalla niin, että lopputuloksesta olimme yksimieleisiä.

Opinnäytetyöprosessin etenemistä tuki ohjauksen saaminen ohjaavilta opettajilta ja opinnäytetyöryhmässä olevilta opiskelijoilta saimme vertaistukea. Opinnäytetyöryhmässä opiskelijat antoivat eri näkökulmia aiheeseen. Ohjaavat opettajat antoivat kannustavaa ja rakentavaa palautetta koko prosessin ajan. Palautteet hyödynsimme heti ja näin opinnäytetyömme pysyi suunnitelmien mukaisesti aikataulussa.

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan opettavainen. Olemme saaneet tutustua sairaanhoitajan työnkuvaan teoriatiedon ja käytännön kautta. Opinnäytetyö auttoi ammatillisessa kasvussamme ja tulemme varmasti hyödyntämään saatuamme tietoamme työelämään siirtyessämme. Laaja oppimisprosessi on antanut meille rohkeutta siirtyä työelämään.

## LÄHTEET

- Aaltonen, Merja 2000. Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.). Kivunhoito. Helsinki: Kirjayhtymä, 199–218.
- Aira, Marja & Seppä, Kaija 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen Lääkärilehti 2010, 65 (9), 805–810. Viitattu 10.9.2012.  
<http://anna.diak.fi:2304/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL92010-805.pdf>
- Blondal, Katrin & Halldorsdottir, Sigrídur 2008. The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. Journal of clinical nursing 18, 2897–2906. Viitattu 15.5.2012  
<http://anna.diak.fi:2100/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ccf8da34-478f-4d5b-962d-fabef3513513%40sessionmgr11&vid=6&hid=12>
- Carr, Eloise C.J & Thomas, V.J 1996. Anticipating and experiencing post-operative pain: the patients' perspective. Journal of Clinical Nursing 6, 191-201. Viitattu 2.6.2012  
<http://anna.diak.fi:2100/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c0da8621-e17c-47f0-9f09-cd920f4a7d4e%40sessionmgr11&vid=7&hid=25>
- Eckhardt, Margit Esh, TtM, kliininen opettaja 2011. Pilottihaastattelu 20.5.2011. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Vantaa: Peijaksen sairaala.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Helsinki: WSOY.
- Forsbacka, Jaana & Nousiainen, Anu 2010. Lääkehoidon toteuttaminen. Teoksessa Marianne Mustajoki; Anja Alila; Eline Matilainen & Mirja Räsä (toim.). Sairaanhoitajan käsikirja 2010. Helsinki: Duodecim, 714–723.
- Haanpää, Maija 2009. Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka. Terveysportti. Duodecim oy. Viitattu 25.5.2012.

[http://anna.diak.fi:2078/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip04900&p\\_haku=kivunhoidon etiikka](http://anna.diak.fi:2078/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip04900&p_haku=kivunhoidon%20etiikka)

- Hamunen, Katri & Kalso, Eija 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Eija Kalso; Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.). Kipu. Helsinki: Duodecim, 278–294.
- Harjula, Ari Professori sydän- ja thoraxkirurgian klinikka 2011. Sydänkirurgian tulevaisuuden haasteet. Suomen Lääkärilehti 2011, 66 (19), 1547.
- Hendolin, Heikki 1997. Akuutin kivun hoito. Teoksessa Marjatta Tuominen; Seppo Alahuhta; Juhani Haasio; Heikki Hendolin; Teija Huha; Hannu Kokki; Mikko Pitkänen; Per Rosenberg & Eero Vuorinen (toim.). Puudutus ja kivun hoito. Masala: Suomen Astra.109–125.
- Higson, Nigel 2005. Pain. Practice Nurse sep. 23; 30(5) 6–15. Viitattu 30.5.2012 <http://anna.diak.fi:2100/ehost/detail?vid=9&hid=12&sid=ccf8da34-478f-4d5b-962d-fabef3513513%40sessionmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2>
- Hirsijärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsijärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Häggman-Laitila, Arja 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. Hoitotiede 2009, 21 (4), 243–258.
- Jokela, Ritva 2003 Helsingin Yliopisto. Leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun ehkäisy. Suomen Lääkärilehti 2003, 58 (42).
- Jäntti, Mirja 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.). Kivunhoito. Helsinki: Kirjayhtymä, 118–126.
- Järvi, Ulla 2003. Kipulääkkeestä on kerrottava, jotta se tehoaa. Kivun tutkijat pohtivat kivun ja mielen yhteistehoa. Suomen lääkäri-lehti 2003, 58 (40), 3983.
- Järvinen, Antero & Verkkala, Kalerva 2000. Sepelvaltimokirurgia. Teoksessa Juhani Heikkilä; Heikki Huikuri; Kimmo Luomanmäki; Markku S. Nieminen; & Keija Peuhkurinen (toim.). Kardiologia. Helsinki: Duodecim, 657–673.

- Kalso, Eija & Konttinen, Vesa 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.). Kipu. Helsinki: Duodecim, 52–63.
- Kalso, Eija 2002 a. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Eija Kalso & Anneli Vainio (toim.). Kipu. Helsinki: Duodecim, 222–244.
- Kalso, Eija 2002 b. Kipu tutkimuskohteena. Teoksessa Eija Kalso & Anneli Vainio (toim.). Kipu. Helsinki: Duodecim, 39–49.
- Kalso, Eija 2004 Helsingin Yliopisto. Riittävätkö resurssit kivun parempaan hoitamiseen? Suomen lääkärilehti 2004, 59 (42).
- Kalso, Eija 2009. Koulutus. Terveysportti. Duodecim oy. Viitattu 25.5.2012.  
[http://anna.diak.fi:2078/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip04900&p\\_haku=kivunhoidon etiikka](http://anna.diak.fi:2078/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip04900&p_haku=kivunhoidon%20etiikka)
- Kalso, Eija; Vainio, Anneli & Haanpää, Maija 2009. Näyttöön perustuva kivunhoito. Terveysportti. Duodecim oy. Viitattu 25.5.2012.  
[http://anna.diak.fi:2078/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip04900&p\\_haku=kivunhoidon etiikka](http://anna.diak.fi:2078/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip04900&p_haku=kivunhoidon%20etiikka)
- Keituri, Taina 2010 a. Kivun mittaamisen visuaalis-analogisia mittareita Terveysportti: Duodecim. Viitattu 10.2.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01720&p\\_haku=postoperatiivinen%20hoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01720&p_haku=postoperatiivinen%20hoito)
- Keituri, Taina 2010 b. Kipuanalyysi. Terveysportti: Duodecim. Viitattu 10.2.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01720&p\\_haku=postoperatiivinen%20hoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01720&p_haku=postoperatiivinen%20hoito)
- Kotovainio, Taina; Mäenpää, Liisa & Kuusisto, Päivi 2010. Kipupotilaan hoito. Teoksessa Marianne Mustajoki; Anja Alila; Eline Matilainen & Mirja Rasimus (toim.). Sairaanhoidajan käsikirja 2010. Helsinki: Duodecim, 590–600.
- Kuurne, Salla & Erämies, Tuija 2010. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Terveysportti, duodecim. Viitattu 10.2.2012.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01720&p\\_haku=postoperatiivinen%20hoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01720&p_haku=postoperatiivinen%20hoito)
- Kuusisto, Päivi 2010. Anestesiologiset erikoistekniikat akuutin kivun hoidossa. Teoksessa Marianne Mustajoki; Anja Alila; Eline Matilainen & Mirja

- Rasmus (toim.). Sairaanhoidajan käsikirja 2010. Helsinki: Duodecim, 590–600.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi, *Hoitotiede* 1/99, 3–12.
- Laurikka, Jari; Kuukasjärvi, Pekka; Tarkka, Matti; Järvinen, Antero & Lepojärvi, Martti 2010. Lämpävikojen kirurginen hoito. Teoksessa Peter J. Roberts; Esko Alhava; Krista Höckersted & Ari Leppäniemi (toim.). *Kirurgia*. Helsinki: Duodecim, 647–655.
- Leino-Kilpi, Helena 2008. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki (toim.). *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY, 360–377.
- Lepojärvi, Martti & Verkkala, Kalervo 2008. Sepelvaltimokirurgia, kardiologia. *Terveysportti Duodecim oppimiskirjat*. Viitattu 23.8.2012  
3.[http://anna.diak.fi:2078/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kar00047&p\\_haku=sydänleikkauksen%20infektiot](http://anna.diak.fi:2078/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00047&p_haku=sydänleikkauksen%20infektiot)
- Lepojärvi, Martti 2000. Lämpävikojen kirurgisen hoidon periaatteet. Teoksessa Juhani Heikkilä; Heikki Huikuri; Kimmo Luomanmäki; Markku S. Nieminen; & Keija Peuhkurinen (toim.). *Kardiologia*. Helsinki: Duodecim, 674–687.
- Lommi, Jyri & Nieminen, Markku S. 2000. Sydämen vajatoiminnan hoito. Teoksessa Juhani Heikkilä; Heikki Huikuri; Kimmo Luomanmäki; Markku S. Nieminen; & Keija Peuhkurinen (toim.). *Kardiologia*. Helsinki: Duodecim, 329–349.
- Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. Postoperatiivinen hoito. WSOY: Helsinki.
- Malmberg, Lena 2000. Miten hoitaa kipua lääkkeillä. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.). *Kivunhoito*. Helsinki: Kirjayhtymä, 185–198.
- Mustonen, Juha; Kettunen, Raimo; Kupari, Markku; Mäkikallio, Timo; Ylitalo, Antti & Raatikainen, M. J. Pekka 2012. Sydäntoimenpiteet Suomessa nyt ja tulevaisuudessa. *Suomen Lääkärilehti* Suomen Lääkäri lehti 2012, 67 (19), 1502–1508.

- Nikkanen-Ilvesmäki, Helena & Tonteri, Mia 2011. Hoitotyön kipupisteessä. Kivunhoidon. Sairaanhoidaja, hoitotyön johtava ammattilehti 2011, 84 (9), 15–18.
- Nurminen, Marja-Leena 2001. Lääkehoito. WSOY: Helsinki.
- Partanen, Juhani 2000. Sydänpotilaan yleiskirurgia. Teoksessa Juhani Heikkilä; Heikki Huikuri; Kimmo Luomanmäki; Markku S. Nieminen; & Keija Peuhkurinen (toim.). Kardiologia. Helsinki: Duodecim, 629–637.
- Perttunen, Kristiina 2003. Helsingin Yliopiston. Rintakehään kohdistuvien leikkausten jälkeinen kipu. Suomen lääkärilehti 2003, 58 (45).
- Pöyhiä, Reino; Teiriä, Helena & Kalso, Eija 1996. Kivun itsehoito. Käypä hoito, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 1996, 112(8), 704.
- Ritmala-Castrén, Marita 2005. Aina ajankohtainen kivunhoito, tulehduskipulääkkeiden haitoista käypähoito - suosituksiin. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 10.10.2011.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/5\\_2005/kaypa\\_hoito/aina\\_ajankohtainen\\_kivunhoito\\_tu/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/5_2005/kaypa_hoito/aina_ajankohtainen_kivunhoito_tu/)
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo; Närhi, Matti 2006 a. Kivun yhteiskunnallinen merkitys. Teoksessa Sanna Salanterä; Nora Hagelberg; Marjo Kauppila & Matti Närhi (toim.). Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY, 19–30.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo; Närhi, Matti 2006 b. Kivunhoitotyön perusteet. Teoksessa Sanna Salanterä; Nora Hagelberg; Marjo Kauppila & Matti Närhi. (toim.). Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7–17.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo; Närhi, Matti 2006 c. Muut kivun hoito-menetelmät ja kuntoutus. Teoksessa Sanna Salanterä; Nora Hagelberg; Marjo Kauppila & Matti Närhi (toim.). Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY, 147–174.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo; Närhi, Matti 2006 d. Kivunhoitotyön organisointi. Teoksessa Sanna Salanterä; Nora Hagelberg; Marjo Kauppila & Matti Närhi (toim.). Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY, 63–74.

- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo; Närhi, Matti 2006 e. Kivunhoitotyön toteutus. Teoksessa Sanna Salanterä; Nora Hagelberg; Marjo Kauppila & Matti Närhi (toim.). Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY, 75–106.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo; Närhi, Matti 2006 f. Kivun lääkehoito. Teoksessa Sanna Salanterä; Nora Hagelberg; Marjo Kauppila & Matti Närhi (toim.). Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY, 107–146.
- Salmenperä, Markku 2000. Sydänanestesian yleiset periaatteet ja postoperatiivinen hoito. Teoksessa Juhani Heikkilä; Heikki Huikuri; Kimmo Luomanmäki; Markku S. Nieminen; & Keija Peuhkurinen (toim.). Kardiologia. Helsinki: Duodecim, 642–655.
- Sarlio, Johanna 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.). Kivunhoito. Helsinki: Kirjayhtymä, 23–29.
- Silvasti, Marja 2001, Helsingin yliopisto. Kipulääkkeen itse annostelu leikkauksen jälkeen. Suomen lääkärilehti 2001, 56 (24), 2701.
- Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010. Suomen sairaanhoitajakoulutuksen kivunhoitotyön osaamistavoitteista. Hoitotyön toimikunta. Viitattu 20.5.2011.  
[http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/shops%2022\\_8\\_2010.pdf](http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/shops%2022_8_2010.pdf)
- Suomen Sydänliitto 2012. Tilastotietoja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista. Viitattu 17.5.2012. <http://www.sydanliitto.fi/tilastot-ja-sanasto>
- Tiusanen, Teija; Junttila, Kristiina; Leinonen, Tuija & Salanterä, Sanna 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. Hoitotiede 2009, 21 (4), 269–281.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2006. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Viitattu 28.8.2012  
[http://www.tenk.fi/julkaisut/TutkimuksenEettinenArviointiSuomessaFIN\\_SVE.pdf](http://www.tenk.fi/julkaisut/TutkimuksenEettinenArviointiSuomessaFIN_SVE.pdf)



- Vainio, Anneli 2004. Mitä kipu on? Teoksessa Anneli Vainio (toim.). Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim, 17–24.
- Vainio, Anneli 2009 a. Ulkomaalainen kipupotilaana. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.). Kipu. Helsinki: Duodecim, 27–37.
- Vainio, Anneli 2009 b. Kipu ja kieli. Teoksessa Eija Kalso; Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.). Kipu. Helsinki: Duodecim, 20–26.
- Vainio, Anneli 2009 c. Krooniset, pitkäaikaiset kivut. Teoksessa Anneli Vainio (toim.). Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Duodecim, 38–78.
- Valve, Kirsi 2004. Leikkausalueen infektiot sydämen ohitusleikkauksen jälkeen. Suomen Lääkärilehti 2004, 59 (46), 4473–4476.
- Winters, Charlene A & Echeverri, Rebecca 2012. Teaching Strategies to Support Evidence-Based Practice. Academic Education 32, 3, june 49. Viitattu 25.8.2012  
<http://anna.diak.fi:2100/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d3efb4e2-80d6-46d4-88ab-846637be9e7f%40sessionmgr12&vid=2&hid=12>
- Välimäki, Maritta; Leino- Kilpi, Helena; Antila, Marja-Liisa; Myllylä, Britt- Marie; Dassen, Theo; Gasull, Maria; Lemonidopu, Chryssoula; Scott, P. Anne; Arndt, Marianne & Kaurila, Teemu 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. Hoitotiede 2001, 3(13), 155–166.
- Yang, Sung Eun 2010. Models of knowledge in the assessment of postoperative pain. British Journal of Nursing 19, 8. Viitattu 10.5.2012  
<http://anna.diak.fi:2100/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=12&sid=ccf8da34-478f-4d5b-962d-fabef3513513%40sessionmgr11>

## LIITE 1: SAATEKIRJE SAIRAANHOITAJILLE

Arvoisat sairaanhoitajat

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä jonka aiheena on sydänkirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta.

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia sairaanhoitajien arviointia potilaan postoperatiivisesta kivusta, mitkä tekijät vaikuttavat potilaan onnistuneeseen kivunhoitoon, milloin kivunhoito on onnistunut ja millaisia kehittämismahdollisuuksia sairaanhoitajat näkevät potilaan kivunhoidossa?

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu on täysin luottamuksellinen. Meillä on vaitiolovelvollisuus ja kaikki saamamme tieto tullaan käsittelemään nimettöminä eikä vastaajan henkilöllisyys tule ilmi. Haastattelu on yksilöhaastattelu, jolle on varattu aikaa noin 30-40min. Haastattelu nauhoitetaan ja nauha hävitetään heti aukikirjoittamisen jälkeen.

Opinnäytetyön ohjaaja on:

Eeva Nykänen ([eeva.nykanen@diak.fi](mailto:eeva.nykanen@diak.fi))

Inga Klen ([inga.klen@diak.fi](mailto:inga.klen@diak.fi))

Mikäli teille heräsi kysymyksiä, vastaamme niihin mielellään sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin

Ingrid Reinikainen ([ingrid.reinikainen@student.diak.fi](mailto:ingrid.reinikainen@student.diak.fi))

Kirsi-Susanna Lahti ([kirsi-susanna.lahti@student.diak.fi](mailto:kirsi-susanna.lahti@student.diak.fi))

Helsinki 15.4.2011

## LIITE 2: ESITIETOLOMAKE

Esitietolomake

15.4.2011

Kuinka kauan olet ollut terveydenhoitoalalla?	
Kauanko olet työskennellyt tällä osastolla?	
Oletko saanut jotakin lisäkoulutusta?	

## LIITE 3: SUOSTUMUSLOMAKE

## SUOSTUMUSLOMAKE

## DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

## OPINNÄYTETYÖ

Haastattelun tavoitteena on tutkia potilaan postoperatiivisesta kipua ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu on myös täysin luottamuksellinen. Meillä on vaitiolovelvollisuus ja kaikki saamamme tieto tullaan käsittelemään nimettöminä eikä vastaajan henkilöllisyys tule ilmi. Haastattelu nauhoitetaan ja nauha hävitetään heti auki kirjoittamisen jälkeen.

Suostun haastatteluun:

---

Päivämäärä ja allekirjoitus

---

Nimenselvennys

## LIITE 3 TUTKIMUSTULOKSIEN YLÄ- JA ALATEEMAT

### 8 TUTKIMUSTULOKSET

#### 8.1 Sairaanhoidaja potilaan postoperatiivisen kivun arvioijana

##### 8.1.1 Sairaanhoidaja kivun kysyjänä

##### 8.1.2 Sairaanhoidajan kivun havainnoijana

##### 8.1.3 VAS- mittarin käyttö

#### 8.2 Onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttavat tekijät

##### 8.2.1 Moniammatillinen yhteistyö

##### 8.2.2 Sairaanhoidajan ja potilaan välinen yhteistyö

##### 8.2.3 Sairaanhoidajan toimintatavat ja hoitokeinot

##### 8.2.4 Onnistunut lääkehoito

#### 8.3 Milloin kivunhoito on onnistunut

##### 8.3.1 Kun on tyytyväinen potilas, silloin kipulääkitys on kohdallaan

##### 8.3.2 Onnistunut kivunhoito

##### 8.3.3 Onnistuneen kipulääkityksen tekijät

##### 8.3.4 Lääkkeiden sivuvaikutukset ja riippuvuus

##### 8.3.5 Kipulääkehoidon lopetus

##### 8.3.6 Potilaan näkemys kivusta ja kuntoutus

#### 8.4 Miten kivunhoitoa voi kehittää osastolla

##### 8.4.1 Koulutus

##### 8.4.2 Kirjaaminen

##### 8.4.3 Työntekijöiden resurssit ja työyhteisö

##### 8.4.4 Sairaanhoidajan oma kehittyminen ja ajan tasalla pysyminen