



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunarviointi ja hoito sairaanhoitajan näkökulmasta

Metso, Annina  
Ryömä, Iina

2015 Otaniemi



Laurea-ammattikorkeakoulu  
Otaniemi

## Vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunarviointi ja hoito sairaanhoitajan näkökulmasta

Annina Metso  
Iina Ryömä  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2015

Annina Metso  
lina Ryömä

**Vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunarviointi ja hoito sairaanhoitajan näkökulmasta**

Vuosi 2015 Sivumäärä 35

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunarviointia ja hoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta Jorvin sairaalan osastolla K6. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunarviointia ja hoitoa. Opinnäytetyö on yhteydessä Ohjaus hoitotyössä-hankkeeseen. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöitä potilasohjauksesta ja tavoitteena kehittää potilasohjausta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat: Millaista kivunarviointia ja kivunhoitoa osastolla käytännössä toteutetaan. Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluina, joihin osallistui neljä sairaanhoitajaa. Haastattelu nauhoitettiin ja materiaali analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Tuloksista kävi ilmi, että kipua arvioitiin eniten suusanallisesti. Kipumittareiden käyttö koettiin hyödylliseksi, mutta niitä käytettiin vaihtelevasti. Kiire koettiin esteeksi kipumittareiden käytölle eikä niitä myöskään aina muistettu käyttää. Kivunhoidon koettiin olevan osastolla pääosin hyvää. Kehittämisenvaraa katsottiin olevan lääkkeettömässä kivunhoidossa, jota käytettiin kivunhoitomenetelmänä melko vähän.

Kehittämisehdotuksia voisivat olla yhtenäinen ohjeistus kipumittareiden käytöstä sekä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytön lisääminen. Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena voisi olla saman aiheen tutkiminen potilaiden näkökulmasta.

Asiasanat

Kivunarviointi, kivunhoito, sairaanhoitaja, vatsaelinkirurgia

Annina Metso  
Iina Ryömä

**Postoperative pain assessment and the treatment of an abdominal surgical patient from a nurse's perspective**

Year	2015	Pages	35
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to survey postoperative pain assessment and the treatment of an abdominal surgical patient from a nurse's perspective on ward K6 in Jorvi hospital. The objective was to improve postoperative pain assessment and the treatment of an abdominal surgical patient. This thesis was conducted within the Guidance in Nursing -project, the purpose of which is to produce theses about patient education and to develop patient education.

The study questions in this thesis were: What kind of pain assessment is implemented on the ward in practice and what kind of pain treatment is implemented on the ward in practice. The study was carried out using qualitative methods. The data collection method was semi-structured theme interview. The interviews were executed as individual interviews and four nurses were participated in them. The interviews were recorded and afterwards analyzed with inductive content analysis.

The findings revealed that pain was assessed mostly by word of mouth. The use of pain indicators was varied even though the nurses experienced them as useful. Rush affected the use of pain indicators and sometimes the nurses forgot to use them. The pain treatment on the ward was experienced mostly to be good. Drug-free pain relief methods were used rarely and the nurses felt that there was room for development.

A subject for a further study could be to investigate the same subject from patients' perspective. Development proposals could be systematic instructions of using pain indicators and increasing the use of drug-free pain relief methods.

**Keywords**

Pain assessment, pain treatment, nurse, abdominal surgery

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Vatsaelinkirurgia .....	7
3	Kipu ja kivunhoito.....	7
3.1	Akuutti ja krooninen kipu.....	8
3.2	Kivun hoitotyö .....	9
3.3	Kivunhoidon etiikka.....	9
3.4	Postoperatiivinen kivunhoito.....	10
3.5	Kivun lääkehoito.....	10
3.5.1	Opioidit .....	11
3.5.2	Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli .....	12
3.6	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.....	13
4	Kivunarviointi .....	14
4.1	Kivunarviointimenetelmät .....	14
4.2	Tutkimuksia kivunarvioinnista ja hoidosta.....	15
5	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	16
6	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmälliset ratkaisut .....	16
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	17
6.2	Aineistonkeruumenetelmä.....	17
6.3	Aineiston analysointimenetelmä .....	18
7	Tulokset.....	20
7.1	Kivunarviointia edistävät tekijät osastolla .....	20
7.2	Kivunarviointia estävät tekijät osastolla .....	21
7.3	Kivunhoitoa edistävät tekijät osastolla .....	22
7.4	Kivunhoitoa estävät tekijät osastolla.....	23
8	Pohdinta .....	23
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	23
8.2	Tulosten tarkastelu .....	25
8.3	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	26
	Lähteet .....	27
	Kuvat .....	31
	Liitteet.....	32

## 1 Johdanto

Vaikka kivunhoidosta on paljon tutkittua tietoa, ja kivunhoitomenetelmät ovat pitkälle kehittyneitä, monet potilaat kärsivät silti kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvästä lyhytaikaisesta kivusta (Salanterä, Heikkilä, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 3). Yksi tärkeimmistä leikkauksen jälkeisistä tavoitteista on kivuttomuus (Lindgren 2010). Kivunhoidon toteuttaminen on pitkälti sairaanhoitajan vastuulla. Säännöllinen kivunarviointi ohjaa lääkehoidon toteutuksessa ja sopivan auttamismenetelmän valitsemisessa. (Salanterä ym. 2013, 6.) Tutkimusten mukaan vuodeosaston henkilökunnan kouluttaminen kipuasteikon käyttöön on osoittautunut toimivaksi. Tästä huolimatta kipuasteikoita käytetään vähän eikä kivunhoito toteudu riittävän hyvin. Myös hoitajien tiedoissa ja taidoissa on puutteita. (Lindgren 2010; Salanterä ym. 2013, 3.) Puutteellinen kivunhoito hidastaa toipumista ja viivästyttää kotiutumista. Kivun pitkittyminen voi johtaa krooniseen kiputilaan. (Salanterä ym. 2013, 3; Kangas-Saarela & Mattila 2014.)

Opinnäytetyön aiheena on vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunarviointi ja hoito sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Espoon kaupungin ohjaus hoitotyössä -hanketta. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöitä potilasohjauksesta ja hoitotyön opiskelijoiden ohjauksesta sisätautien, kirurgisen ja kuntotuttavan hoitotyön alueelta. Tavoitteena on kehittää potilas- ja opiskelijaohjausta. (Ohjaus hoitotyössä -hanke 2014.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Jorvin sairaalassa osastolla K6 vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunarviointia ja hoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunarviointia ja hoitoa. Opinnäytetyön aihe on tekijöiden henkilökohtainen kiinnostuksenkohde. Kiinnostus aiheeseen syntyi tekijöiden työkokemusten pohjalta.

## 2 Vatsaelinkirurgia

Ruoansulatuselimistön muodostavat mahasuolikanava (eli niin kutsuttu GI-kanava), haima, maksa ja sappirakko. Ruoansulatuskanavaan kuuluvat suuontelo, nielu, ruokatorvi, mahalauku, ohutsuoli, paksu- ja peräsuoli sekä peräaukko. Tästä kokonaisuudesta gastro- eli vatsaelinkirurgian erikoisalaan kuuluvat kaikki paitsi suuontelon ja nielun sairaudet. Ruoansulatuselimistön kirurgisia sairauksia on useita. Näitä ovat esimerkiksi: akuutti maha, äkillinen umpilisäketulehdus, sappikivitauti, erilaiset haimaperäiset sairaudet, ruokatorven sairaudet, erilaiset suolistoperäiset sairaudet sekä vatsanpeitteiden tyrät. Ruoansulatuselimistön sairauksien tavallisimpia oireita ovat kipu, tulehdukset tai toiminnallisista häiriöistä johtuvat oireet kuten oksentelu, ripuli ja ummetus. (Hammar 2011, 41-52.)

Vatsaelinkirurgisen potilaan diagnosoinnissa aloitetaan potilaan kliinisestä tutkimisesta. Potilasta havainnoidaan, tunnustellaan (palpoidaan), kuunnellaan (auskultoidaan) sekä peräsuolen loppuosa tunnustellaan (tuseerataan). Lisäksi työdiagnoosia voidaan tarkentaa kohdennetuilla tutkimuksilla kuten laboratoriotutkimuksilla, kuvantamisilla ja tähystystutkimuksilla. Potilasta hoidetaan diagnoosin perusteella esimerkiksi leikkauksella tai päädytään konservatiiviseen hoitoon. Vatsaelinkirurgisia leikkauksia tehdään joko laparoskooppisesti tai avoleikkauksena. Hoidon tavoitteena on, että potilas kokee mahdollisimman vähän kipuja ja että elimistön viitaalielintoiminnot ovat tasapainossa ja turvatut. (Hammar 2011, 41-63.)

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Jorvin sairaalan osaston K6:n kanssa. Jorvin sairaala on osa Helsingin yliopistollista keskussairaala. Kirurginen vuodeosasto K6 on yksi Jorvin sairaalan viidestä kirurgisesta vuodeosastosta. Osastolla K6 hoidetaan vatsaelin- ja endokriinikirurgisia potilaita. Suurin osa potilaista tulee osastolle suunnitellusti ja osa potilaista päivystyksen kautta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.)

## 3 Kipu ja kivunhoito

Kansainvälisen kivuntutkimisyhdistyksen mukaan kipu määritellään seuraavasti: "kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein." (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.) Määritelmä käsittää sekä akuutin että kroonisen kivun, eikä määritelmässä oteta kantaa siihen miten kipu on syntynyt. Kipua voi aistia myös ilman kudonvauriota, ja kipu on aina henkilökohtainen. Eri ihmiset kokevat yhtä voimakkaan kivun eri tavoin. Kivun kokemiseen liittyvät yksilön kulttuuri, kokemukset, fysiologiset tunteet, ajatukset, yksilön toiminta, sosiaaliset suhteet ja monet muut tekijät. Yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. Hoitotyössä kipu määritetään käsitteenä seuraavasti: "Kipu on mitä tahansa yksilö sen sanoo

olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän.” (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.) Määritelmä muistuttaa hoitotyöntekijää siitä, että kipu on subjektiivinen tekijä ja potilas on aina oman kipunsa paras asiantuntija. Määritelmää ei kuitenkaan pysty soveltamaan kivun yleisenä määritelmänä, sillä on paljon ihmisiä, joiden kommunikointi suullisesti on puutteellista mutta he kokevat kipua yhtä lailla kuin muutkin. Hoitotyössä on tärkeää myös huomioida, että kaikki eivät välttämättä halua kertoa kivusta. Näissä tilanteissa kivun havainnoinnin tärkeys korostuu. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7-8.)

### 3.1 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutilla kivulla on ensisijaisesti elimistöä suojaava merkitys. Akuutti kipu varoittaa kudosaivuriosta, joka väistöheijasteen avulla estää lisävaurioiden syntymistä. Akuutille kivulle on yleensä selvä syy, joka on mahdollista hoitaa. Nykyään tunnetuilla kivunhoito menetelmillä voidaan taata tehokas akuutin kivun lievitys. Akuutti kipu paranee usein päivien tai viikkojen kuluessa kudosaivurion paranemisen ja tehokkaan kivunlievityksen ansiosta. Hoitamaton tai huonosti hoidettu kudosaivurio saattaa osalla potilaista pitkittyä ja mutkistua. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 105.)

Krooninen kipu voidaan määritellä kivuksi, joka kestää pidempään kuin mitä kudoksen odotettu paranemisaika on. Kipu saattaa jatkua kudosaivurion parantumisen jälkeen jos kipujärjestelmä on herkistynyt kivun akuuttivaiheessa. (Kalso ym. 2009, 106.) Kroonisen kivun mekanismi ja syntytapa on erilainen kuin akuutin. Sen taustalla voi olla keskushermoston kivunsäätelymekanismien vika- tai viestityshäiriö, jota biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät voivat ylläpitää. (Vainio 2009.) Mekanismeiltaan tuntemattomat kiputilat ovat usein pitkäkestoisia ja niiden syyksi arvellaan kipujärjestelmän sentraalisen säätelyn muuntumista. Pitkittänyt kipu rasittaa potilasta myös psykososiaalisesti. (Pakkala 2008, 1.)

Pitkittänyt ja hoitamaton postoperatiivinen kipu voi johtaa kroonisen kivun syntyyn. Tutkimusten mukaan kaikki krooninen kipu on jossain vaiheessa ollut akuuttia kipua jollakin tavalla. Akuutin postoperatiivisen kivun kehittyminen krooniseksi kivuksi ei vaadi suurta leikkauksia, vaan pienikin toimenpide voi johtaa sen syntyyn. Pitkittäneeksi postoperatiiviseksi kivuksi kutsutaan kipua, joka kehittyy kirurgisen toimenpiteen jälkeen ja kestää vähintään kaksi kuukautta. Kipua kutsutaan krooniseksi postoperatiiviseksi kivuksi, kun kipu on jatkunut kuusi kuukautta leikkauksesta. Riskiä postoperatiivisen kivun kroonistumiseen lisäävät muun muassa naissukupuoli, nuori ikä, uusintaleikkaus, psykologiset tekijät sekä geneettiset tekijät. Myös leikkauksen aikana mahdollisesti tapahtuva hermovaurio voi johtaa kroonisen kivun syntyyn. Leikkauksen jälkeen kivun kroonistumisen riskiä lisäävät myös kova akuutti leikkauksen jälkeinen kipu, masennus, levottomuus ja pelko sekä leikatun alueen sädehoito tai kemoterapia. (Cousins ym. 2011, 1-2.)

### 3.2 Kivun hoitotyö

Kivun hoitotyöllä tarkoitetaan kipua kokevan potilaan ja tämän omaisten auttamista hoitotyön keinoin. Hoitajalta kivun hoitotyö edellyttää kykyä tunnistaa potilaan kipua ja kuhunkin tilanteeseen sopivat auttamistavat sekä yhdistää ne muihin kivunhoitokeinoihin ja lopuksi arvioida hoidon onnistumista. Potilaan kipukokemukseen vaikuttavat monet potilaan ominaisuuksiin liittyvät tekijät. Henkilökohtaiset ominaisuudet voivat vaikuttaa sekä kipukynnykseen että kivunsietokykyyn. Naiset kokevat ja ilmaisevat kipua herkemmin kuin miehet. Kipukokemukseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, tyytyväisyys hoitoon, motivaatio sekä negatiiviset kokemukset terveystalvuselujärjestelmästä. Masennus ja alakuloinen mieliala lisäävät kipukokemusta, kun taas positiivisuus vähentää kipua. (Salanterä ym. 2006, 9-10.)

Edellytyksenä onnistuneelle kivunhoidolle on ajatteleva, tietävä ja motivoitunut hoitaja. Hoitajalla pitää olla hyvät valmiudet kivunhoidon toteuttamiseen. Suurimpana ongelmana kivunhoidon epäonnistumiselle pidetään hoitohenkilökunnan asennetta. Välinpitämättömyys, vähättelevä asenne sekä eri ammattiryhmien välinen yhteistyön puute estävät kivunhoidon onnistumista. Hoitajan on oikean asenteen ja motivaation lisäksi pidettävä tiedot ja taidot ajan tasalla hyvän kivunhoidon takaamiseksi. Selkeä vastuunjako auttaa kivunhoidon onnistumista. Kivunhoito onnistuu parhaiten kun on etukäteen mietitty miten hoito kokonaisuudessaan toteutetaan: mitä kivunarvioinnin apuvälineitä tai auttamismenetelmiä käytetään, miten hoito toteutetaan, kirjataan ja raportoidaan. Kivunhoidon ja hoitotyön onnistumisen arvioinnin suunnittelu on myös tärkeää. (Salanterä ym. 2006, 11-12.)

### 3.3 Kivunhoidon etiikka

Lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) on kirjattu periaatteita, joiden mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kohdella ihmisiä ihmisyyttä ja elämää kunnioittaen. Päämääränä tulisi olla terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäisy, parantaminen sekä kärsimysten lievittäminen. Eettisten ohjeiden ja lainsäädännön keskeistä sisältöä ovat kivunhoitoon liittyvät teemat kuten kärsimysten lievittäminen, vaikuttavien menetelmien käyttö, hyötyjen ja haittojen puntarointi sekä potilaiden tasavertainen kohtelu. (Haanpää 2009, 509.) Sairaanhoidajan tehtävänä on auttaa sekä tukea potilasta selviytymään kivusta. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja hänet tulisi ottaa mukaan oman hoitonsa suunnitteluun, jolloin varmistetaan jokaisen potilaan yksilöllinen hoito. On tilanteita, jolloin ei kyetä heti lievittämään kipua tai joudutaan tekemään toimenpiteitä, jotka aiheuttavat potilaalle kipua. Potilaalle selittäminen ja ohjeistaminen voivat auttaa asennoitumaan tilanteeseen oikein ja sietämään kipua paremmin. Potilas tulisi nähdä kokonaisvaltaisesti ja hoidon suunnittelu tapahtua moniammatillisessa ryhmässä. Pelkkä kipulääkitys ei ole yksin ratkaisu kivunhoidossa. (Qvick & Sailo 2000, 62-65.)

### 3.4 Postoperatiivinen kivunhoito

Postoperatiivinen kipu johtuu leikkausalueen kudolvaurioista. Siihen vaikuttavat myös potilaan aikaisemmat muistikuvat ja kipukokemukset. Lisäksi emotionaalisilla tekijöillä kuten ahdistuksella, masennuksella, pelolla ja jännittyneisyydellä on todettu olevan vaikutusta kipukokemuksiin. On todettu, että leikkausta edeltävä ahdistus ja masentuneisuus lisäävät kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta. (Hamunen & Kalso 2009, 280-281.) Potilaan ohjaus ennen leikkausta on tärkeää, sillä mitä enemmän tähän on käytetty aikaa, sitä vähemmän ongelmia leikkauksen jälkeen esiintyy. Sairaanhoidajan täytyy pystyä arvioimaan ammatillisesti potilaan kipua myös tilanteissa, joissa potilas ei välttämättä pysty itse sitä ilmaisemaan. Monet potilaat haluat myös kokeilla muitakin kivunlievitysvaihtoehtoja kuin lääkehoitoa. Lääkehoidon ohella kipua helpottavia keinoja ovat esimerkiksi asentohoito, kylmäpakkaukset sekä puhalluspullo. Hoitajan sekä lääkärin tulisi keskustella potilaan kanssa ennen leikkausta tulevista leikkauskivuista ja sen hoitovaihtoehtoista sekä ottaa huomioon potilaan toiveet ja aikaisemmat kokemukset. (Jäntti 2000, 118-124.)

### 3.5 Kivun lääkehoito

Kipua voidaan lievittää vaikuttamalla aivojen kipumekanismiin, hoitaa paikallisesti suoraan traumakohtaan sekä selkäydintasolla. Tulehduskipulääkkeissä kannattaa suosia suun kautta antoa jos mahdollista, sillä ei ole osoitettu, että tulehduskipulääkkeet vaikuttaisivat nopeammin tai tehokkaammin injektiona annettuna. Suun kautta annostelua vaikeuttaa potilaan mahdollinen leikkauksenjälkeinen pahoinvointi, myös maha-suolikanava voi olla lamaantunut, jolloin suun kautta annettava kipulääkitys ei ole tehokasta. Kuitenkin osaa tulehduskipulääkkeistä sekä parasetamolia voidaan annostella myös parenteraalisesti. (Salomäki & Rosenberg 2006, 840-841.)

Postoperatiivisen kivun hoitomenetelmiä on useita. Kipu on usein kovaa, joten tavallisin tapa hoitaa leikkauksenjälkeistä kipua on annostella tulehduskipulääkettä tai parasetamolia säännöllisesti ehkäisten kiputuntemuksia sekä antaa opioideja laskimoon tai lihakseen tarvittaessa. (Hamunen & Kalso 2009, 283.) Suoneen annosteltuna opioidi saattaa lamata hengitystä voimakkaasti, minkä vuoksi käytäntönä on usein antaa opioidit lihakseen. Opioideja voidaan annostella myös peroraalisesti eli suun kautta. (Salomäki & Rosenberg 2006, 848-850.)

Keskisuurissa ja suurissa leikkauksissa kivunhoitomenetelmänä voidaan käyttää spinaalisesti tai epiduraalisesti annosteltavaa puudutetta tai opioidia sekä näiden yhdistelmää. Puudutteen ja opioidin samanaikainen käyttö on tehokkaampaa kuin kumpikaan lääke yksinään. Pelkän opioidin käyttö antaa pitkäaikaisen ja tehokkaan analgesian ilman puudutteen haittavaikutuksia, kuten verenpaineen laskua ja motorista heikkoutta. Puudutteen haittavaikutuksien

vuoksi potilaan mobilisaatio voi vaikeutua ja hidastua. Epiduraalisesti annosteltava kipulääkitys lievittää tehokkaammin kipua, ja siihen liittyy vähemmän haittavaikutuksia verrattuna suun kautta annettaviin opioideihin. Epiduraalinen kivunhoito voidaan toteuttaa kolmella eri tavalla: jatkuvana infuusiona, boluksina tai potilaalla voi olla käytössään myös kipupumppu (Patient Controlled Epidural Analgesia, PCEA), josta potilas voi itse säädellä lääkkeen tiheyden. Kipupumpun toiminta on syytä ohjata potilaalle tarkasti, jotta potilas voi itse säädellä tuntemuksiensa mukaisen kivunhoidon. (Salomäki & Rosenberg 2006, 846-848; Hamunen & Kalso 2009, 284-286; Jäntti 2000, 121-124.)

### 3.5.1 Opioidit

Opioidit lievittävät kipua vaikuttamalla opioidireseptoreihin, joita on runsaasti keskushermostossa. Opioideja voidaan käyttää monenlaiseen kipuun mutta tehokkaimpia ne ovat akuuttiin lähinnä kudonsvauriosta ja tulehduksesta johtuvaan kipuun esimerkiksi postoperatiiviseen kipuun. Opioidit voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään sen kipua lievittävän ominaisuutensa perusteella: vahvoihin, keskivahvoihin ja heikkoihin. Tavallisin leikkauksen jälkeisen kivunhoidossa käytetty opioidi on vahvoihin opioideihin kuuluva oksikodoni. Se ei aiheuta niin paljon hallusinaatioita kuin esimerkiksi morfiini, muutoin sen haittavaikutukset ovat samat. Oksikodonia annostellaan laskimoon, lihakseen tai suun kautta. Spinaalisesti annosteltaessa se ei ole tehokas. (Salomäki 2006, 128-130; Kalso 2009, 192-193.) Opioideista on olemassa myös yhdistelmävalmisteita, joihin on lisätty ibuprofeenia ja parasetamolia (Aaltonen 2000, 209).

Opioidien yliannostus saattaa johtaa hengityksen lamaantumiseen mutta kipu suojaaa hengityslamalta tehokkaasti, mikäli opioidin kerta-annokset ovat kohtuullisia. Annoksen ollessa oikea kipu lievittyy mutta potilas ei mene sekavaksi. Uneliaisuus sekä hengitystaajuuden pieneminen ennakoivat hengityslamaa. Hengityslaman riski on suurin, mikäli opioideja annostellaan kivuttomalle potilaalle, joka ei ole tottunut käyttämään opioideja tai opioidia annetaan liian suuri määrä. Opioidien yliannostuksesta johtuvan hengityslaman hoitoon voidaan antaa laskimoon naloksonia. Naloksoni kumoaa opioidin vaikutuksen mutta se on kuitenkin lyhytvaikutteinen, joten annos tulee tarvittaessa uusiksi. Suurissa yliannostustapauksissa teko hengitys on turvallisempaa kuin suuren naloksoniannoksen antaminen. Liian nopeaan opioidin vaikutuksen kumoamiseen naloksonilla on yhdistetty keuhkopöhöä ja kuolleisuutta. Tämän vuoksi naloksonia ei tulisi käyttää opioidista aiheutuvaan uneliaisuuteen vaan ainoastaan hengityslamaan. (Salomäki & Rosenberg 2006, 848-849; Salomäki 2006, 130-132.) Muita yleisiä opioidien haittavaikutuksia ovat esimerkiksi pahoinvointi, oksentelu sekä suun kuivuminen. Pahoinvointi, oksentelu ja ummetus johtuvat opioidien maha-suolikanavaa lamaavasta vaikutuksesta. Pitkään jatkunut opioidien käyttö nostaa toleranssia ja tällöin opioidien äkillinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita. Opioidin vieroitusoireita ovat esimerkiksi sydämentykytykset, vapina ja levottomuus. (Kalso 2009, 195-196; Salomäki 2006, 131-132.)

### 3.5.2 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeet (NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs) ovat tehokkaita kivunlievittäjiä, samalla ne myös alentavat kuumetta sekä rauhoittavat tulehdusta. Vaikutus perustuu prostaglandiinisynteesin estoon, mikä saattaa taas aiheuttaa vakaviakin haittavaikutuksia maha-suolikanavassa, keuhkoputkistossa sekä verihutaleissa. (Laurila 2006, 134.) Tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää monenlaiseen kipuun. Niitä käytetään esimerkiksi leikkauksen sekä vammojen jälkeisiin kiputiloihin, tulehduskipuun sekä syövästä aiheutuviin kipuihin. (Kalso 2009, 181.)

Tulehduskipulääkkeiden vaikutus perustuu COX-1 ja COX-2 entsyymien estoon. Niin kutsutut perinteiset tulehduskipulääkkeet estävät sekä COX-1 että COX-2 entsyymiä, kun taas COX-2 selektiiviset lääkkeet estävät pääasiassa COX-2 entsyymiä. On ajateltu, että COX-1 entsyymien esto aiheuttaa tulehduskipulääkkeille tyypilliset haittavaikutukset ja hyödyt saadaan COX-2 entsyymien estosta. Tosin myöhemmin on todettu, että jako ei ole niin yksiselitteinen. Tulehduskipulääkkeiden anti-inflammatorinen eli tulehdusta lievittävä vaikutus perustuu prostaglandiinisynteesin sekä tulehdusreaktion osallistuvien plasmakiniinien estoon. Samalla mekanismeilla toimii myös tulehduskipulääkkeiden kuumetta alentava vaikutus. Tulehduksen aikana hypotalamuksessa muodostuu Prostaglandiini E:tä, joka säätelee lämmönsäätelykeskuksen tavoitelämpötilan normaalia korkeammalle, jolloin kuume nousee. Estämällä Prostaglandiini E:n toiminta saadaan kuume laskemaan. (Laurila 2006, 134-136.)

Tulehduskipulääkkeiden vaikutus tehostuu annostusta nostamalla mutta niillä on kuitenkin olemassa tietyt suositellut ylärajat, joita ei tulisi ylittää, sillä se lisää haittavaikutusten riskiä. Tulehduskipulääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat maha-suolikanavan ärsytys, verenvuodot sekä mahahaava. Maha-suolikanavan ärsytystä aiheuttavat erityisesti COX-1-selektiiviset tulehduskipulääkkeet ja tämän vuoksi tuleekin suosia COX-2-selektiivisiä lääkkeitä. Näitä haittavaikutuksia voidaan myös estää esimerkiksi protonipumpun estäjillä eli niin sanotuilla vatsansuojalääkkeillä. Astmaatikoilla tulehduskipulääkkeet voivat laukaista astma-kohtauksen, sillä ne lisäävät keuhkoputkien supistumista sekä vähentävät keuhkoputkia laajentavan prostaglandiinin määrää. Parasetamoli on turvallinen vaihtoehto astmaatikoille. (Laurila 2006, 135-137; Kalso 2009, 182-183.)

Verenvuoto riski perustuu tulehduskipulääkkeiden vaikutuksesta verihutaleisiin. Tulehduskipulääkkeet vähentävät verihutaleiden aggregaatiota eli niiden takertuvuutta toisiinsa joko pysyvästi tai väliaikaisesti. Esimerkiksi asetyyliisalisyylihappo aiheuttaa pysyvää aggregaation estoa ja tätä käytetäänkin hyväksi muun muassa sydän- ja aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa. Muiden perinteisten tulehduskipulääkkeiden verihutaleiden aggregaation esto on vain väliaikainen, ja vaikutus lakkaa kun lääkeaine on poistunut elimistöstä. Kuitenkin esimerkiksi leik-

kauspotilaiden kohdalla tulee olla tarkkana tulehduskipulääkkeiden käytön kanssa, sillä ne voivat lisätä vuotoriskiä leikkauksen aikana sekä sen jälkeen. COX-2-selektiivisiä tulehduskipulääkkeitä on turvallista käyttää leikkauspotilailla, sillä ne eivät lisää vuototaipumusta. (Laurila 2006, 137.) Terveillä potilailla tulehduskipulääkkeet eivät yleensä aiheuta munuaisten vajaatoimintaa mutta ne voivat kuitenkin aiheuttaa anuriaa ja hyperkalemiaa potilailla, joilla on munuaissairaus, sydämen vajaatoiminta, ateroskleroosia tai nestetasapainohäiriöitä. (Kalso 2009, 187-189; Laurila 2006, 137-139.)

Parasetamolilla on samankaltaisia analgeettisia ja antipyreettisiä vaikutuksia kuin tulehduskipulääkkeillä mutta sen anti-inflammatorinen vaikutus on niin heikko, minkä vuoksi sen ei katsota kuuluvan tulehduskipulääkkeisiin. Parasetamolin kipua lievittävä vaikutus on yksinään heikko mutta esimerkiksi yhdistettynä opioidiin sen analgeettinen teho paranee. Parasetamoli estää tehokkaasti prostaglandiinisynteesiä hypotalamuksessa mutta vain heikosti perifeerisissä kudoksissa. Parasetamolin tarkkaa vaikutusmekanismia ei tiedetä. Parasetamoli on hyvin siedetty lääke eikä sillä ei ole tulehduskipulääkkeille ominaisia haittavaikutuksia. Allergiset reaktiot ovat myös harvinaisia. Suurin haittavaikutus liittyen parasetamolin käyttöön on maksavaurio, koska parasetamoli metaboloituu maksassa. Kuitenkin annoksen täytyy olla suuri ennen maksavaurion syntymistä, mikäli maksan toiminnassa ei ole etukäteen ollut muutoksia esimerkiksi runsaan alkoholin käytön seurauksena. (Laurila 2006, 136-139; Kalso 2009, 183, 187-189.)

### 3.6 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Lääkkeetön kivunhoito on tehokkainta yhdistettynä lääkkeellisen kivunhoitoon mutta voi yksinään käytettynäkin helpottaa potilaan kipua. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat muun muassa asentohoito, lämpö- ja kylmähoito, musiikin kuuntelu, hengitysharjoitukset sekä erilaiset rentoutus- ja mielikuvaharjoitukset. Hoitajan läsnäolo ja tavoiteltavuus helpottavat myös potilaan oloa. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.)

Hengitysharjoituksista yleisimpiä ovat pulloonpuhallussarjat, jotka tehostavat hengitystä. Pulloonpuhallusharjoitukset rentouttavat lihaksia, vähentävät stressiä ja sitä kautta vähentävät postoperatiivista kipua. Asentohoitoa voidaan toteuttaa tukemalla tyynyillä selkää, polvitaipeita, nilkkoja tai käsiä, jolloin leikkausalueen asento on mahdollisimman rento ja kivuton. Kylmä nostaa kipukynnystä, vähentää tulehdusreaktiota ja turvotusta. Kylmähoitoa toteutetaan usein miten kylmäpakkauksilla. Kylmähoitoa suositellaan toteutettavaksi 20-30 minuuttia kerrallaan. Musiikin kuunteleminen, TV:n katsominen sekä kirjan lukeminen auttavat unohtamaan epämiellyttävän olon ja lieventävät leikkauksen jälkeisestä kipua sekä kärsimystä. Rentoutumisessa helpottaa kiristävien vaatteiden riisuminen. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito - ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.)

## 4 Kivunarviointi

Potilas on oman kipunsa asiantuntija. Kipu on jokaisen omakohtainen kokemus eikä kukaan ulkopuolinen voi arvostella potilaan tuntemusta kokemastaan kivusta. Kuitenkin laadukkaan kivunhoidon takaamiseksi hoitajan on oltava perillä potilaan kivun voimakkuudesta, sijainnista, laadusta sekä sen aiheuttamasta haitasta. Kivunhoidon tehokkuutta on mahdotonta arvioida ilman sen mittaamista. (Pöyhiä 2014; Sailo 2000, 102.)

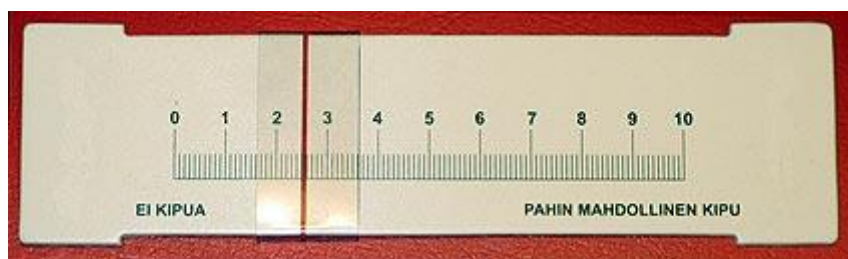
### 4.1 Kivunarviointimenetelmät

Fysiologisen kivun arvioinnin perustana ovat akuutin kivun aiheuttamat muutokset elimistössä. Kivun arvioinnissa ongelmana on se, että peruselintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi samaan aikaan hyvin monet muutkin tekijät kuten muun muassa potilaan sairaudet, lääkitys, tunnetila, toiminta sekä hoitoympäristö. Akuutin kivun aiheuttamia vaikutuksia elimistössä ovat esimerkiksi sykkeen sekä verenpaineen nousu, sydänlihaksen hapenkulutus ja hengitystaajuuden lisääntyminen. Kipua voidaan arvioida myös potilaan käyttäytymisestä, joka on fysiologista kivun arviointia luotettavampi menetelmä. Käytöksen perusteella kipua voidaan arvioida tarkkailemalla kasvojen ilmeitä, kehon asentoa ja raajojen liikkeitä. Kivun merkkejä voivat olla jännittynyt vartalo, liikkumattomuus, hitaat liikkeet, levoton liikehdintä sekä jäykät liikkeet. Paras tapa arvioida kipua on kuitenkin kysyä kipukokemuksesta kipua kokevalta. Kipua arvioidessa, on tärkeä esittää kipua koskevia kysymyksiä. Potilaan kuuluu arvioida kivun voimakkuutta, sen sijaintia, kestoa, laatua sekä asioita, jotka joko lisäävät tai vähentävät kipua. (Salanterä ym. 2006, 75-78.)

Kipua voidaan arvioida sanallisen arvioinnin lisäksi erilaisilla mittareilla. Yleisin menetelmä kivun mittaamiseen on VAS-kipujana (visual analogue scale). Se on noin 10 senttimetrin pituinen viivain, jossa on toiseen päähän kasvava punainen kiila sekä muovinen osoitin, jota potilas liikuttaa kuvan päällä haluttuun suuntaan. Kiilan pienin osa kuvaa kivutonta tilaa ja toinen pää pahinta mahdollista kipua. Viivaimen toisella puolella on numeerinen asteikko (numerical rating scale eli NRS), jossa on kuvattu numerot 0-10: 0 kuvaa kivutonta tilaa ja 10 pahinta mahdollista kipua. (Sailo 2000.) Näiden lisäksi on myös sanallinen kipumittari (verbal descriptor scale eli VDS), jonka avulla potilaan arvio kivusta voidaan myös pisteyttää numeroin 0-10 ja potilaalta voidaan kysyä esimerkiksi: ”Kuinka paljon kipua tunnet asteikolla 0-10, jos 0 tarkoittaa ei lainkaan kipua ja 10 pahinta mahdollista kipua?”. (Pöyhiä 2014; Sailo 2000, 102; Salanterä ym. 2006, 83.)



Kuva 1: Kipujana eli VAS (Visual Analogue Scale). (Tohtori 2008.)



Kuva 2: Numeerinen kipujana eli NRS (Numeric Rating Scale). (Hakala 2013.)

Potilaan kivun voimakkuutta tulisi arvioida sekä levossa että rasituksessa (esimerkiksi yskiesä, liikkua ja syvään hengittäessä). Myös kivunhoidon vastetta arvioitaessa tulisi aina käyttää kipumittareita. Leikkauspotilaan postoperatiivisen kivunhoidon tulisi aina olla tavoitteellista. Esimerkiksi kivunhoitoa voidaan pitää riittävänä kun potilas arvioi oman kipunsa alle 3/10. (Pöyhä, 2014.) Kipujana on käytännöllinen ja helppo tapa mitata potilaan kokema kipua ja kivunlievityksen tehokkuutta. Mittareita voi helposti soveltaa ja muokata potilaalle sekä tilanteelle sopivaksi. Esimerkiksi joidenkin potilaiden voi olla vaikea arvioida kipuaan numeraalisesti, jolloin lasten kasvomittari voi olla selkeämpi. (Sailo 2000, 102-103.)

#### 4.2 Tutkimuksia kivunarvioinnista ja hoidosta

Lipastin tutkimus potilaiden kivun arvioinnista ja lievittämisestä leikkauksen jälkeen kirurgisilla vuodeosastoilla toteutettiin Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kirurgian klinikoilla sekä vuodeosastoilla. Tutkittavina olivat osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat. Kyselyyn vastanneista hoitajista lähes kaikki kertoivat käyttävänsä kipujanaa potilaan kivun arvioimisessa harvoin. Sen sijaan sanallista kuvausta käytettiin erittäin usein tai usein. Vastaukset osoittivat, että kipumittari oli vieras apuväline useille sairaanhoitajille. Lähes kaikki sairaanhoitajat huomioivat usein potilaan kasvojen ilmeet potilaan kivun arvioimisessa kipulääkkeen antamiseksi. Usein huomioitiin myös potilaan asento, pulssi, hengitystiheys, verenpaine, hikoilu, ihon väri, mahdollinen pahoinvointi ja lihasjännitys. Sairaanhoitajien kipulääketietojen eroilla ei todettu olevan merkittävää eroa kivun arvioinnissa. (Lipasti 1995.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa suoritetun tutkimuksen mukaan 70 % kyselyyn vastanneista hoitajista käytti kivunhoidon arvioinnissa VAS-mittaria. Kyselyyn vastanneista hoitajista 29 %

käytti numeraalista asteikkoa ja verbaalista asteikkoa käytti hoitajista 26 %. Sairaanhoitajista 32 % ei kyselyn mukaan käyttänyt mitään kivunarvioinnin apuvälinettä. Apuvälineiden sijaan he kertoivat käyttävänsä kivunarvioinnissa potilaan olemusta ja hemodynamiikan seuraamista. Kyselyssä selvisi, että käytettävissä oleva aika vaikutti kivunhoidon arviointiin sekä kirjaamiseen. Työpäivän kiireettömyys ja tuttu potilas auttoivat arvioimaan ja kirjaamaan kipua paremmin. Kipumittarin käyttö ja käytön ohjeistaminen potilaalle on tutkimus tuloksen perusteella todettu edesauttavan ja nopeuttavan kivunhoidon arviointia. Tutkimuksessa selvisi, että suurin este kivunhoidon arvioinnissa on riittämätön aika. Kiireen vuoksi kipu jää arviomatta, ellei potilas siitä itse ilmoita. Kivunarviointia vaikeutti myös potilaan desorientaatio, myös kipumittarit koettiin kömpelöiksi sekä vaikeaselkoisiksi. (Pajunen & Toppi 2014, 30-38.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tutkittiin 250 satunnaisesti valittua henkilöä, jotka olivat hiljattain olleet kirurgisessa toimenpiteessä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden postoperatiivista kipua. Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin postoperatiivisen kivun voimakkuudesta ja kivunhoidosta, tyytyväisyydestä annettuun kipulääkitykseen, saadusta potilasohjauksesta sekä postoperatiiviseen kipuun ja kipulääkitykseen liittyvästä tietämyksestä. Tutkimuksen mukaan noin 80 % potilaista kärsi postoperatiivisesta kivusta, joista 86 %:lla kipu oli keskivaikeaa, vaikeaa tai sietämätöntä. Leikkauksen jälkeisen kivun kokeminen oli yleisin huolen aihe leikkauksen jälkeen. 25 % potilaista sai haittavaikutuksia saamistaan kipulääkkeistä, kuitenkin 90 % potilaista koki olevansa tyytyväisiä kipulääkitykseensä. Vaikka kivunhoito-ohjelmia sekä uusia kivunhoito menetelmiä on kehitetty, kärsii silti moni potilas vieläkin intensiivisestä leikkauksen jälkeisestä kivusta. Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että lisätoimet ovat tarpeen, jotta potilaiden postoperatiivista kipua saataisiin tulevaisuudessa edelleen paremmin lievitettyä. (Apfelbaum, Chen, Metha & Gan 2003, 534.)

## 5 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Jorvin sairaalassa osastolla K6 vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunarviointia ja hoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunarviointia ja hoitoa.

Tutkimuskysymyksiä opinnäytetyössämme ovat:

- Millaista kivunarviointia osastolla käytännössä toteutetaan?
- Millaista kivunhoitoa osastolla käytännössä toteutetaan?

## 6 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

## 6.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on kuvata ihmisten todellisia kokemuksia (Vilka 2005, 97). Tähän vaikuttavat esimerkiksi tutkittavan henkilön omat periaatteet ja arvot, sillä kokemus on aina omakohtainen. Tutkimusmenetelmän tarkoituksena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkittava kohde voi olla mikä vain mutta suosituksena on käyttää ihmistä tiedon lähteenä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 160-164.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiin piirteisiin kuuluu, että tapaukset käsitellään ja tulkitaan ainutlaatuisina. Tutkimusjoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 163.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusjoukoksi valittiin Jorvin sairaalan osaston K6 sairaanhoitajat. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen tutkimus, sillä tutkimusjoukko on pieni. Työssä kuvataan hoitajien kokemuksia vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivisen kivunhoidon arvioinnista ja hoidosta sekä kivunarviointi- ja hoitomenetelmistä, joita osastolla käytännössä toteutetaan.

## 6.2 Aineistonkeruumenetelmä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa voi kerätä monella eri tapaa mutta yleensä aineistonkeruumenetelmäksi valitaan haastattelu. Haastattelu on monipuolinen tapa kerätä tietoa, sillä se on joustava, ja siinä haastateltava tai haastateltavat määrittelevät mitkä asiat ovat tärkeitä. Haastattelutilanne mahdollistaa aineistonkeruun joustavasti tilanteen mukaan sekä haastateltavia myötäillen toisin kuin esimerkiksi kyselylomaketutkimuksessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-161; Vilka 2005, 97-100.) Haastattelun huonoina puolina on mahdollinen haastattelijoiden kokemattomuus, sillä haastatteliijoilta vaaditaan taitoa ja kokemusta haastattelun toteuttamisessa. Myös luotettavuus saattaa kärsiä vaikeita tai arkoja aiheita käsiteltäessä, sillä haastateltavat saattavat helposti kaunistella vastauksiaan. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34-35.)

Haastatteluitakin voidaan toteuttaa monella eri tapaa. Erilaisia haastattelumuotoja ovat: teemahaastattelu, lomakehaastattelu sekä avoin haastattelu. (Hirsjärvi ym. 2013, 208-209; Hirsjärvi & Hurme, 34-35.) Tähän opinnäytetyöhön valittiin teemahaastattelu, sillä tutkijat eivät halunneet, että haastattelu on täysin valmiiksi suunniteltu ja että se etenisi tietyn kaavan mukaan. Myöskään ei haluttu täysin avointa haastattelua, sillä aiheessa pysyminen voisi olla tällöin vaikeaa. Teemahaastattelu muodoksi valittiin ryhmähaastattelu. Teemaluettelosta (liite 3) löytyy teemat joita haastattelussa käsiteltiin.

Teemahaastattelu on ikään kuin välimuoto avoimesta ja lomakehaastattelusta. Siinä haastattelun aihepiiri on tiedossa mutta tarkkaa järjestystä, siitä kuinka keskustelu etenee, ei ole eikä tarkkoja kysymysten muotoja ei ole mietitty. (Hirsjärvi ym. 2013, 208.)

Opinnäytetyön haastattelu toteutettiin 11.2.2015 Jorvin sairaalassa K6 osastolla. Haastatteluun osallistuivat neljä osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa ja haastattelijoina toimivat tämän opinnäytetyön tekijät. Haastattelu toteutettiin resurssien vuoksi kolmessa eri osassa. Ensimmäiseen haastatteluun osallistui kaksi sairaanhoitajaa ja seuraaviin kahteen haastatteluun yksi sairaanhoitaja kerrallaan. Haastattelun aluksi haastateltaville annettiin lomake ”suostumus haastatteluun osallistuville” (liite 2) sekä teema-alueuuttelo (liite 3), joka haastattelussa käytiin läpi. Osastonhoitajalle oli lähetetty aikaisemmin opinnäytetyösuunnitelma, jotta haastatteluun osallistuvat sairaanhoitajat voisivat perehtyä opinnäytetyön aiheeseen ja teemoihin ennen haastattelua. Haastattelun alussa kävi kuitenkin ilmi, että osa haastateltavista ei ollut perehtynyt opinnäytetyösuunnitelmaan, joten haastattelun alussa kerrottiin lyhyesti opinnäytetyön tarkoitus, tavoite sekä tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen haastattelu aloitettiin ja nauhurit laitettiin päälle. Haastattelusta teki haasteellisen se, että kahta sairaanhoitajaa haastateltiin erikseen jolloin kunnon keskustelua ei päässyt syntymään. Ensimmäisessä haastattelussa, jossa oli kaksi sairaanhoitajaa, keskustelu oli hieman sujuvampaa ja keskustelunomaista. Haastattelut kestivät yhteensä noin 45 minuuttia. Aika oli riittävä ja kaikkiin teemoihin saatiin riittävästi materiaalia.

### 6.3 Aineiston analysointimenetelmä

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysi voi olla yksittäinen metodi tai se voidaan liittää osaksi erilaisia analyysikokonaisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Analyysin tarkoituksena on saada tutkittava ilmiö tiivistettyyn muotoon kuitenkin kadottamatta sen informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108). Aineisto voidaan analysoida aineistolähtöisellä, teoriaohjaavalla tai teorialähtöisellä sisällönanalyysillä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-95). Tämän opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmäksi valittiin teoriaohjaava sisällönanalyysi.

Teoriaohjaavassa analyysissä teoreettiset käsitteet tuodaan aineistoon valmiina - jo tiedettyinä. Alaluokat syntyvät usein aineistolähtöisesti pelkistetyistä ilmauksista mutta yläluokat ja pääluokat voidaan tuoda valmiina. Aineiston analyysi etenee aluksi aineistolähtöisesti mutta lopputulos on valmiiksi määritelty. Tutkija pyrkii yhdistelemään aineistolähtöisesti saamiaan luokkia valmiisiin malleihin. Yhdistelyn tuloksena saattaakin syntyä uusia luokkia ja jo muodostetut luokat muokkaantua. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96-97, 117.) Koska tässä opinnäytetyössä aiheena ovat sekä kivunhoito että arviointi, tehtiin kummastakin aiheesta erilliset sisällönanalyysit. Kivunhoidosta alaluokkia muodostui yhteensä viisi: erilaiset lääkkeenantota-

vat, kipulääkitys, lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät, potilaslähtöinen, toimiva kivunhoito ja haasteellinen, toimimaton kivunhoito. Yläluokkia syntyi yhteensä neljä: lääkkeellinen kivunhoito, lääkkeetön kivunhoito, kivunhoidossa onnistuminen ja kivunhoidon haasteet. Kivunarvioinnista alaluokkia muodostui yhteensä kuusi: numeraaliset mittarit, sanallinen kivunarviointi, kliininen tarkkailu, kipuprojektiin osallistuminen, potilaasta johtuvat haasteet ja hoitajasta johtuvat haasteet. Yläluokkia syntyi yhteensä neljä: kipumittareiden käyttö, muiden kivunarviointimenetelmien käyttö, kivunarvioinnin laaduntarkkailu ja haasteet kivunarvioinnissa.

Kun tutkimusaineisto on saatu kerättyä, siitä tulee rajata tarkasti mitä asioita halutaan tuoda ilmi. Aineistoa läpi käydessä tulee pitää mielessä tutkimuksen tarkoitus, tutkimusongelmat ja tutkimustehtävät. Tämän jälkeen aineisto litteroidaan eli kerätty aineisto kirjoitetaan puhtaaksi tekstimuotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93.) Litterointi voidaan tehdä koko haastatteludialogista tai valikoiden (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138). Tässä opinnäytetyössä päätettiin litteroida koko aineisto. Haastattelunauhut kuunneltiin läpi ja kirjoitettiin sanatarkasti ylös koko materiaali. Aineistoa lähdettiin analysoimaan aineistolähtöisesti ensin redusoimalla eli pelkistämällä aineisto, jonka jälkeen aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Teoreettiset käsitteet luotiin opinnäytetyön aiheesta sekä teema-alue luettelon perusteella (liite3) jo ennen aineiston analyysin aloittamista. Teoreettisia käsitteitä muodostui myös lisää kun aineistoa abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin ja valmiit teoreettiset käsitteet muokattiin lopulliseen muotoonsa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108-110, 117.)

Aineiston resudoimisen yhteydessä analysoitavasta informaatiosta karsittiin pois kaikki tutkimukselle epäolennainen. Analysoitavasta informaatiosta kerätyt alkuperäiset ilmaisut resudoitiin pelkistettyyn muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109-110.)

Taulukko 1 esimerkki resudoinnista eli pelkistämisestä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110).

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
”No meiltähän löytyy, yleensä nyt riippuen tietenkin leikkauksesta mutta siis suun kautta kipulääkkeet yleensä on perus.”	Suun kautta annettavat kipulääkkeet

Aineiston pelkistämisen jälkeen aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Pelkistetyistä aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia jotka ryhmiteltiin ja yhdistettiin alaluokiksi. Alaluokat nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110-111.)

Taulukko 2 esimerkki klusteroinnista eli ryhmittelystä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 111).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Suun kautta annettavat kipulääkkeet Epiduraalipumput käytössä	Erilaiset lääkkeenantotavat
Kipulääkitys leikkauksen jälkeen automaattisesti Pääsääntöisesti lääkkeellistä kivunhoitoa	Kipulääkitys

Aineiston ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoitui eli luotiin teoreettiset käsitteet. Abstrahoinnissa aineistosta erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Teoriaohjaavassa sisällönanalyyssissä teoreettiset käsitteet on luotu jo valmiiksi, joten tässä vaiheessa aineistolähtöisesti muodostetut luokat yhdisteltiin valmiisiin teoreettisiin käsitteisiin. Yhdistelyn tuloksena syntyi uusia luokkia ja jo valmiiksi muodostetut teoreettiset käsitteet muokattiin lopulliseen muotoonsa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96-112, 117.)

Taulukko 3 esimerkki abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112).

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	Yhdistävä käsite
Erilaiset lääkkeenantotavat	Lääkkeellinen kivunhoito	Kivunhoitoa edistävät tekijät osastolla	Vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivinen kivunhoito
Kipulääkitys			

## 7 Tulokset

### 7.1 Kivunarviointia edistävät tekijät osastolla

Osastolla on käytössä numeraaliset mittarit, joista yleisin on NRS eli numeral rating scale. NRS:ää pidetään myös osaston virallisena kipumittarina. Hoitajat saavat itse valita käyttämänsä kipumittarin ja kokevat niiden käytön hyödylliseksi.

*”Me käytetään pääsääntöisesti numeraalista mittausta eli kysytään nollasta kymmppiin kipua”*

Kipua arvioidaan kuitenkin enimmäkseen muilla kivunarviointimenetelmillä kuten sanallisella kivun kuvailulla. Kipua tarkennetaan suusanallisesti ja potilaalta saatetaan kysyä yksinkertaisesti, että onko kipua vai ei. Haastattelussa kävi myös ilmi, että monet hoitajat kysyvät potilaan kipua ennen kuin antavat kipulääkettä. Myös kipulääkkeen vastetta kysytään kipulääkkeen antamisen jälkeen. Kivunarviointia toteutetaan myös potilaan kliinisellä tarkkailulla.

Potilaan ilmeitä ja eleitä havainnoidaan sekä tarkkaillaan, myös omaiset saattavat joskus antaa tietoa potilaan kivusta. Potilaasta tarkkaillaan kivun fyysisiä oireita kuten sekavuutta. Osasto K6 on myös mukana systemaattisessa kivunarvioinnissa, jonka tarkoituksena on kerätä raporttiin kuukausittain tietoa potilaiden hoitokertomuksista siitä miten kipua on hoidettu, arvioitu ja kirjattu.

*”Kasvojen ilmeet, ääntely, on jännittyneen näköinen olemus”*

## 7.2 Kivunarviointia estävät tekijät osastolla

Kivunarviontiin liittyy monia haasteita, jotka voidaan tarkemmin jaotella hoitajista ja potilaista johtuviin haasteisiin. Tutkimuksen mukaan potilaista johtuvia haasteita ovat tilanteet joissa potilaat eivät haluaisi käyttää kipumittareita. Osa potilaista turhautuu kun kipumittarit ottaa puheeksi. Potilaat eivät haluaisi miettiä minkä numeron kivulleen antaisivat vaan haluaisivat vain kipulääkkeen mahdollisimman nopeasti. Kaikki potilaat eivät myöskään hahmota kipumittareita eivätkä siten osaa käyttää niitä. Erityisesti vanhukset nostettiin esille. Potilaat eivät myöskään välttämättä ymmärrä kivunarvioinnin tärkeyttä osana kivunhoitoa vaikka esimerkiksi hoitajat voisivat sen avulla helpommin päätellä onko potilas miedon vai vahvan kipulääkkeen tarpeessa.

*”kyl se on mullaki se tunne että osa ei haluais käyttää mittareita, osa turhautuu kun ottaa nämä mittarit puheeksi”*

Hoitajista johtuvina haasteina kivunarvioinnissa voidaan pitää esimerkiksi sitä, ettei kipumittareita käytetä joka tilanteessa. Kipumittareita ei välttämättä muisteta käyttää esimerkiksi kiireen vuoksi. Kipumittarit myös sekoitetaan keskenään ja esimerkiksi VDS on osalle vieras kipumittari. Kipumittarit koetaan myös vain pieneksi osaksi kivunarviointia. Osan mielestä kipulääkkeen jälkeen kipua arvioidaan mittareiden avulla harvoin.

*”Mä kyllä tosi harvoin numeerallisesti arvioin kipua kipulääkkeen annon jälkeen”*

Haastattelussa kävi myös ilmi, että hoitajilla on hyvin eriävät mielipiteet kipumittareiden käytöstä. Osan mielestä kipumittareita käytetään säännönmukaisesti ja toisten mielestä niitä käytetään harvemmin tai ei lähes koskaan. Kipumittarit koetaan joustamattomaksi tavaksi arvioida kipua vaikka toisaalta koetaan, että niitä tulisi silti käyttää enemmän.

*”Pitäisi käyttää enemmän, koska mun mielestä pitäisi käyttää joka tilanteessa. Se on se ohje mun mielestä, jonka mukaan pitäisi mennä. ”*

### 7.3 Kivunhoitoa edistävät tekijät osastolla

Osastolla on käytössään erilaisia lääkkeenantotapoja kivusta ja leikkauksesta riippuen. Suun kautta annettavat kipulääkkeet ovat yleisimpiä mutta isoimmissa leikkauksissa käytössä ovat myös kipupumput ja säännöllinen suonensisäinen lääkitys. Myös osa suun kautta annettavista lääkkeistä voidaan antaa suonensisäisesti. Monet potilaat saavat kipulääkettä myös lihakseen. Leikkauksen aikana on myös mahdollista laittaa leikkaushaavaan puudutetta ja tyhjiöpalloja.

*”Isommissa leikkauksissa kipupumput. Ja iv kipulääke säännöllisesti listalle.”*

Pienemmissä leikkauksissa kipulääkkeistä käytössä ovat miedot kipulääkkeet kuten tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Tarvittaessa potilaalle annetaan vahvempia kipulääkkeitä kuten oksikodonia. Jokaiselle leikkauspotilaalle menee jokin kipulääkitys automaattisesti ja niin kutsutut listakipulääkkeet menevät kolmesti vuorokaudessa. Pääsääntöisesti toteutetaan lääkkeellistä kivunhoitoa. Se mitä kipulääkettä kullekin potilaalle annetaan riippuu myös eri lääkäreistä. Kipulääkitystä muokataan myös potilaan tarpeiden mukaan esimerkiksi jos potilas on saanut pitkään oksikodonia, tämä saatetaan muuttaa tramadoliksi.

*”No jos siis ei oo iso suolistoleikkaus takana et joku nivustyrä tai vastaava niin panadol listalle, buranaki jos mahdollista ja sitte tarvittaessa vahvempaa. On nyt yks esimerkki ”*

Osastolla käytetään lääkkeettömän kivunhoidon menetelminä esimerkiksi kylmäpusseja. Kylmäpusseja ei kuitenkaan käytetä usein itse leikkauskipuun vaan muihin kiputiloihin kuten päänsärkyyn. Myös asentohoitoa toteutetaan osana kivunhoitoa. Potilaan henkinen puoli otetaan myös huomioon - potilaan tukena yritetään olla mahdollisimman paljon. Puhalluspallot otetaan osastolla käyttöön heti ensimmäisenä päivänä leikkauksen jälkeen. Potilaita ohjeistetaan myös aikaiseen liikkeellelähtöön ja ylösnousussa korostetaan tekniikkaa (eli kyljen kautta). Osastolla on käytössään myös vatsan tukivyöt eli niin kutsutut tram-vyöt, jotka tukevat vatsanalueen haavoja. Myös lisähappi on osana lääkkeetöntä kivunhoitoa.

*”sitte asentohoito tottakai huomioidaan esimerkiks tyynyillä että jos tuntuu et kipulääkekään ei auta nii vaikka sitä vatsaa jotenki tukee, jos yskittää nii tyynyillä nii se tuntuu moniauttavan.”*

Hoitajat kokevat, että kivunhoito toteutuu osastolla hyvin ja, että potilaat saavat aikaisempaa helpommin ja nopeammin vahvempia kipulääkkeitä. Hoitajien mukaan he yrittävät parhaansa potilaiden kivunhoidossa. Kivunlievitykseen keksitään aina jokin vaihtoehto jos jo käytetyt keinot eivät ole auttaneet. Hoitajat myös kannustavat potilaita itse osallistumaan omaan kivunhoitoonsa esimerkiksi kehottamalla liikkumaan ja pyytämään ajoissa lisää kipu-

lääkitystä. Myöskään hoitajien omat periaatteet eivät näy kivunhoidossa vaan kaikki potilaat saavat samantasoista kivunhoitoa. Potilaita ohjeistetaan kivunhoidon merkityksestä osana toimimista ja heitä kannustetaan ottamaan lääkettä. Myös kipulääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksista informoidaan potilaita. Tavoitteena on kivuton potilas.

*”mulla on sellanen mielikuva et täällä on hyvä kivunhoito.”*

#### 7.4 Kivunhoitoa estävät tekijät osastolla

Joskus kipua on vaikea hoitaa eikä kaikkia potilaita välttämättä saa täysin kivuttomiksi. Osaston hoitajat kuitenkin konsultoivat kipuhoitajaa tällaisissa tilanteissa. Myös kiire vaikuttaa kivun lääkitsemiseen ja aina ei päästä antamaan kipulääkettä ajoissa. Myöskään kaikki potilaat eivät pyydä kipulääkettä tarpeeksi ajoissa. Joidenkin potilaiden asenne on haasteena kivunhoidolle, sillä kaikki eivät välttämättä haluaisi ottaa kipulääkkeitä. Kaikki potilaat eivät myöskään ole aina mukana kivunhoidossa ja he saattavat esimerkiksi jättää osan lääkkeitä ottamatta. Osa hoitajista kokee, että kivunhoidossa on kehittymisen varaa. Osa kokee, että lääkkeetöntä kivunhoitoa toteutetaan osastolla vähän, osittain siksi, että osastolla hoidetaan nimenomaan postoperatiivista kipua. Esimerkiksi asentohoitoa ei mielletä ensisijaiseksi kivunhoitomenetelmäksi. Osalle hoitajista myös pulloon puhallus oli vieras menetelmä kivunhoidossa eikä sitä mielletty kivunhoitomenetelmäksi.

*”mulle on uutta että puhalluspullo olisi kivunhoitomenetelmä”*

## 8 Pohdinta

### 8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että tutkittaville tulee heidän halutessaan taata mahdollisuus säilyä anonymiminä valmiissa tutkimuksessa. Lupaus anonymiteetistä rohkaisee haastattavia puhumaan rehellisesti, ja näin tärkeiden tietojen kerääminen on helpompaa. Tutkimuksen tulee myös olla luotettava ja aineistoa tulee käsitellä luotettavasti eikä tutkittavien henkilökohtaisia tietoja saa levitellä. Tutkimusta tehdessä pelkkä tutkijan lupaus tutkimusaineiston käsittelyn luotettavuudesta ei riitä. Tutkijan on yksityiskohtaisesti selvitettävä miten luotettavuus aineistonkeräämisessä toteutuu ja ketkä heidän antamiin tietoihin pääsevät käsiksi. Luotettavuuden takaaminen on määrätty laissa ja se on tutkijan moraalinen velvollisuus tutkimusta tehdessä. (Mäkinen 2006, 114-116.) Tutkimukseen osallistuneet saivat ennen haastattelua luettavakseen opinnäytetyön suunnitelman ja sen mukana myös haastattelun saatekirjeen (Liite 1), jossa kerrottiin että tutkittavien henkilöllisyys ei käy ilmi ja tutkimusmateriaali analysoidaan anonymisti. Haastatteluun osallistuminen oli kaikille osallistujille vapaaeh-

toista ja sen sai keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelu tehtiin anonymisti ja kaikki haastateltavat allekirjoittivat ennen haastattelua suostumuslomakkeen (Liite 2). Tutkittavien anonymiteetti säilyi tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Haastattelua tehdessä aineiston säilyttämiseen on kiinnitettävä huomiota. Tutkimuksen valmistuttua voidaan tutkimuksesta säilyttää vain ne osat, joihin tutkimuksen argumentit ja analyysit perustuvat. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tietoja koskevat asiat voidaan hävittää. (Mäkinen 2006, 120.) Haastattelu nauhoitettiin ja nauhoitteet hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Aineistoa säilytettiin ja käsiteltiin luotettavasti haastattelun jälkeen. Tutkimusmateriaali oli ainoastaan tutkijoiden tiedossa ja käytettävissä.

Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmä on yleensä avonainen, jonka takia on vaikeampaa etukäteen punnita tutkimusasetelman mahdollisia eettisiä ongelmia. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa laaditut työohjeet saattavat tutkimuksen edetessä muuttua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tutkimuksen eettisyys liittyy myös tutkimuksen laatuun eikä laadullinen tutkimus välttämättä ole aina laadukasta. Tutkimuksen eettisyyden takaamiseksi tutkimussuunnitelman on oltava laadukas. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija, joka vaikuttaa tutkimuksen puolueellisuuteen. Tutkijan tulisi ymmärtää ja kuulla haastateltaviaan puolueettomasti eikä antaa omien mielipiteidensä vaikuttaa saatuihin tietoihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-136.) Ryhmähaastattelun luotettavuus riippuu sitä kuinka oikeaa ja luotettavaa tietoa haastateltavilta saadaan. Tutkijan ja haastateltavien on oltava mahdollisimman sitoutuneita tutkimukseen. (Saari 1998.) Tämän opinnäytetyön tutkimus tehtiin teemahaastatteluna ja tarkoituksena oli käyttää teemahaastattelun muotona ryhmähaastattelua. Kahta päivää ennen haastattelua kuitenkin selvisi, että haastattelu tulitaisiin tekemään osissa, haastatellen 1-2 hoitajaa kerrallaan. Ryhmähaastattelun sijaan haastattelu toteutettiin käytännössä yksilöhaastatteluina, johon tekijät eivät olleet varautuneet. Tutkimussuunnitelma ei täysin toteutunut ja tämä vaikutti tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen. Tutkimustieto olisi ollut luotettavampaa ja erilaisia näkökulmia kivunhoitoon ja kivun arviointiin liittyen olisi saatu enemmän jos haastattelu olisi pystytty tekemään ryhmähaastatteluna. Haastateltavista osa ei ollut perehtynyt opinnäytetyön suunnitelmaan ennen haastattelua, joka on saattanut myös osittain vaikuttaa vastauksiin. Opinnäytetyön tutkimuksen tekijät ovat olleet tutkimusta tehdessään puolueettomia. Opinnäytetyön tutkimus on ollut tutkimuksen tekijöiden henkilökohtainen kiinnostuksen kohde ja tutkijat ovat olleet sitoutuneita tutkimukseen.

Tutkimuksen tiedon luotettavuuden arvioinnissa tulee käyttää lähdekritiikkiä. Lähdekritiikkiä harjoittamalla pystytään arvioimaan käytettyjen lähteiden luotettavuutta. Lähteen aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen ja puolueettomuuteen tulee kiinnittää huomiota. Olennainen osa lähdekritiikkiä on lähteen aitouden selvittäminen. Tutkijan tulisi käyttää pri-

maalähteitä. Primaarilähteet ovat sekundaarilähteitä aidompia ja alkuperäisempiä. Lähteiden pitäisi myös olla tuoreita, sillä mitä vanhempi lähde on, sen kriittisemmin siihen pitää suhtautua. (Mäkinen 2006, 128-129.) Tässä opinnäytetyössä suurin osa käytetyistä lähteistä ovat olleet primäärilähteitä, jotka ovat olleet tuoreita ja perustuneet tutkittuun tietoon. Lähteiden aitous ja luotettavuus on varmistettu ja lähteitä on pyritty käyttämään monipuolisesti. Tässä opinnäytetyössä on käytetty myös kansainvälisiä lähteitä.

## 8.2 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että kipumittareiden käyttö kivunarvioinnissa oli osastolla vaihtelevaa ja se koettiin vain pieneksi osaksi kivunarviointia. Kaikki haastatellut hoitajat kokivat kipumittareiden käytön hyödylliseksi mutta kipumittareita käytettiin osastolla silti hyvin vaihtelevasti. Osa hoitajista kertoi kipumittareiden käytön olevan säännöllistä kun taas osa sanoi, että niitä ei käytetä juuri koskaan. Kivunhoidon tehokkuutta on mahdotonta arvioida ilman sen mittaamista. (Pöyhiä, 2014; Sailo 2000, 102.) NRS:ää pidettiin osastolla virallisesti käytettävänä kipumittarina vaikka haastattelussa tuli esille, että hoitajat saivat itse valita käyttämänsä kipumittarin. Kipumittarit myös osittain sekoitettiin toisiinsa. Hoitajat pitivät kipumittareita joustamattomana kivunarviointimenetelmänä ja eniten kipua arvioitiin muilla keinoilla kuten suusanallisesti kysymällä: onko kipua vai ei. Kipua arvioidessa, on tärkeää esittää kipua koskevia kysymyksiä. Potilaan kuuluisi arvioida kivun voimakkuutta, sen sijaintia, kestoa, laatua sekä asioita, jotka joko lisäävät tai vähentävät kipua. (Salanterä ym. 2006, 75-78.) Suusanallisen kivunarvioinnin koettiin olevan helpompaa erityisesti vanhusten kanssa, joille kipumittareiden hahmottaminen saattaa olla hankalaa. Kipumittareita voi helposti soveltaa ja muokata potilaalle sekä tilanteelle sopivaksi. Esimerkiksi joidenkin potilaiden voi olla vaikea arvioida kipuaan numeraalisesti, jolloin lasten kasvomittari voi olla selkeämpi. (Sailo 2000, 102-103.)

Sairaanhoitajan täytyy pystyä arvioimaan ammatillisesti potilaan kipua myös tilanteissa, joissa potilas ei välttämättä pysty itse sitä ilmaisemaan. (Jäntti 2000, 118-124.) Tutkimuksessa kävi ilmi, että osastolla kipua arvioitiin tarkasti myös niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty itse kipuaan arvioimaan. Kivun fysiologisia oireita osattiin kuvata laajasti ja kipua arvioitiin potilaan käyttäytymisen sekä fysiologisten oireiden perusteella. Kipua arvioitiin usein ennen kipulääkkeen antoa, mutta harvemmin kipulääkkeen antamisen jälkeen. Erityisesti kipumittaria käytettiin vähän kipulääkkeen annon jälkeisessä kivunarvioinnissa. Kivunhoidon vastetta arvioitaessa tulisi aina käyttää kipumittareita. (Pöyhiä 2014.) Kiire koettiin usein esteeksi kipumittareiden käytölle eikä niitä myöskään aina muistettu käyttää.

Kivunhoito onnistuu parhaiten kun on etukäteen mietitty miten hoito kokonaisuudessaan toteutetaan: mitä kivunarvioinnin apuvälineitä tai auttamismenetelmiä käytetään. (Salanterä

ym. 2006, 11-12.) Hoitajat kokivat, että osastolla on hyvä kivunhoito. Jos kivunhoitomenetelmät eivät olleet riittävät kokeiltiin muita vaihtoehtoja ja tarvittaessa konsulttoitiin kipuhoitajaa. Kivunhoitoa pidettiin tärkeänä asiana ja hoitajien tavoitteena oli saada potilaasta kivuton. Edellytyksenä onnistuneelle kivunhoidolle on ajatteleva, tietävä ja motivoitunut hoitaja. (Salanterä ym. 2006, 11-12.) Osastolla on käytössä erilaisia kivunhoitomenetelmiä ja kipulääkkeitä käytettiin erilaisia antotapoja hyödyntäen tilanteen mukaan. Pienemmissä leikkauksissa käytettiin mietoja kipulääkkeitä kuten parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä, tarvittaessa annettiin vahvempia kipulääkkeitä kuten oksikodonia. Isoimmissa leikkauksissa käytettiin kipupumppuja ja suonensisäistä lääkitystä. Tavallisin tapa hoitaa leikkauksenjälkeistä kipua on annostella tulehduskipulääkettä tai parasetamolia säännöllisesti sekä antaa opioideja tarvittaessa. (Hamunen & Kalso 2009, 283.) Suurissa leikkauksissa voidaan käyttää spinaalisesti tai epiduraalisesti annosteltavaa puudutetta tai opioidia sekä näiden yhdistelmää. (Salomäki & Rosenberg 2006, 846-848.)

Vaikka kivunhoidon koettiin olevan osastolla pääosin hyvää, osa hoitajista koki siinä olevan edelleen kehittymisen varaa. Kehittymisen varaa koettiin olevan erityisesti lääkkeettömässä kivunhoidossa, jota käytettiin kivunhoitomenetelmänä melko vähän. Kivunhoito oli pääsääntöisesti lääkkeellistä ja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ei koettu merkityksellisiksi, koska kyseessä oli postoperatiivisen kivun hoito. Monet potilaat halusivat myös kokeilla muitakin kivunlievitysvaihtoehtoja kuin lääkehoitoa. Lääkehoidon ohella kipua helpottavia keinoja ovat esimerkiksi asentohoito, kylmäpakkaukset sekä puhalluspullo. (Jäntti 2000, 118-124.) Tutkimuksessa kävi ilmi, että kylmäpakkausta käytettiin kivunhoitomenetelmänä enemmän muissa kiputiloissa kuin leikkauksesta johtuvan kivun hoidossa. Osa hoitajista ei pitänyt asentohoitoa ensisijaisena kivunhoitomenetelmänä, myöskään puhalluspulloa ei mielletty kivunhoitomenetelmäksi. Pulloonpuhallusharjoitukset rentouttavat lihaksia sekä vähentävät stressiä ja sitä kautta vähentävät postoperatiivista kipua. Asentohoidolla saadaan leikkauksen alueen asento mahdollisimman rennoksi ja kivuttomaksi tukemalla sitä esimerkiksi tyynyillä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.)

### 8.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Haastattelussa kävi ilmi, että hoitajien tiedot ja käsitykset kipumittareista erosivat toisistaan. Kehittämisehdotuksena voisi olla yhtenäinen ohjeistus kipumittareiden käytöstä, jota kaikki noudattaisivat. Haastattelussa kävi myös ilmi, että lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään vaihtelevasti. Toisena kehittämisehdotuksena voisi olla lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytön lisääminen osaksi lääkkeellistä kivunhoitoa.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että sekä kivunhoidossa että arvioinnissa oli paljon potilaista johtuvia haasteita. Jatkossa voisi tutkia samaa aihetta potilaiden näkökulmasta.

## Lähteet

Aaltonen, M. 2000. Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö. Teoksessa E. Sailo, A-M. Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 199-218.

Apfelbaum, J., Chen, C., Metha, S., Gan, T. 2003. Postoperative pain experience: Results from a National survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia & Analgesia*. s. 534-535.

Cousins, M., Giamberardino, M., Jamison, R., McGrath, P., Rajagopal, M., Smith, M., Sommer, C., Wittink, H. 2011. Chronic pain after surgery or injury. International Association for the Study of Pain IASP. *Pain Clinical updates*. s. 1-4.

Haanpää, M. 2009. Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 508-513.

Hakala, N. 2013. Leikkauksen jälkeen. Vaasan keskussairaala.

[http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat\\_asiakkaat\\_omaiset/Paivakirurgia/Anestesia/Leikkauksen\\_jalkeen](http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Paivakirurgia/Anestesia/Leikkauksen_jalkeen) Luettu: 4.11.2014.

Hammar, A. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro oy, s. 41-64.

Hamunen, K., Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 278-294.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Osasto K6 (vatsaelinkirurgia).

[http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/kirurgia/osasto\\_K6/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/kirurgia/osasto_K6/Sivut/default.aspx)

Luettu: 26.11.2014.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, s. 135-183.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, s. 34-40.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 160-166, 208-212.

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

Kalso, E. 2009. Kivun Lääkehoito. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 181-219.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M., Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa: E. Kalso, M. Haanpää, A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. s. 104-115.

Kangas-Saarela, T. & Mattila, K. 2014. Postoperatiivinen kipu ja pahoinvointi päiväkirurgiassa. Anestesiologia ja tehohoito. Terveysportti, Duodecim oppikirjat. Kustannus Oy Duodecim. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip01602&p\\_haku=kivun%20arviointi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip01602&p_haku=kivun%20arviointi) Luettu: 15.11.2014.

Laurila, P. 2006. Tulehduskipulääkkeet. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 134-139.

Lindgren, L. 2010. Postoperatiivinen hoito. Kirurgia. Terveysportti, Duodecim oppikirjat. Kustannus Oy Duodecim. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip01602&p\\_haku=kivun%20arviointi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip01602&p_haku=kivun%20arviointi) Luettu: 15.11.2014.

Lipasti, U. 1995. Potilaiden kivun arvioiminen ja lievittäminen leikkauksen jälkeen kirurgisilla vuodeosastoilla. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. s. 114-120, 128-132.

Ohjaus hoitotyössä -hanke. 2014. Ohjaus hoitotyössä - hanke (ent. Kolmiosairaala - hanke). ONT-torit. Laurea-ammattikorkeakoulun verkkoympäristö.

Pakkala, I. 2008. Krooninen kipu. Facultas toimintakyvyn arviointi -projekti. 2008. s. 1. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf> Luettu: 3.11.2014.

Pajunen, S. & Toppi, T. 2014. Kivun arviointi ja kirjaaminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu. Oulu. s. 30-39.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Lääkkeetön kivunhoito.

<http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito>

Luettu: 26.11.2014.

Pudas-Tähkä, S-M., Kangasmäki, E. 2010. Kivunhoitomenetelmät. Terveysportti, akuuttihoiton tietokannat. Kustannus Oy Duodecim.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00248&p\\_haku=l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00248&p_haku=l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n) Luettu: 26.11.2014.

Pöyhiä, R. 2014. Kivun mittaaminen ja kipupotilaan tutkiminen. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Terveysportti, Duodecim oppikirjat. Kustannus Oy Duodecim.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip04202&p\\_haku=kivun%20arvointi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip04202&p_haku=kivun%20arvointi) Luettu: 3.11.2014.

Qvick, L. & Sailo, K. 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa E. Sailo, A-M. Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 60-65.

Saari, S. 1998. Pulpetin takaa. Terveyskasvatuksen laudatur - tutkielma. Jyväskylän yliopisto. s. 22.

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa E. Sailo, A-M. Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 97-110.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY op-pimateriaalit Oy. s. 7-17, 75-106.

Salanterä, S., Heikkilä, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö -hoitotyön suositus. s. 3, 6.

[http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf) Luettu: 15.11.2014.

Salomäki, T. 2006. Opioidit. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 128-133.

Salomäki, T. & Rosenberg, P. 2006. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 838-851.

Tohtori. 2008. Kivun tutkiminen. Kipupotilaan tutkimisen apuvälineitä. Terve media Oy.  
<http://www.tohtori.fi/?page=9866336&id=1226432> Luettu: 4.11.2014.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-  
osakeyhtiö Tammi, s. 91-149.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-  
osakeyhtiö Tammi, s. 96-97, 108-112, 117.

Vainio, A. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Kustannus Oy Duodecim.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00005](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005) luettu:  
7.11.2014.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 97-132.

## Kuvat

Kuva 1 Kipujana eli VAS (Visual Analogue Scale).....	15
Kuva 2 Numeerinen kipujana eli NRS (Numeric Rating Scale).....	15

## Liitteet

Liite 1 Saatekirje haastatteluun osallistuville .....	33
Liite 2 Suostumus haastatteluun osallistuville .....	34
Liite 3 Teema-alueuettelo.....	35

## Liite 1 Saatekirje haastatteluun osallistuville

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Otaniemestä. Teemme opinnäytetyömme teille Jorvin sairaalaan osastolle K6. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunarviointia ja hoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää vatsaelinkirurgisen potilaan postoperatiivista kivunarviointia ja hoitoa.

Haastattelun aiheena on leikkauksen jälkeinen kivunarviointi, erilaiset kivunarviointi menetelmät sekä niiden käyttö. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

Haastattelu nauhoitetaan mutta tuhoamme nauhoitteet heti opinnäytetyömme valmistuttua. Haastatteluun osallistuvien henkilöllisyys ei käy ilmi ja analysoimme tutkimusmateriaalin anonyymisti. Haastattelu kestää noin tunnin.

Tarvittaessa meihin voi ottaa yhteyttä.

Ystävällisin terveisin

Annina Metso  
annina.metso@laurea.fi

ja

Iina Ryömä  
iina.ryoma@laurea.fi

Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemi

Liite 2 Suostumus haastatteluun osallistuville

Suostun vapaaehtoisesti haastatteluun ja olen saanut tiedon haastattelun aiheesta sekä tarkoituksesta.

---

Aika ja paikka

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

### Liite 3 Teema-alueuettelo

1. Kivunarvioinnin toteutuminen käytännössä
  - VAS, NRS ja VDS mittareiden käyttö
  - Muut kivunarviointimenetelmät
  
2. Kivunhoidon toteutuminen käytännössä
  - Kipulääkitys
  - Lääkkeetön kivunhoito