

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja

Maiju Muranen ja Suvi Peltola

HOITOTYÖN SUOSITUS – AIKUISPOTILAAN TEKONIVELLEIKKAUKSEN
JÄLKEINEN LYHYTAIKAINEN KIVUNHOITO

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

MAIJU MURANEN

SUVI PELTOLA

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Hoitotyön suositus – Aikuispotilaan tekonivel-
leikkauksen jälkeinen lyhytaikainen kivunhoito

64 sivua + 27 liitesivua

TtM Elisa Marttila

Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja
sosiaali-palvelujen kuntayhtymä

Marraskuu 2014

Avainsanat

ortopedinen potilas, postoperatiivinen, kivunhoito, hoi-
totyön suositus, tekonivel

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli verrata hoitotyön suositusta ”Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö” Carean ortopedisen vuodeosaston nykyiseen kivunhoidon osaamiseen. Tutkimuksessa paneuduttiin etenkin kivunhoidon ohjaamiseen, kivun arviointiin, seurantaan, hoitamiseen ja kirjaamiseen. Lisäksi selvitettiin tuntevatko hoitajat hoitotyön suositusta ja JBI-ohjeita.

Tutkimus tehtiin Kymenlaakson keskussairaalalle. Menetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä ja laadittiin puolistrukturoidun kysely-lomakkeen ortopedisen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeita jaettiin 16 kappaletta eli koko osaston hoitohenkilökunnalle. Kyselyyn vastasi 13 ja hyväksytyjä vastauslomakkeita oli 12. Vastausprosentti oli 75 %. Tuloksista ilmeni, että pääasiassa leikkauksen jälkeinen kivunhoito on osastolla vastausten mukaan hoitotyön suosituksen mukaista. Kipumittarien käyttö oli vakiintunut osastolla. Vastaajat kaipasivat lisää kivunhoidon koulutusta. Hoitotyön suositukset ja JBI-ohjeet tunnettiin heikosti. Hoitotyön suosituksia tulisi jalkauttaa erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuoltoon. Lisäksi JBI-ohjeita tehdä tunnetuksi ja hyödyntää käytännössä. Kyselyn toteuttaminen suuremmalle joukolle parantaisi tutkimuksen luotettavuutta.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

MURANEN, MAIJU

PELTOLA, SUVI

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

November 2014

Keywords

Nursing Research Foundation's recommendations - Nursing care of short-term pain in adult patients after a artificial joint surgery

64 pages + 27 pages of appendices

Elisa Marttila, MNSc

Carea - Kymenlaakso Social and Health Services

orthopedic patient, postoperative, pain treatment, Recommendations of Nursing Research Foundation, artificial joint

The objective of this bachelor's thesis was to compare Nursing Research Foundation's recommendations "Nursing care of short-term pain in adult patient after a surgical procedure" to nurse's practices who were working in Carea's orthopedic ward and how they were following these guidelines. We especially studied their skills of guiding patient in pain nursing, assessing patient's pain, monitoring the patient's status, recording and overall pain treatment after surgery. Also we studied how nurses knew nursing research foundation's recommendations and JBI-guidelines. This study was made for Kymenlaakson keskussairaala. This thesis was based on quantitative content analysis and we created a half-structured questionnaire for the nurses in the orthopedic ward. The questionnaire was sent for all the 16 nurses on the ward. 13 nurses answered to the questionnaire and we accepted 12 of them. Total answer percent was 75. The results showed that the pain treatment in this ward was mainly following the Nursing Research Foundation's recommendations. Most of the nurses were using Pain scales in this ward. Nurses required more education for pain care. Not many of the nurses knew Nursing Research Foundation's recommendations and JBI-guidelines. These guides should be used in specialized health care and primary care. This questionnaire should be sent for a bigger crowd so the study would be more reliable.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 KIVUNHOITOTYÖN TARVE	7
2.1 Ortopedinen potilas.....	7
2.2 Lonkan ja polven tekonivelleikkaus.....	8
2.3 Hoitotyön suositus	11
2.4 JBI-ohjeet.....	12
2.5 Kivun fysiologia	13
3 KIVUN HOITOTYÖN SUUNNITTELU	16
3.1 Leikkauksen jälkeinen kipu ja sen vaikutukset.....	17
3.2 Kirurgisen potilaan ohjaus ennen leikkausta.....	20
4 KIVUN HOITOTYÖN TOTEUTUS.....	22
4.1 Potilaan kivun tunnistaminen ja arviointi	22
4.2 Kivun lääkehoito	24
4.3 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	27
4.4 Potilaan voinnin seuranta ja kirjaaminen.....	29
4.5 Kymenlaakson keskussairaalan potilastietojärjestelmä	31
5 KIVUN HOITOTYÖN LAADUN VARMISTAMINEN.....	31
6 TUTKIMUSKYSYMYKSET	32
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	34
7.1 Tutkimusmenetelmä	34
7.2 Tutkimuksen kohderyhmä.....	35
7.3 Kyselyn toteutus	35
7.4 Aineiston keruu	37
7.5 Aineiston analysointi sisällönanalyysin avulla	38
8 TULOKSET	40
8.1 Taustatiedot.....	40
8.2 Potilaan ohjaus osana kivun hoitotyötä.....	41
8.3 Potilaan kivun tunnistaminen ja arviointi	42
8.4 Kivun lääkehoidon toteuttaminen.....	43
8.5 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	44
8.6 Potilaan voinnin seuraaminen.....	45

8.7 Kivun hoitotyön kirjaaminen	47
8.8 Kivun hoitotyön laadun varmistaminen	49
8.9 Hoitotyön suosituksen ja JBI-ohjeiden tunnistaminen	51
9 POHDINTA.....	52
9.1 Tulosten tarkastelua	52
9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	58
9.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia.....	62
LÄHTEET	63

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Sanasto

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Kyselylomake

Liite 5. Muuttujataulukko

Liite 6. Aineiston pelkistäminen ja alakategorioihin jako

Liite 7. Aineiston abstrahointi

Liite 8. Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Teemme opinnäytetyön aiheesta ”Hoitotyön suositukset, JBI-ohjeet - Mitä ovat ja ovatko käytössä Careassa”. Tutkimme työssämme tarkemmin hoitotyön suositusta ”Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö”. Tämän hoitotyön suosituksen tarkoituksena on kerätä tutkittua tietoa operaation jälkeisen lyhytkestoisen kivunhoidon toteuttamisesta aikuispotilaalla. Suosituksessa käsitellään muun muassa potilaan kivun tunnistaminen, kivun arviointi, hoitotyön auttamiskeinot sekä hoidon onnistumisen arviointi että kirjaaminen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 4.)

Valitsimme tämän aiheen tutkittavaksemme, koska aiemmat tutkimukset kivunhoidosta leikkauksen jälkeen ovat toteutettu pääsääntöisesti potilaille ja uusimman tutkitun tiedon soveltaminen käytäntöön on mielestämme tärkeää. Aiempia tutkimuksia ei tästä aiheesta ole tehty, joissa hoitajille olisi kyselyjä suunnattu. Kaikki tutkimukset jotka löysimme, oli suunnattu potilaille. Aiemmissä tutkimuksissa kyselytutkimukset olivat jaettu potilaille ja potilaat olivat täyttäneet kyselyt oman kivunhoidon kokemusten pohjalta tai tutkimuksen tekijä oli haastatellut vastaajia. Aiemmistä tutkimuksista on tullut ilmi, että yleisesti leikkauksen jälkeinen kivunhoito on potilaiden mukaan onnistunut hyvin. Useassa tutkimuksessa huomattiin, että kipumittareiden käyttö oli vähäistä. Ne joilla kipumittaria oli käytetty, kokivat he sen käytön tärkeäksi. Kipulääkitys oli onnistunutta ja potilaat kokivat saaneensa hyvin tietoa kivunhoidosta hoitajilta. (Ranta 2013; Hankonen 2010; Sarajärvi 2011; Marjamäki 2006.)

Nyt haluamme tarkastella hoitajien kivunhoidon osaamista. Koemme kivunhoidon tärkeäksi osaksi potilaan paranemisprosessia leikkauksen jälkeen. Halusimme hyödyntää hoitotyönsuosituksia, joka on käännetty suomeksi vuonna 2013. Opinnäytetyön tarkoituksena on verrata hoitotyön suositusta hoitajien toteuttamaan kivunhoitoon ortopedisillä potilailla. Tutkimme miten hoitajat arvioivat oman osaamisensa kivunhoidon suhteen

ja miten tämä toteutuu heidän osastollaan. Vertaamme tuloksia hoitotyön suositukseen. Rajaamme aiheen elektiivisiin, eli suunniteltuun leikkaukseen tuleviin potilaisiin, joille tehdään polven tai lonkan tekonivelleikkaus. Aikuispotilaalla tarkoitamme 17–70-vuotiasta. Tutkimme myös tuntevatko hoitajat hoitotyön suositusta ja JBI-ohjeita. Toteutamme kyselyn Kymenlaakson keskussairaalan ortopedisellä osastolla, jossa hoidetaan pääasiassa lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaita. Tutkimusmenetelmänä käytämme tässä opinnäytetyössä laadullista sisällönanalyysiä, koska otantajoukkomme on vain yhden osaston henkilökunta. Kyselylomakkeemme on puolistrukturoitu eli se sisältää Likert -asteikon mukaisia kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä.

2 KIVUNHOITOTYÖN TARVE

2.1 Ortopedinen potilas

Ortopedia nimitys muodostuu kahdesta sanasta *orthos* = suora ja *pais* = lapsi. Nämä sanat tulevat kreikasta. Ortopedian avulla parannetaan luuston, liikuntaelimestön, lihasten sekä nivelten virheasentoja. Suomessa ortopedi hoitaa sekä ortopedisiä että traumatologisia potilaita. Ortopediset potilaat jaetaan kahteen ryhmään. Nämä pääryhmät ovat klassinen ortopedia sekä tapaturmavammapotilaat. Ne, joilla on muun muassa tuki- ja liikuntaelimestön synnynnäisiä epämuodostumia, tulehduksellisia ja eteneviä nivel- ja luusairauksia ja nivelkalvon tauteja luetaan klassisen ortopedian piiriin. (Rokkanen 2003, 9.)

Ortopediset leikkaukset ovat usein hyvin kivuliaita potilaille, etenkin suurimmat olkapää- ja polvileikkaukset. Kipu on yleensä pahin leikkauksen jälkeen mobilisointivaiheessa. (Hamunen 2009, 281.)

Kirurgisessa operaatiossa hoidetaan sairauksia, vammoja, kasvaimia tai epämuodostumia. Operaatiossa potilaan kudosta yleensä joudutaan vahingoittamaan operaation toteuttamiseksi. Leikkauksen yleisimmät

komplikaatiot ovat kipu, kuume, mustelmat, verenvuoto sekä turvotus. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 6.)

2.2 Lonkan ja polven tekonivelleikkaus

Vuosittain Suomessa suoritetaan noin 20 000 lonkan ja polven tekonivelleikkausta. Tulevan vuosikymmenen aikana tekonivelleikkausten määrä lisääntyy arviolta jopa 50 prosenttia. Tämä johtuu suurten ikäluokkien vanhenemisesta. Tekonivelleikkaus on yleensä ratkaisu vaikean nivelrikon hoidossa, johon ei ole enää muuta konservatiivista hoitoa. Leikkaushoitoa harkitaan, kun kipu on päivittäistä tai liikkuminen on rajoittunutta nivelrikon takia. Näitä edellä mainittuja oireita sekä radiologisia löydöksiä on oltava potilaalla, jotta leikkaushoitoa edes harkitaan. Kuten muissakin leikkauksissa, myös tekonivelleikkauksissa on leikkausta estäviä tekijöitä. Bakteerin aiheuttamat tulehdukset elimistössä, merkittävä sairaus (COPD, sepelvaltimotauti, ei hoitotasapainossa oleva insuliinihoitoinen diabetes) ovat muun muassa esteitä leikkaukselle. Leikkauksen hyötyjen tulee olla suuremmat kuin riskitekijät. Riskit on selitettävä potilaalle ymmärrettävästi, eikä leikkaukseen tule ryhtyä vain potilaan toiveesta. (Ensimmäinen lonkan ja polven tekonivelleikkausten hoitosuositus - Tekonivel on kallis mutta oikein suoritettuna kannattava investointi 2010.)

Yleisin syy lonkan kipuun on lonkkanivelen nivelrikko. Nivelrikolle ominaista on se, että kipu alkaa rasituskipuna ja nivelrikon pahentuessa kipua esiintyy myös leposärkynä. Oireina on myös rajoittuvuuksia muun muassa lonkkanivelen liikkuvuudessa, joista tavallisin on lonkan sisärotaation rajoittuminen. Usein nivelrikko potilailla esiintyy myös muita niveliissä olevia muutoksia. Polven nivelet ja sormen kärkinivelet vaurioituvat yleensä ensimmäisinä. On tärkeää, että ortopedi tutkii aina myös polvinivelen tilanteen ja otattaa röntgenkuvan sekä polvinivelestä että lannerangasta samalla kun tutkii lonkkaniveltä. (Lehto & Pajamäki 2010, 946.)

Lonkan nivelrikkoa diagnosoidessa kliinisenä löydöksenä on nivelen liikerajoitteisuus ja mahdollisesti myös liikutteluarkuus. Röntgenkuvassa voidaan todeta vain kulumanmuutokset, muun muassa kaventunut nivelrako, sklerosoituminen, kystamuodostus, sekä mahdollinen lonkkanivelen liikekeskipisteen siirtymä. (Lehto & Pajamäki 2010, 946.)

Nivelrikon hoitona on keskeisimpänä keinona ylipainon sekä lonkan ylipainon välttäminen. Myös hyvä alaraajojen sekä vartalon lihaskunnan ylläpito on tärkeää. Pysyvänä ratkaisuna nivelrikon hoidossa kipulääkkeitä ei voi käyttää. Usein myös kävelykepin käyttö lonkan kuormituksen keventämiseen voi olla riittävä apu. Joissakin tapauksissa lonkan tähytys ja mahdollisten irtokappaleiden poisto voi tuoda helpotuksen kipuun. Osteotomian avulla voidaan lykätä tekonivelleikkausta, jos se on tehty oikeaan aikaan. Osteotomia leikkauksessa vajaakehittyneen lonkkanivelen kuormitusta jaetaan reisiluun yläosan, lantion tai näiden molempien puolelle. Pitkälle edennyt nivelrikko hoidetaan yleisimmin tekonivelleikkauksella. Tekonivel valmistetaan metallista ja siinä on liukuparina metallinen tai keraaminen nuppiosa. Maljakkopuolella on polyeteerinen, metallinen tai keraaminen kuppiosa. Tällä tekonivelellä korvataan lonkkanivel ja nykyään luvataan jopa 90 prosentin pysyvyys kymmenen vuoden ajaksi tekonivelelle. (Lehto & Pajamäki 2010, 947.)

Tekonivelleikkauksen jälkeen lonkassa esiintyy yleensä erilaisia tunteuksia ja kipua, vaikka leikkaus olisikin onnistunut. Voi olla mahdollista, että lonkasta kuuluu ääntä liikuttaessa tai kivuttoman ajanjakson jälkeen esiintyy uudestaan kipua. Nämä eivät kuulu leikkauksen jälkeiseen vaiheeseen, vaan ovat hälyttäviä merkkejä esimerkiksi infektiosta, tekonivelen rikkoutumisesta tai muoviosan puhki kulumisesta. Nämä oireet tai röntgenkuvassa näkyvä reisosan yläosan tai maljakko-osan luusyöpymä ovat syy lähettää potilas tekonivelen uusintaleikkaus arvioon. (Lehto & Pajamäki 2010, 948 - 949.)

Polven kipuun on monia syitä, mutta usein kipu johtuu polven nivelrikosta. Arvioiden mukaan yli 80 prosenttia yli 55-vuotiaasta väestöstä sairastaa jonkinasteista nivelkulumaa. Usein nivelkulumaa esiintyy naisilla. (Harilainen & Sandelin 2010, 969.)

Yleisimpiä niveliä, joissa nivelrikkoa esiintyy, ovat lonkka, polvi, sormien pikkunivelet sekä lanneranka. Nivelrikkoa sairastavat potilaat kuvaavat polven kipua jomottavana särkynä, jota on hankala paikallistaa. Lisäksi säännuutokset vaikuttavat kipuun. Yleensä kulumaoireilun huomaa vasta, kun polveen on sattunut pieni vamma tai venähdys. Hankalimmissa tapauksissa kipua on myös pienessäkin rasituksessa ja kipua saattaa esiintyä yölläkin. Niin kuin lonkan nivelrikossakin, polvessa liikelaaajuus on vähentynyt ja niveltä liikuttaessa voi kuulua krepitaatiota, eli narinaa. Ylimääräistä nivelnestettä kuluneessa nivelessä on melko vähän. Tyypillisimmät nivelmuutokset, jotka röntgenkuvassa näkyvät ovat nivelraon kapeneminen, subkondraalinen luun tiivistyminen ja havaitaan virheasento. Kuitenkaan röntgenissä näkyvät muutokset sekä kliininen oirekuva eivät välttämättä täsmää. Röntgenkuvassa voi näkyä selvät muutokset nivelessä, mutta oireet voivat olla lievät tai toisinpäin. Magneettikuvaus tai tietokonekerroskuvaus voi hyödyttää nivelrikon alkuvaiheessa hoitoa mietittäessä, muttei kuitenkaan hyödytä lopullisen diagnoosin teossa. (Harilainen & Sandelin 2010, 970.)

Jos konservatiivisesta hoidosta ei ole apua potilaalle, on siirryttävä miettimään operatiivista hoitoa. Konservatiivisessa hoidossa pyritään vähentämään polvinivelen liikarastitusta. Pelkkä lepo ei ole polvinivelelle hyväksi, vaan kevyt rasitus ja mahdollisesti ohjattu fysioterapia polven liikelaaajuuden ylläpitämiseksi on hyväksi. Tärkeää on reisilihasten ylläpito sekä harjoittelu. Turvonneelle, kipeälle ja kuluneelle nivelelle lepo olisi suotavaa. Nuorille potilaille erilaisista polvituista voi olla hyötyä tietynlaisissa tapauksissa. Kipuun suositellaan otettavan tulehduskipulääkkeitä, jotka kuuluvat koksibiryhmään. Lisäksi voidaan käyttää glukosamiini-sulfaattia, koska sillä on nivelrustoa suojaava vaikutus. Kuluneeseen polviniveleen voidaan antaa myös nivelensisäisesti hyaluronihappoa, joka

voitelee niveltä ja lievittää nivelen kipua. (Harilainen & Sandelin 2010, 971.)

Operatiivisessa hoidossa voidaan tehdä tapauskohtaisesti joko atroskooppinen nivelpuhdistus, osteotomia tai tekonivelleikkaus. Lievissä tai keskivaikeissa kulumissa atroskopia voi lievittää nivelrikon oireita jopa useiksi vuosiksi. Osteotomialla pyritään saamaan polven virheasento korjattua poistamalla luukiila proksimaalisesta tibiasta ja tämän avulla palauttamaan tibiafemoraalikulma normaaliksi. Tämä operaation olisi hyvä tehdä alle 60-vuotiaille, jonka polvinivelen virheasento on enimmillään vain 10 astetta. Polven on oltava tukeva, luuston rakenne hyvä ja kuluman on painotuttava mediaalipuolelle. (Harilainen & Sandelin 2010, 971 - 972.)

Jos näistä edellä mainituista operaatioista ei potilaalle koeta olevan hyötyä, on tehtävä polven tekonivelleikkaus. Lisäksi, jos kuluma on paikallistunut vain nivelen toiselle puolelle, harkitaan puoliproteesia. Polven molemmat sivusiteet, takaristiside sekä nivelkapseli suojaavat ja tukevat polven tekoniveltä. Tekonivel kiinnitetään luuhun sementin avulla ja usein myös samassa toimenpiteessä pinnoitetaan lumpio. Puoliproteesia voidaan käyttää siinä tapauksessa, jos kuluma paikallistuu toiselle puolelle niveltä. Tällöin puoliproteesilla korvataan vain kulunut osa nivelestä. (Harilainen & Sandelin 2010, 974.) Tekonivelleikkausta ei mielellään tehdä nuorelle potilaalle, alle 65-vuotiaalle tai jos potilaalla on ylipainoa. Jos potilaalla on polvi-infektio, tekoniveltä ei missään tapauksessa asenneta polveen. Jos polven ojennusvoima puuttuu, voi tekonivelleikkauksen tulos jäädä huonoksi. Tekonivelleikkauksen jälkeinen kuntoutus on erittäin tärkeää ja potilaan on itse huolehdittava kuntoutuksesta. (Harilainen & Sandelin 2010, 975.)

2.3 Hoitotyön suositus

Hoitotyön suosituksen tarkoituksena on kerätä tutkittua tietoa operaation jälkeisen lyhytkestoisen kivunhoidon toteuttamisesta aikuispotilaalla.

Suosituksessa käsitellään potilaan kivun tunnistaminen, kivun arviointi, hoitotyön auttamiskeinot, hoidon onnistumisen arviointi ja kirjaaminen sekä hoidon suunnittelun, organisoinnin ja ohjaamisen. Tavoitteena yhteinäistää kivunhoidon toteuttaminen ja tasa-arvoistaa potilaiden saamaa hoitoa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 4.)

Hoitotyön tutkimussäätiö toimii tutkimusnäytön välittäjänä hoitotyössä toimijoille. Säätiö kerää, arvioi ja tiivistää tutkimusnäyttöä käytännöllisempään muotoon. Säätiön arvoja ovat terveys, oikeudenmukaisuus, totuus, luottamus ja asiantuntijuus. Säätiön tehtävänä on kehittää ja vakiinnuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Säätiö tekee myös yhteistyötä kansallisten terveydenhuollon palvelu- ja koulutusorganisaatioiden kanssa sekä terveystieteellistä tutkimusta tekevien organisaatioiden kanssa. Hoitotyön tutkimussäätiö vastaa hoitotyön suositusten tuottamisesta. (Säätiön tarkoitus ja perustehtävä.)

Hoitotyön asiantuntijat ovat laatineet hoitotyön suositukset järjestelmällisesti ja ne ovat tieteellisesti perusteltuja kannanottoja tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen käyttökelpoisuuteen ja vaikuttavuuteen. Ennen julkaisua menetelmän tai aiheen asiantuntijoilta pyydetään lausunnot. Suositusten tavoitteena on oikea, vaikuttava, inhimillinen ja oikein ajoitettu hoito potilaalle. Hoitotyön suositukset kiteyttävät näyttöön perustuvan hoitotyön. Näyttöön perustuvia hoitotyön suosituksia on julkaistu vuodesta 2008. (Hoitotyön suositukset.)

2.4 JBI-ohjeet

JBI-ohjeet perustuvat Joanna Briggs instituutin tuottamien järjestelmällisten katsausten pohjalta rakennettuun tiivistettyyn tietoon. Suositukset perustuvat järjestelmällisesti katsauksien tuloksiin. Joidenkin tutkimusten näyttö on heikko, mutta ne kuitenkin kuvaavat parhainta mahdollista sen hetkistä tieteellistä näyttöä aiheesta. Tieto on suunnattu terveydenhuollon ammattilaisille. Osa ohjeista on käännetty englannista suomeksi.

Joanna Briggs instituutilla on yhteensä yli 50 yhteistyökeskusta maailmanlaajuisesti ja ne ovat jaettu viiteen osa-alueeseen: Euroopan, Amerikan, Aasian, Oseanian, Afrikan ja Qatarin. Suomen JBI yhteistyökeskuksen isäntäorganisaatio on Hoitotyön tutkimussäätiö. (Joanna Briggs Instituutti (JBI) ja Suomen JBI yhteistyökeskus.)

Osa suomeksi käännettyistä JBI-suosituksista löytyy samalta internetsivulta hoitotyön suositusten kanssa. Käännökset on tehty yhteistyössä JBI yhteistyökeskuksen yhteistyökumppaneiden kanssa Suomessa. Käännöksissä on myös käännöstyöstä vastaavien asiantuntijoiden arvioitu soveltuminen kotimaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Wolters & Kluwer vastaa Connect+ -ohjelmiston hallinnoinnista, joten Suomen Joanna Briggs -keskus ei voi enää tulevaisuudessa julkaista suosituksia omilla sivuillaan. Monella suomalaisella terveydenhuollon palvelu- ja koulutusorganisaatiolla on lisenssi, jolla Connect+ ohjelmistoa voi käyttää. (Suomenkieliset JBI-suositukset.)

2.5 Kivun fysiologia

Kudosvaurion ja kivun tuntemuksen välillä tapahtuu monimutkaisia kemiallisia ja sähköisiä tapahtumia. Ne jaetaan yleensä neljään vaiheeseen. Transduktio (1), jossa kudokseen kohdistuu kemiallinen, mekaaninen tai lämpöenergiallinen ärsyke. Hermopäätteet aktivoituvat ja aktiopotentiaali syntyy. Näiden impulssin taajuus määrittää kudosvauriota aiheuttavan ärsykkeen voimakkuuden. Kipuviesti siirtyy transmissiossa (2) hermosoluja pitkin keskushermoston osiin, jossa kipuaistimus syntyy. Modulaatio (3) eli kivun muuntelu keskushermostossa. Inhibitoriset radat keskushermostossa estävät kipuviestejä välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Esimerkiksi stressi ja morfiinin tyyliset kipulääkkeet voivat aktivoida nämä radat. Perseptiossa (4) kipua välittävät neuronit aktivoituvat aivoissa ja aiheuttavat kiputuntemuksen. (Kalso & Kontinen 2009, 76.)

Akuutti kipu tarkoittaa äkillistä ja ohimenevää kipua. Se kertoo kudოსvauriosta, jonka hoitamisen jälkeen kipu yleensä lakkaa. Krooninen kipu tarkoittaa kipua, joka on kestänyt yli 6 kuukautta tai ylittänyt kudოსvaurion normaalin paranemisajan. (Iivanainen 2011, 470.)

Eli akuutti ja krooninen kipu on yleensä erotettu toisistaan kestolla. Todennäköisesti kipuongelma pitkittyy, jos esimerkiksi leikkauksenjälkeinen kipu ei lieviy 3–6 kuukauden kuluessa leikkauksesta. Riskitekijöitä kivun pitkittymiseen on yritetty selvittää tutkimuksilla. Yleensä akuutin kudოსvaurion laajuus, kivun voimakkuus, leikkauskomplikaatiot ja potilaan heikentyneet voimavarat ennen leikkausta ovat riskitekijöitä kivun pitkittymiseen. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 106 - 107.)

Nosiseptiininen kipu, eli kudოსvauriokipu syntyy, kun voimakkaat ja mahdollisesti kudოსvauriota aiheuttava ärsykkeet ärsyttävät nosiseptoreita (Vainio 2009, 155). Nosiseptorien aksonit menevät selkäyttimeen dorsaalista sarvesta, eli selkäytimen takasarvesta. Selkäytimestä ne siirtyvät kontralateraalipuolelle nouseviin ja laskeviin ratoihin. Aksonit kulkevat hermojen valkoisessa aineessa anterolateraaliossa neljänneksessä. Kipua ja lämpöaistimusta kuljettava rata eli anterolateraaliossa päättyy kontralateraaliseen talamukseen eli ventraaliposteriorilateraalitumakkeeseen. Siellä se synapsoi ja etenee primäärisellä ja sekundäärisellä somatosensoriselle kuorelle. Osa siitä päättyy kuitenkin aivorungon eri osiin, kuten aivoverkoston, hypotalamukseen sekä mantelitumakkeeseen. Syntyy kivun affektiivis-motivatioon, jolloin aiheutuu epämiellyttävää tunnetta, pelkoa, ahdistusta ja autonomisen sympaattisen hermoston aktivaatiota. Kivun aistimus on useiden aivojen osien yhteistyötä, mutta tätä ei tunneta vielä täysin. (Purves, Augustine, Fitzpatrick, Hall, William, LaMantia, McNamara & White 2007, 231 - 245.)

Toimenpiteestä johtuva kipu luetaan nosiseptiiviseksi, eli kipuärsytyksestä johtuvaksi kivuksi. Se on terveen kipuhermojärjestelmän vaste kudოსvaurioon. Kipua lisäävät myös kudოსvaurion yhteydessä syntyvät tai vapautuvat tulehduksen välittäjä-aineet, jotka aktivoivat kipureseptoreita

ja herkistävät niitä ärsykeille. Pelkkä kudosisvaurio ei aiheuta kipukokemusta vaan siihen vaikuttaa myös potilaan tarkkaavaisuus, emotionaalinen tila, asenteet ja odotukset. Kun kudosisvaurio parantuu, yleensä kipukin helpottuu. Hoitamaton lyhytkestoinen kipu voi johtaa kivun pitkittymiseen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 5.)

Nosiseptoreille eli kipureseptoreille monet erilaiset ärsykkeet voivat aiheuttaa kipua; näitä ovat mekaaniset, kemialliset ja termiset tekijät. Kipureseptoreista osa reagoi vain tietynlaiseen kipuun. Esimerkiksi vatsassa suolen venytys (kaasu) aiheuttaa kovaa kipua, mutta terävä isku, esimerkiksi puukonisku, ei aiheuta juuri minkäänlaisia kiputunteja itse suoleen. Ärsyke vaikuttaa aistinreseptorin solukalvoon, jonka seurauksena syntyy kalvopotentiaalinen muutos. Solukalvon sisäpuoli on negatiivisesti varautunut ja ulkopuoli positiivisesti. Ärsykeen vuoksi solukalvon ioniläpäisevyys kasvaa. Depolarisaatio, eli kalvopotentiaalinen pieneneminen syntyy, kun positiiviset ionit pääsevät solun sisään. Tätä kutsutaan reseptoripotentialiksi. Voimakas ärsyke aiheuttaa suuremman reseptoripotentialin kuin pieni ärsyke. Reseptoripotentiali ei leviä pitkälle solukalvoa pitkin vaan on paikallinen. Kuitenkin jos reseptori tekee riittävän depolarisaation hermosyössä voi lepopotentiali muuttua aktiopotentiaaliksi eli kalvopotentialiksi. Aktiopotentiaali etenee aksonin päätteeseen asti. Hermosyössä voimakas ärsyke saa aikaan useita aktiopotentiaaleja. Niiden määrä, informaatio ärsykeen voimakkuudesta, taajuus, kesto ja muutokset välittyvät keskushermostoon saakka. (Hiltunen, Holmberg, Jyväskylä, Kaikkonen, Lindblom-Yläne, Niensted & Wähälä 2010, 238 - 239.)

Somatosensorinen aivokuorialue eli primaarinen tuntoaalue on isoivojen päälakilohkon etureunassa ja siellä muun muassa tuntoaistin impulssit käsitellään. Esimerkiksi kosketus-, paine- ja kipuimpulssit tulevat sinne. Näitä impulsseja tuovia ratoja kutsutaan tuntoradoiksi tai toiselta nimeltään somatosensorisiksi radoiksi ja niissä on yleensä peräkkäin kolme neuronaa. Spinaaligangliossa eli selkäydinhermosolmussa tai aivohermo-

solmussa on ensimmäinen sooma. Toinen sijaitsee ydinjatkeessa tai selkäytimessä. Kolmas löytyy talamuksesta ja sieltä aksoni kulkee somato-sensoriseen aivoalueeseen. (Hiltunen, Holmberg, Jyväskylä, Kaikkonen, Lindblom-Yläne, Niensted & Wähälä 2010, 242.)

Muun muassa ihossa, nivelten ja jänteiden alueella, luukalvoissa ja limakalvoilla on vapaita hermopäätteitä, eli kipureseptoreita. Kuitenkaan tiiviissä luussa ei ole paljoakaan kipureseptoreita, mutta luukalvossa on kipureseptoreita runsaasti. Kipureseptoreiden stimuloijina ovat yleensä vahingoittuneista soluista syntyvät aineet, kuten esimerkiksi kaliumionit ja asetyylikoliini. (Hiltunen, Holmberg, Jyväskylä, Kaikkonen, Lindblom-Yläne, Niensted & Wähälä 2010, 244.)

3 KIVUN HOITOTYÖN SUUNNITTELU

Eettisten periaatteiden, lainsäädännön ja näyttöön perustuvat tutkimustiedon mukaan sairaanhoitajan tulee hoitaa ja arvioida potilaan kipua potilaan hoitotarpeen mukaan. Sairaanhoitajan työn pohjana on hoitotiede, farmakologia, lääketieteen ja käyttäytymistieteiden osaaminen. Potilaan oikeus on saada hyvää ja laadukasta hoitoa. Potilaalla on lain mukaan oikeus saada tietää hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksesta terveydentilaansa. (Vaajoki & Haatainen 2014, 45 – 46.)

Kivun fyysisiä oireita ovat: verenväriksen nousu, kylmähikoilu, uneliaisuus ja tuskaisuus, kuivat limakalvot, kalpea, kuuma tai punoittava iho, potilaan ärtyneisyys ja vetäytyminen (Jäntti 2000, 123 - 124).

Potilaan kokemus kivusta on kivun hoitotyön lähtökohta. Kivun hoitotyö voidaan ajatella hoitotyönprosessina. Kivunhoidon tarve määritellään, toteuttaminen suunnitellaan ja kivunhoidon toteutumista arvioidaan. Jatkuvan kivun hoidossa suunnitelmaa täytyy tarkistaa säännöllisesti kivuttomuuden tavoittamiseksi. Kivun hoitotyön prosessi on pääasiassa sairaanhoitajan vastuulla. Hoitajan ollessa potilaan läsnä päivästä toiseen,

alkaa hoitaja tunnistaa potilaan kiputuntemukset. Jatkuva hoidon seuranta olisi tavoitteellista. Potilas itse on paras arvioimaan omaa kipuaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sanoo, että potilaalla on oikeus saada selkeää ja ymmärrettävää tietoa omasta voinnistaan ja hoidosta sekä myös kivunhoidosta. Joten potilasohjaus on tärkeää kivunhoidon toteuttamisessa. Lain mukaan kirjaaminen potilaan kivunhoidosta – järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuraaminen on tärkeää muun muassa potilasturvallisuudelle, kivunhoidon laadun kehittämiseksi ja henkilöstön oikeusturvalle. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 5 – 6.)

3.1 Leikkauksen jälkeinen kipu ja sen vaikutukset

Kivun tuntemus on yleensä epämiellyttävä ja potilas kiinnittää siihen melkein aina huomionsa. Muiden aistin kohdalla tämänlaista emotionaalista vaikutusta ei ole. (Hiltunen 2010, 243.)

Leikkauksen jälkeistä kipua on raportoitu ilmenevän jopa 80 %:lla potilaista, vaikka potilasta on kipulääkitty. Kivun esiintymiseen leikkauksen jälkeen vaikuttavat leikkausalue, haavan koko, leikkaustekniikka, anestesiamuoto ja perioperatiivinen kivunhoito. Myös potilaan oma kipuherkkyys vaikuttaa kivun esiintymiseen. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 20.)

Leikkauskivun kokeminen on yksilöllistä. Kudosvaurion aiheuttaman no-siseptorien stimulointi ja niiden lähettämien informaatioiden siirtyminen keskushermostoon aiheuttaa leikkauskivun. Keskushermostossa kivun tuntemukseen vaikuttavat aiemmat muistikuvat ja kipukokemukset. Myös emotionaaliset ja affektiiviset tekijät vaikuttavat lopulliseen kiputuntemukseen. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi ahdistus, masennus, jännittyneisyys ja pelko. Nämä edellä mainitut selittävät sen miksi toiset potilaat tuntevat kivun kovempaan kuin toiset, vaikka kivun sensorinen aistimus olisikin sama. Masennus ja ahdistuneisuus todistettavasti lisäävät kipulääkkeen

tarvetta ja kivun kokemista leikkauksen jälkeen. (Taulukko 1; Hamunen & Kalso 2009, 280.)

Taulukko 1. Leikkauksen jälkeisen kivun esiintymiseen vaikuttavia tekijöitä (Hamunen & Kalso 2009, 279)

Potilas
Geneettiset tekijät
Ikä ja sukupuoli
Farmakokineettiset ja farmakodynaamiset tekijät
Ahdistuneisuus, masennus ja neuroottisuus ennen leikkausta
Krooninen kiputila
Kipulääkkeiden käyttö ennen operaatiota
Leikkaustyyppi
Kipulääkkeiden farmakokineettiset ja farmakodynaamiset ominaisuudet
Käytetyt kivunhoitomenetelmät

Leikkauksen jälkeinen kipu on yleensä kestoaltaan rajoittunutta ja kivun voimakkuus vaihtelee. Hengityselimistön komplikaatiot ja verenkierron häiriöt vähentyvät tehokkaan kipulääkityksen ansiosta leikkauksen jälkeen. (Hamunen & Kalso 2009, 278 – 279.) Akuutin kivun vaikutuksia on lueteltu taulukossa (Taulukko 2.)

Leikkauskipu riippuu pitkälti millainen leikkaus on tehty, mutta aina kivun voimakkuus leikkauksen jälkeen ei riipu leikattavasta kohteesta. Kivun määrä, kesto ja laatu vaihtelevat laajasti eri leikkauksissa. Muun muassa iho, hermot, aivokalvot ja luukalvot ovat kipuherkkiä. Toisinkuin iso- ja pikkuaivot, verisuonet ja keuhkot eivät reagoi piston tai viillon aiheuttamaan kipuun. (Hamunen & Kalso 2009, 281.)

Taulukko 2. Akuutin kivun haitalliset vaikutukset elimistössä (Hamunen & Kalso 2009, 279)

Sydän- ja verenkiertoelimistö	Takykardian, rytmihäiriöt, kohonnut ääreisverenkierron vastus, sydänlihaksen hapenkulutuksen lisääntyminen, verenkierron jakautumisen muutokset, laskimopaluun huonontuminen, laskimoveritulpat, keuhkoembolia
Hengityselimistö	Hengitystilavuuden huonontuminen, atelektaasit, heikko yskiminen, hypoksemia, infektiot
Ruuansulatuselimistö, virtsatie	Mahalaukun ja suolen mobiliteetin heikentyminen, virtsaretentio
Endokrinologinen ja metabolinen stressivaste	Katabolisten hormonien erityis lisääntyy: kortisoli, kasvuhormoni, katekoliamiinit, glukagoni, vasopressiini, aldosteroni, reniini, angiotensiini Anabolisten hormonien erityis vähenee: insuliini, testosteroni
Lihaksisto	Lihasspasmit, immobilisaatio
Psykologiset	Ahdistus, pelko, unettomuus
Kivun pitkittyminen	Hidastunut toipuminen, toimintakyvyn heikentyminen, kivun kroonistuminen

Haavan paraneminen jaetaan tulehdusvaiheeseen (inflammaatio), uudelleenmuodostumisvaiheeseen (proliferaatio) ja kypsymisvaiheeseen (ma-

turaatio). Haavakipu voi olla kudosaauriokipua tai hermovauriokipua. Kudosaauriokivun kesto on yleensä rajallinen. Toisinkuin hermovauriokivussa aistiärsykkeet, kuten kevyt koskettaminen tai lämpötilanmuutokset voivat aiheuttaa kovaa kipua. Kroonisen kivun syntyä edesauttaa aikaisempi hermovauriokipu. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 6 - 7.)

Leikkauksen jälkeinen kipu pitkittyy potilailla yllättävän usein. Raportointi leikkauksen jälkeisestä kivusta riippuu pitkälti siitä, minkälainen tutkimus on tehty ja minkälainen kipu on otettu tutkimuksessa huomioon. Useassa tutkimuksessa vain elämänlaatua haittaava kipu on huomioitu. Erityisen voimakkaita tai paljon elämänlaatua heikentäviä kipuja jää eri leikkauksen jälkeen potilaille noin 2–3 prosentille. IASP:n mukaan krooninen leikkauksen jälkeinen kipu määritellään seuraavasti. Kipu kehittyy vasta leikkauksen jälkeen, ja se kestää yli kaksi kuukautta tai normaalia postoperatiivisen kivun kestoa kauemmin. Siinä on otettu huomioon myös, ettei mikään muu aiheuta kipua, kuten esimerkiksi infektio. Myöskään leikkauksen jälkeinen kipu ei johdu leikkausta edeltäneestä kivusta. (Hamunen & Kalso 2009, 290.)

3.2 Kirurgisen potilaan ohjaus ennen leikkausta

Ennen leikkausta potilaan kanssa keskustellaan kivunhoidosta, eli miten hoitohenkilökunta helpottaa potilaan kipua leikkauksen jälkeen. Myös potilaan peloista kipua kohtaan keskustellaan. Ennen leikkausta tulisi omahoitajan keskustella potilaan kanssa kivunhoidosta ja ohjata potilasta sen suhteen. Tähän tulisi käyttää aikaa, jottei ilmenisi ongelmia leikkauksen jälkeen. Potilaalle tulisi antaa mahdollisuus puhua vapaasti omista pelkotoiloistaan koskien kipua. Hoitajan tulee tässä vaiheessa antaa tietoa erilaisista kivunhoitomenetelmistä: lääkkeellisistä ja muista kivunhoitomenetelmistä. Potilaalta kysytään myös miten kipua on ennen hoidettu ja onko se ollut silloin tehokasta. Potilaalta voi myös kysyä, kuinka hän ha-

luaa lääkkeitä ottaa: suun kautta, pistoksena, suppona vai suonensisäisesti. Anestesia- ja kivunhoito- ja kivunhoitosuunnitelman potilaalle. Hoitajan tehtävänä on kertoa potilaalle kivun ennaltaehkäisystä, kipulääkkeen pyytamisestä ja kivun eri tyypeistä. Kirjallinen ohje kivunhoidosta olisi hyvä antaa potilaalle mukaan, koska ohjaustilanteesta ei potilas välttämättä muista kaikkea. (Jäntti 2000, 118 - 121.)

Potilaalla on oikeus tietää kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta ennen leikkaustaan. Tieto vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta leikkausta kohtaan sekä parantaa potilaan kivunhallintakeinoja. Pelko ja ahdistus ovat yhteydessä kipukokemukseen. Potilasohjaus, joka hyödyntää potilaan valmiuksia tunnistaa mielen ja käsitysten, eli kognitioiden vaikutusta kipukäyttäytymiseen, vähensi potilaan kipuun liittyvää pelkoa. Myös negatiivisten käsitystä kääntäminen positiivisiksi vähensi kohdunpoistoon tulleiden naisten ahdistusta ja kipua. Kuitenkin ohjaus saattaa myös lisätä potilaan ahdistusta, joten sen sisältöön ja määrään tulee kiinnittää huomiota. Potilasohjauksen tulisi sisältää tietoa kivusta, kivunhallintakeinoista sekä rentouttavista hengitysharjoituksista. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 8 - 10.)

Potilaat, jotka saivat tietoa kivun vaikutuksista, kivun hoidon tarkoituksesta, varhaisen liikkeellelähdön vaikutuksista, lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ja tavoitteista, kipu oli helpommin hallittavissa kuin verrokiryhmällä. Ortopediset potilaat, jotka saivat tehostettua ohjausta, olivat tyytyväisempiä kivunhoitoon, kipu väheni nopeammin, ja ahdistus oli vähäisempää. Tehostettuun ohjaukseen kuului muun muassa potilaan aktiivisuuden korostaminen kivunhoidossa, avun pyytäminen hoitajilta (esimerkiksi lisäkipulääke), hyvän kivunlievityksen hyödyistä kertominen, ennakoivan lääkityksen hyödyistä ja fysioterapian tarkoituksesta kivun lieivityksessä. Potilaat tarvitsevat tietoa kipulääkkeistä, niiden haittavaikutuksista ja käytöstä. Useat pelkäävät kipulääkeriippuvuutta ja ajattelevat, että kipu kuuluisi kestää. Tieto lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä lisäsi niiden käyttöä ja lisäsi potilaiden myönteisyyttä niitä kohtaan. Leikkauspotilaat tarvitsevat myös tietoa kivunhoidosta kotiutumisen jälkeen.

Kotiutuneilla potilailla kipu oli yleistä ja lääkitys epäsäännöllistä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 8 - 10.)

Palokosken (2007, 2) mukaan potilaat toivoisivat hoitajilta enemmän aikaa ohjaukseen ja potilaiden sen hetkinen elämäntilanne otettaisiin paremmin huomioon. Sairaalassa annettu ohjaus oli suuri merkitys kotona pärjäämiseen. Potilaat kokivat hoitajien kiireen negatiiviseksi asiaksi. Lisäksi potilaat olisivat halunneet lisää tietoa haavanhoidon tarkkailusta kotona sekä kipulääkityksestä sairaalassa.

4 KIVUN HOITOTYÖN TOTEUTUS

4.1 Potilaan kivun tunnistaminen ja arviointi

Kivunhoidon menetelmät ovat kehittyneet vuosien aikana. Silti tutkimustieto osoittaa, että kivunhoito ja -arviointi ovat edelleen rajoittuneita. Kansainvälisesti arvioidaan, että 20 – 80 prosenttia leikkauspotilaista kärsii kohtalaisesta tai voimakkaasta kivusta. (Vaajoki & Haatainen 2014, 45 - 46.)

Leikkauspotilaan kivun tunnistamisessa pitäisi huomioida potilaan pelko, ahdistus, masennus, sukupuoli ja koetut kipukokemukset sekä toimenpiteen luonne. Esimerkiksi potilaat, jotka olivat kokeneet trauman tai pelkäsivät kipua etukäteen, kokivat akuutin kivun voimakkaampana. Usean tutkimuksen mukaan miehet kestävät kipua paremmin kuin naiset. Lonkka-, polviproteesi-, ja selkäleikkauspotilaat, jotka kokivat kovaa kipua ennen leikkausta, kokivat kivun leikkauksen jälkeen muita kovempaan. Isot polvi- ja olkapääleikkaukset kuuluvat kivuliaimpiin leikkauksiin. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 10 - 11.)

Kivun voimakkuuden mittaaminen onnistuu paremmin numeerisilla tai kuvallisilla kipuasteikoilla, kuin sanallinen kivun kuvailu. Saman potilaan kohdalla tulisi käyttää samaa asteikkoa koko hoitojakson ajan. Yleisin käytetty on VAS -kipumittari, jonka asteikko on yleensä 0–5, 0–10 tai 0–100. Nolla tarkoittaa ei kipua ollenkaan ja maksimiarvo on pahin mahdollinen kipu. (Iivanainen 2011, 470 - 471.)

Kivun arviointiin kuuluu myös sanallinen kuvailu: miltä kipu tuntuu, kauan kipu kestää, tapahtumat ennen kivun alkamista ja missä kipua esiintyy ja niin edelleen. (Iivanainen 2011, 471.)

Potilaalta tulisi kysyä hänen omaa mielipidettään kivun voimakkuudesta. Potilaan kipua tulisi arvioida potilaan valitsemalla kipumittarilla. Potilaan valitsema kipumittari tulisi merkitä potilasasiakirjoihin ja samaa mittaria tulisi käyttää koko hoitojakson ajan. (Taulukko 3; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 12 - 15.) Potilaan kivun arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota kivun laatuun, sijaintiin ja myös huomioida potilaan käyttäytymistä kivun suhteen. Kivun havainnointimittareita on, mutta ne ovat vielä kehittämisasteella. Hoitajat aliarvioivat yleensä potilaan kivun, joten kipumittareiden käyttö on suositeltavaa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 12 - 15.)

Taulukko 3. Yleisimmät käytössä olevat kipumittarit (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 12)

Kipumittari	Selite
VAS (Visual Analogue Scale)	Visuaalinen analoginen kipumittari. Se on 10cm pitkä vaakasuora jana, jonka toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pää sietämätöntä kipua.
NRS (Numeric Rating Scale)	Numeerinen kipumittari. Siinä on 11-portainen asteikko ja numero 0 tarkoittaa kivutonta ja taas 11 sietämätöntä kipua.

VDS (Verbal Descriptor Scale)	Sanallinen kipumittari, jossa vaihtoehdot ovat: ei kipua – lievä kipu – kohtalainen kipu – voimakas kipu – sietämätön kipu.
FPS (Faces Pain Scale)	Kipukasvomittari. Siinä ilmeet kuvaavat kivun astetta asteikolla ”ei lainkaan kipua – sietämätöntä kipua”.

4.2 Kivun lääkehoito

Huonoja lääkehoidon tunnusmerkkejä on muun muassa tarvittaessa annettava kipulääkitys, kun kipu on jo alkanut. Lisäksi myös säännöllisen kipulääkityksen laiminlyöminen, liian miedot ja totutut kipulääkkeet ja hoitohenkilökunnan ammattitaidottomuus ovat huonoina pidettyjä ominaisuuksia. Hyvinä pidettyjä vaihtoehtoja ovat säännöllinen lääkitys kolmesta viiteen vuorokautta leikkauksesta, kivun seuranta, lisäkipulääkkeen tarpeen seuranta ja potilaan kuuntelu. Lääkitys ennen hoitotoimenpiteitä, esimerkiksi ennen haavasidosten vaihtoa, on tärkeää. Hoitotyön kivunlievityskeinoja ovat asentohoito, kylmäpakkaukset, puhalluspullo, liikkuminen ja ohjaus, keskustelu ja kuuntelu sekä hoitajan oikea asennoituminen potilaisiin. (Jäntti 2000, 123 - 124)

Hoitaja ehkäisee potilaan kipua lääkityksellä ja muilla hoitotyön keinoin esimerkiksi poistamalla potilaan pelkoja. Lääkehoidon tarkoituksena on poistaa kipua ja ennaltaehkäistä kivun syntymistä. Kivun ehkäisy on helpompaa kuin jo syntyneen kivun hoito. Hyvän lääkehoidon periaate on oikea lääkevalinta, tarpeeksi suuret ja riittävän usein toistetut kerta-annokset. Rauhattomalle ja kivuliaalle potilaalle kipulääke on parempi vaihtoehto kuin rauhoittava lääke. Lievien kipu- ja tulehdustilojen hoitoon voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä (mm. Burana, Aspirin), joiden vaikutus alkaa alle tunnissa ja kestää jopa 24 tuntiin asti. Akuutissa kivussa lääkkeet voidaan antaa myös laskimonsisäisesti, lihakseen tai peräsuoleen. Koksibit aiheuttavat vähemmän mahasuolikanavan ärsytystä

kuin muut tulehduskipulääkkeet. Parasetamoli laskee kuumetta ja lievittää kipua samalla tavalla kuin tulehduskipulääkkeet, muttei ei vähennä tulehdusta yhtä tehokkaasti. Euforisoivat analgeetit ovat voimakkaimpia kipulääkkeitä, jotka voivat vähentää myös kipuun kohdistuvaa ahdistusta. Ne jaetaan kolmeen ryhmään: 1. Vahvat opioidit (morfiini, metadoni, oksikodoni, hydromorfiini, fentanyl, petidiini) 2. Keskivahvat opioidit (bubrenorfiini, Subutex, Temgesic) 3. Heikot opioidit (tramadoli, Tramal, Panacod). Akuutissa kivussa käytetään suonensisäisiä kipulääkkeitä. (Iivanainen 2011, 473.) Muita kivunhoitokeinoja ovat ultraääni- ja laserhoito, akupunktio, anestesiologiset puudutusmenetelmät, psykologiset ja psykiatriset yksilö- ja ryhmäterapiamuodot sekä neurokirurgiset toimenpiteet. (Iivanainen 2011, 476.)

Hyvä kipulääkitys myös edistää kuntoutumista. Fysiologisista tekijöistä potilaan ikä kertoo eniten leikkauksen jälkeisen kivun määrästä ja kipulääkkeen tarpeesta. Vanhuksilla morfiinin kulutus PCA-pumpulla on pienempi kuin nuoremmilla. Vanhuksilla opioidiannosten teho on suurempi kuin nuoremmilla johtuen vanhusten pienempi jakautumistilavuus ja korkeammat vapaan morfiinin seerumipitoisuudet. Naiset ovat kivuliaampia leikkausten jälkeen kuin miehet. (Hamunen & Kalso 2009, 278 - 279.)

Ikä ei ainoastaan vaikuta kipulääkkeen tuottamaan vasteeseen. Farmakokineettiset ja farmakodynaamiset tekijät muuttuvat myös muiden syiden takia. Morfiinin oraalinen hyötyosuus voi vaihdella jopa viidestätoista kuuteenkymmeneen prosenttiin eri ihmisillä. Lihaksensisäinen ja peräsuolensisäinen kipulääkkeen annostelun vaste voi vaihdella eri yksilöillä paljonkin. Myös potilaan akuutin kivun aikainen hypotermia tai hypovolemia yleensä vähentää kipulääkkeen tehoa. Joissakin tapauksissa käy taas päinvastoin, eli kipulääkkeen teho edellä mainituissa tilanteissa kasvaa. Erilaisten happo-emästasapainon muutosten, kuten respiratorinen asidoosi, lääkkeiden hajoamisen ja imeytymisen vuoksi, biologisten kalvojen läpäisevyys ja vapaan aineen määrä muuttuvat. MEAC (Minimum Effective Analgesic Concentration), eli pienin mahdollinen elimistön plasmatilavuus, jolloin potilas on kivuton vaihtelee laajasti riippuen potilaasta. (Hamunen & Kalso 2009, 279 - 280.)

Eri opioideilla on eroja, miten ne saavuttavat aivojen ja selkäytimen opioidireseptorit. Veri-aivoesteen läpäisee nopeasti rasvaliukoiset opioidit ja vaikutus alkaa nopeasti. Näitä aineita ovat fentanyl, alfentaniili ja buprenorfiini. Yleensä rasvaliukoiset opioidit vaikuttavat lyhyemmän aikaa. Buprenorfiini sitoutuu itse opioidireseptoriin, joten sen vaikutus on muita rasvaliukoisia kipulääkkeitä pidempi. Morfiini, joka on vähiten rasvaliukoisin, joten sen vaikutuksen alkaminen kestää kauemmin kuin muiden. Oksikodoni alkaa vaikuttamaan jossakin näiden edellä mainittujen aikojen välimaastossa. (Hamunen & Kalso 2009, 279 - 280.)

Lääkäri on vastuussa kivun lääkkeellisestä hoidosta, mutta sairaanhoitaja vastaa sen toteuttamisesta. Lääkehoidon suunnitelma on tärkeää ja se yksilöidään potilaan tarpeiden mukaan. Lääkehoito toteutetaan lääkärin määräysten mukaan. Kipulääkkeen antoreitti, määrä, antoreitti, ajankohta ja kotilääkitys suunnitellaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Hoitajien mielestä ortopedisten leikkauspotilaiden kivunhoidossa keskeistä oli kivun säännöllinen arviointi, riittävä lääkehoito, asentohoito ja ennen hoitotoimenpiteitä tehtävä kipulääkitys. Vanhempia potilaita yleensä kipulääkitään liian vähän, esimerkiksi lonkkaleikkauksien jälkeen. Suosituksen vastaisesti lonkkaleikkauksessa kivunhoito toteutetaan usein lihaksensisäisillä pistoksilla. Lonkkaleikkauksissa olleista 42 prosenttia arvioi kivun kovaksi tai sietämättömän kovaksi, koska heillä ei ole ollut käytössä asiaan kuuluvaa kipulääkitystä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 16.)

Multimodaalisen kivunhoidolla tarkoitetaan eri mekanismeilla vaikuttavien kipulääkkeiden yhdistämistä, kuten tulehduskipulääkkeitä, opioideja, kortikosteroideja ja puudutusaineita. Tämän tarkoituksena on saavuttaa näiden eri lääkkeiden additiivinen tai synerginen vaikutus. Tällä tavoin parannetaan kipulääkityksen vaikuttavuutta ja saadaan vähennetty kipulääkkeiden kokonaisannoksia verrattuna vain yhden kipulääkkeen käyttämiseen. (Hamunen & Kalso 2009, 282.)

PCA eli Patient Controlled Analgesia on kipulääkeannostelija (arkikielessä kipupumppu), josta potilas voi itse säännöstellä vahvaa kipulääkettä tarpeen mukaan. Lääkkeenä käytetään opioideja ja kipulääkeannostelija on yhteydessä laskimoon. Kipupumpun käyttö on potilaalle turvallista ja tehokasta. Anestesiaalääkäri suunnittelee potilaalle sopivan annosohjelman. Liian suurta annosta potilas ei kuitenkaan voi itselleen antaa, sillä pumppuun asetetaan tietty annosohjelma sekä lukitus. Potilas painaa kipupumpun painiketta, jolloin laskimoon tulee oikea annos lääkettä. Vain potilas saa painaa laitteen painiketta, ei omainen tai ystävä. (PCA-kipulääkeannostelija.)

4.3 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Lääkehoidon rinnalla tulisi käyttää fysikaalisia ja kognitiivisia hoitomenetelmiä. Fysikaalisia hoitomenetelmiä ovat hieronta, akupunktiohoito, kylmähoitot ja asento- ja liikehoitot. Musiikkia, rentoutusmenetelmiä, huomion suuntaamista pois kivusta, ohjattu mielikuvaharjoittelua ja kofeiinia voidaan myös käyttää kivunhallintamenetelminä. Hieronta lievittää potilaan kipua ja vähentää potilaan ahdistusta leikkauksen jälkeen. Akupunktiohoidosta kivunhoidossa on vähän näyttöä, mutta esimerkiksi polvileikkauksen jälkeen akupunktiohoitoa saaneet tarvitsivat vähemmän kipulääkkeitä kuin verrokkiryhmä. Kylmähoito alentaa kudosten lämpötilaa, jolloin verenkierto ja aineenvaihdunta hidastuvat ja lihasspasmit vähenee. Tällöin lihakset rentoutuvat ja kipu lievittyy. Asentohoito lievittää kipua nopeuttamalla verenkiertoa ja vähentämällä lihasspasmeja. Liikunta edistää verenkiertoa, vähentää lihasspasmeja ja ehkäisee virheasentoja. Passiivinen ja aktiivinen liikunta myös vähentää potilaan turvotusta ja ehkäisee tromboosien syntymistä. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 17 - 19.)

Lääkehoidon rinnalla voi käyttää kognitiivisia menetelmiä. Kivun koettiin olevan helpommin hallittavissa, jos rentoutusharjoituksia ja musiikkia käytettiin lääkehoidon ohella. Rauhoittavan musiikin kuuntelu vähensi

potilaiden ahdistusta, kipua ja kivun tuomaa epämukavuutta. Leukarentoutus, eli jaw relaxation auttaa potilasta hallitsemaan kipuaan leikkauksen jälkeen. Mielikuvaharjoittelu ja huomion suuntaaminen pois kivusta koettiin vähentävän kipulääkkeen tarvetta. Kofeiini saattaa tehostaa kipulääkkeen vaikutusta. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö 2013, 17 - 19.)

Selkäytimessä hermoratojen vieressä kulkee ylös- ja alaspäin kulkevia kosketustuntoratoja ja kiputuntoratoja. Näillä on yhteisiä synapseja, joten kosketustuntoradoista tulevat impulssit saattavat rajoittaa kipuimpulssien etenemistä. Tätä kutsutaan porttikontrolliteoriaksi. Endogeeniset opioidit eli morfiinia muistuttavat enkefaliinit ja endorfiinit toimivat yleensä edellä mainitussa välittäjäaineina. Tästä voidaan päätellä, että kivuliaan alueen kevyt hieronta voi lievittää kiputiloja. Vaikeissa tapauksissa kiputiloja voidaan lievittää ärsyttämällä hermoja sähköisesti ihon läpi saman periaatteen nojalla. Akupunktion teho voidaan selittää porttikontrolliteorian avulla tai endogeenisten opioidien vapautumisen avulla. (Hiltunen, Holmberg, Jyväskylä, Kaikkonen, Lindblom-Yläne, Niensted & Wähälä, 2010, 244.)

Fysikaalisia hoitoja voidaan käyttää kivunhoidossa. Lämpöhoitomuotoja ovat pintalämpöhoidot ja syvälämpöhoidot. Lämpöhoitossa pehmytkudosten jäykkyys alenee, lihasjännitys laukeaa, verenkierto ja aineenvaihdunta kiihtyvät. Kylmähoitoa voi toteuttaa esimerkiksi kylmä- tai jääpalapussilla ja kylmävoiteilla. Kylmä hidastaa hermoärsyksen johtumisnopeutta ja iho muuttuu tunnottomaksi. Kylmähoitoa käytetään esimerkiksi vammojen ensihoidossa. Hieronta, sähkö, manipulaatiohoito ja lymfaterapia ovat kivunhoitomenetelmiä. (Iivanainen 2011, 475.)

4.4 Potilaan voinnin seuranta ja kirjaaminen

Potilaan kipua ja lääkkeitä johtuvia haittavaikutuksia tulee seurata säännöllisesti ja aktiivisesti koko hoidon aikana. Potilaat eivät yleensä omatoimisesti pyydä kipulääkettä tai kerro kivuistaan. Kipulääkkeiden haittavaikutukset ovat yleensä potilaille vieraita. Potilaat kokevat yleensä kipulääkityksen riittämättömänä, mutta eivät pyydä siihen muutosta. Esimerkiksi lonkkaleikkauksen jälkeinen kipu ja pahoinvointi heikensivät potilaiden elämänlaatua. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 20.)

Potilaan asiakirjoihin kivunhoito kirjataan täsmällisesti. Merkinnoista tulee näkyä, millaisia päätöksiä kivunhoidosta on tehty ja miksi. Potilasasiakirjoista tulee selvittää lääkemääräyksen antaja (lääkäri) sekä lääkemerkinnän tekijän nimi, asema ja ajankohta. Kirjauksista tulee näkyä kivunhoidon toteutus ja jos kivunhoidon aikana on ilmennyt jotain erityistä. Kivunhoitoa koskevien päätösten tulee löytyä kirjauksesta, eli miksi ne ovat tehty ja millaisilla perusteilla. Lääkeaineallergiat ja muut kivunhoitoon vaikuttavat seikat kirjataan, sekä tiedot kivunhoidon tehottomuudesta ja haittavaikutuksista. Potilaan kipua seurataan päivittäin ja potilaan mahdollinen kieltäytyminen kipulääkkeistä kirjataan. Vähintään kerran työvuorossa tulisi kirjata potilaan tuntemus kivun voimakkuudesta ja sijainnista, kivunhoitomenetelmä, kivunhoidon mahdolliset haittavaikutukset ja kivunhoidon tehokkuus. Kivun hoitotyötä ei kirjattu systemaattisesti, koska kirjaamisen puutteita ei tunnistettu. Säännöllinen kivun seuranta ei näkynyt kirjauksissa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 20 - 21.) Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut suositukset kirjaamiseen, joita Suomessa noudatetaan (Haho 2014).



Kuva 2. Kivun hoitotyön kirjaamisen kulmakivet

Hoitajan ja potilaan oikeusturva, potilasturvallisuus sekä hoidon laadun varmistaminen turvautuu hyvällä kirjaamisella. Asianmukainen ja säännöllinen kirjaaminen on vaatimus hyvän hoidon jatkuvuudelle, suunnittelulle sekä toteutukselle sekä arvioinnille. Terveystieteiden laissa (559/94, 16§) määrää, että kaikki potilaan hoitoon liittyvät kirjaamiset ja potilaspapereiden sisältö tulee pitää salassa, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Kirjatessa potilasasiakirjoihin kipu potilaan kertoman mukaisesti, takaa hyvän kivun hoidon potilaalle. On erittäin tärkeää, että kaikki potilaalle jaetut kipulääkkeet ja lisäkipulääkkeet sekä niiden vaikutus tulee kirjata tarkasti hoidon jatkuvuuden vuoksi. Kivun voimakkuuden mittaamiseen tulee käyttää aina samaa kipumittaria tai arviointia ja se tulee kirjata potilastietoihin, jotta kivunhoito on mahdollisimman hyvää ja potilaan tarpeita vastaava. Hoitotyön laadun varmistaminen on mahdollista vain, jos kivunhoidosta on kirjattu järjestelmiin. (Sailo & Vartti 2000, 97 – 99.) Kirjaamisen pohjana voidaan käyttää kaavaa, johon on merkittävää kipuun liittyvät ongelmat (kipua on tai ei kipua), kipuanamneesi (miltä, missä ja milloin kipu tuntuu ja kivun voimakkuus), kivun määrittely (kivun tyyppi: nosiseptiivinen, neuropaattinen, kivun aiheuttaja) sekä toimenpiteet (hoito, joka annettu ja sen vaikutukset) (Sailo & Vartti 2000, 106).

4.5 Kymenlaakson keskussairaalan potilastietojärjestelmä

Kymenlaakson keskussairaalassa Careassa on tällä hetkellä käytössä Efficca-potilastietojärjestelmä kirjaamista varten. Efficassa vuodeosastoilla hoitajien tekemät kirjaukset kirjoitetaan WHOIKEen, joka koostuu erilaisista komponenteista. Kivunhoidolle on oma komponenttinsa. Kivunhoidon tarve ja tavoite kirjataan ja sitä voidaan muokata tarvittaessa. Kivunhoidon pääotsikon alle kirjataan potilaalle tarvittaessa annettavat kipulääkkeet, kuvataan potilaan kipua tai kivuttomuutta ja kirjataan onko kipulääke vaikuttanut.

5 KIVUN HOITOTYÖN LAADUN VARMISTAMINEN

Terveydenhuoltolaissa (8§) kerrotaan, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja kunnan hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan tulee olla turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua. Myös Potilaslain (3 §) mukaan potilaalla on oikeus hyvälaatuiseen terveyden- ja sairaudenhoitoon. Kaikki hoidon laatua koskevat säännökset velvoittavat noudattamaan ns. koululääketieteen käytäntöjä. Käytössä on yleisiä hoitotyön suosituksia, kuten esimerkiksi hoitotyön suositus ja Käypä hoito-suositukset. Jokaiselle potilaalle kuitenkin tulee laatia oma hoitosuunnitelma hoitotyön suosituksia muokaten. Jokaisella toimintayksiköllä tulee olla omat suunnitelmat laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi. (Koivuranta-Vaara, Enberg, Immonen-Räihä, Lang, Lehtonen, Puolakka, Roine, Rytönen & Toiviainen 2011, 7.)

Hyvän hoidon määritelmään kuuluu potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä potilaan ja sairaalan henkilökunnan kanssa. Potilaan toiveet ja tarpeet huomioidaan. Hoidon toteutuksen tulee sujua hyvin ammattitaitoisen henkilökunnan toteuttamana. Henkilökunnan tulee käyttää turvalli-

sesti hoitotyönsuosituksia, jotka perustuvat näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin ja vaikuttaviin menetelmiin. (Koivuranta-Vaara, Enberg, Immonen-Räihä, Lang, Lehtonen, Puolakka, Roine, Rytkönen & Toiviainen 2011, 8.)

Kivun hoitotyön koulutusta tulisi järjestää säännöllisesti hoitohenkilökunnalle. Potilaiden kokemaa kivunhoidon tyytyväisyyttä tulisi kartoittaa tasan väliajoin. Kivunhoito on moniammatillista ja organisoitua yhteistyötä. Potilaan kivunhoidon jatkuvuus tulisi varmistaa ja hoitajille tulisi jakaa vastuualueet osastolla. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 21.)

6 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Sairaanhoitajan koulutus on uudistumassa maanlaajuisesti. Koulutusta pyritään yhtenäistämään ja lähtökohtana on yhtenäisten hoitokäytäntöjen kehittyminen sekä näyttöön perustuva toiminta. Myös hoidon turvallisuuden ja laatuun tullaan kiinnittämään huomiota. Vaajoen ja Haataisen (2014, 45) puheenvuorossa käsitellään ammattikorkeakouluissa tapahtuvaa kivunhoidon opetusta. He pohtivat, tulisiko kivunhoidon opetusta olla enemmän opetussuunnitelmassa. Kivunhoitoa on tutkittu paljon viime vuosikymmeninä ja kivunhoidon tulisi perustua näyttöön. Krooninen kipu on esimerkiksi suuri ongelma Euroopassa kansainvälisten tutkimusten mukaan. Tutkimusten mukaan leikkauspotilailla vain puolella kivunhoito on riittävää. Sairaanhoitajien rooli kivun hoidossa ja arvioinnissa on merkittävä. Potilaan kivuttomuus kielii hoidon turvallisuudesta ja laadusta. (Vaajoki & Haatainen 2014, 45 – 46.)

Puolakan (2011) väitöskirjan mukaan ortopedisilla leikkauspotilailla 10 - 60 prosentilla oli pitkittynyttä kipua. Polven tekonivelleikkauksen jälkeen

leposärkyä esiintyi 21,5 prosentilla. Jotta kipu ei pitkittyisi, leikkaus tulisi toteuttaa mahdollisimman nopeasti ja kivunhoidon oltava tehokasta.

Tutkimuksen tarkoituksena on verrata hoitotyön suositusta ”Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö” Carean ortopedisen vuodeosaston nykyiseen kivunhoidon osaamiseen. Rajaamme aiheen ortopedisiin polven- ja lonkantekonivelleikkaukseen tuleviin potilaisiin. Tarkoituksena on tutkia, miten hoitajat osaavat arvioida, hoitaa ja kirjata kipua aikuispotilailla.

Päätutkimusongelmat:

1. Miten sairaanhoitajat noudattavat hoitotyön suositusta lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilailla operaation jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoidossa aikuisilla?

Alatutkimusongelmat:

- 1.1 Miten hoitajat ohjaavat potilaita osana kivun hoitotyötä?
- 1.2 Miten hoitajat tunnistavat ja arvioivat potilaan kipua?
- 1.3 Miten hoitajat toteuttavat lääkehoitoa tai muita kivunhoitomenetelmiä potilailla?
- 1.4 Miten hoitajat seuraavat potilaan vointia kivunhoidon aikana?
- 1.5 Miten hoitajat kirjaavat kivun hoitotyötä?
- 1.6 Miten hoitajat ja yksikkö varmistavat kivun hoitotyön laadun?

Tutkimuksen tavoitteena on hyödyntää tuloksia kohti parempaa kivunhoitoa. Osasto saa tutkimuksesta hyvän käsityksen heidän kivunhoitotaidoistaan ja voivat sen pohjalta luoda kehittämisideoita kohti parempaa kivunhoitoa. Tavoitteena on myös saada hoitotyön suositus osaston tietoon ja mahdollisesti apuvälineeksi päivittäiseen hoitotyöhön.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusongelmat ja tutkimuksen tavoite määrittävät yleensä tutkimusmenetelmän. Tutkimusmenetelmä kertoo miten tutkimus tehdään tai aiotaan toteuttaa. Päätetään miten aineistoa kerätään: kysely, haastattelu, eli valitaan tiedonkeruumenetelmä ja toimintamenetelmä. (Heikkilä 2010 18.)

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivisen sisällönanalyysin, koska otantajoukkomme kyselytutkimuksessa on pieni. Kysely lähetetään vain yhden vuodeosaston henkilökunnalle.

Toteutamme tutkimuksen kvalitatiivisella sisällönanalyysillä, joka on laadullinen aineiston analyysimenetelmä. Tässä menetelmässä painotetaan aineiston sisällöllisiä ja laadullisia merkityksiä. Kvalitatiivisen sisällönanalyysin tehtävänä on saavuttaa sekä kattava että systemaattinen kuva aineistosta. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan tarkastella tilastollisesti ja käsitteellisesti. (Kvalitatiivinen sisällönanalyysi.)

Laadullisessa, eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa kohdetta ns. pehmeän tiedon pohjalta. Tutkimustapa hyödyntää mm. psykologiaa ja käyttäytymisoppeja. Yleensä laadullisessa tutkimuksessa tutkittava perusjoukko on pieni, mutta heistä pyritään tekemään tarkempi analyysi muun muassa kirjeiden, päiväkirjojen ja haastattelun pohjalta. Laadullinen tutkimus sopii mainiosti selvittämään syitä, miksi asiat jotenkin tehdään ja asiat tapahtuu ja se vastaa kysymyksiin miksi, miten ja millainen. Esimerkiksi voidaan tutkia minkä takia ihminen valitsee tietyt tavarat kaupasta toisten sijaan tai etsiä uusia kehittämistapoja työyksikköön. (Heikkilä 2010, 16 - 17.)

Käsitteiden merkitys tutkimuksissa on suuri. Käsitteet pitää olla sellaisia, jotta ne ovat jokaisen ymmärrettävissä ja työstettävissä. Käsitteet on siis

operationalisoitava. Kun tutkitaan väittämiä tai asenteita, pitää löytää selkainen mittaustapa, joka sisältää selkeitä mitattavia ja ymmärrettäviä muotoja. (Vehkalahti 2008, 16.) Tämän työn pääkäsitteet ovat ortopedinen potilas, postoperatiivinen, kivunhoito, hoitotyön suositus ja tekonivel.

7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Toteutamme tutkimuksen kyselynä, joka suuntautuu yhdelle Carean vuodeosastolle. Suoritamme kyselyn osastolle marraskuussa 2014. Tutkimus on suunnattu hoitohenkilökunnalle, eli sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat saavat vastata kyselyyn.

Valitsimme tämän osaston, koska siellä hoidetaan pääosin lonkan- ja polven tekonivelleikkauksessa olleita potilaita. Sairaalan muut kirurgiset osastot ovat erikoistuneet muuhun kirurgiaan, kuin tekonivelleikkauksiin.

7.3 Kyselyn toteutus

Tutkittaessa ihmisiä on tutkimukseen osallistuvien määrä huomioitava. Määrällistä tutkimusta käytetään yleensä luonnontieteellisissä tutkimuksissa ja ihmistieteisiin keskittyvissä tutkimuksissa käytetään laadullisia menetelmiä. Määrällisissä tutkimuksissa tulisi vastausjoukon olla yli 30. Toisinkuin laadullisissa tutkimuksissa osallistuvien vastaajien määrä ei ole ongelma. Laadullisten tutkimusten tieteellisyys määritellään eri tavoin kuin määrällisten tutkimusten. Laadullisessa tutkimuksessa ei yleensä pyritä saamaan edustavaa tai yleistävää käsitystä, joten laadullisten tutkimusten tutkimusjoukko on yleensä huomattavasti pienempi kuin määrällisessä tutkimuksessa. (Tuomi 2007, 142.)

Kyselytutkimus tehdään hoitotyön suosituksen teemojen ja teorian pohjalta. Kyselylomake jaetaan osastolle marraskuun aikana. Kyselylomake on puolistrukturoitu eli se sisältää sekä avoimia kysymyksiä että Likert-

eli järjestysasteikon mukaisia kysymyksiä. Näissä kysymyksissä ensimmäisenä ääripäänä oli täysin eri mieltä ja toisena ääripäänä täysin samaa mieltä. Asteikko oli neliportainen.

Kontrolloidussa kyselyssä tutkija jakaa kyselylomakkeet suoraan esimerkiksi työpaikalle. Kun kyselylomakkeet jaetaan, tutkija kertoo tutkittaville tutkimuksen tarkoituksesta, kyselylomakkeesta ja vastaa tutkittavien kysymyksiin tarvittaessa. Vastaajat täyttävät kyselylomakkeet vastausajan aikana omalla ajallaan. Kyselylomakkeet palautetaan postin välityksellä tai valmiiksi sovittuun paikkaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 196 – 197.)

Kyselytutkimus on hyvä tapa kerätä tietoa ihmisten mielipiteistä, asenteista, toiminnasta ja arvoista. Kyselytutkimukset ovat siinä mielessä usein monimutkaisia ja moniulotteisia. Kyselylomake soveltuu yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisistä tutkimuksesta jopa mielipidekyselyihin ja katukyselyihin. (Vehkalahti 2008, 11.)

Kyselytutkimuksessa kaikilta kysytään samat kysymykset samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Tällöin kyselytutkimus on standardoitu eli vakioitu. Kyselytutkimus voidaan lähettää vastaajille joko postitse tai internetin välityksellä. (Vilkkä 2007, 28.)

Avoimien kysymysten hyviä puolia ovat muun muassa, että vastaaja saa vastata omien sanojen mukaisesti. Tällöin vastaaja osoittaa tietävänsä aiheesta, tiivistää vastaajan keskeisen ja tärkeän tiedon tai ajatuksen asiasta ja osoittaa vastaajan mahdollisen tunnesidoksen kysymykseen. Avoimista vastauksista voi tunnistaa vastaajan motivaation kyseiseen aiheeseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 201.)

Monivalintakysymykset mahdollistavat vastaajien vastata samoihin kysymyksiin ja näin vastauksia voidaan helposti verrata toisiinsa. Monivalinnan avulla vastaukset pysyvät paremmin kasassa kuin avoimissa kysymyksissä. Vastaajan on myös helpompi vastata monivalintakysymyksiin,

koska vastaajan ei tarvitse itse muistaa, vaan voi valita lähinnä omaa vastausta olevan vaihtoehtoista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 201.)

7.4 Aineiston keruu

Sisällönanalyysi on yleisin menetelmä, jota käytetään monissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi 2013, 91). Sisällönanalyysin aineistoina voi käyttää teemahaastatteluja, kertomuksia, kuvauksia, raportteja, puheita, kyselyjä ja keskusteluita. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuoda ydinasia esille aineistomassasta. (Kananen 2012, 116.) Sisällönanalyysissä voi käyttää mitä tahansa aineistoa. Sillä on kuitenkin oltava yhteys tutkittavaan asiaan ja sitä voi havainnoida, tehdä kokoonpanoja sekä analysoida. Tutkittavan asian tai ilmiön ei tarvitse olla pelkästään kirjallista tietoa, vaan analysoida voi esimerkiksi aikakauslehtien artikkeleita, televisio-ohjelmia tai vaikka elokuvia. (Anttila 1998.) Aineisto kerättiin tähän tutkimukseen kyselylomakkeiden avulla.

Havaintoaineiston keruun voi karkeasti jaotella kahteen eri luokkaan: itse kerättäviin ja valmiisiin aineistoihin. Valmiisiin aineistoihin kuuluvat esimerkiksi erilaiset tietokannat ja rekisterit. Itse hankittuihin havaintoaineistoihin kuuluu muun muassa kyselyt, haastattelut ja havainnointi. Lähetettäessä kyselyt haastateltaville kielellinen vuorovaikutus jää puuttumaan osittain tai pääsääntöisesti. Kyselylomakkeita on strukturoituja ja avoimia kysymyksiä sisältäviä. Strukturoiduissa kyselylomakkeissa vastaajille annetaan tarkat vastausvaihtoehdot, joista valitaan lähinnä omaa vastausta oleva. Avoimissa kysymyksissä vastaaja saa vastata omien sanojen mukaan. Yleensä kyselylomakkeissa on molempia strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Likert-asteikon mukaiset kysymykset ovat yksi tapa kysyä strukturoidussa kyselylomakkeessa. (Tuomi 2007, 136 - 140.)

7.5 Aineiston analysointi sisällönanalyysin avulla

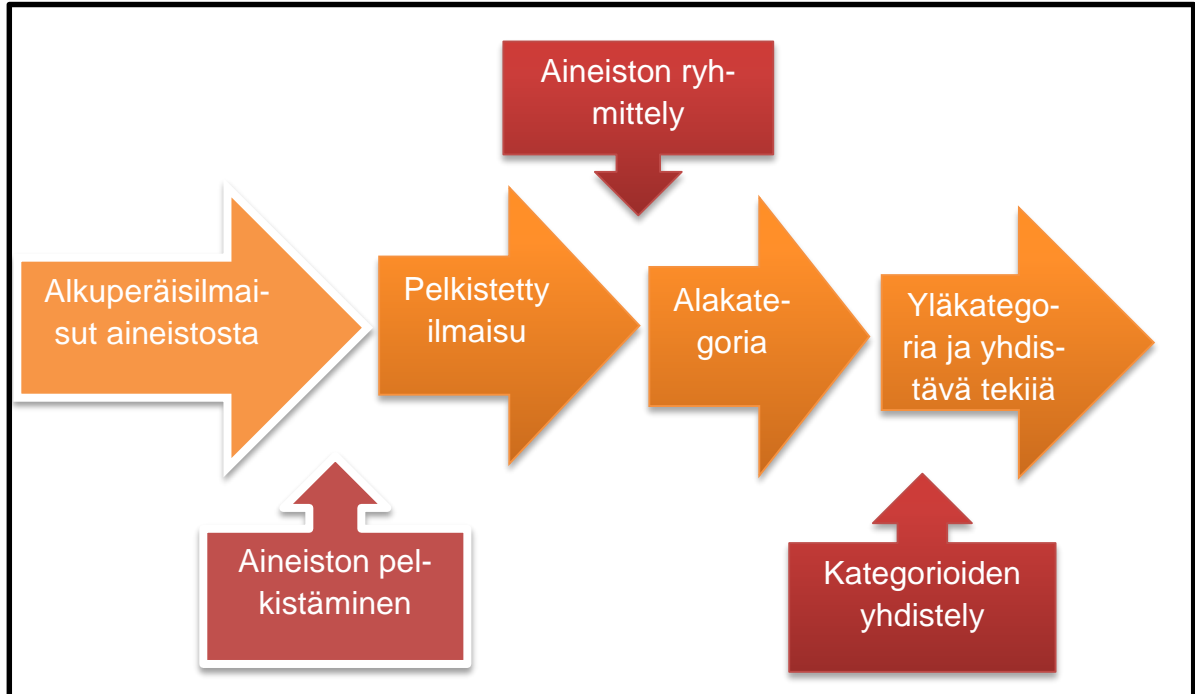
Menetelmänä sisällönanalyysilla voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti dokumentteja. Tällä tavalla kuvaillaan, järjestellään ja kvantifioidaan tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysi määrittellään prosessina ja tuotetut kategoriat kvantifioidaan. Siis sisällönanalyysi sopii strukturoimattomaan materiaaliin, kuten kirjeiden, puheiden ja muun kirjallisen materiaalin tutkimiseen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Sisällönanalyysiä käytettiin apuna analysoidessa kyselylomakkeiden vastauksia. Teorian keräämiseen ei sisällönanalyysiä käytetty. Sisällönanalyysi pyrkii saamaan kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Analyysin lopuksi saadaan kategorioita, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Laadullisessa aineistossa voidaan käyttää päättelyn logiikkana kolmea eri tapaa. Näitä ovat aineistolähtöinen, eli induktiivinen analyysi, teorialähtöinen, eli deduktiivinen analyysi ja teoriaohjaava, eli abduktiivinen analyysi. (Tiedon analysointi.)

Induktiivinen sisällönanalyysi eli aineistoista lähtevä sisällönanalyysi on yleensä kuvattu aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Kuvassa 3 on induktiivisen sisällönanalyysin analyysivaiheet. Pelkistäminen tarkoittaa, että tutkittavasta aineistosta etsitään ilmaisuja, jotka kuuluvat olennaisesti tutkimustehtävään. Ryhmitettäessä aineistoa yhdistetään pelkistetyistä ilmaisuista ne, jotka sopivat tai näyttävät kuuluvan yhteen. Abstrahoinnilla saadaan yleiskuva tutkimuskohteesta. Pelkistetyt ilmaisut ilmaistaan mahdollisimman tarkasti samoilla käsitteillä tai sanoilla, kun tekstissä on. Ryhmittelyssä kiinnitetään huomiota pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiin ja erilaisuuksiin. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan sen sisältöä vastaava nimi. Kun kategorioita muodostetaan, voi tutkija itse päättää, mitkä asiat voidaan yhdistää samaan kategoriaan ja mitä ei voi yhdistää. Saman sisältöiset kategoriat yhdistetään ja niistä muodostetaan yläkategorioita. Yläkategorioillekin annetaan nimi, joka kuvastaa niiden

sisältöä. Abstrahointia toistetaan niin kauan, kun se on mahdollista tai se on enää järkevää sisällön kannalta. Joskus kategorioiden nimeäminen voi olla haasteellista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 – 7; liite 6; liite 7.)



Kuva 3. Induktiivisen sisällönanalyysin analyysivaiheet (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6 - 7)

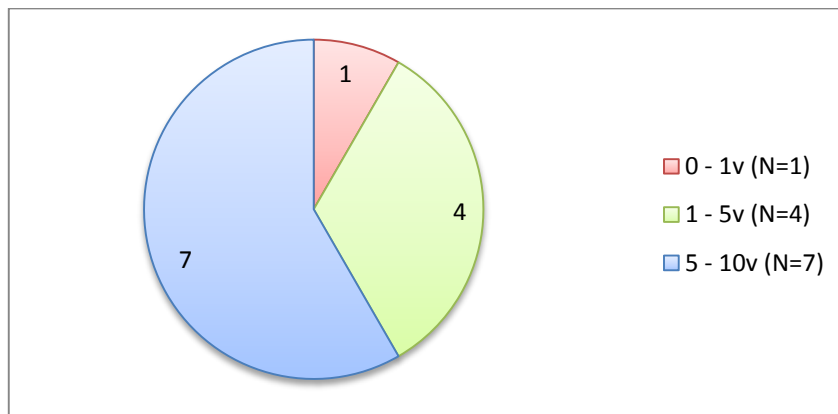
Tutkimuksen tuloksissa esitellään analyysissa muodostetut kategoriat. Tämän lisäksi esitellään kategorioiden sisällöt eli mitä ne tarkoittavat ja mitä sisältävät. Sisältö kuvataan pelkistettyjen ilmaisujen sekä alakategorioiden avulla. Suorat lainaukset lisäävät raportin luotettavuutta ja osoittavat lukijalle minkälaisesta ja millaisesta aineistosta kategoriat on muodostettu. Suoria lainauksia aineistosta tulisi olla vain vähän ja esimerkinomaisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Liitteessä 6 on esimerkki ensimmäisen alatutkimusongelman (1.1) aineiston pelkistämisestä ja alakategorioiden jaosta. Liitteessä 7 kuvataan kaikkien tutkimusongelmien alakategorioiden yhdistämisestä yläkategorioiksi ja yhdistäväksi tekijäksi.

8 TULOKSET

Kysely ja saatekirje vietiin osastolle maanantaina 3.11.2014 ja niitä jaettiin osastolle 16 kappaletta. Osastolla on yhteensä 16 hoitajaa. Vastaajia oli 13, jolloin vastausprosentiksi saatiin 81,3 prosenttia. Yksi vastauslomakkeista jouduttiin hylkäämään, koska vain muutama kysymykseen oli vastattu. Hyväksytyjä vastauslomakkeita saatiin 12, eli vastausprosentti oli 75 prosenttia hyväksytyistä lomakkeista.

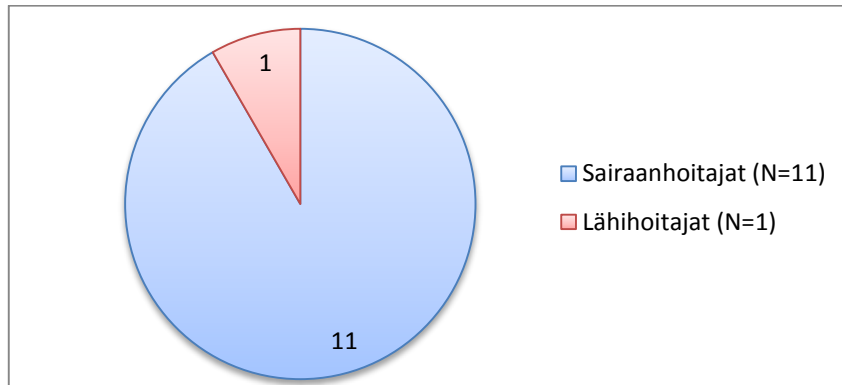
8.1 Taustatiedot

Kuvassa 4 on kyselyyn vastanneiden työkokemus vuosina kyseisellä osastolla. Alle vuoden työkokemuksen osastolla omasi yksi vastaajista. Yhdestä viiteen vuotta osastolla työskentelevistä vastaajista oli neljä. Suurin osa vastaajista, eli seitsemän hoitajaa, oli työskennellyt osastolla viidestä kymmeneen vuotta. Tuloksissa emme eritelleet vastauksia työkokemusvuosien mukaan, jottei vastauksia voida yhdistää vastaajiin.



Kuva 4. Vastaajien työkokemus osastolla (N=12)

Kuvassa 5 on esillä vastaajien koulutusjakaumaa. Suurin osa vastaajista oli sairaanhoitajia (n=11). Lähihoitajia tai perushoitajia oli yksi vastaajista. Tuloksissa ei eritellä erikseen lähihoitajan tai perushoitajan vastauksia, jottei häntä voida tunnistaa vastauksista.



Kuva 5. Koulutusjakauma osastolla (N=12)

8.2 Potilaan ohjaus osana kivun hoitotyötä

Vastaajien (n=7) mielestä tärkeintä potilaan ohjauksessa oli, että potilasta kehoitettiin ja rohkaistiin pyytämään tarvittaessa kipulääkettä. Vastaajat kokivat tärkeäksi keskustella potilaan kanssa kivunhoidon tärkeydestä osana kuntoutusta (n=6). Neljä (4) vastaajaa ohjasi potilaita kipumittareiden käytössä ja kivunhoidon eri vaihtoehtoissa. Vastaajat keskustelivat potilaiden kanssa myös lisäkipulääkkeen tärkeydestä (n=3), kivun ennaltaehkäisyn tärkeydestä (n=1), kivusta yleisesti (n=3) sekä lääkehoidon ohjauksesta (n=1).

”Kehotan potilasta pyytämään kipulääkettä ajoissa, kun potilas havaitsee kipua, ettei (kipu) pääse pahaksi, mikä vaikeaa lääkittää. Kerron potilaan kipulääkkeistä ja niiden vaikuttavuudesta.”

Seitsemän (7) vastaajan mielestä potilaan toiveet otettiin huomioon mahdollisimman hyvin, vaikka niitä ei aina voitu toteuttaa. Potilaalta kysyttiin

ja hänen kanssa keskusteltiin suullisesti toiveista (n=4). Kahden (2) vastaajan mukaan aiemmat kokemukset kipulääkityksestä huomioidaan:

”Keskustellaan potilaan kanssa mitkä särkylääkkeet ovat sopineet, jos aiempaa kokemusta.”

”Lisäkipulääkettä annetaan aina, kun pyytää ja viedään se myös heti.”

Kahdeksan (8) vastaajista piti tärkeänä kertoa potilaalle kivun ennaltaehkäisystä ja sen tärkeydestä mahdollisimman nopeasti, yleensä heti leikkauksen jälkeen. Kolme (3) vastaajaa kertoi informoivansa kivun ennaltaehkäisystä ja sen tärkeydestä aina potilaskontaktissa sekä koko hoitojakson ajan. Kahdella (2) vastaajalla oli myös kuntoutusnäkökulma kivunhoitoon:

”Useasti muistutamme potilasta pyytämään riittävästi kipulääkettä, jotta pystyvät kuntouttamaan itseään.”

”Kehotan pyytämään kipulääkettä ajoissa, eikä vasta sitten kun kipu on sietämätön. Kerron, että kivut tulisi saada pidettyä siedettävällä tasolla, jotta potilaan on hyvä olla ja kuntoutus saadaan käyntiin.”

Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä potilaille kerrottiin eniten mahdollisuudesta kylmähoitoon (n=10) ja asentohoitoon (n=9). Kolme (3) vastaajaa kertoi potilaalle myös koho-asennon suotuisista vaikutuksista:

”Jääpussien hyödyllisestä vaikutuksesta turvotuksen ja kivun hoidossa. Asennon vaihdolla voi myös olla kipua helpottava vaikutus joissakin tilanteissa.”

8.3 Potilaan kivun tunnistaminen ja arviointi

Kymmenen (10) vastaajaa käytti potilaan kivun voimakkuuden arvioinnissa kipumittaria. Yhdeksän (9) havainnoi potilaan ilmeitä sekä eleitä.

Kuusi (6) vastaajaa piti tärkeänä kysyä suoraan potilaalta suullisesti kivun voimakkuutta. Kolme (3) vastaajaa käytti apunaan vitaalielintoimintojen seuraamista:

”Yleensä potilas itse kertoo, että on kipuja. Myös ilme kertoo kipuilusta. Yleisin käyttämäni asteikko on 0-10.”

Potilaan taustasta yleensä huomioitiin aiempi lääkkeiden käyttö, etenkin kipulääkkeiden käyttö ja mahdollisuus toleranssin syntymiseen (n=8). Kolme (3) otti huomioon myös aikaisemman lääkkeiden, alkoholin tai huumeiden väärinkäytön mahdollisuuden. Myös potilaan allergiat (n=3), ikä (n=2) ja koko ja paino (n=2) otettiin huomioon taustoja selvittäessä:

”Lääkkeiden määrä/vahvuus/tarve voi vaihdella sen mukaan, kuinka paljon aiemmin tarvinnut lääkkeitä. Sairaudet, allergiat, ym..”

8.4 Kivun lääkehoidon toteuttaminen

Hyvän kivun lääkehoidon periaatteita olivat seitsemän (7) vastaajan mielestä hyvä peruskipulääkitys.

”Kipulääkettä annetaan ja ohjataan potilasta pyytämään riittävän usein ja riittävän ajoissa.”

”Yhteisymmärrys potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Potilas pystyy kuntoutumaan ilman liiallisia kipuja.”

”Potilaalla on hyvä peruslääkitys (josta ei aiheudu merkittäviä lisähaittoja, esim. sekavuus ja pahoinvointi.)”

Neljä (4) vastaajaa piti tärkeänä turvallisuutta lääkehoidossa ja neljä (4) vastaajaa piti tärkeänä lääkehoidossa myös potilaan toiveita. Kaksi (2) kertoi moniammatillisen yhteistyön olevan tärkeää:

*”Säännöllisyys, oikea ja riittävä annostus kullekin potilaalle esim. painon mukaan. Turvallisuus -> Jos minulla on ongelmia kipulääkityksen kanssa, otan yhteyttä lääkäriin / anestesia-
lääkäriin. Pyrin viemään lääkkeen potilaalle pikimmiten kun tarve on.”*

Kaikkien vastaajien (12) mielestä yhteistyö oli pääasiassa helppoa lääkäreiden kanssa koskien potilaan kivunhoitoa. Kahden (2) vastaajan mielestä yhteistyö kuitenkin riippui lääkäristä tai potilaasta.

8.5 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Kaikki vastaajat (12) mainitsivat käyttävänsä lääkkeettöminä kivunhoitomenetelminä kylmähoitoa, kuten jääpussia. Lisäksi 11 vastaajaa mainitsi asentohoidon. Kolme (3) vastaajaa kiinnitti huomion kohoasennon tärkeyteen ja kaksi (2) psyykkisen tukeen ja keskusteluun.

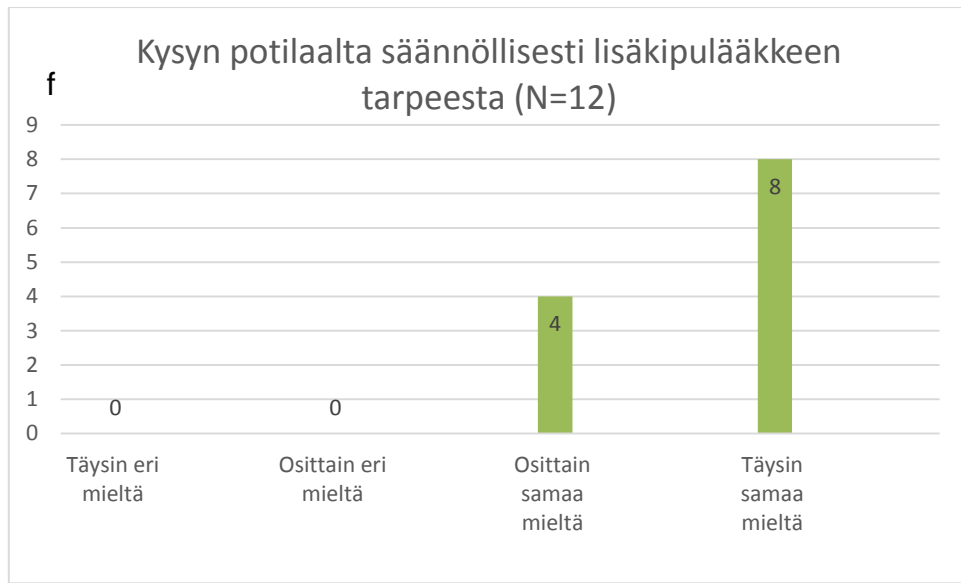
Lääkkeetöntä kivunhoitoa käyttivät aina lääkehoidon lisänä ja tukena yhdeksän (9) vastaajaa. Kaksi (2) vastaajista kertoi käyttävänsä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä muun muassa silloin, kun kipulääkettä ei voida antaa enää lisää. Kaksi (2) vastaajaa mainitsi käyttävänsä kylmähoitoa kivun ja turvotuksen vähentämiseksi:

”Jos potilas on saanut reilusti kipulääkettä ja heti ei voi antaa lisää. Herkästi käytän näitä lisäkeinoja jos näyttää, että potilas on kovin kipeä.”

”Jos esimerkiksi iho painuu -> asentohoito kantapäät koholle etteivät painu. Kylmää, esim. Polville kun kipua/turvotusta.”

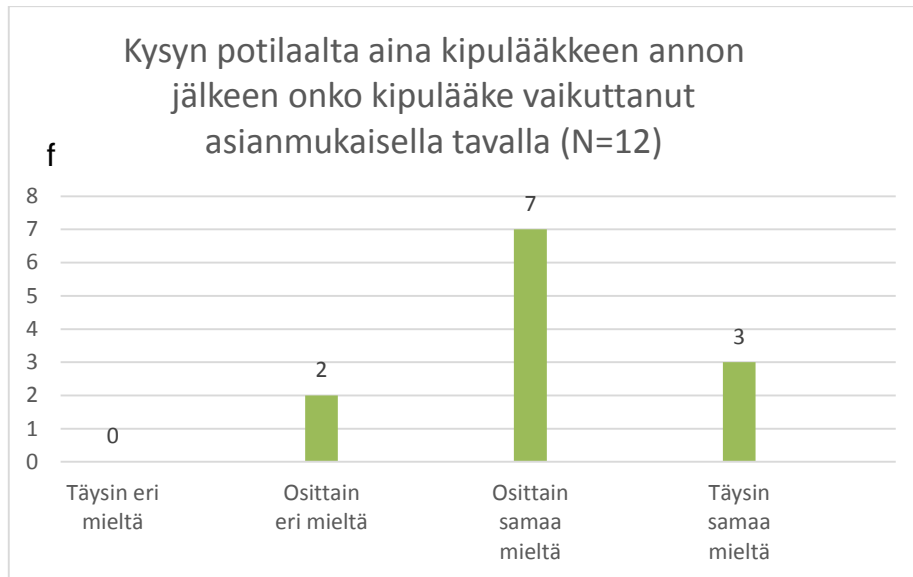
8.6 Potilaan voinnin seuraaminen

Kuvassa 6 kerrotaan, kysyvätkö vastaajat lisäkipulääkkeen tarpeesta potilaalta säännöllisesti. Vastaajista kahdeksan (8) oli täysin samaa mieltä, että kysyi säännöllisesti potilaalta lisäkipulääkkeen tarpeesta ja neljä (4) vastaajaa oli osittain samaa mieltä väitteen kanssa.



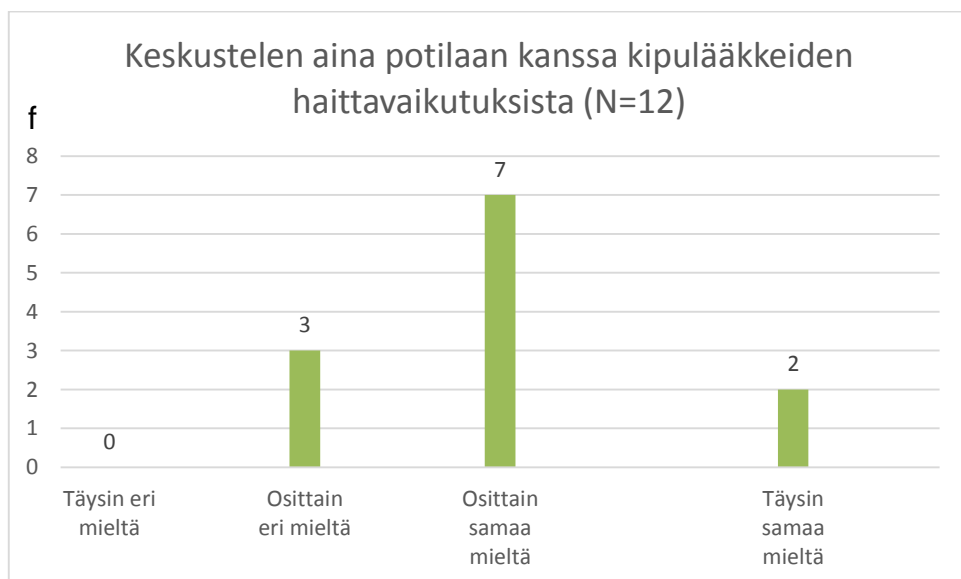
Kuva 6. Lisäkipulääkkeen tarpeen kysyminen säännöllisesti (N=12)

Kuvassa 7 on vastaajien mielipide kysyvätkö he kipulääkkeen annon jälkeen, onko se vaikuttanut. Seitsemän (7) vastaajaa oli väitteen kanssa osittain samaa mieltä, kolme (3) sanoi olevansa täysin samaa mieltä ja kysyi potilaalta aina kipulääkkeen vaikutuksesta sen annon jälkeen ja kaksi (2) oli väitteen kanssa osittain eri mieltä.



Kuva 7. Kipulääkkeen vaikuttavuuden kysyminen kipulääkkeen annon jälkeen (N=12)

Kuvassa 8 kerrotaan keskustelevatko vastaajat aina potilaan kanssa kipulääkkeiden haittavaikutuksista. Kaksi (2) vastaajaa oli samaa mieltä väittämän kanssa, että keskusteli aina potilaan kanssa kipulääkkeiden haittavaikutuksista, seitsemän (7) oli väitteen kanssa osittain samaa mieltä ja kolme (3) oli osittain eri mieltä.

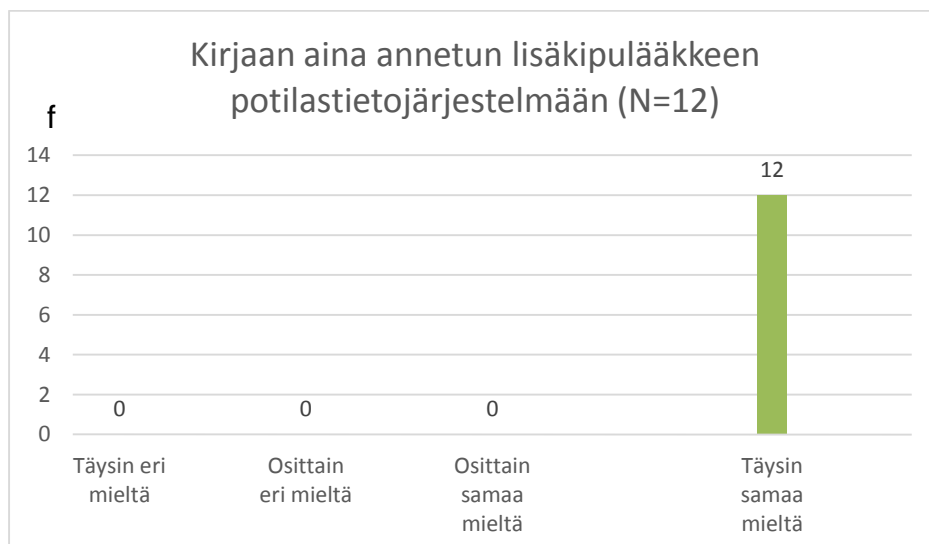


Kuva 8. Potilaan kanssa keskusteleminen kipulääkkeiden haittavaikutuksista (N=12)

Jos potilas ei itse pysty kertomaan kivuistaan, hoitaja tunnisti kivun monella eri tavalla. Yhdeksän (9) vastaajaa tunnistivat kivun potilaan levottomuudesta ja kahdeksan (8) vastaajan mielestä potilaan ilmeistä huomasi kivun. Viiden (5) vastaajan mielestä leikatun raajan liike- ja kosketusarkuus kertoivat kivuista. Vitaalitoiminnoista kivun huomasi kuusi (6) vastaajaa. Kolme (3) vastaajaa sanoi kivun ilmentyvät potilaasta eleiden avulla ja kolmen (3) mielestä potilaan mielentilasta. Lisäksi sekavuus oli kolmen (3) vastaajan mielestä kivun ilmentymä. Kaksi (2) vastaajaa kertoi potilaan hikisyyden olevan merkki kivusta. Yhden (1) vastaajan mielestä operaation luonne jo kertoo kivun voimakkuuksista ja yksi (1) huomasi potilaan ihon väristä, onko potilaalla kaikki hyvin vai onko kipuja.

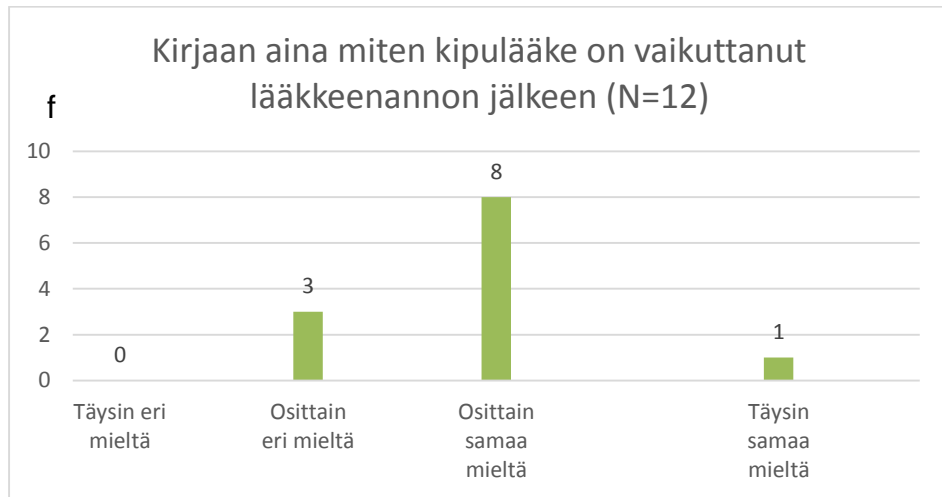
8.7 Kivun hoitotyön kirjaaminen

Kuvassa 9 kerrotaan, kirjaavatko vastaajat aina annetun lisäkipulääkkeen potilastietojärjestelmään. Kaikki kyselyyn vastanneista (12) on täysin samaa mieltä väittämän kanssa, eli kaikki kirjaavat aina lisäkipulääkkeen annon potilastietojärjestelmään.



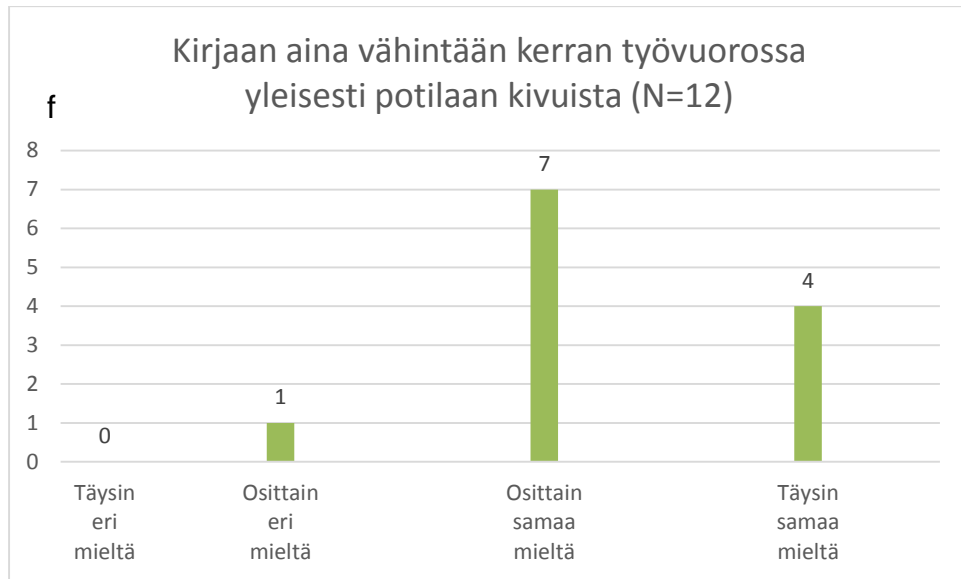
Kuva 9. Annetun lisäkipulääkkeen kirjaaminen potilastietojärjestelmään (N=12)

Kuvassa 10 käsitellään, kirjaavatko vastaajat aina miten kipulääke on vaikuttanut lääkkeenannon jälkeen. Yksi (1) vastaaja oli täysin samaa mieltä, eli kirjaa aina lääkkeenannon jälkeen kipulääkkeen vaikuttavuuden, kahdeksan (8) vastaajaa oli osittain samaa mieltä ja kolme (3) oli osittain eri mieltä väitteen kanssa.



Kuva 10. Kipulääkkeen vaikuttavuuden kirjaaminen aina lääkkeenannon jälkeen (N=12)

Kuvassa 11 selvitetään, kirjaavatko vastaajat aina vähintään kerran työvuorossa yleisesti potilaan kivuista. Neljä (4) vastaajaa oli täysin samaa mieltä väitteen kanssa, eli potilaan kivuista yleisesti kirjattiin vähintään kerran työvuoron aikana. Seitsemän (7) vastaajaa oli väitteen kanssa osittain samaa mieltä ja yksi (1) kertoi olevansa osittain eri mieltä.



Kuva 11. Potilaan kivuista kirjaaminen vähintään kerran työvuoron aikana (N=12)

Kirjatessaan kivunhoitoa kahdeksan (8) vastaajaa luonnehti kipua kertomalla missä ja minkälaista kipua on, kolme (3) kertoi käyttävänsä kivun voimakkuuden luonnehtimiseen kipumittaria asteikolla 0–10, kolme (3) kertoi kipujen olevan hallinnassa sekä kolme (3) kertoi kipulääkkeen auttaneen. Kaksi (2) kuvaili kipua sanalla viiltävä ja kaksi (2) kirjasi lisäkipulääkkeiden tarpeesta. Lisäksi käytettiin sanoja kova (n=1), jomottava (n=1), pistävä (n=1) ja jatkuva (n=1) kipua.

”Yritän kirjata potilaan kipukokemuksen että toinen hoitajakin ymmärtää. Potilaan kipua: jatkuvaa, polttavaa.”

8.8 Kivun hoitotyön laadun varmistaminen

Kuvassa 12 selvitetään, onko vastaajien mielestä yksikössä tarpeeksi koulutusta kivunhoidossa. Viiden (5) vastaajan mukaan ei ole tarpeeksi koulutusta, kolmen (3) mielestä koulutusta on tarpeeksi. Kaksi (2) vastaajaa sanoi että voisi olla enemmänkin koulutuksia koskien kivunhoitoa. Yhden (1) mukaan koulutusta ei ole ollut lainkaan, ja tätä vastausta ei ole

kuvassa 12 otettu huomioon.



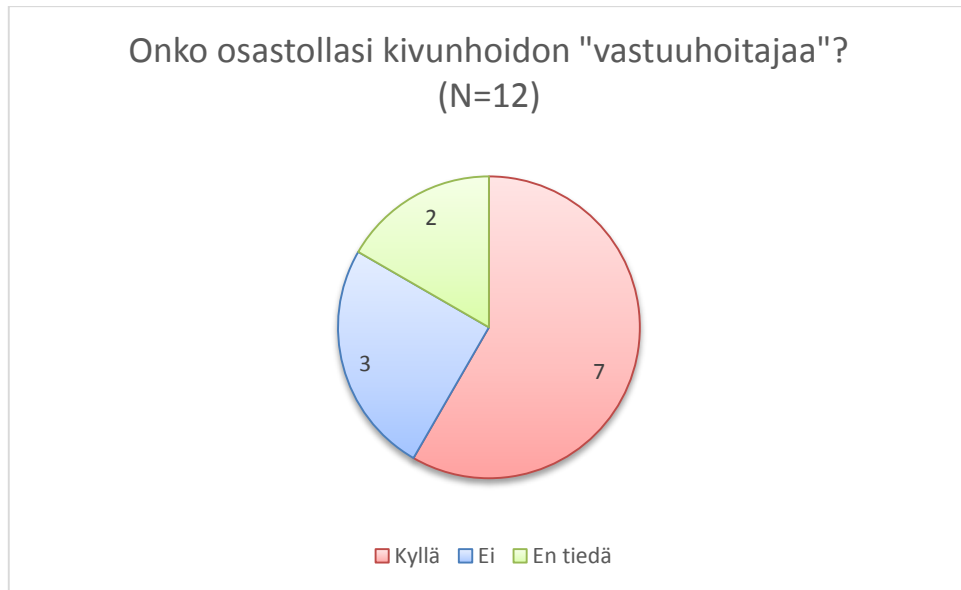
Kuva 12. Kivunhoidon koulutus yksikössä (n=10)

Kuvassa 12 on kymmenen (10) vastaajan mielipide kysymykseen. Kaksi (2) muuta vastasi taulukon ulkopuolisiin asioihin, jotka eritelty alapuolelle:

”Eipä ole mitään koulutusta ollut, kokemus opettanut ja saadut lääkärin määräykset.”

”Voi sanoa että meidän osastolla kivunhoito on hyvällä mallilla. Varsinaista kivunhoidon koulutusta ei ole.”

Kuvassa 13 nähdään hoitajien mielipide ja tieto siitä, onko yksikössä niin sanottua kivunhoidon vastuuhoidajaa. Seitsemän (7) vastaajaa sanoi, että osastolla on vastuuhoidaja, kolmen (3) mielestä ei ollut ja kaksi (2) vastaajaa ei osannut sanoa.



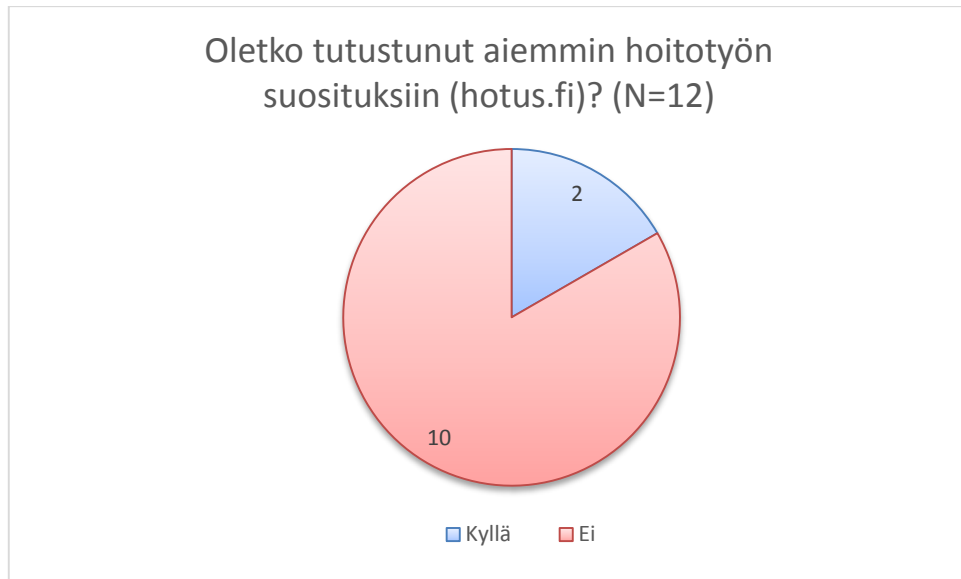
Kuva 13. Kivunhoidon vastuuhoidtaja osastolla (N=12)

Kuusi (6) vastaajista (N=10) ei tiennyt, minkälaista kivunhoidon koulutusmateriaalia osastolla oli. Kaksi jätti kysymykseen vastaamatta, joten tässä kysymyksessä vastaajia oli kymmenen (10). Kaksi (2) sanoi osastolla olevan kansioita ja yksi (1) kertoi kivunhoidon esitteistä. Yksi (1) mainitsi Pharmaca Fennican ja yksi (1) kertoi koulutusmateriaalista:

"Koulutuksen jälkeen tuo näytile materiaalin."

8.9 Hoitotyön suosituksen ja JBI-ohjeiden tunnistaminen

Kymmenen (10) vastaajaa ei ollut tutustunut aiemmin hoitotyön suosituksiin. Kaksi (2) vastaajaa oli aiemmin kuullut hoitotyön suosituksista.



Kuva 14. Hoitotyön suositusten tunteminen osastolla (N=12)

Kahdestatoista (12) vastaajasta kukaan ei ollut tutustunut aikaisemmin JBI (Joanna Briggs Institute)-ohjeisiin.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli verrata hoitotyön suositusta hoitajien toteuttamaan kivunhoitoon ortopedisillä potilailla. Rajasimme aiheen polven ja lonkan tekonivelleikkauksiin. Vertasimme hoitotyön suositusta hoitajien antamiin vastauksiin. Kysely luotiin hoitotyön suosituksen pohjalta. Kysely toteutettiin osastolle, jossa hoidetaan tämän erikoisalan potilaita. Kyselyyn vastasi sekä sairaanhoitajia että perushoitaja tai lähihoitaja. Hoitohenkilökuntaa osastolla on 16 ja kyselyymme vastasi 13. Hyväksyimme kyselylomakkeista 12. Saimme mielestämme hyvän lopullisen vastausprosentin (75 % / N=12) ottaen huomioon lyhyen vastausajan.

Taustatiedoissa kysyimme vastaajien työkokemusta kyseisellä osastolla. Suurin osa vastaajista oli työskennellyt osastolle viidestä kymmeneen

vuotta (n=8). Emme ottaneet kyselylomakkeessa huomioon sitä laatiessa, että osasto ollut toiminnassa alle kymmenen vuotta. Tämän vuoksi yksikään vastaajista ei ollut työskennellyt kyseisellä osastolla yli kymmentä vuotta. Tuloksia tarkasteltaessa emme ottaneet huomioon taustatekijöitä pienen otannan vuoksi. Myöskään huomattavia eroja ei vastauksista löytynyt verrattaessa työkokemusta osastolla ja koulutusta.

Halusimme tietää hoitajien antamasta ohjauksesta potilaalle leikkauksen jälkeen koskien kivunhoitoa. Sarajärven (2011, 2) opinnäytetyön tuloksista selvisi, että hoitajien mielestä ohjaukseen liittyvät asiat olivat haasteellisia. Hoitotyön suosituksessa kehoitetaan ohjaamaan potilasta ennen leikkausta. Potilaan tulisi tietää kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta ennen leikkausta. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivunhoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 8 – 10.) Osastolla, jonne kysely suunnattiin, potilaat tulivat osastolle ensimmäisen kerran vasta leikkauksen jälkeen. Emme voineet opinnäytetyössämme tutkia potilaan ohjausta ennen leikkausta.

Tuloksista selvisi, että hoitajat ohjasivat potilaita monenlaisissa asioissa leikkauksen jälkeen. Tärkeimpänä asiana vastaajat (n=7) mainitsivat, että potilasta tulee kehottaa ja rohkaista pyytämään tarvittaessa kipulääkettä. Kuusi (6) vastaajaa mainitsivat myös kivunhoidon osana kuntoutusta. Myös hoitotyön suosituksessa sanotaan, että potilaat, jotka saivat tietoa muun muassa kivunhoidon tarkoituksesta sekä varhaisen liikkeellähdön vaikutuksista että lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, oli heillä kipu helpommin hallittavissa (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivunhoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 8 – 10). Tuloksista huomasimme, että vastaajat käyttivät samoja menetelmiä ja asioita, joita hoitotyön suosituksessa käsitellään. Vastaajat huomioivat kivunhoidon tärkeänä osana sujuvaa kuntoutumista leikkauksen jälkeen. Tuloksistamme ilmeni, että vastaajien mielestä potilaiden toiveet huomioidaan mahdollisimman hyvin kivunhoidossa.

Aiemmasta tutkimuksesta havaittiin, että potilaan tiedollinen ja toiminnallinen selviytyminen ja sairaalassa annettu ohjaus oli hyvää. Kuitenkin potilaat olisivat kaivanneet lisää tietoa muun muassa kipulääkityksestä sairaalassa olo aikanaan. Vastaajat toivoivat hoitajilta enemmän aikaa ohjaukseen ja potilaan elämäntilanne olisi pitänyt huomioida ohjausta annettaessa. (Palokoski 2007.) Meidän kyselymme kohdentui hoitajiin, jolloin oli hankalaa kysyä onko hoitajilla riittävästi aikaa ohjaamiseen ja onko ohjaus riittävää.

Leikkauspotilaan kivun tunnistamisessa pitäisi huomioida potilaan taustat, kuten pelko, ahdistus, masennus, sukupuoli, koetut kipukokemukset sekä toimenpiteen luonne. Usean tutkimuksen mukaan miehet kestävät kipua paremmin kuin naiset. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 10 - 11.) Vastaajat olivat ottaneet hyvin huomioon vastauksissaan potilaan taustan yleisellä tasolla. Vastaajat huomioivat yleisesti niin sanottuja fyysisiä ominaisuuksia taustojen selvittämisessä. Kukaan ei vastauksissaan tuonut ilmi muun muassa masennusta, aikaisempia kipukokemuksia ja pelkoja.

Eräässä tutkimuksessa havaittiin, että potilaat, jotka pelkäsivät riippuvuutta tai toleranssin kehittymistä kipulääkkeisiin olivat kuitenkin tyytyväisiä kivunhoitoon. Kipumittareilla arvioitaessa heidän kivun voimakkuus oli kuitenkin kovaa. (Sukay 2006). Kahdeksan (8) vastaajaa huomioi potilaan taustan, kuten aikaisemman kipulääkkeiden käytön ja sitä mahdollisesti seuranneen toleranssin syntymisen. Kuitenkaan kysyttäessä miten potilaita ohjataan leikkauksen jälkeen, kukaan ei vastauksissaan tuonut esille mahdollisen toleranssin syntymistä kipulääkkeiden käytöstä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että kipumittarien käyttö on ollut vähäistä arvioidessa kivun voimakkuutta (Ranta 2013; Hankonen & Holappa 2010). Tämän kyselyn tulosten mukaan vastaajat käyttivät kipumittaria osana kivun arviointia (n=10) ja kirjaamista (n=3). Vastaajien yleisin käyttämä kipumittari oli asteikko 0-10 eli VAS-mittari. Yksi (1) vastaajista kertoi käyttävänsä ”*hymynaamamittaria*” eli kipukasvomittaria

(FPS-mittari). Kipumittarin käyttöä käytiin läpi potilaiden kanssa jo ohjaustilanteessa. Oli ilo huomata, että poikkeuksena aiemmista tutkimuksista kipumittareiden käyttö oli yleistä tutkimallamme osastolla. Hoitajat aliarvioivat yleensä potilaan kivun, joten kipumittareiden käyttö on suositeltavaa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestöisen kivun hoitotyö 2013, 12 - 15.)

Potilaan kipua ja lääkkeitä johtuvia haittavaikutuksia tulisi seurata säännöllisesti ja aktiivisesti koko hoidon aikana. Potilaat eivät yleensä omatoimisesti pyydä kipulääkettä tai kerro kivuistaan. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestöisen kivun hoitotyö 2013, 20.) Suurin osa vastaajista kertoi kysyvänsä säännöllisesti lisäkipulääkkeen tarpeesta. Kipulääkkeen vaikuttamisesta sen antamisen jälkeen kysyi vastaajista hieman yli puolet. Olimme tyytyväisiä vastaajien aktiivisuuteen kivun seuraamisessa. Vastaajat kertoivat myös aktiivisesti keskusteluvansa potilaiden kanssa kipulääkkeiden haittavaikutuksista.

Lääkehoidon tarkoituksena on poistaa kipua ja ennaltaehkäistä kivun syntymistä. Kivun ennaltaehkäisy on helpompaa, kuin jo syntyneen kivun hoito. Hyvän kipulääkityksen periaate on oikea lääkevalinta, tarpeeksi suuret ja riittävän usein toistetut kerta-annokset. (Iivanainen 2011, 476.) seitsemän (7) vastaajaa mainitsi hyvän lääkehoidon periaatteeksi hyvän peruskipulääkityksen, neljä (4) vastaajaa mainitsi turvallisuuden ja pari (2) kiinnitti huomiota moniammatilliseen yhteistyöhön. Vain yksi (1) vastaajista mainitsi riittävän annoksen ja säännöllisen kipulääkityksen tärkeyden. Todennäköisesti hyvällä peruskipulääkityksellä vastaajat ovat tarkoittaneet juuri annostusta ja säännöllisyyttä. Vastaajat toivat hyvin ilmi myös muita asioita, joita ei hoitotyön suosituksessa mainittu suoraan. Näistä esimerkkeinä muun muassa, että lääke viedään potilaalle heti pyytämisen jälkeen ja lääkärin konsultointi tarvittaessa.

Marjamäen (2006, 2) opinnäytetyössä selvisi kyselystä, että potilaat kokivat saaneensa liian vähän tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Kyselyssämme vastaajat ohjasivat potilaita lääkkeettömissä kivunhoitomenetelmissä. Yleisimmät kivunlievitysmenetelmät, joita vastaajat

kertoivat käyttävän potilaillaan, olivat kylmä (n=10), asentohoito (n=9) ja koho (n=3). Hoitotyön suosituksen mukaan lääkehoidon rinnalla tulisi käyttää fysikaalisia ja kognitiivisia hoitomenetelmiä. Kylmähoito alentaa kudosten lämpötilaa, jolloin verenkierto ja aineen-vaihdunta hidastuvat ja lihasspasmit vähenevät. Tällöin lihakset rentoutuvat ja kipu lievittyy. Asentohoito lievittää kipua nopeuttamalla verenkiertoa ja vähentämällä lihasspasmeja. Liikunta edistää verenkiertoa, vähentää lihasspasmeja ja ehkäisee virheasentoja. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 17 - 19). Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä eniten käytettiin juuri näitä edellä mainittuja, jotka mielestämmekin ovat tärkeitä kivun kokonaisvaltaisessa hoidossa. Eniten lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä käytettiin kylmähoitoa (n=12) ja asentohoitoa (n=11). Kukaan vastanneista ei ainakaan kolmen tärkeimmän joukkoon valinnut akupunktiota, hierontaa tai mielikuvaharjoitteita. Tämä on mielestämme ymmärrettävää, koska sairaalan vuodeosastolla ei voida esimerkiksi akupunktiota toteuttaa ja sille ei niin paljon näyttöä löydy kivunlievittäjänä.

Niin kuin arvelimme, lääkärin kanssa oli helppo keskustella vastaajien mielestä potilaiden kivunhoidosta (n=11). Muutaman vastaajan mielestä lääkärin kanssa yhteistyö sujui vaihtelevasti riippuen lääkäristä ja potilaasta.

Kaikki vastaajat kirjasivat lisäkipulääkkeen annon potilastietojärjestelmään joka kerta. Kuitenkaan kaikki eivät arvioineet kipulääkkeen vaikuttavuutta sen annon jälkeen. Mielestämme kipulääkkeen vaikuttavuuden kirjaaminen voi olla puutteellista. Tähän mielestämme voi vaikuttaa muun muassa ajanpuute osastolla ja se, että eri hoitaja voi antaa kipulääkkeen kuin hän, joka hoitaa potilasta. Hoitotyön suosituksen mukaan potilaan kivusta, sen sijainnista, voimakkuudesta, kipulääkkeiden mahdollisista haittavaikutuksista ja kivunhoitomenetelmistä tulisi kirjata vähintään kerran työvuorossa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivunhoitotyö 2013, 20 - 21.) Vastaajat kertoivat pääasiassa olevansa osittain samaa mieltä siitä, että kirjaavat vähintään kerran työvuorossa potilaan kivusta. Vastaajat kertoivat kiinnittävänsä huomiota

näihin asioihin kirjaamisessa, kuten: missä ja minkälaista kipu on, onko kipulääke auttanut, luonnehtimalla kipua eri sanoin ja käyttämällä kipumittarin asteikkoa apuna kirjaamisessa.

Kivun hoitotyön koulutusta tulisi järjestää säännöllisesti hoitohenkilökunnalle. Potilaan kivunhoidon jatkuvuus tulisi varmistaa ja hoitajille tulisi jakaa vastuualueet osastolla. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö 2013, 21.) Tuloksista saimme ristiriitaista tietoa siitä, onko osastolla kivunhoidon vastuuhoidajaa. Myöskään puolet vastaajista ei tiennyt, millaista koulutusmateriaalia kivunhoidosta osastolla on. Vastaajat kokivat eri tavoin, onko kivunhoidon koulutusta tarpeeksi heidän osastollaan. Hieman alle puolet vastaajista kertoivat koulutusta olevan liian vähän.

Kehus (2014, 36) sanoo tutkimuksessaan, että hoitotyön suosituksia tunnettiin vielä vähän, mutta Käypä hoito -suosituksia osattiin hyödyntää. Tutkimuksessa haastateltiin osastonhoitajia. Tämä tutkimustulos todettiin myös tutkimuksessamme. Vain kaksi (2) tunti hoitotyön suositukset, vaikka ne ovatkin helposti saatavilla internetistä. Joanna Briggs Instituten (JBI) ohjeita ei tuntenut kukaan kyselyyn vastanneista. Ainakaan nykyisessä sairaanhoitajan koulutuksessa ei tutustuta JBI-ohjeisiin. Hoitotyön suosituksiakaan ei käytetä koulumme opetuksessa hyödyksi. Näitä ohjeita emme myöskään ole nähneet mainostettavan missään, kuten esimerkiksi osastoilla, terveystieteissä eikä ammattilehdissä. Mielestämme nämä ohjeet ja suositukset ovat käyttökelpoisia useimmilla osastoilla ja eri yksiköissä. Näitä suosituksia ja ohjeita löytyy myös suomeksi käännettynä useille eri erikoisaloille.

Kaiken kaikkiaan tuloksista ilmeni, että kivunhoito on pääsääntöisesti hyvää tällä osastolla. Ainoastaan puutteita näytti olevan eniten siinä, etteivät vastaajat kokeneet saavansa riittävästi koulutusta kivunhoidosta sekä tietämättömyys osaston kivunhoidon vastuuhoidajasta ja koulutusmateriaalista. Olimme positiivisesti yllättyneitä erityisesti kipumittarien hyödyntämisestä hoitotyössä ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien runsaasta käytöstä.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Etiikan ja tutkimuksen yhteys on kaksisuuntainen. Tutkimuksen tulokset vaikuttavat yleensä eettiseen päätöksentekoon. Toisaalta myös eettiset kannat vaikuttavat tutkijan ratkaisuihin tutkimustyössä. (Tuomi 2007, 143.)

Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa ihmisoikeudet luovat eettisen perustan tutkimuksiin. Lähtökohtaisesti tutkijan tulee selvittää tutkittaville tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkittavilla on oikeus olla osallistumatta tutkimukseen tai keskeyttää se missä vaiheessa tahansa. Tutkimustietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille ja niiden tulee pysyä luottamuksellisena, eikä niitä käytetä muuhun tarkoitukseen kuin itse tutkimukseen. Tutkittavien identiteetti ei saa paljastua tutkimuksesta, ellei siihen ole pyydetty erikseen lupaa. (Tuomi 2007, 145 - 146.) Tämän vuoksi emme ole eritelleet tutkimustuloksissa taustatekijöitä. Vastausjoukko oli kuitenkin määrällisesti pieni, joten siitä olisi helppo päätellä ammattiryhmän tai työkokemuksen perusteella vastaajan henkilöllisyys. Emme missään vaiheessa tutkimusta ole luovuttaneet vastauslomakkeita ulkopuolisille, ja ne hävitetään asianmukaisesti heti tutkimuksen päätyttyä. Tutkimuksen eettisyys on säilynyt.

Kaikissa tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä ja jokaisessa tutkimuksessa tulee pohtia erikseen sen luotettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan työn kokonaisluotettavuutta ja määrällisessä tutkimuksessa tulosten tai mittausten paikkansapitävyyttä. Laadullisissa tutkimuksissa validiteetti- ja reliabiliteettikäsitteiden käyttöä on kritisoitu. Nämä käsitteet ovat syntyneet pääasiassa määrälliseen tutkimukseen. Laadullisissa tutkimuksissa kannattaakin käyttää käsitteitä, kuten esimerkiksi uskottavuus, vastaavuus, vahvistettavuus ja vakiintuneisuus. Tutkimusta arvioidaan yleensä kokonaisuutena ja sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. (Tuomi 2007, 150 - 151.)

Luotettavuuteen vaikuttaa, mikä aineiston keruumenetelmä on valittu (Tuomi 2007, 151). Tässä opinnäytetyössä aineisto on kerätty kyselylomakkeella, joka jaettiin osastolle. Kyselylomakkeesta ja opinnäytetyön tarkoituksesta pidettiin informaatiotilaisuus, sillä hetkellä työvuorossa olleille osaston henkilökunnalle. Tilaisuudessa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, kyselyyn vastausaika ja yleisesti kyselylomakkeesta. Kyselyn liitteenä on saatekirje, missä informaatiotilaisuudessa käsitellyt asiat myös selviää muillekin vastaajille.

Sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta ongelmallisena on pidetty, ettei tutkija pysty itse tarkastelemaan objektiivisesti analyysiprosessia. Tulos syntyy tutkijan subjektiivisen näkemyksen mukaan asiasta. Sisällönanalyysin haasteena on, miten tutkija pystyy muodostamaan sisällön niin, että se kuvaa mahdollisimman tarkasti tutkittavaa ilmiötä, joten luotettavuuden kannalta on tärkeää pystyä todistamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. Kategorioilla on oltava yhteys aineistoon ja niiden tulee liittyä muodostettuun käsitejärjestelmään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 19.)

Tutkimuksen tiedonantajat määrättiin ammattikorkeakoulun puolesta meille aihevalinnan yhteydessä. Työelämäohjaajan saimme sairaalalta aiheen varmistuttua, ja työelämäohjaaja muuttui kerran opinnäytetyön aikana aiheen rajautumisen takia. Rajaus tekoniveliin muutti opinnäytetyön koskemaan vain yhden osaston henkilökuntaa. Molemmilta tiedonantajilta, eli työelämäohjaajilta saimme hyviä ideoita muovataksemme opinnäytetyötä.

Tutkimuksen kesto ja sen aikataulu vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen (Tuomi 2007, 152). Aloitimme opinnäytetyön alkukevästä 2014. Opinnäytetyöhön tuli tämän jälkeen tauko johtuen toisen tekijän kansainvälistä vaihdosta ja sen jälkeen pidimme ideaseminaarin toukokuussa. Kesällä 2014 opinnäytetyön tekeminen oli hidasta johtuen molempien kesätöistä. Kesän jälkeen jatkoimme teorian keräämistä, rajasimme tutkimusaiheen ja valitsimme tutkimusmetodin. Pääasiassa työstimme opin-

näytetyötä syksyn 2014 aikana. Suunnitelmaseminaarin pidimme lokakuussa 2014. Teimme kyselylomakkeesta muuttujataulukon, jotta kyselylomake ja teoria kohtaavat. Esitetasimme kyselylomakkeen vain yhdellä sairaanhoitajalla aikataulun vuoksi. Esitestaaja ei löytänyt kyselylomakkeesta huomautettavaa, ja hyväksyimme kyselylomakkeen sellaisenaan. Tämän jälkeen saimme tutkimusluvut ja kyselylomakkeet veimme osastolle 3.11.2014 ja viimeinen vastauspäivä oli 7.11.2014.

Käytimme hoitotyön suositusta pohjana teorian rakentamiselle. Jaoimme hoitotyön suosituksen eri osa-alueet omiksi otsikoiksi ja keräsimme niiden alle lisää tietoa toisista lähteistä. Alussa käsitelimme ortopedisen potilaan ja tekonivelleikkauksen teorian. Keräsimme tietoa myös hoitotyön suosituksesta ja JBI-ohjeista yleisesti. Näistä tiedonsaanti oli hankalaa, koska niistä ei löytynyt luotettavaa tietoa juuri mistään. Valitettavasti teoriaosa näistä jäi melko pintapuoliseksi. Sisällysluettelon ryhmitimme hoitotyössäkin käytetyn luokituksen mukaan: kivun hoitotyön tarve, suunnittelu, toteutus ja laadun varmistaminen eli arviointi.

Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Vastauslomakkeista etsittiin yhdistäviä tekijöitä. Nämä yhtenevät vastaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin. Niistä saimme alakategoriat ja lopulta yhdistävän tekijän. Aineiston analysointi sisällönanalyysillä sopi tähän kyselylomakkeeseen hyvin, koska se sisälsi niin monta avointa kysymystä. Kyselylomakkeen tulokset esiteltiin tulokset osiossa ja tuloksia tarkasteltiin lähemmin pohdinnassa.

Luotettavuuteen työssämme vaikutti moni asia. Teorian rakensimme johdonmukaisesti käyttäen mahdollisimman uusia ja luotettavia lähteitä. Löysimme mielestämme hyviä aiheeseen sopivia tutkimuksia, mutta olimme halunneet löytää enemmän korkeamman tason tutkimuksia, kuten väitöskirjoja. Kyselylomakkeen laatiminen oli haastavaa. Alussa olimme tekemässä lomaketta määrälliseen tutkimukseen, mutta tutkimusmenetelmän ja -joukon muututtua jouduimme suunnittelemaan sen uusiksi. Uudessa lomakkeessa oli paljon avoimia kysymyksiä, kuten laadullisissa

tutkimuksissa kuuluukin olla. Esitestaaajia olisi voinut luotettavuuden kannalta olla enemmän. Kiireellisen aikataulun vuoksi kysely oli osastolla vain viiden päivän ajan. Tästä huolimatta saimme hyvän vastausprosentin ja siitä saamme kiittää aktiivista osaston henkilökuntaa.

Luotettavuuden kannalta tärkeää on, miten rehellisesti ja totuudenmukaisesti vastaajat ovat kyselyyn vastanneet. Tästä tutkija ei voi työssään olla varma, kuten ei myöskään siitä miten vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset ja, onko heillä tullut väärinymmärryksiä kyselylomakkeesta. (Hirsjärvi 2012, 195.)

Kyselyn vastauksen analysoimme sisällönanalyysin mukaisesti, kuten edellä on jo kerrottu. Tarkistimme lomakkeet useaan kertaan ja kokosimme ne sisällönanalyysin mukaisesti eri ryhmiin. Selvyyden vuoksi käsittelemme tulokset samassa järjestyksessä kaikilla osa-alueilla eli tuloksissa, teoriassa ja kyselylomakkeessa. Pohdinnassa järjestys on vapaampi.

Kokonaisuudessa opinnäytetyön luotettavuus kärsii pienestä määrästä vastaajia. Tämä johtui työn rajaamisesta tekoniveleihin, joita hoitaa tutkimassamme sairaalassa vain yksi osasto ja sen henkilökunta on vain 16 henkeä. Luotettavuutta vähentää myös se, että tämä on molempien tutkijoiden ensimmäinen tutkimus.

Ehdotimme työelämäohjaajallemme, että haluaako henkilökunta meidän pitävän osastotunnin tutkimustuloksista sekä samalla hoitotyön suosituksista ja JBI-ohjeista yleisesti. Sovimme, että tulemme kertomaan näistä asioista joulukuun alussa osastotunnille. Viemme yhden kopion opinnäytetyöstä osaston henkilökunnalle luettavaksi. Tällä tavoin pidämme huolen, että osasto ja sen henkilökunta saa tietoa osaston tämän hetkisestä kivunhoidon osaamisesta.

9.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia

Tämä opinnäytetyö antoi meille uusia näkökulmia leikkauksen jälkeisen kivunhoidon toteuttamiseen. Vastauksista tuli ilmi, että leikkauksen jälkeinen kivunhoito on hyvin hallinnassa tutkimallamme osastolla. Eniten kehitettävää oli kivunhoidon koulutuksen järjestämisessä ja osaston kivunhoitoa koskevissa materiaaleissa. Henkilökunnalle ei ollut täysin selvää onko osastolla kivunhoidon vastuuhoidtajaa. Hoitotyön suositukset ja JBI-ohjeet olivat harvalla tiedossa.

Tämä opinnäytetyö toi meille seuraavia kehittämissuhteita:

- Hoitotyön suositusten jalkauttaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon.
- JBI-ohjeiden tunnetuksi tekeminen ja hyödyntäminen käytännössä.
- Kyselyn toteuttaminen suuremmalle joukolle koskien kirurgisen toimenpiteen jälkeistä kivunhoitoa. Suuremmalle joukolle saisi tehtyä kvantitatiivisen tutkimuksen ja tehtyä sopivamman kyselylomakkeen.
- Yhtenäisen kipukansion luominen osastoille hyödyntäen hoitotyön suositusta.

LÄHTEET

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö1. 2013. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa: www.hotus.fi [viitattu 17.2.2014].

Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Sisällönanalyysi. Saatavissa: http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/30_sisallonalyyysi [viitattu 20.9.2014].

Brax, P.-J. 2012. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistuminen. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Ensimmäinen lonkan ja polven tekonivelleikkausten hoitosuositus – tekoniivel on kallis mutta oikein suoritettuna kannattava investointi. 2014. Duodecim. Julkaistu 24.11.2010. Saatavissa: http://www.duodecim.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti2?iid=14350&iprint=23&p_rss= [viitattu 16.9.2014].

Haapavirta, S. & Niskanen M. 2008. Polven tekonivelleikkauksen jälkeinen kivunhoito kivunhoidon ohjausmateriaali potilaalle. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Haho, A. 2014. Hoitotyön kirjaamisen etiikka. Saatavissa: https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2009/etiikka/hoitotietojen_kirjaamisen_etiikk/ [viitattu 22.10.2014].

Hankonen, H. & Holappa A. 2010. Säärimurtumapotilaan kivunhoito –kyselytutkimus potilaiden arvioimasta kivusta ja sen hoidosta leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hiltunen, E., Holmberg, P., Jyväskylä, E., Kaikkonen, M., Lindblom-Yläne, S., Niensted, W. & Wähälä, K. 2010. Galenos Johdanto lääketieteen opintoihin. 3. painos. Helsinki: WSOYpro.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15. – 17. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2011. Hoida ja kirjaa. 1. – 6. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

JBI-suositukset. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_How-to_2012.pdf [viitattu 21.5.2014].

Joanna Briggs Instituutti (JBI) ja Suomen JBI yhteistyökeskus. Saatavissa: <http://www.hotus.fi/jbi-fi/joanna-briggs-instituutti-jbi-ja-suomen-jbi-yhteistyokeskus> [viitattu 25.11.2014].

Jäntti, M. 2000. Kivunhoito. Teoksessa: Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.) Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 118–126.

Kalso, E., Haanpää M. & Vainio A.(toim.). 2009. Kipu. 3. uudistettu painos. Teoksessa: Aho, H., Arokoski J., Elomaa, M., Estlander, A.-M., Forssell, H., Granström, V., Haanpää, M., Hamunen, K., Hannonen, P., Jääskeläinen, S., Kalso, E., Kontinen, V., Mikkelsen, M., Paavonen, J., Pohjolainen, T., Pouttu, J., Ruuskanen, H., Sarvela, J., Vainio, A., Vanhatalo, S. & Viheriälä, L. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampereen yliopistopaino Oy.

Kehus, E. & Törmänen, O. 2014. Näyttöön perustuva hoitotyö osastonhoitajien näkökulmasta. Tutkiva hoitotyö. 3/2014, s. 36.

Koivuranta-Vaara, P., Enberg, E., Immonen-Räihä, P., Lang, L., Lehtonen, L., Puolakka, E., Roine, R., Rytönen, A. & Toiviainen, H. 2011. Terveysthuollon laatuopas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Metodix. Saatavissa: http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/02_metodiartikkelit/seitamaa_kvalitatiivinen_sisallon_analyysi/05_kvalitatiivinen_sisallon_analyysi [viitattu 20.9.2014].

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol 11. 1/-99, s. 3–11.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Marjamäki, H., 2006, Ortopedisen potilaan kokema postoperatiivinen kivunhoito, opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Porin yksikkö.

Ohvo, R. 2010. Polven tekonivelleikatun potilaan postoperatiivinen kivunhoito. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Organisaatio. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa: <http://www.hoitus.fi/joanna-briggs-institute/organisaatio> [viitattu 16.9.2014].

Palokoski, M.-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

PCA-kipulääkeannostelija. HUS. Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun_hoitomenetelmia/pca-kipulaakeannostelija/Sivut/default.aspx [viitattu 17.2.2014].

Puolakka, P. 2011. Some challenges of postoperative pain treatment. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, William C., LaMantia, A-S., McNamara, J. O. & White, L. E. 2007. Neuroscience. Sinauer Associates, Inc.

Ranta, S. 2013. Polven tekonivelpotilaiden kokemuksia kivunhoidosta. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Porvoo.

Robert, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.). 2010. Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Rokkanen, P., Avikainen, V., Tervo, T., Hirvensalo, E., Kallio, P., Kankare, J., Kiviranta, I. & Pätäälä, H. 2003. Ortopedia. Käytännön ortopediaa. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Salanterä, S., Hagelberg N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoito. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Sarajärvi, H. 2011. Tekonivelleikkauksen jälkeinen kivun arviointi ja hoito tekonivelsairaala Coxassa. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K., Sonninen, A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sukay, L. C. 2006. Pain as the Subjective Fifth Vital Sign Among Patients Undergoing Knee or Hip Arthroplasty. Master's thesis. Yale University. USA.

Suomenkieliset JBI – suositukset. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa: <http://www.hotus.fi/jbi-fi/suomenkieliset-jbi-suositukset> [viitattu 4.11.2014].

Säätiön tarkoitus ja perustehtävä. Hoitotyönsuositukset. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/saation-tarkoitus-ja-perustehtava> sekä <http://www.hotus.fi/hotus-fi/hoitotyon-suositukset> [viitattu 17.2.2014].

Taimi, P. & Ekfors, K. 2011. Aikuisen postoperatiivinen kivunhoitotyö vuodeosastolla. Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Otaniemi.

Tarkkila, P., Korvaavatko PCA ja tulehduskipuläkkeet puudutustekniikat perioperatiivisen kivun hoidossa?. DOS. Töölön sairaala. HYKS. Saatavissa: www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_10/Korvaako_kipulaakkeet_puudutukset_Pekka_Tarkkila.pdf [viitattu 17.2.2014].

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Tiedon analysointi. Verne liikenteen tutkimuskeskus. Saatavissa: <http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/> [viitattu 20.9.2014].

Tiippana, E. 2013. From improved management of acute pain to prevention persistent postoperative pain. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1. – 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaajoki, A. & Haatainen, K. 2014. Kivunhoito näkyviin ammattikorkeakoulujen uudistuvassa opetussuunnitelmassa. Tutkiva hoitotyö. 3/2014. s. 45–46.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki, Tammi.

Tekijä, tutkimus, julkaisuvuosi ja -paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja otos	Keskeiset tulokset
Ranta Sami: Polven tekonivelpotilaiden kokemuksia kivunhoidosta, 2013, Opinnäytetyö, Porvoo	Tarkoituksena oli arvioida polven tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia kivunhoidosta hoitojakson ajalta. Tutkimusongelmat perustuivat mm. uuteen hoitotyön suositukseen.	Tutkimus tehtiin kyselytutkimuksena kyselylomakkeella potilaille (N=11).	Tulosten mukaan kivunhoito toteutui potilaiden perioperatiivisella hoitopolulla hyvin. Eri kivunlievitysmenetelmiä käytettiin ja potilaan olivat tyytyväisiä kivunhoitoon. Kipumittareiden käyttö oli vähäistä.
Hankonen Heidi, Holappa Annika, Säärimurtumapotilaan kivunhoito – kyselytutkimus potilaiden arvioimasta kivusta ja sen hoidosta leikkauksen jälkeen, 2010, Opinnäytetyö, Oulun seudun ammattikorkeakoulu	Tarkoituksena oli säärimurtumapotilaiden kokemaa kivunhoitoa kyselylomakkeen avulla. Tavoitteena oli antaa osaston henkilökunnalle palautetta toteuttamastaan kivunhoidosta potilaiden arvioimana. Tarvittaessa osasto voi	Kyselylomake jaettiin Oulun yliopistollisen sairaalan ortopedisen osaston säärimurtumapotilaille kolmantena postoperatiivisenä päivänä. Potilaat arvioivat kivun arviointia ja sen hoitoa. Analyysimenetelmänä käytettiin SPSS for Windows –ohjelmaa. (N=30)	Vaikka potilailla oli vastausten perusteella paljon kipua, joka vaikeutti liikumista ja nukkumista, kivunhoidon koettiin onnistuneen. Jomottava kipu oli yleisintä. Voinnin kysyminen potilaalta oli kivunarvioinnissa yleistä. VAS –mittaria ei juuri käytetty.

	muuttaa käytäntöjään kivunhoidosta.		etty. Ne joilla kipumittaria oli käytetty, kokivat he sen käytön tärkeäksi. Kivulääkitys oli onnistunut ja potilaat kokivat saaneensa hyvin tietoa kivunhoidosta hoitajilta.
Puolakka Pia, Some Challenges of Postoperative Pain Treatment, 2011, Väitöskirja, Tampereen Yliopisto	Tarkoituksena oli tutkia COX-2 selektiivisten kipulääkkeiden käyttöä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa.	Tutkimus tehtiin prospektiivisiä, satunnaistettuja, kaksosokkoutettuja ja lumelääkekontrolloituja. (N=148) Polven tekonivelleikkaukseen tulleille lähetettiin kyselylomakkeet.	Pitkittänyt kipu etenkin ortopedisten leikkausten kohdalla potilailla on 10% - 60%. Kyselyn mukaan 21,5% kärsi kivusta levossa polven tekonivelleikkauksen jälkeen ja 29,8% polven ollessa rasituksessa. Ristitekijät kivun pitkittymiselle ovat kipu ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeinen kova kipu. Tekonivelleikkaus tulisi toteuttaa mahdollisimman nopeasti ja operaati-

			tion jälkeinen kivunhoito tulisi olla tehokasta.
Tiippana Elina, 2013, From improved management of acute pain to prevention of persistent post-operative pain, väitöskirja, Helsingin yliopisto.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää akuutin ja kroonisen leikkauksen jälkeistä kivun esiintymistä ja tutkia mahdollisuuksia vaikuttaa niihin. Tutkittiin myös opioidien tarvetta vähentävien lääkkeiden tehoa ja tutkittiin pienentääkö pahoinvointilääke tropisetroni parasetamolin kivunhoitotehoa.	Tutkittiin kahdessa kliinisessä tutkimuksessa. Ensimmäisessä ryhmässä (torakomiatkipu) oli 111 potilasta ja toisessa (tähystys-sappileikkaus) 160 tutkimuspotilasta, sekä verrokkiryhmä molempiin. Tutkittiin myös terveillä miehillä, joiden kipua stimuloitiin, jonka jälkeen he saivat tropisetronia tai keittosuolaa ja lopuksi parasetamolilla.	Torakaalinen epiduraali auttoi yskimiskivunkestoon ja vähensi liikekipua. Laajennettu kivunhoitoprotokolla todettiin toimivaksi. Deksametsonin käyttö vähensi paljon oksikodonin tarvetta tähystyksen jälkeen. Terveiden miesten tapauksessa parasetamolilla ei ollut vaikutusta kivun tuntemuksiin, mutta tropitseroni näytti parantavan parasetamolin analgeettista vaikutusta.
Sarajärvi Hannu, Tekonivelleikkauksen jälkeinen kivun arviointi ja hoito tekonivelsairaalalla Coxassa, 2011, Opinnäytetyö, Tampereen	Tarkoituksena oli kartoittaa tekonivelleikkauksen jälkeistä kivun arviointia sairaanhoitajien kuvaamana vuodeosastolla. Kartoitettiin myös	Toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. (N=26)	Yleisimmät arviointimenetelmät olivat potilaan oma kokemus, fyysisen olemuksen tarkkailu ja fysiologisten suureiden mittaaminen. Kipumittarin

ammattikorkeakoulu	polven tekonivel-leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kivunhoitoa hoitajien kuvaamana ja kuvata kivunhoidon nykykäytäntö.		käyttöaste vaihteli, yleisimmät mittarit olivat NRS ja VRS. Multimodaalista kivunhoitoa käytettiin ja edettiin WHO:n kivunhoitoprotokollan mukaisesti. Haasteita toivat ohjaukseen liittyvät asiat ja potilaan ikä.
Marjamäki Hanna, Ortopedisen potilaan kokema postoperatiivinen kivunhoito, 2006, opinnäytetyö, Diakoniana-ammattikorkeakoulu, Porin yksikkö	Tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia lonkka- ja polvileikkauksen jälkeen sekä selvittää heidän tyytyväisyytään kivunhoitoon kokonaisuudessaan. Toteutettu Loimaan ja Rauman aluesairaaloiden ortopedisilla vuodeosastoilla.	Käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää ja fenomenologista lähestymistapaa. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselyllä. Vastaajia oli 55 ja vastausprosentti jäi 95%. Avoimet kysymykset käsiteltiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä käyttäen sisällönanalyysillä, muissa kysymyksissä käytettiin SPSS-järjestelmää.	Tutkimuksien tulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisiä kivunhoitoon ja hoitajien aktiivisuuteen kivunhoidossa. Potilaat kokivat saaneensa tarpeeksi kipulääkkeitä. Potilaat eivät kokeneet saaneensa tarpeeksi tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä.

<p>Palokoski Marjo-Riitta, Kirurgisen potilaan kotona selviytymien leikkauksen jälkeen, 2007, Pro Gradu, Tampereen yliopisto</p>	<p>Työn tarkoituksena oli ottaa selvää kirurgisen potilaan kotona pärjääminen leikkauksen jälkeen ja ottaa selvää oliko sairaalassa annettu ohjaus tukenut potilaan kotona selviämistä.</p>	<p>Menetelmänä oli käytetty puhelinhaastattelua. Potilailta oli pyydetty kirjallinen lupa tutkimukseen ja heille soitettuun 3-4 vuorokautta kotiutumisen jälkeen. Tutkimusjoukko muodostui 103 potilaasta. Potilaat vastasivat väittämiin arvosanoilla 4-10. Tutkimukseen oli laadittu strukturoitu mittari. Analysoinnissa käytettiin korrelaatioita, t-tekstiä ja yksisuuntaista varianssianalyysia. Käytössä oli myös ristiintaulukointi, frekvenssi- ja prosenttijakaumia ja keski- ja hajontalukuja. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönerittelyllä.</p>	<p>Tutkimuksesta havaittiin, että potilaiden tiedollinen ja toiminnallinen selviytyminen ja sairaalassa annettu ohjaus oli hyvää. Potilaat olisivat halunneet lisää tietoa haavanhoidon tarkkailusta. Potilaat kokivat hankalaksi kodin siistinä pitämisen, kivun hoidon sekä kaupassa käynnin. 20 potilasta oli tarvinnut yhteydenoton joko osastolle tai muuhun terveydenhuollon yksikköön leikkauksen jälkeen. Syinä olivat yleisimmin kivun- ja haavanhoito. Yli puolet vastaajista kokivat tarvinneensa apua päivittäisissä toiminnoissa. Potilaat kaipaivat sairaalassa ollessaan enemmän tietoa</p>
--	---	--	--

			<p>muun muassa kipulääkityksistä. Vastaajat oli toivoneet hoitajilta enemmän aikaa ohjaamiseen ja potilaan elämäntilanteen olisi pitänyt huomioida ohjauksesta annettaessa.</p>
<p>Haapavirta Sanna, Niskanen Mari, Polven tekonivelleikkauksen jälkeinen kivunhoito, kivunhoidon ohjausmateriaali potilaalle, 2008, Kajaanin ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö</p>	<p>Työn tavoitteena oli laatia ohjausmateriaalia kivunhoidon ohjaukseen kirurgian vuodeosaston henkilökunnalle ja polven tekonivelleikkauspotilaille Kajaanin keskussairaalassa. Sisällöstä tuli saada mahdollisimman selkeä, jotta se palvelisi myös potilaita leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa.</p>	<p>Lähtökohtana työssä oli aiemmin tutkittu ja tuotettu tieto. Työssä käsiteltiin polven tekonivelleikkauspotilaan lääkkeellistä ja lääkkeetöntä kivunhoitoa, -arviointia ja potilasohjauksesta holistisen ihmiskäsityksen kautta.</p>	<p>Ohjausmateriaali laadittiin ja sen sisältö perustui opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen, tietoon potilasohjauksesta, kirjallisesta potilasohjauksesta ja tietoon leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta.</p>
<p>Kehus E. & Törmänen O. 2014. Tutkiva Hoitotyö 3/2014</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata näyttöön perustuvan hoitotyön</p>	<p>Aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluilta 7 osas-</p>	<p>Näyttöön perustuvan hoitotyöhön ja sen kehittämiseen</p>

	<p>toteuttamista ja toimintatapojen yhtenäistämistä osastonhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on saada tietoa hoitotyön toiminnan nykytilasta kahdessa keskussairaalassa.</p>	<p>tonhoitajalta ja tulokset analysoitiin laadullisella sisälönanalyysillä.</p>	<p>seen osastonhoitajat suhtautuivat myönteisesti. He kokivat itsensä merkittävässä roolissa hoitotyön kehittämiseksi. Näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisen esteitä olivat muun muassa sen kehittämisen vastuun pirstaleisuus, ajan, moniammatillisen yhteistyön ja koulutuksen puute. Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen on vielä kesken. Hoitotyön suosituksia tunnettiin vielä vähän, mutta Käypä-hoitosuosituksia osattiin hyödyntää. Jotta näyttöön perustuva toiminta tehostuisi, tulisi koulutusta ja organisaation sisäisiä toimia lisätä.</p>
<p>Sukay, L. C. Pain as the subjective fifth vital sign</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tut</p>	<p>Kysely tehtiin kohtitutkimuksena</p>	<p>Potilaan arvioivat kokevansa leikkauksen jälkeen</p>

<p>among patients undergoing knee or hip surgery. 2006. Yale University. Master's thesis.</p>	<p>kia potilaiden odotuksia ja kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta. Tutkittiin myös heidän näkemystään kivun hoitotyön laadusta ja selvittää mikä vaikuttaa, ettei leikkauksen jälkeinen kivunhoito ole tehokasta.</p>	<p>68 polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen menevällä potilaalla Yalen New Haven sairaalassa. Haastattelu toteutettiin viimeistään 48 tunnin päästä leikkauksesta.</p>	<p>enemmän kipua kuin todellisuudessa kokivat. 40 prosenttia vastaajista ajatteli, että kipu kuuluu paranemisprosessiin. 36 prosenttia vastaajista oli huolissaan riippuvuuden syntymisestä kipulääkkeisiin. Potilaat, jotka pelkäsivät riippuvuutta tai toleranssin kehittymistä kipulääkkeisiin olivat tyytyväisiä kivunhoitoon, vaikka he arvioivat kipumittareilla kipunsa koviksi. 22 prosenttia ajatteli, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät halua keskustella mieluummin leikkauksen jälkeisestä kivusta potilaiden kanssa.</p>
---	---	--	---

SANASTO

Aksoni

Hermosolun, eli neuronin osa. Viejähaarake.

Anterolateraalisyteemi

Keskushermoston rata, joka välittää kuumaa tunnetta sekä kipua.

Atelektaasi

Tila, jossa keuhkon tilavuus on pienentynyt ja ilmapitoisuus vähentynyt.

Artroskopia

Nivelen tähytys

Hypoksemia

Veren hapen puute ja kudosten hapettomuus. Aiheuttaa muun muassa hengenahdistusta

Konservatiivinen hoito

Muun muassa lääkitys, asentohoito, elintapaohjaus ovat konservatiivista hoitoa. Konservatiiviseen hoitoon ei kuulu leikkaushoito.

Keuhkoembolia

Keuhkoveritulppa. Syynä yleensä esimerkiksi alaraajojen laskimotukos, eli veritulppa joka kulkeutunut keuhkojen verisuoniin.

Mobilisointivaihe

Liikehoitoa, eli kuntoutusta, jota potilas yleensä harjoittaa omatoimisesti tai sairaanhoitajan/ fysioterapeutin kanssa.

Multimodaalinen kivunhoito

Multimodaalisessa kivunhoidossa potilaalle annetaan erilaisia kipulääkkeitä, jotka vaikuttavat eri mekanismeilla.

Leukarentoutus

Leukojen rentoutus tapahtuu erilaisilla harjoituksilla kivun lievittämiseksi.

Neuroni

Hermosolu, joka välittää hermoimpulsseja.

Nosiseptori

Kipuhermopääte

Nosiseptiivinen kipu

Kudosvauriokipu

Osteotomia

Luun katkaisu esimerkiksi luun virhe-asennon korjaamiseksi tai nivelrikon hoitamiseksi

Sklerosoituminen

Rasvan kertyminen suonien seinämiin (Kalkkeutuminen)

Sooma

Sooma on neuronin runko-osa. Siellä sijaitsee neuronin tuma ja suurinosa muista soluelimistä

Takykardia

Sydämen tiheälyöntisyys

Virtsaretentio

Virtsaumpi

SAATEKIRJE

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kotka

Hoitotyön koulutusohjelma

ARVOISA VASTAAJA

Hei!

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa Kotkassa. Teemme opinnäytetyön Carealle, Kymenlaakson keskussairaallalle.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on verrata hoitotyön suositusta hoitajien toteuttamaan kivunhoitoon ortopedisilla aikuispotilailla tekonivelleikkauksen jälkeen vuodeosastolla. Aikuispotilaalla tarkoitamme 17 - 70 -vuotiaita. Olemme rajanneet aiheen polven- ja lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen lyhytaikaiseen kivunhoitoon. Kyse-lykaavake on suunniteltu hoitotyön suositusten pohjalta (www.hotus.fi).

Kyselyn toteutamme osastollanne 3B marraskuun aikana. Viimeinen vastauspäivä on **perjantaina 7.11.2014**.

Pyydämme Teitä kohteliaimmin vastaamaan kyselyyn, sillä juuri Teidän vastauksenne on meille erittäin tärkeä.

Kyselyn toteutamme nimettömänä ja luottamuksellisesti. Tutkimuksen jälkeen vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille.

Työn valmistuttua, tutkimus on saatavilla internetistä ja yhden kopion annamme osastollenne luettavaksi.

Luvan työllemme olemme saaneet Carealta. Opinnäytetyötämme koulun puolesta ohjaa Elisa Marttila sekä työelämäohjaajamme osastonhoitaja Minna Suvisaari.

Etukäteen vastauksistanne kiittäen,

Maiju Muranen ja Suvi Peltola

HO11S1

Kymenlaakson Ammattikorkeakoulu

KYSELYLOMAKE

TAUSTATIEDOT

Rastita oikea vaihtoehto.

- Työkokemus osastolla

0 - 1v

1 - 5v

5 - 10v

yli 10v

- Koulutus

Lähi- /Perushoitaja

Sairaanhoidaja

Muu, mikä _____

Vastaa avoimiin kysymyksiin omin sanoin tyhjille viivoille.

KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS OSANA KIVUN HOITOTYÖTÄ

1. Mitä keskustelet potilaan kanssa kivunhoidosta leikkauksen jälkeen?

2. Miten potilaan toiveet otetaan huomioon kivunhoidossa?

3. Miten ja milloin kerrot potilaalle kivun ennaltaehkäisystä ja sen tärkeydestä?

4. Mitä kerrot potilaalle lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä?

POTILAAN KIVUN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI

5. Mitä keinoja käytät selvittääksesi potilaan kivun voimakkuuden?

6. Miten huomioit potilaan taustan kivunhoidon toteuttamisessa?

KIVUN LÄÄKEHOIDON TOTEUTUS

7. Mitkä asiat ovat mielestäsi hyvän lääkehoidon periaatteita?

8. Onko lääkärin kanssa helppoa keskustella potilaan kipulääkitykseen liittyvissä asioissa? Rastita toinen vaihtoehtoista ja vastaa tyhjille viivoille.

On, Miksi?

Ei, Miksi?

LÄÄKKEETTÖMIEN KIVUNHOITOMENETELMIEN KÄYTTÖ

9. Mitä muita lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytät? Kerro kolme käyttämäsi.

1.

2.

3.

10. Minkälaisissa tapauksissa toteutat lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä?

POTILAAN VOINNIN SEURANTA KIVUNHOIDON AIKANA

Ympyröi jokaisesta väittämästä lähinnä omaa vastaustasi oleva.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
11. Kysyn potilaalta säännöllisesti lisäkipulääkkeen tarpeesta	1	2	3	4
12. Kysyn potilaalta aina kipulääkkeen annon jälkeen onko kipulääke vaikuttanut asianmukaisella tavalla	1	2	3	4
13. Keskustelen aina potilaan kanssa kipulääkkeiden haittavaikutuksista	1	2	3	4

14. Miten tunnistat potilaan kivun, jos hän ei sitä itse pysty kertomaan?

KIVUN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Ympyröi jokaisesta väittämästä lähinnä omaa vastaustasi oleva.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
15. Kirjaan aina annetun lisäkipulääkkeen potilastietojärjestelmään	1	2	3	4
16. Kirjaan aina miten kipulääke on vaikuttanut lääkkeenannon jälkeen	1	2	3	4
17. Kirjaan aina vähintään kerran työvuorossa yleisesti potilaan kivuista	1	2	3	4

18. Millä tavoin luonnehdit potilaan kipua kirjatessasi? Kerro omin sanoin.

KIVUN HOITOTYÖN LAADUN VARMISTAMINEN

19. Järjestetäänkö yksikössäsi mielestäsi tarpeeksi koulutusta kivunhoitoa koskien?

20. Onko osastollasi kivunhoidon "vastuuhoitajaa"? Rastita oikea vaihtoehto.

Kyllä

Ei

En tiedä

21. Millaista kivunhoidon koulutusmateriaalia osastollasi on?

22. Oletko tutustunut aiemmin hoitotyön suosituksiin (hotus.fi)?

Kyllä

Ei

23. Ovatko JBI (Joanna Briggs Institute) –ohjeet sinulle tuttuja?

Kyllä

Ei

Kiitos vastauksistasi!

MUUTTUJATAULUKKO

Tutkimusongelmat	Teoriasta	Kysymykset
Pää tutkimusongelma		
Miten sairaanhoitajat noudattavat hoitotyön suositusta (hotus.fi) ortopedisellä osastolla operaation jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoidossa aikuispotilaalla?	s. 12 - 30	1 - 23
Alatutkimusongelmat		
Miten hoitajat ohjaavat potilaita osana kivun hoitotyötä?	s. 20 - 22	1, 2, 3, 4
Miten hoitajat tunnistavat ja arvioivat potilaan kipua?	s. 22 - 24	5, 6
Miten hoitajat toteuttavat lääkehoitoa tai muita kivunhoitomenetelmiä potilailla?	s. 24 - 28	4, 7, 8, 9, 10
Miten hoitajat seuraavat potilaan vointia kivunhoidon aikana?	s. 28 - 30	11, 12, 13, 14
Miten hoitajat kirjauttavat kivun hoitotyötä?	s. 28 - 30	15, 16, 17, 18

Miten hoitajat ja yksikkö varmistavat kivun hoitotyön laadun?	s. 31 - 32	19, 20, 21
---	------------	------------

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>1.1 Miten hoitajat ohjaavat potilasta osana kivun hoitotyötä?</p>		
<p>”Hakiessani potilaan osastolle painotan kivun ennaltaehkäisyä ja, että pitää pyytää tarpeeksi kipulääkettä tarpeeksi aikaisin ennakkoon ennekuin kipu pahenee.”</p> <p>”Kerron potilaalle kipulääkkeistä ja niiden vaikuttavuudesta.”</p> <p>”Kehotan pyytämään kipulääkettä ajoissa, kun potilas havaitsee kipua, ettei pääse pahaksi, mikä vaikeaa lääkittää.”</p> <p>”Hetki leikkauksen jälkeen heräämöstä tuloon jälkeen sekä ajoittain tarpeen mukaan kerron potilaalle kivun ennaltaehkäisystä ja sen tärkeydestä.”</p> <p>”Neuvon kipulääkeasioissa, kehotan pyytämään lääkettä koko osastolla oloajan tiedusten kivuista/kipulääkkeen tarpeesta. Annetaan lääkettä tarvittaessa. Jos tulee huono olo tai epämiellyttävä tunne → vähennän tai tarvittaessa vaihdetaan lääke.”</p> <p>”Lääkehoito + sen ohjaus. Kipulääkettä riittävästi (tarvittaessa annettavat)”</p> <p>”Kehotan pyytämään kipulääkettä ajoissa, eikä vasta sitten, kun kipu on sietämätön. Kerron, että säännöllisen kipulääkityksen lisäksi pitää itse pyytää tarvittaessa lisäkipulääkettä.”</p> <p>”Ohjaan potilaan pyytämään tarvittaessa kipulääkettä. Potilas saa kipulääkettä aina tarvittaessa.”</p> <p>”Tuntuuko, että tarvitsee lisäkipulääkitystä? Kehotan pyytämään lisäkipulääkettä tarpeen mukaan ja rohkeasti. Ohjeistan kipulääkkeen käytöstä myös kotiin lähtiessä. Kehotan myös vaihtoehtoja ja korjataan mahdollisia potilaan vääriä käsityksiä kipulääkkeiden käytöstä ja vaikutuksista. Esimerkiksi useat potilaat eivät halu-</p>	<p>Kivun ennaltaehkäisyn tärkeys</p> <p>Kipulääkkeen pyytämiseen kehottaminen</p> <p>Kipulääkkeen vaikuttavuudesta kertominen</p> <p>Kipulääkkeiden haittavaikutuksista kertominen</p>	<p>Kipulääkkeen tärkeys</p>

<p>aisi ottaa kipulääkkeitä, kun haluavat käyttää niitä vain vähän ja sitten kärvistelevät kivuissaan. Tällöin ohjaus ja neuvonta yleensä auttaa. Vaikka kipua ei vielä olisi-kaan, kehotan ajoissa pyytämään lisäkipulääkettä, kun alkaa tulla tuntemuksia kirvelystä ja kivusta.”</p> <p>”Kipulääkkeen tärkeydestä. Lääkäri päättää potilaan kipulääkityksen ja kipulääkityksen muodon. Painotan potilaalle, kuinka tärkeää on pyytää kipulääkettä ajoissa, jo heti kun kivun ensituntemuksia ilmenee.”</p> <p>”Ajoissa muistaa pyytää kipulääkettä. Jos annettu kipulääke ei vaikuta noin tunnin sisään, pitää pyytää lisää. Lisäkipulääkettä annetaan aina, kun potilas pyytää ja viedään se myös heti. ”</p> <p>”Rohkaisen potilasta pyytämään kipulääkettä oman tarpeen mukaan. Perustelen miksi on tärkeää pyytää tarpeeksi kipulääkettä. Puhun mahdollisista sivuvaikutuksista. Kotiutuessa painotan, ettei potilas liian aikaisin vähennä kipulääkitystään kotona. ”</p> <p>”Korostan kipulääkkeen oton tärkeyttä riittävän ajoissa, jottei kivun pääse liian koviksi. Kerron, että kivun tulisi saada pidettyä siedettävällä tasolla... Jos huomaan, että potilas sinnittelee kipujen kanssa, eikä herkästi pyydä lääkettä, niin ohjaan pyytämään lääkettä mieluummin liian aikaisin kuin liian myöhään.”</p> <p>” ”Painotan, että potilas itse tietää oman kipunsa ja tarpeen kipulääkityksestä.”</p> <p>”Hakiessani potilaan osastolta painotan kivun ennaltaehkäisyä ja, että pitää pyytää tarpeeksi kipulääkettä tarpeeksi aikaisin ennen kuin kipu pahenee.”</p>		
<p>”Jos potilaalla on tullut jostain lääkkeestä oireita, ei sitä välttämättä osastolla anneta.”</p> <p>”Keskustellaan potilaan kanssa, mitkä särkylääkkeet ovat ennen sopineet, jos on aiempaa kokemusta.”</p>	<p>Potilaan taustojen selvittäminen</p>	<p>Potilaan tausta</p>

<p>Riittävän kipulääkityksen tärkeys ja merkitys kuntoutumiseen ja toipumiseen.”</p> <p>”Kerron, että kivunhoito on tärkeä osa kuntoutusta.”</p> <p>Kerron, miten kivunhoito vaikuttaa kuntoutumiseen.</p> <p>”Koko osastolla oloajan painotan kivunhoidon tärkeyttä osana kuntoutumista.”</p> <p>”Kivunhoidon merkityksestä kuntoutumiseen.”</p> <p>”Useasti muistutan potilasta pyytämään riittävästi kipulääkettä, jotta pystyvät kuntouttamaan itseään.”</p> <p>”Kerron, että kivut tulisi saada pidettyä siedettävällä tasolla, jotta potilaan on hyvä olla ja kuntoutus saadaan käyntiin.”</p>	<p>Kivunhoidon merkitys kuntoutumisen onnistumiseen</p>	<p>Kuntoutus</p>
<p>”VAS -kipumittarista ja mitä tarkoittaa. ”</p> <p>” VAS -mittarin käyttö.”</p> <p>”Yleensä käytän VAS -mittaria kivun arvioinnissa.”</p> <p>”Kerron yleensä kipuasteikosta 0 - 10, eli 0 on tunnoton, kun on puuduksissa, 1 - 2 on tunne, että jotain on tehty, mutta kipua ei vaivaa. Jos 3 tai enemmän, tällöin tulisi ylimääräistä kipulääkettä pyytää, ettei kipua pääsisi tulemaan kovemmaksi.”</p> <p>”Onko kipuja, missä millaista”</p>	<p>Kipumittarit</p> <p>Kysyminen potilaan kivusta</p>	<p>Kivun arviointi ja seuranta</p>
<p>”Mahdollisuuksien mukaan toiveita noudatetaan, mikäli toive on mahdollista toteuttaa. Kipua hoidetaan käytävissä olevilla konsteilla ja asiasta keskustellaan potilaan kanssa.”</p> <p>”Potilaan toiveet otetaan aina huomioon - aina niitä ei voi toteuttaa.”</p> <p>”Ohjaus, keskustelu, kysely. Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi. Potilailla erilainen tieto + käsitys asiasta.”</p> <p>”Neuvotellaan mahdollisuuksien mukaan. Joskus potilas tarvitsee valistusta ja oh-</p>	<p>Huomioidaan potilaan toiveet mahdollisimman hyvin</p>	<p>Potilaan toiveiden huomiointi</p>

<p>jausta. Potilaan kanta huomioidaan. Yhteisymmärrys on hyvän yhteistyön tae ja edellytys.”</p> <p>”Yritetään ottaa huomioon mahdollisimman hyvin. ”</p> <p>”Pyritään huomioimaan mahdollisimman hyvin.”</p>		
<p>”Asentohoito ja sen tärkeys. Polvi kohoasentoon. Kylmähoito”</p> <p>”Jääpussien hyödyllisestä vaikutuksesta turvotuksen hoidossa. Asennon vaihdolla voi myös olla kipua helpottava vaikutus joissakin tilanteissa.”</p> <p>” Asento + jäät.”</p> <p>”Potilaan tarpeiden mukaan, ohjaan ja tarjoan.”</p> <p>”Kylmä auttaa kipuun oikein käytettynä. Kohoasento turvotuksen vähentämiseksi auttaa kipuun. Liikkumisen ja levon tasapaino on tärkeää.”</p> <p>” On osa kivunhoitoa.”</p> <p>” Potilas saa kylmähoitoa aina tarvittaessa. Kylmähoidosta ja liikkumisesta kohtuullisessa määrin on myös yksi kivunhoidon menetelmä.”</p> <p>”Kylmähoito, helpottaa usein turvotusta ja kipua. Asentohoito, usein sekin helpottaa kipua. Kohoasento vähentää turvotusta, kipua ja vuotoa.”</p> <p>”Kerron, että on eri tapoja hoitaa kipua mm. asentohoito, kylmä..”</p> <p>”Kerron kylmähoidosta sekä asentohoidosta.”</p> <p>”Kylmä, asentohoito.”</p> <p>”Lähinnä se osastollamme tarkoittaa jäiden/kylmän käyttöä sekä asentohoidon toteuttamista. Myös lisähappea tarjotaan kivun ehkäisyyn.”</p>	<p>Kylmähoidosta kertominen</p> <p>Asentohoidosta kertominen</p> <p>Liikkumisesta kertominen</p> <p>Muista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä kertominen</p> <p>Kivunhoidon eri muodot</p>	<p>Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät</p>

<p>"Kerron, että kylmä on myös hyvä kivunhoito. Kylmä ja asentohoito."</p> <p>"Eri kivunhoitomuodoista → lääkitys, asentohoito, kylmähoito"</p> <p>"Kivunhoidon eri muodoista."</p>		
<p>"Osastolla siihen on mahdollista vasta siinä vaiheessa, kun haen potilaan heräämöstä osastolle."</p> <p>" Heti kun kohtaan potilaan ja aina hoitotilanteissa."</p> <p>"Koko hoitojakson ajan, aina potilaskontaktissa."</p> <p>"Hetä, kun olen potilaan kanssa tekemisissä operaation jälkeen."</p> <p>"Hetä potilaan tultua osastolle."</p> <p>"Jatkuvasti ja usein hoitotoimien lomassa."</p> <p>"Pyrin heti kertomaan asiasta, kun haen potilaan osastolle."</p> <p>"Pre-poliklinikalla ensimmäisen kerran. Hetä heräämöstä tuloa jälkeen osastolla."</p> <p>"Ohjaus mitä + miksi + miksi kipu on."</p>	<p>Ohjaus heti, kun mahdollista</p> <p>Kivunhoidon ohjaus aina potilaskontaktissa</p> <p>Ohjaus jatkuvaa</p>	<p>Potilaan informointi</p>
<p>"Asentohoito leikkauksesta riippuen."</p> <p>" Asentohoidon toteuttamista mahdollisuuksien mukaan."</p>	<p>Leikkausalueen huomiointi</p>	<p>Leikkauksen huomiointi</p>

AINEISTOIN ABSTRAHOINTI JA YLÄKATEGORIOIHIN JAKO

Potilaan informointi Potilaan toiveiden huomiointi	Potilaan ohjaus
Potilaan aiemmat kokemukset Potilaan tausta Muu lääkitys Leikkauksen huomiointi	Potilaan tausta
Kivun kuvailu Kivun fyysiset ja psyykkiset muutokset	Kivun arviointi ja seuranta
Kivun kirjaaminen	Kirjaaminen
Hyvä peruskipulääkitys Kipulääkkeen tärkeys	Kivun lääkehoito
Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät
Kuntoutus	Moniammatillinen yhteistyö
Koulutus Koulutusmateriaalit	Laadun varmistaminen





HAKEMUS / LUPA

Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöt

(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyöt)

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli hankkeistamissopimuksessa ei toisin sovita. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

5. Allekirjoitukset

Oppilaitos

Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Puhelin / sähköposti

Vastuuyksikkö

Yhteyshenkilön/työelämäohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Osastonhoitajan / esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys

Puhelin / sähköposti

Pvm sekä hakijan tai ryhmästä yhden henkilön allekirjoitus ja nimenselvennys

6. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

 Myönnetty lupa opinnäyte- / tutkimustyöhön hakemuksen mukaisesti

 Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn

 Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä

 Hakemus hylätty

Perustelut / pyydettävät lisäselvitykset

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo / tehtävänimike

Yksikkö- ja yhteystiedot

Pyydetty lisäselvitykset toimitettu: aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo / tehtävänimike

Yksikkö ja yhteystiedot

7. Liitteet

- Tutkimussuunnitelma (hyväksyty oppilaitoksessa)
 Hankkeistamissopimus
 Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta
 Muut liitteet, mitkä:

Kopio myönnetystä luvasta:

- opetuksesta vastaavalle osastonhoitajalle ja työelämän yhteyshenkilölle

CAREA - KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Kuntayhtymän johto

Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5909
Y-tunnus 0725901-5

Kymenlaakson keskussairaala

Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5514
kirjaamo@carea.fi

Kymenlaakson psykiatrisen sairaala

Sairaalanukuja 3 D
45750 Sairaalamäki
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 2708
www.carea.fi

Sosiaalipalvelut

Kehitysvammaisten erityishuolto
Pohjankorventie 19
45740 Kuusankoski
Puh. 020 615 9000
Fax 020 615 9004

**HAKEMUS / LUPA**

Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöt

(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyöt)

Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisin/asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat salassa pidettäviin potilas/asiakasrekisteritietoihin.

Dnro TUTKIMUS	Päätös § 16 120 14
---------------	--------------------

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1. Opinnäytetyön / tutkimuksen tiedot

Oppilaitos / koulutusohjelma / suuntautumisvaihtoehto Kymenlaakson ammattikorkeakoulu / hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja	Oppilaitoksen osoite Pääkysentie 1, 48220 Kotka
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Hoitotyön suositus - Aikuispotilaan tekonivelleikkauksen jälkeinen lyhytaikainen kivunhoito	
Opinnäytetyön / tutkimuksen alkamispvm 01/2014	Opinnäytetyön / tutkimuksen päättymispvm 12/2014
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä) Tavoitteena verrata hoitotyön suositusta osaston 3B hoitajien toteuttamaan kivunhoitoon. Rajaamme aiheen polven ja lonkan tekonivelleikkauksiin aikuispotilaille. Teemme laadullisen sisällönanalyysin ja lähetämme puolistrukturoidun kyselylomakkeen os. 3B.	

2. Hakija / hakijat

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet	Osoite	Sähköposti	Puhelin
Suvi Matilda Peltola			
Maiju Tuulia Muranen			

3. Opinnäytetyön / tutkimuksen kustannuksista vastaava

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija	<input type="checkbox"/> vastuuyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi)
<input type="checkbox"/> joku muu, mikä	kanssa (hankesopimus liitteenä)

4. Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön tiivistelmä toimitetaan luvan myöntäjälle sähköisesti/paperiversiona	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö / raportti toimitetaan työelämän yhdyshenkilölle sähköisesti/paperiversiona
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä / raportista pidetään osastokokous / koulutus / muu	Jokin muu tapa, mikä

CAREA - KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Kuntayhtymän johto
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5909
Y-tunnus 0725901-5

Kymenlaakson keskussairaala
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5514
kirjaamo@carea.fi

Kymenlaakson psykiatrinen sairaala
Sairaalanukuja 3 D
45750 Sairaalamäki
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 2708
www.carea.fi

Sosiaalipalvelut
Kehitysvammaisten erityishuolto
Pohjankorventie 19
45740 Kuusankoski
Puh. 020 615 9000
Fax 020 615 9004