



Asiakaslähtöinen kivunhoito

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
11.11.2009

Outi Kaurala
Elina Lehtomäki

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 ASIAKASLÄHTÖISYYS	2
2.1 Hoito lähtee asiakkaan tarpeista	2
2.2 Asiakas nähdään yksilönä ja yksilöllisenä	3
2.3 Asiakas nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana	4
2.4 Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät	5
3 KIVUNHOITO	5
3.1 Mitä kipu on?	5
3.2 Kipupotilas	6
3.3 Kivunhoito	7
4 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
5 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	10
5.1 Alkuperäistutkimusten haku	11
5.2 Alkuperäistutkimusten valinta	11
5.3 Aineiston analyysi	12
6 TUTKIMUSTULOKSET	13
6.1 Hoito lähtee asiakkaan tarpeista	13
6.2 Asiakas nähdään yksilönä ja yksilöllisenä	15
6.3 Asiakas nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana	15
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	19
7.1 Hoito lähtee asiakkaan tarpeista	19
7.2 Asiakas nähdään yksilönä ja yksilöllisenä	19
7.3 Asiakas nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana	19
8 POHDINTA	20
8.1 Opinnäytetyöprosessi	20
8.2 Työn eettisyys ja luotettavuus	22
8.3 Tulosten hyödynnettävyys	23
8.4 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet	24
LÄHTEET	25
LIITTEET 1-2	

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö	Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät		
Outi Kaurala ja Elina Lehtomäki		
Työn nimi		
Asiakaslähtöinen kivunhoito		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syksy 2009	27 + 2 liitettä
TIIVISTELMÄ		
<p>Opinnäytetyö on osa Asiakaslähtöinen osaaminen hoitotyön koulutuksessa Suomessa ja Virossa - projektia. Projektin ajatuksena on ollut, että Suomen ja Baltian maiden terveydenhuollon koulutusjärjestelmät ja työelämä voisivat yhdessä kehittää toimintamalleja asiakaslähtöisyyden tukemiseksi ja vahvistamiseksi.</p> <p>Tämä opinnäytetyö on sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Sen tarkoitus on selvittää, minkälaista on asiakaslähtöinen kivunhoito ja mikä merkitys asiakaslähtöisyydellä on kivunhoidossa. Tavoitteenamme on tuoda esille mitä puutteita ja kehittämishaasteita asiakaslähtöisyyden saralla on kivunhoidossa.</p> <p>Opinnäytetyöhömmä olemme koonneet aineiston hakemalla 15 kivunhoidosta tehtyä tutkimusartikkelia arvostettuina ja luotettavina pidetyistä tietokannoista. Olemme analysoineet aineiston deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Määrittelemme asiakaslähtöisyyden työmme teoriaosiossa ja määritelmän avulla olemme etsineet asiakaslähtöisyyden keskeiset osa-alueet. Kivunhoidon tutkimuksia analysoimme näiden osa-alueiden pohjalta.</p> <p>Analysoiduissa tutkimuksissa käy ilmi, että potilaan oma arvio kivustaan on luotettavin. Muun muassa hoitajien tiedonpuute ja kiire ilmenevät estävinä tekijöinä asiakaslähtöisen kivunhoidon toteutumisessa. Tulosten perusteella potilaita tulisi informoida kivusta ja sen hoidosta sekä rohkaista heitä kertomaan kivun tuntemuksistaan</p>		
Avainsanat		
Asiakaslähtöinen, kivunhoito		

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Outi Kaurala and Elina Lehtomäki			
Title			
Patient-centered Pain Management			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2009	27 + 2 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>Our final project was part of an international project exploring patient-centered nursing and health care in Finland and Estonia. The idea of the project was that the health care degree programme and working life both in Finland and the Baltic countries could develop patterns to support and strengthen patient-centredness together.</p> <p>This final project was a literature review with a touch of systematic review. Its purpose was to examine what patient-centredness was and the meaning of patient-centredness in pain management. Our target is to point out the needs and developing challenges that patient-centredness were in the field of pain management.</p> <p>We collected our material by searching 15 research articles about pain management. Then we analysed the material with the methods of deductive content analysis. We defined the concept of patient-centredness in the theoretical section of our final project and, with the help of the definition, we found out the main elements of patient-centredness.</p> <p>The analysed reports revealed that the patient`s own assessment of his/her pain was the most reliable. Among other things, rush and a lack of knowledge among health care professionals appeared to be inhibitory factors in actualizing patient-centred pain management. Based on the results, patients should be informed about pain management and encouraged to tell about their pain experiences.</p>			
Keywords			
client-centred, patient-centred, pain management			

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on osa Asiakaslähtöinen osaaminen hoitotyön koulutuksessa Suomessa ja Virossa -projektia. Projektin perustamisen taustalla on ollut ajatuksena, että Suomen ja Baltian maiden terveydenhuollon koulutusjärjestelmät ja työelämä voisivat yhdessä kehittää toimintamalleja asiakaslähtöisyyden tukemiseksi ja vahvistamiseksi. (Kalam - Salminen 2008: 3.)

Hoitotyön koulutuksen aikaista asiakaslähtöisen osaamisen kehittymistä ei ole tutkittu. Jotta tulevat hoitotyön ammattilaiset voisivat vastata mahdollisimman hyvin asiakaslähtöisen toiminnan haasteisiin, tarvitaan tietoa siitä, millaiseksi asiakaslähtöinen osaaminen koulutuksen aikana kehittyy ja millä keinoin asiakaslähtöisen osaamisen kehittymistä voidaan parhaiten tukea. (Kalam - Salminen 2008: 3.)

Vaikka tutkimuksissa on havaittu asiakaslähtöisyyden vaikuttavan positiivisesti mm. terveyspalveluiden laatuun, asiakastyytyväisyyteen ja asiakkaiden hoitoonsa sitoutumiseen, monien tutkimusten mukaan se ei kuitenkaan toimi käytännössä (Kalam - Salminen 2008: 3). Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, minkälaista on asiakaslähtöinen kivunhoito ja miten asiakaslähtöisyys toteutuu kivunhoitotyössä. Työn tavoitteena on tuoda selkeästi esille, minkälaiset asiat edistävät asiakaslähtöistä kivunhoitoa ja mitä puutteita asiakaslähtöisyyden saralla on kivunhoidossa.

Terveydenhuollon eri aloilla on vahvistunut ns. evidence based -ajattelu, jonka perusideana on ajatus, että terveydenhuollossa toteutettu hoito perustuisi tutkittuun tietoon tai erityyppisiä oppimisteorioita pitäisi verrata toisiinsa niistä tehtyjen tutkimusten pohjalta (Tuomi - Sarajärvi 2009: 123). Opinnäytetyömme tuo projektille tietoa ja näkökulmaa tarkastella sitä, minkälaisia puutteita ja kehittämishaasteita liittyy asiakaslähtöiseen kivunhoitoon. Tätä tietoa projekti voi hyödyntää kehittäessään toimintamalleja asiakaslähtöisyyden tukemiseksi.

Tutkimuskirjallisuutta käsittelevässä katsauksessa on pyrittävä punnitsemaan keskeiset näkökulmat, teorit, metodiset ratkaisut ja tärkeimmät tutkimustulokset (Hirsijärvi - Remes - Sajavaara 2008: 252). Opinnäytetyömme on sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Aineisto on analysoitu deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Määrittelemme työssämme sitä, mitä asiakaslähtöisyys tarkoittaa.

Olemme työmme teoriaosassa määritelleet asiakaslähtöisyyden ja jakaneet sen kolmeen eri osa-alueeseen sen mukaan, millä tavoin asiakaslähtöisyys toteutuu ja näiden osa-alueiden avulla tarkastelemme Tutkimustulokset-luvussa kivunhoidon tutkimuksia. Teoriaosassa kerromme myös kivunhoidosta ja siitä, minkälainen kipupotilas on.

2 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Asiakaslähtöisyyden asema terveydenhuollon keskeisenä periaatteena on vahvistunut erityisesti parin viime vuosikymmenen kuluessa. Johtavana periaatteena asiakaslähtöisyys edistää palvelujen uudelleen organisointia, henkilöstön uudelleen orientoitumista ja kansalaisaktiivisuutta. (Kiikkala 2000: 115.)

17.8.1992 voimaan tullut laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan yksilölliset tarpeet on otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2 § ja 6 §.)

Perinteisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakaslähtöisyydellä on tarkoitettu toiminta- ja ajattelutapaa, jossa asiakkaan odotukset, toiminnat, tarpeet ja toiveet ovat toiminnan perustana. Sen käytännön toteutumista kuvataan puutteelliseksi, vaikka asiakaslähtöisyys esiintyy lähtökohtaisena periaatteena suosituksissa ja lainsäädännöissä. (Sorsa 2002.)

Hoitohenkilökunta näkee asiakaslähtöisen hoitotyön tunnusomaisiksi piirteiksi asiakkaan kokonaistilanteen selvittämisen ja hänen kunnioittavan kohtaamisen, asiakkaan hoitoon osallistumisen ja tiedonsaannin sekä hoitohenkilökunnan asiakaslähtöisen toiminnan (Elonen 2003).

2.1 Hoito lähtee asiakkaan tarpeista

Asiakaslähtöinen hoito on termi, jota on käytetty useasti kirjallisuudessa 1990-luvun puolivälistä lähtien. Tämän tyyppinen hoitomuoto vaatii terveydenhoitohenkilöstöä

käyttämään asiakaslähtöistä toimintatapaa keskeisenä tapana kehittääkseen henkilösuhteita ja hoitosuunnitelmia. (Slater 2005: 135.)

Asiakaslähtöinen toiminta alkaa aina edetä asiakkaan esittämistä asioista, kysymyksistä ja hoidon tarpeista. Työntekijä kuuntelee asiakasta siten, että asiakas tietää, että hoitaja on kuullut ja ymmärtänyt asiakasta. Tilanteet otetaan huomioon asiakkaan näkökulmasta, eikä tuoda liikaa omaa näkemystä esille. Työtä tehdään avoimesti ja omalla persoonalla niin, että asiakkaan on helpompi lähestyä työntekijää. Asiakaslähtöisessä toiminnassa työntekijä toimii asiakkaan kanssa yhdenvertaisena ihmisenä ja samalla tasolla. (Kiikkala 2000: 118-119.)

2.2 Asiakas nähdään yksilönä ja yksilöllisenä

Jokainen asiakas kohdataan omana yksilönään. Asiakas kohdataan kokonaisena ihmisenä eikä pelkkänä sairautena. Asiakkaan kanssa ei toimita ennalta sovittujen normien mukaan, vaan hänen kanssaan tehdään työtä neuvotellen niin, että asiakas on aktiivisessa roolissa. Yksilöllisyys, aitous, ihmisen kunnioitus, aktiivisuus, itsemäärääminen ja kokonaisvaltainen ihminen ovat arvoja, joita asiakaslähtöisyyden arvoperusta sisältää. (Kiikkala 2000: 116.)

Hoitajalta edellytetään ammattitaitoa, tiedon ja ohjauksen osuvuutta sekä kumppanuutta asiakkaansa kanssa. Hoitajan on lisäksi oltava vastuullinen ja herkkä asiakkaan tarpeille ja yllettävä yksilölliseen hoitoon työssään, jotta asiakkaan odotukset täyttyvät. (Kujala 2003: 58.)

Hoitajat nimeävät tärkeäksi yksilöllistä hoitoa edistäväksi yksittäiseksi tekijäksi potilaan kuuntelemisen ja keskustelemisen potilaan kanssa. Tämä tarkoittaa ajan viettämistä potilaan kanssa. Hoitajan tulee olla keskusteluissa aloitteellinen, kannustava ja potilaan osallistumisen mahdollistava. Huomiota tulee kiinnittää myös vuorovaikutuksen laatuun ja sisältöön. (Gustafsson - Leino-Kilpi - Suhonen 2009: 9.)

Yksilöllinen hoito ei rajoitu pelkästään yksittäiseen ihmiseen, vaan se voi kohdistua myös potilaan perheeseen. (Gustafsson 2009: 58.)

Yksilöllisen hoidon onnistumiseksi, tarkastelun kohteiksi tulisi ottaa hoidon osastokohtainen järjestäminen, asennoituminen yksilön hoitamiseen sekä työskentelymenetelmät. Organisaatiotasolla huomiota tulisi kiinnittää strategisessa suunnittelussa potilaiden näkökulman selvittämiseen ja luoda myös potilaiden lähtökohdat huomioiva hoitokulttuuri. (Suhonen 2003: 14.)

2.3 Asiakas nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana

Palvelua voidaan pitää asiakaslähtoisempänä, jos asiakasta ei pidetä passiivisena palvelujen kohteena, vaan sen sijaan asiakas nähdään aktiivisena ja valinnan vapauden omaavana palvelujen käyttäjänä (Niemi 2006: 48).

Asiakaslähtöisyyden vastakohtana on pidetty rutiininomaisuutta, asiakkaan huomiotta jättämistä ja sanelupolitiikkaa (Niemi 2006: 57).

Sairaanhoitajien tulee kyetä näkemään potilas henkilönä sekä ymmärtää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta ja suhteeseen kuuluvia epäsuoria odotuksia (McCormack 2003: 203).

Toimittaessa asiakaslähtöisesti, syntyy asiakkaan ja ammattilaisen välille aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Toiminnan säännöt ovat tällöin avoimia ja molempien tiedossa. Keskusteluyhteyksiä kehitetään niin, että jokainen voi tehdä aloitteita ja että aloitteet myös käsitellään. Ennen kaikkea toiminta vastaa potilaiden tarpeisiin heidän omasta näkökulmastaan. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999: 11.)

Tutkimuksen mukaan potilaat määrittivät hoitajien esittämien kysymysten sekä potilaille annetun ja heidän saamansa informaation auttavan potilaita osallistumaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Myös eri vaihtoehtojen tarjoaminen toi potilaille tunteen päätöksentekoon vaikuttamisesta. (Sainio – Eriksson – Lauri 2001: 172.)

2.4 Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät

Esteitä asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumiselle voivat olla asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomiotta jättäminen, eli hoito ei vastaa asiakkaan tarpeita. Esteitä tuottaa myös, jos asiakasta ei oteta mukaan hoitoonsa sekä jos henkilökunta toimii epäasiallisesti, kuten epäystävällisesti tai jos heidän toimintatapansa on asiakeskeistä. Asiakkaasta itsestään johtuvat syyt, esimerkiksi asiakkaan sairaus ja haluttomuus voivat estää asiakaslähtöistä toimintaa. Myös organisaation toiminta on esteenä, jos se ei tue asiakaslähtöistä toimintaa. (Elonen 2003: 39.) Toimintaa ei tule suunnitella yksinomaan ammattilaisten tai organisaation tarpeista käsin (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999: 11).

3 KIVUNHOITO

On sekä eettisesti että juridisesti tuomittavaa jättää hoitamatta kipua. Terveystieteiden henkilöstöä velvoittavat lait ja eettiset ohjeet suojelemaan ihmiselämää ja lievittämään kärsimystä. Kaikilla potilailla on eettinen ja juridinen oikeus hyvään kivun hoitoon lääketieteen tuntemin adekvaatein keinoin. (Pahlman 2001; Lehtomäki 2003: 18-30.)

3.1 Mitä kipu on?

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain 2004) määrittelee kivun seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio, tai jota kuvataan samalla tavoin” (Lehtomäki 2002: 37).

McCafferyn ja Paseron (1999) hoitotyön määritelmä kivusta on seuraavanlainen: ”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän” (Salanterä - Hagelberg - Kauppila - Närhi 2006: 9).

Määritelmä kattaa sekä akuutin että kroonisen kivun, eikä siinä oteta kantaa siihen, kuinka kipu on syntynyt. Määritelmän täydennyksessä todetaan lisäksi, että yksilön kyvyttömyys sanallisesti ei poissulje sitä, etteikö tämä voisi kokea kipua tai olla

kivunlievityksen tarpeessa. Tällä tavoin määritelmään sopivat sekä kudოსvauriosta että hermovauriostakin johtuva kipu, ja myös sellaiset kivun muodot, joissa kudოს- ja hermovaurioita ei kyetä osoittamaan. (Salanterä ym. 2006: 7.)

Kipu on tuntemuksena musertava, kokonaisvaltainen kokemus, jolla on valtavia vaikutuksia kipua kokevalle henkilölle, tämän perheelle sekä myös hoitajalle. Tämä heijastuu kivun merkitykseen ja hoitotyön vastuuseen vastata kipuun haastavana pyrkimyksenä. (Ferrell 2005: 90.)

Kipu on hyvin henkilökohtainen tunne. Jokainen ihminen tuntee kipua silloin tällöin ja eri tavalla. Kipu on ruumiin tapa viestittää aivoille, että jotain on vinossa. Useimmilla ihmisillä kipuun on jokin selvä syy, kuten esimerkiksi vamma. (Managing Acute Pain 2005. 5, 8.)

Kahden viime vuosikymmenen aikana kipuun kohdistuva huomio on kasvanut auttaen ajattelemaan kipua pidemmälle; tutkimaan kivun olemusta vamman seurauksena sekä kivun yksilöllisiä vaikutuksia (Ferrell 2005: 84).

3.2 Kipupotilas

Kipu on samalla fysiologinen ilmiö sekä tunne- ja aistikokemus. Vaikka kudოსvauriota ei olisikaan, on mahdollista aistia ja kokea kipua. Potilaan kipukokemukseen vaikuttavat useat hänen ominaisuutensa. Ainakin perimä, sukupuoli, ikä, kehitysvaihe, persoonallisuus, aiemmat kipukokemukset, sairaudet ja kokemukset terveystalvelujärjestelmästä vaikuttavat kivun tuntemukseen. Muun muassa kivunsietokykyyn ja kipukynnykseen vaikuttavat ihmisen henkilökohtaiset ominaisuudet. (Salanterä ym. 2006: 8.) Samalla ihmisellä kipukynnys ja kivunsietokyky voivat vaihdella aikojen ja tilanteiden mukaan (Salanterä ym. 2006: 9).

Kipu vaikuttaa ihmiseen useilla eri tavoilla. Muutoksia tapahtuu elimistön toiminnassa, mutta myös ihmisen tunteissa ja käytöksessä. (Salanterä ym. 2006: 9.) Potilas on aina oman kipunsa paras asiantuntija. On muistettava, että kipu on henkilökohtaista, ja jokainen ihminen kokee kivun eri tavoin. (Salanterä ym. 2006: 7.) On kuitenkin olemassa paljon ihmisiä, jotka eivät kykene kommunikoimaan sanallisesti, tai kyky on puutteellinen, mutta siitä huolimatta kipu on heille mahdollista. Kaikki ihmiset eivät

myöskään välttämättä halua kertoa, että heillä on kipua. (Salanterä ym. 2006: 8.) Useat ihmiset ajattelevat, että kertomalla kärsivänsä kivusta he ovat heikkoja tai hankalia. On kuitenkin tärkeää kertoa terveydenhuollon ammattilaisille kivun olemassaolosta ja sen voimakkuudesta, jotta he osaisivat löytää kivun aiheuttajan ja suunnitella parhaan kivunhoitotavan yksilöllisesti kullekin. (Managing Acute Pain 2005: 8.)

Kipu on suuri kansanterveydellinen ongelma. Perusterveydenhuollon lääkärit hoitavat valtaosan kipupotilaista. Pitkäaikainen, krooninen kipu on yleinen käsite terveyskeskuspotilailla. Terveyskeskuksissa vastaanottotyötä tekevät lääkärit kohtaavat työssään päivittäin kroonisesta kivusta kärsiviä potilaita. (Mäntyselkä 1998.)

3.3 Kivunhoito

Kivun hoitamatta jättäminen on sekä eettisesti että juridisesti tuomittavaa. Syitä huonoon kivunhoitoon voivat olla ainakin asenteet kipua ja kivun hoitamista kohtaan. Hoitamaton kipu aiheuttaa potilaalle turhaa kärsimystä ja hoitohenkilökunnalle lisää työtä. (Dunwoody - Krenzischek - Rathmell - Polomano 2008: 11.)

Postoperatiivinen kipu on suuri terveydenhuollon ongelma. Useat eri tekijät ovat edesauttaneet puutteellista kivun kontrollointia; ennaltaehkäisevissä kivunhallintastrategioissa, ymmärryksessä, kivun arvioinnin harjoittamisen epäjohdonmukaisuuksissa, kipulääkkeiden käytössä ja niiden anto-ohjeissa on ollut puutteita. (Dunwoody ym. 2008: 11.)

Sairaanhoitaja toimii potilaan hoidon keskeisenä koordinaattorina toteuttaen suunniteltua kivunhoitoa ja ollen mukana kipulääkityksen vaikutusten ja hoitomenetelmän toimivuuden arvioinnissa. Hoitajan kyky kuunnella potilasta ja hyväksyä potilaan yksilölliset kivuntuntemukset ovat hyvän hoidon peruskiviä. (Tornivuori - Viitanen 2002: 24.)

Potilaiden kanssa käytävien keskustelujen tulisi keskittyä tavoitteisiin toivotuista kivunhoidon tuloksista sekä siihen, kuinka potilaat voisivat itse osallistua omaan hoitoonsa. Hoitajien on myös tärkeää olla tietoisia asianmukaisista tutkimuksista ja näyttöön perustuvista linjauksista, jotka ohjailevat kivun arviointia sekä potilaan seurannan harjoittamista. (Dunwoody ym. 2008: 11, 13.) Potilas on merkittävä

yhteistyökumppani. Yksilöllistä kivunhoitoa varten saadaan tietoa potilasta haastattelemalla, kuuntelemalla ja havainnoimalla. (Tornivuori ym. 2002: 22.)

Kivun hoitotyö on kipua kokevan potilaan ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin. Kivun tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa ja edellyttää monenlaisia taitoja. Jotta hoitaja kykenisi auttamaan kivusta kärsivää potilasta, on tämän hallittava useita eri tiedon alueita. Hyvä hoitaja pystyy määrittelemään kivun ja luokittelemaan sen. Hän hallitsee kivun fysiologian ja anatomian sekä sen syntymekanismin. Hoitajan ajattelu ja tietous kivusta, asenteet, päätöksenteko ja toiminta liittyvät saumattomasti hyvään kivunhoitoon. Hoitajan tulisi osata tunnistaa ja arvioida kipua, valita oikeat auttamiskeinot sekä arvioida hoidon onnistumista ja kivun hoitotyön tuloksellisuutta. (Salanterä ym. 2006: 7-9.)

Jotta akuutti kipu ei pääsisi kroonistumaan, pyritään kipua hoitamaan tehokkaasti ja yksilöllisesti sekä järjestelmällisesti seuraamaan kivunhoitoa (Tornivuori ym. 2002: 21). Hoitamaton akuutti kipu voi aiheuttaa hermostollisia muutoksia, pitkäaikaista psykologista ja emotionaalista tuskaa ja voi johtaa pitkittyneisiin kroonisen kivun tiloihin (Dunwoody ym. 2008: 11).

Leikkauksen jälkeen hoitosuunnitelmassa keskitytään kivun luonteeseen ja intensiivisyyteen, tarmokkaaseen kivun kontrollointiin sekä valvontaan, jotta voidaan varmistaa asianmukainen kivunlievitys ja kipulääkkeiden aiheuttamien sivuvaikutusten hallinta sekä potilasturvallisuus (Dunwoody ym. 2008: 13). Leikkauksen jälkeen kivunhoidon tavoite on lievittää parhaalla mahdollisella tavalla potilaan kipua niin, ettei komplikaatioita pääsisi syntymään ja sivuvaikutuksia tulisi mahdollisimman vähän (Tornivuori ym. 2002: 21).

Kivun arviointi lähtee siitä, että hyväksytään potilaan yksilölliset kivuntuntemukset. Ainoastaan kivun kokija voi tietää kivun todellisen laadun ja voimakkuuden, ja siksi on tärkeää, että potilas saa itse luonnehtia kipunsa ja sen voimakkuuden. (Tornivuori ym. 2002: 23.) Aikuisten kivun arvioiminen voi olla haastavaa ja hyvinkin vaikeaa joissain tilanteissa. Heidän ajattelutavoissaan voi olla heijasteita aiemmilta ajoilta, jolloin lääkkeitä oli rajoitetusti ja huoli riippuvuudesta vallitsi enemmän. Jotkut aikuiset saattavat uskoa, että heidän pitää sietää kipua tai he voivat olla haluttomia pyytämään kipulääkettä ennen kuin kipu on jo todella kova.

Merkittäviä haasteita hoitotyölle tuovat potilaat, jotka ovat kykenemättömiä ilmaisemaan itseään verbaalisesti, kirjoittaen tai elein, tai jos heidän älykkyystasonsa on heikentynyt. Vaikka potilas ei pystyisikään kommunikoimaan, saattaa tämän käytöksestä kuitenkin ilmetä erilaisia kipuun liittyviä oireita, kuten levotonta liikehdintää tai ääntelyä. (Dunwoody ym. 2008: 16.) Tämän vuoksi sanallinen ja sanaton viestintä korostuvat kivun hoidossa. Hoitajan on siis osattava kuunnella potilaan viestejä, sekä sanallisia että sanattomia, kuten ilmeitä, eleitä tai kosketuksia. (Raappana 1998: 10.)

Tietoisuus kivun hoidon merkityksestä on kasvanut jatkuvasti. Nykyään kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota hoidon laadukkuuteen, myös potilaat odottavat saavansa laadukasta hoitoa. Jokaisen hoitohenkilökuntaan kuuluvan täytyisi tutkiskella asenteitaan ja suhtautumistaan kipuun ja sen hoitoon. (Raappana 1998: 10.) Kuitenkin, huolimatta kivunhoidon kehityksestä ja tietämyksen lisääntymisestä, vakavia puutteita kivunhoidon toteutuksessa on edelleen havaittavissa (Ferrell 2005: 83).

Jokainen hoitaja on vastuussa kivun määrittämisestä sekä lääkärin määräämän kivunhoidon toteutuksesta. Laadukas kivunhoito lähtee kipuongelman arvioimisesta sekä kivun voimakkuuden mittaamisesta erilaisien käytössä olevien kipumittarien avulla. Näiden tietojen avulla voidaan määritellä hoidon tavoitteet, ja hoidon toteutus voidaan suorittaa näiden tavoitteiden pohjalta yksilöllisesti jokaisen kivusta kärsivän potilaan kohdalla. Informointi, ohjaus ja opetus ovat olennainen osa kivun hoitoa. Hoitosuhteiden yksilöllisinä pysyminen vaatii hoitohenkilökunnalta jatkuvaa ammatillista ja persoonallista kehittymistä. Lisäksi hoitajien täytyy olla perehtyneitä kivun hoitomenetelmiin, kipulääkitykseen sekä muihin kivun lievityskeinoihin. (Raappana 1998: 9.)

On tärkeää hoitaa kivun aiheuttajaa, mutta yhtä tärkeää on hoitaa myös itse kipua. Kivunhoito edesauttaa vähentämään vamman tai sairauden vaikutuksia sekä pienentää kivun kroonistumisen mahdollisuutta. Potilaan hoitamatta jätetty voimakas kipu voi johtaa pitkäaikaisiin seurauksiin, kuten fyysisiin, emotionaalisiin, sosiaalisiin sekä hengellisiin seuraamuksiin. (Managing Acute Pain 2005: 5.)

Hyvä kivunhoito ei ole ylellisyyttä vaan peruspalvelu, johon jokaisella ihmisellä on oikeus (Järvimäki 1999: 320). Hyvään kivunhoitoon kuuluu lääkkeellisen ja

lääkkeettömän hoidon lisäksi myös hyvä perushoito, sillä perushoito vaikuttaa kiputuntemukseen ja hyvinvointitunteen luomiseen. Pyrkimyksenä on pitää potilas kivuttomana ja että potilas sekä hänen hoitajansa osallistuvat potilaan kivun hoidon yksilölliseen muokkaamiseen. (Raappana 1998: 10.) Suomessa on olemassa tarvittavat menetelmät hyvään kivunhoitoon. Käytännössä kuitenkin näiden menetelmien käyttöönotto vaatisi resurssien lisäämistä sekä käytännön toteuttamisessa että koulutuksessakin. (Järvimäki 1999: 320.)

4 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Työmme tarkoituksena on selvittää kivunhoidon asiakaslähtöisyyttä. Olemme edellä määritelleet asiakaslähtöisyyttä ja tämän määritelmän avulla etsineet keskeiset osa-alueet, jotka toteutuvat asiakaslähtöisyydessä. Näiden osa-alueiden avulla olemme hakeneet kivunhoidon tutkimuksista tuloksia, joista ilmenee, toteutuuko niissä asiakaslähtöinen toiminta. Tarkastelemme kivunhoidon tutkimustuloksia ja analysoimme sitä, miten niiden tuloksissa ilmenee asiakaslähtöinen toiminta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaista on asiakaslähtöinen kivunhoito?
2. Miten asiakaslähtöisyys toteutuu kivunhoidossa?

5 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyömme on sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa identifioidaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä retrospektiivisesti ja kattavasti. Valittua tutkimuskysymystä voidaan myös perustella ja tarkentaa systemaattisella kirjallisuuskatsauksella, sekä tehdä luotettavia yleistyksiä. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 37.)

Käytämme tutkimuksessamme deduktiivista sisällönanalyysia. Deduktiivisessa aineiston analyysissä analyysia ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko. (Kyngäs ym. 1999: 3.)

Luonteeltaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu teoreettisen tutkimuksen piiriin, mutta sen toteuttamisessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Ajatuksena on tiivistää ja koota tutkimuksia. Tässä prosessissa käytetään apuna sisällönanalyysia luokittelurunkoa laatiessa. Luokittelurungon avulla esitetään tiivistys. (Tuomi ym. 2009: 123.)

5.1 Alkuperäistutkimusten haku

Haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaan niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa (Kääriäinen 2006: 40).

Systemaattinen tiedonhaku on järjestelmällinen, tarkasti määritelty ja rajattu tiedonhaun prosessi, joka on uudelleen toistettavissa (Tähtinen 2007: 10).

Etsimme työssämme käyttämämme tutkimukset eri tietokannoista, kuten Pubmed, Medic ja Ovid. Hakutulokset ja käyttämämme hakusanat kuvataan tarkemmin tiedonhakutaulukossa, liitteessä 1.

5.2 Alkuperäistutkimusten valinta

Sisäänottokriteereillä tarkoitetaan edellytyksiä tai rajoituksia mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille (Kääriäinen 2006: 41).

Haimme työhömme kivunhoidon tutkimuksia, joissa ilmenee vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Tutkimuksessa on voitu tutkia joko hoitajien toimintaa tai näkökulmaa tai potilaiden näkökulmaa. Olemme rajanneet tutkimukset koskemaan aikuisten kivunhoitoa. Kriteerinä on myös ollut, että potilaiden on oltava pääasiassa kykeneväisiä ilmaisemaan itseään ja kivun tuntemuksia. Tutkimuksissa on myös tullut ilmi hoitotyön näkökulma, esimerkiksi täysin lääketieteelliset tutkimukset eivät käy. Yhtä tutkimusta lukuun ottamatta emme myöskään hyväksyneet työhömme yli kymmenen

vuotta vanhoja tutkimuksia, lähes kaikki tutkimukset ovatkin 2000-luvulta. Ajattelimme, että yli kymmenen vuotta vanhoissa tutkimuksissa saattaisi olla osittain vanhaa tietoa, esimerkiksi kivunhoitokeinoihin liittyen. Koimme jossain määrin vaikeuksia löytää tutkimuksia työhömmе, joten olemme hyväksyneet mukaan myös yhden vuonna 1997 julkaistun tutkimuksen, koska se sopi hyvin työhömmе.

Käytimme työssämme vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia. Etsiessämme tutkimuksia tietokannoista, hylkäyskriteerijämme olivat, etteivät otsikko, tiivistelmä tai teksti soveltuneet työhömmе. Löysimme tutkimuksia, jotka olisivat otsikon tai abstraktin perusteella sopineet työhömmе, mutta hylkäsimme ne niiden maksullisuuden tai muuten vaikean saatavuuden takia. Valitsemamme tutkimukset löytyvät liitteestä 2.

5.3 Aineiston analysointi

Analysoimme aineistomme sisällönanalyysilla. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngeäs ym. 1999: 3-4.)

Sisällön analyysilla tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysilla luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi ym. 2009: 106-108.)

Ennen tutkimusten analysointia olimme määritelleet asiakaslähtöisyyden ja asiakaslähtöisyydessä toteutuvia osa-alueita, jotta tietäisimme, minkälaisia asioita tutkimuksista tulisi etsiä. Luimme valitsemamme tutkimukset ensin kokonaisuudessaan. Näin pystyimme hahmottamaan, miten hyvin ne sopivat työhömmе. Tämän jälkeen luimme tutkimukset uudestaan tarkemmin ja etsimme tutkimuksista määrittelemiimme osa-alueisiin sopivia tuloksia. Kirjoitimme nämä kohdat heti itsellemme ylös. Jaoimme tulokset osa-alueisiin sekä hylkäsimme sellaiset kohdat, jotka eivät työhön sopineet.

Osa-alueet, jotka toteutuvat asiakaslähtöisessä hoitotyössä määritelmämme mukaan:

1. Hoito lähtee asiakkaan tarpeista
2. Asiakas nähdään yksilönä ja yksilöllisenä
3. Asiakas nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Hoito lähtee asiakkaan tarpeista

Vaikka potilaat uskoivat hoitajien olevan välittäviä ihmisiä, he havaitsivat eroavuuksia hoitajien välillä siinä, miten hoitajat hoitavat kipua. Lisäksi jotkut potilaat kokivat hoitajilla olevan tiedonpuutetta liittyen kivun hallintaan. Tämä aiheutti sen, että potilaiden mielestä oli jokseenkin vaikeaa ilmaista odotuksia heidän kivunhoitoonsa liittyen. (Rustoen - Gaardsrud - Leegaard - Wahl 2008: 2.)

Hoitajat saattavat jättää huomioimatta potilaan kivun ilmaisuja. Jotkut hoitajat keskittyivät vain kirurgisen haavan kipuun uudelleenarvioinnin aikana. Esimerkiksi päänsärystä valittaminen jätettiin huomioimatta. Hoitajat myös jättivät huomioimatta aktiviteeteista, kuten kävelystä tai istumisesta johtuvan kivun. Potilaat eivät myöskään saaneet riittävää lääkitystä särkyihin, joka taas edesauttaisi heidän liikkumistaan ja sitä kautta leikkauksesta toipumista. (Bucknall - Manias - Botti 2007: 6.)

Myös kirjausten puutteellisuus on esteenä kivun arvioinnille. Kivun paikka oli kirjattu vain joka toiseen kirjaukseen ja kivun luonne 12%:n kirjauksista. Vain 60%:ssa tuloksista oli todisteita kivun arviointiin käytettyjen välineiden käytöstä. Alle 10% kirjauksista sisälsi muistiinpanoja siitä, että systemaattista kivun arviointia oli suoritettu edes kerran työvuoron aikana. Löydökset kertovat siitä, että hoitajat eivät arvioineet tai määritelleet potilaiden hoitoa tavalla, joka edistäisi tehokasta kivun lievitystä. Potilaskirjaaminen on tärkeä turvallisuuden, jatkuvuuden ja laadun väline potilaan hoidossa ja sillä on tärkeä tehtävä esimerkiksi potilasturvallisuudessa ja potilaan tiedotusvälineenä. Säilyttääkseen ammattimaisen roolin tulevaisuuden terveydenhuollossa, hoitajien on oltava laskelmoivia työssään ja taata sairaanhoidon tietoutta potilaille. (Idvall - Ehrenberg 2002: 10.)

Tutkimuksissa ilmeni, että kiire ja keskeytykset olivat esteinä kivun hoidolle ja potilaan kivun ilmaisulle.

Kiire selittää sen, miksi hoitajat kyselivät yksinkertaisia kysymyksiä saadakseen selville, miten kovaa kipu on, sen sijaan että he keskittyisivät kivun uudelleenarviointiin. Yksinkertaiset kysymykset johtivat yksinkertaisiin vastauksiin. Epätarkkojen kysymysten haittana on se, ettei potilas välttämättä ymmärrä, mikä tarkoitus on kysymysten takana; onko se älykäs kysymys, jolla halutaan tietää kivun taso, vai yleinen kysymys potilaan hyvinvoinnista. (Bucknall - Manias - Botti 2007: 5.)

Hoitajien kiire on ylitsepääsemätön tekijä kivun uudelleenarvioinnissa. Hoitajat raportoivat, että häiriötekijöitä ilmenee usein sen välillä, kun lääkettä päätettiin antaa ja sitten kun sitä todellisuudessa annettiin. Kiire oli ilmeinen tekijä myös uudelleenarvioinnin puutteessa. Erityisesti, kun kivun uudelleenarviointia tehtiin, se oli toteutettu opportunistisesti ja pelkistetysti. (Bucknall - Manias - Botti 2007: 5-6.)

Keskeytykset olivat suurin tehokkaan kivun lievityksen este, ja se on voinut vaikuttaa muodolliseen kivun arviointiin sekä aiheuttaa viiveitä arvioinnin ja kivun hallinnan välillä. Keskeytetyksi tuleminen on niin kokonaisvaltaista hoitajien työssä, että he siirtyivät yhtäkkiä tehtävästä toiseen eivätkä kyenneet päättämään yhtä tehtävää loppuun. Keskeytysten vaikutus oli se, etteivät potilaat nähtävästi osanneet kertoa avoimesti huolistaan hoitajille vaan havaitsivat parhaaksi odottaa kipukysymystensä kanssa sen sijaan, että olisivat ehdottaneet kivunlievitystä itse. Keskeytysten ongelmana on se, että potilaat arkailevat kysyä hoitajilta asioita koskien kipuaan. (Manias - Botti - Bucknall 2002: 730.)

Hoitajat saattavat myös aktiivisesti pitää itsensä kiireisenä, keskeyttää muita tai vastata keskeytyksiin välttämistekniikoin kestääkseen postoperatiivisten potilaiden hoidon aiheuttamaa stressiä. Tämä saattaa tulevaisuudessa estää potilaita kysymästä kivusta. (Manias - Botti - Bucknall 2002: 730.)

Potilaiden kipua helpottaa se, että hoitajilta sai nopeasti vastauksia kivunhoitokeinoihin. (Manias - Bucknall - Botti 2005: 26.)

6.2 Asiakas nähdään yksilönä ja yksilöllisenä

Potilas on itse oman kipunsa asiantuntija. Potilaan kivun itsearviointi on ainoa luotettava indikaattori koskien kivun olemassaoloa ja identiteettiä. (Hesook - Schwartz-Barcott - Tracy - Fortin - Sjöström 2005: 8.)

Aikaisemmat kivun kokemukset ja tavoitteet potilaan kivun helpottamiseen yksilöllisellä tasolla tulisi määritellä. Osa hoitajista aliarvioi potilaiden kipuja suorittaessaan kliinisiä hoitotoimia. Asennoituminen adekvaatin informaation ja yksilöllisemmän hoidon antoon, voisi helpottaa hoitajien kivunhoidon hallintaa. (Gunninberg - Idvall 2006: 763.)

6.3 Asiakas nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana

Potilaan kivun itsearviointi ainoa luotettava indikaattori koskien kivun olemassaoloa ja identiteettiä (Kauppinen - Hiltunen 2001: 3315).

Kivun helpottumisen kannalta on tärkeää, että hoitajilla oli aikaa kuunnella potilaiden kipuongelmia ja että heillä on uskallusta välittää siitä. Vaikka hoitajat ovat kysyneet potilailta heidän kivustaan, he eivät ole kuitenkaan keskustelleet heidän kanssaan siitä. Oli potilaiden varassa kysyä, jos he tarvitsivat informaatiota. (Rustoen - Gaardsrud - Leegaard - Wahl 2008.)

Hoitajat käyttävät erilaisia lähestymistapoja kivun arvioinnissa. Toiset hoitajat lähestyivät pääaiheenaan kipu suoraan, kun toisilla oli yleisempi ja epätarkempi lähestymistapa. Tarkat kysymykset kivusta ja kommunikointi tarkoituksenmukaisesti tai tavoitteellisesti näyttivät edistävän kommunikointia kivusta verrattuna avoimiin ja yleisiin kysymyksiin. (Dihle - Bjolseth - Helseth 2004: 476.)

Myös kyselytavoilla on merkitystä. Hoitajat eivät aina huomioi potilaita voimavaroina tai osallisina kipuun. Tarvitaan enemmän kuin virallista keskustelua hoitajan ja potilaan välille ollakseen empaattinen ja ymmärtääkseen toisen kokemaa. Suurimmilla osalla potilaista kipu luokiteltiin lieväksi levossa, mutta liikkeessa se muuttui kovaksi. Hoitajat, jotka eivät tarkentaneet yleisiä kysymyksiä potilaille, eivät saaneet tätä selville. Tämä puute saattaa olla yksi syy siihen, miksi sairaanhoitajat eivät hallitse

kipulääkitystä. (Watt - Watson - Garfinkel - Gallop - Stevens - Streiner 2000: 198.)

Hoitajat näyttivät käyttävän kivunhoidon päätöksentekoon ulkoisia keinoja, kuten kirjaamista ja potilaan käytöksessä ilmeneviä merkkejä, nopeuttaakseen kivun uudelleenarviointia, joka muuten olisi voinut unohtua kliinisen työn kiireydessä. Tällöin uudelleenarvioinnit ovat hoitajalähtöisiä potilaslähtöisyyden sijaan. (Bucknall - Manias - Botti 2007: 5-6.) Hoitajat arvioivat potilaan ulkoista olemusta ja peilaavat sitä aiempiin kokemuksiin (Hesook - Schwartz-Barcott - Tracy - Fortin - Sjöström 2005: 8).

Tutkimuksessa, jossa hoitajien oli tarkoitus arvioida kipua potilaiden käytöksen ja fysiologisten muutosten perusteella, hoitajat arvioivat eri asioita jokaisella arviointikerralla. Tämä löydös osoittaa, että tutkimukseen osallistuneet hoitajat väheksyivät joitakin kivun indikaattoreita. He käyttivät eri indikaattoreita jokaisella arviointikerralla, eivätkä toistaneet arviointiaan edellisten indikaattorien perusteella. Syy tähän on epäselvä. (Puntillo - Miaskowski - Kehrle - Stannard - Gleeson - Nye 1997: 1163.)

Toisaalta potilaat näyttävät odottavan hoitajan kykenevän arvioimaan potilaan kivun ulkoisesti. Hoitajien odotettiin tuntevan parhaat tavat potilaiden kivun lievitykseen. Potilaat ilmaisivat hoitajien kivun tunnistamistaidon, sekä sen tosissaan ottamisen keskustelun avulla tärkeäksi. Hoitajien pitäisi osata nähdä kipu ulkoisten merkkien avulla ja ilman, että he kysyvät kivusta kokoajan. Hoitajien odotettiin vastaavan potilaiden kivusta sekä olevan vastuussa potilaiden kivun helpottamisesta. (Rustoen - Gaardsrud - Leegaard - Wahl 2008.)

Hoitajat käyttävät erilaisia strategioita saadakseen potilaat mukaan kivunhoidon päätöksentekoon, esimerkiksi itse käytettäviä kivunhoidon menetelmiä, kuten PCA - pumppua. Potilaita koulutettiin myös ahkerasti informoimaan hoitajia, kun kipulääkitystä tarvittiin. Hoitajat tarjosivat potilaille erilaisia vaihtoehtoja tai lisäkeinoja kipulääkityksen, jotka todennäköisesti olisivat menestyksekkäitä. Potilaita koulutettiin myös oman kipulääkityksensä tehokkuuden arviointiin. (Manias - Bucknall - Botti 2005: 26.)

Tutkimusten mukaan asiakkaan saama puutteellinen informaatio toimii estävänä tekijänä kivunhoidossa. Kuolevien potilaiden hoidossa, kipulääkkeiden osalta todettiin, että potilaille annettiin morfiinia usein liian myöhäisessä vaiheessa ja liian pieninä annoksina. Suurin osa sairaanhoitajista arvioi, että morfiinilääkitykseen siirtyminen pitkittyy usein potilaan vastustuksen vuoksi. Potilaiden vastustus saattaa johtua esim. peloista. Siksi sairaanhoitajien tulisi keskustella potilaiden ja myös omaisten kanssa kivusta ja sen hoidosta. (Kuuppelomäki 2002: 251.)

Informaation antaminen on tärkeää, sillä tutkimuksessa todettiin tehottoman kommunikaation olevan hidaste kivunhoidossa. Kommunikaation tärkeys kivunhoitomenetelmiin nähtiin olevan elintärkeää. (Manias - Bucknall - Botti 2005: 26.)

Preoperatiivinen haastattelu antaa tärkeitä työkaluja saada ja antaa informaatiota postoperatiivista kivunhallintaa koskien. Tutkimuksen potilaista 80% olivat tyytyväisiä kivunhoitoonsa ja heidän tyytyväisyytensä korreloi merkittävästi ennen operaatiota saatuun informaatioon ja preoperatiiviseen hyvinvointiin. Potilaista 60% kertoivat saaneensa riittävästi informaatiota kivun hoidosta mutta vain puolet heistä kertoivat tunteneensa voivan puhua peloistaan. (Niemi-Murola - Pöyhiä - Onkinen - Rhen - Mäkelä - Niemi 2007: 122, 127.)

Tutkimuksessa, jossa tutkittiin kuilua sen välillä, mitä hoitajat sanoivat tekevänsä ja mitä he todella tekivät, kukaan hoitajista ei kertonut potilaalle ennen operaatiota, miten postoperatiivista kipua hoidetaan tai kuinka heidän tulisi kertoa kivuistaan leikkauksen jälkeen, toisin kuin kirjallisuudessa on suositeltu (Dihle - Bjolseth - Helseth 2004: 475).

Informaatio vaikuttaa myös potilaan odotuksiin ja sitä kautta tyytyväisyyteen hoidosta. Potilaiden raportointi suuremmasta kivusta kuin oli odotettu, oli tärkeä indikaattori siinä, kuinka laadukasta kivunhoito oli. On huomattava, että tutkimuksen elektiivisistä potilaista kolmasosa raportoi kokeneensa enemmän kipua, kuin he olivat odottaneet sen perusteella, mitä rutiininmukaisessa preoperatiivisessa informaatioissa heille oli kerrottu. (Gunninberg - Idvall 2006: 763.)

Potilaiden kivun ilmaisun puuttumiseen voi olla useita syitä. Hoitajat ovat ilmaisseet potilaille, että heidän tulisi kestää jonkin verran postoperatiivista kipua. (Dihle - Bjolseth - Helseth 2004: 475.)

Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa -tutkimukseen osallistuneista potilaista viidesosa vastasi, että hoitaja tai lääkäri ei ollut kysynyt heiltä kertaakaan kivusta. Suurimmalla osalla esiintyi kipua päivystysklinikalla käynnin aikana, mutta osalta heistä ei kuitenkaan tiedusteltu kertaakaan kivuista. Toisaalta neljäsosalla potilaista kipua oli arvioitu kipumittarin avulla. Potilaat tarvitsevat myös rohkaisua kertoakseen kivuistaan. Valtaosa tutkimuksen potilaista ilmoitti, että heidän kipunsa pitäisi olla kohtalaista, kovaa tai hyvin kovaa ennen kuin he pyytäisivät lääkäriltä tai hoitajalta apua sen lievittämiseen. Ei siis ole mielekäästä odottaa, että potilas pyytää apua kipuunsa, vaan hoitajien tulisi aktiivisesti tarjota potilaalle kivun lievitystä lääkkeellisin ja lääkkeettömin hoitokeinoin. (Flinkman - Salanterä 2004: 16.)

Murolan ym. tutkimuksessa 40% potilaista olivat sitä mieltä, että he kärsivät kovasta kivusta ensimmäisenä postoperatiivisena yönä. Heidän vastaustensa mukaan, potilaat eivät olleet vastahakoisia pyytämään kipuun lääkitystä. Toisaalta jotkut heistä tarvitsivat rohkaisua kertoakseen kivustaan. (Niemi-Murola - Pöyhiä - Onkinen - Rhen - Mäkelä - Niemi 2007: 127.)

Vaikka potilasta rohkaistaisiinkin kertomaan kivuistaan, näyttää siltä, että heiltä tulisi sen lisäksi myös välillä kysyä kiputilanteesta. Hoitajan aktiivinen lähestymistapa potilasta kohtaan näytti parantavan kivun lieventämistä. Useimmat hoitajat kehottivat potilaita ottamaan yhteyttä tai soittamaan kelloa, jos joku vaivasi. He eivät ottaneet huomioon, että potilaat saattoivat olla kahden vaiheilla kertoako kivusta tai eivät usein halunneet "vaivata" hoitajaa. (Dihle - Bjolseth - Helseth 2004: 475.)

Hoitajan rooli on olla potilaan asianajaja myös kivunhoidossa. Kuitenkin asianajajuus on osittain riippuvainen hoitajan oman roolin tunnistamisesta: kivunhoidossa näyttää siltä, että hoitajien kivunhoitotaidot sekä kivunhoitosuunnitelmien vaikutus ovat tärkeitä tekijöitä päätöksenteossa. Parhaimmillaan potilailla on jokin rooli päätöksenteossa, pahimmillaan heidät alistetaan muiden päätöksiin. (Vaartio - Leino-Kilpi - Suominen - Puukka 2008: 504.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Hoito lähtee asiakkaan tarpeista

Tutkimuksissa tuli ilmi, että potilaat eivät uskaltaneet kertoa peloistaan tai ilmaista kivuntuntemuksiaan, esimerkiksi hoitajien kiireen takia. Myös hoitajien tiedonpuute kivunhoidosta oli estävänä tekijänä potilaiden kykyyn ilmaista toiveitaan. Potilaat kokivat hoitajien välillä olevan eroa kivunhoidon tietämyksessä ja keinoissa. Hoitajat jättivät myös huomioimatta joitakin potilaiden kivun ilmaisuja. Kivun kirjaamisen puutteellisuus ilmeni estävänä tekijänä kivunhoidon jatkuvuudessa.

Hoitajien nopeat vastaukset kivunhoitokeinoihin sekä tarkat kysymykset kivusta edesauttoivat kivun helpottamista.

7.2 Asiakas nähdään yksilönä ja yksilöllisenä

Potilaan oma arvio on luotettavin indikaattori potilaan kivusta. Tavoitteet potilaan kivun helpottamiseen yksilöllisellä tasolla tulisi määritellä. Yksilöllisemmän hoidon antaminen voisi helpottaa hoitajien kivunhoidon hallintaa.

7.3 Asiakas nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana

Hoitajat eivät huomioineet potilaita voimavaroina tai osallisena kivunhoidossa. Hoitajat näyttivät käyttävän kivun arvioimiseen ulkoisia keinoja, mm. kiireen takia, vaikka potilaiden oma arvio todettiin kaikkein luotettavimmaksi lähteeksi kivun arvioinnissa. Ulkoisiakin keinoja kivun arvioinnissa käyttäessään, hoitajat jättivät huomioimatta joitakin ulkoisia merkkejä kivusta. Toisaalta tuli ilmi, että myös potilaat odottivat hoitajien pystyvän huomaavan heidän kipujaan ulkoisten merkkien avulla.

Tutkimuksissa ilmeni, että potilaat tarvitsivat rohkaisua ilmaistakseen kivun tuntemuksiaan. Saadakseen tarvittavaa ja tarkkaa tietoa kivusta, hoitajien oli osattava kysyä potilailta tarpeeksi tarkkoja kysymyksiä kipuun liittyen. Tällainen aktiivinen lähestymistapa näytti parantavan kivun lieventämistä. Pahimmillaan potilailta ei kysytty kertaakaan heidän kivuistaan.

Informaation antaminen potilaille todettiin monella tavalla edistäväksi tekijäksi kivunhoidossa. Tiedon avulla potilaat pystyivät tekemään paremmin päätöksiä kivunhoitoonsa liittyen. Puutteellinen informaatio ja kommunikaatio toimi estävänä tekijänä kivunhoidossa. Informointi auttaa myös potilaita tietämään, minkälaisesta kivusta ja milloin heidän tulisi kertoa. Esimerkiksi preoperatiivinen informointi vaikutti potilaan odotuksiin ja sitä kautta tyytyväisyyteen kivunhoidosta.

8 POHDINTA

Hoitajan ja potilaan sekä hänen omaistensa välinen kommunikaatio on elintärkeää asiakaslähtöisen kivunhoidon onnistumisen kannalta. Hoitajien pitäisi ottaa enemmän potilaiden tuntemuksia huomioon hoitaessaan kipua, sillä potilas itse on kipunsa paras asiantuntija. Kivunhoito lähtee potilaan tarpeesta. Jos potilas kertoo kipua olevan, on hoitajan otettava se todesta, sillä potilaalle kipu on todellista. Sekä potilaan että tämän omaisten kanssa käydyt keskustelut liittyen potilaan hoitoon ja tämän mukana oloon oman hoitonsa päätöksenteossa edesauttavat onnistunutta kivunhoitoa ja vähentävät ennakkoluuloja kivunhoitoa kohtaan.

Osa asiakaslähtöisyyttä on saada potilas osallistumaan hoitoonsa. Ilman tarvittavaa informaatiota potilas ei saa tietoa siitä, milloin ja miten hän voi vaikuttaa ja osallistua kivun hoitoon ja kertoa kivun tuntemuksistaan. Hoitajien kiire vaikuttaa paljon siihen, kuinka avoimesti potilaat kertovat omasta kivustaan. Kiireessä hoitaja saattaa osittain omaa työtään helpottaakseen kysyä mahdollisimman yksinkertaisella tavalla potilaalta tämän kivusta, odottaen potilaalta mahdollisimman yksinkertaista vastausta. Tämä saa aikaan sen, ettei potilas välttämättä uskalla ilmaista kipuaan silloin, kun sitä on, koska tämä ei halua lisätä hoitajien työtaakkaa ja kokee valittavansa turhasta.

8.1 Opinnäytetyöprosessi

Aloitimme opinnäytetyömme suunnittelun elokuussa 2008. Aiheeksemme saimme asiakaslähtöisen kivunhoidon. Olemme molemmat olleet kiinnostuneita kivunhoidosta läpi koulutuksemme, ja kummallakin oli aiheesta entuudestaan hieman tietopohjaa. Kun aiheeseen lisättiin vielä asiakaslähtöinen katsantokanta, tuntui aihe mielenkiintoiselta ja haastavalta.

Opinnäytetyön aihevaihetta varten otimme selvää, mitä systemaattinen kirjallisuuskatsaus pitää sisällään. Tutustuimme vanhoihin opinnäytetöihin ja haimme eri tietokannoista kirjallisuuskatsauksia. Lisäksi selvitimme, mitä asiakaslähtöisyys tarkoittaa ja pohdimme, kuinka yhdistää sen kivunhoitoon.

Aihevaiheen jälkeen aloimme tehdä suunnitelmavaihetta. Aloitimme tekemällä työsuunnitelman, jota varten teimme alustavat aineistohaut. Lisäksi laadimme alustavan aikataulun, jota noudattamalla työmme saataisiin valmiiksi ajoissa. Suunnitelmavaiheen aikana ilmeni kuitenkin tutkimusten löytymiseen liittyviä ongelmia, ja jouduimme laittamaan työmme jäihin. Opinnäytetyön piti suunnitelmien mukaan olla valmis keväällä 2009, mutta tutkimusongelmien vuoksi se valmistuu vasta syksyllä 2009.

Suunnitelmavaiheen jälkeen teimme lopulliset aineistohaut laatimienne tutkimuskysymysten perusteella. Sen jälkeen analysoimme tulokset. Opinnäytetyön tekemisestä teki haasteellisen se, ettemme juurikaan löytäneet asiakaslähtöisestä kivunhoidosta tehtyjä tutkimuksia. Otimmekin katsantokannaksi kivunhoidon asiakaslähtöisestä näkökulmasta.

Olemme tehneet opinnäytetyötä pääasiallisesti yhdessä. Kivunhoidon ja asiakaslähtöisyyden määrittelyt jaoimme osittain keskenämme, mutta kirjallisuuskatsauksen sekä tulosten analysoinnin teimme yhdessä, löydetyistä havainnoista keskustellen. Kaikki työssämme käytetyt tutkimukset valitsimme yhdessä. Yhteistyömme on ollut sujuvaa koko opinnäytetyöprosessin ajan, vaikka ajoittain onkin tullut eteen hetkiä, jolloin on tuntunut, ettei työ meistä itsestämme riippumattomista syistä etene.

Määrittelimme teoriaosiossa asiakaslähtöisyyden kolmeen eri osa-alueeseen sen mukaan, jotka teoriaosion mukaan mielestämme nousivat esille asiakaslähtöisessä hoitotyössä ja jotka toteutuessaan tekevät hoitotyöstä asiakaslähtöistä. Koimme haasteelliseksi päättää, mitkä tutkimustulokset kuuluivat mihinkin osa-alueeseen, sillä usein aihealueet sivuavat toisiaan tai sopisivat useampaankin kohtaan.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavaista haastavuudesta puhumattakaan. Työprosessin aikana koimme kasvavamme ammatillisesti ja käsityksemme kivunhoidon ja asiakaslähtöisyyden tärkeydestä vahvistui entisestään. Onnistuneen kivunhoidon

edellytyksenä on hoitajan ja potilaan yhteistyö arvioinnin ja yhteisen päätöksenteon keinoin.

8.2 Työn eettisyys ja luotettavuus

Emme tarvinneet erillisiä tutkimuslupia opinnäytetyömme tekoon, sillä työmme laji oli kirjallisuuskatsaus, eli analysoimme jo tehtyjä tutkimuksia. Opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin sopimus Metropolia ammattikorkeakoulun sekä opinnäytetyön tekijöiden kesken.

Vaikka opinnäytetyömme tyylilaji on kirjallisuuskatsaus eli siihen käytetty tieto on kerätty aiemmin kirjoitetusta tutkimusmateriaalista, silti tutkimuksellista työtä tehdessä törmää aina eettisiin kysymyksiin. Meidän työmme kohdalla lähinnä tekijänoikeus- ja tutkimuskysymyksiin sekä – menetelmiin liittyvät asiat olivat näitä eettisiä kysymyksiä aiheuttaneita aiheita.

Tieteen yleisiin pelisääntöihin kuuluu tutkimuksen vilpittömän tekeminen sekä yleisten eettisten periaatteiden noudattaminen. Tutkimusperiaatteet, jotka liittyvät tiedon hankintaan ja julkistamiseen, ovat yleisesti hyväksytyjä. (Nummi 1997: 9.)

Tutkimustyön etiikka ymmärretään varsin laaja-alaisesti. Eettisiä ongelmia voivat olla tutkimuskohteen valinta, tutkimusaiheen ”muodikkuus” eli se, onko aihe helposti hyväksyttävissä, tiedon hankintatavat sekä koejärjestelyt. (Nummi 1997: 9.)

Kirjallisuuskatsausta tehtäessä analysoitavien tutkimusten luotettavuus muodostui kohdallamme eettiseksi kysymykseksi. Kaikessa tutkimustoiminnassa tutkimustyön rehellisyyteen kohdistuvat periaatteet on huomioitava (Nummi 1997: 9). Haimme alkuperäistutkimuksia pääasiassa sellaisista tietokannoista, jotka tiesimme hyviksi ja hoitotieteen alalla arvostetuiksi. Kirjallisuuskatsauksemme olisi varmasti löytynyt laajemminkin aineistoa, mutta jouduimme asettamaan kielirajoituksia. Hyväksyimme aineistoksemme vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia. Yhtä tutkimusta lukuun ottamatta kaikki työssämme käytetyt tutkimukset ovat enimmillään kymmenen vuotta vanhoja. Kelpuutimme aineistoomme yhden vuonna 1997 julkaistun tutkimuksen, sillä se oli tarkoituksenmukainen. Joidenkin mukaan valittujen vanhempien, 1990-luvun lopussa tai 2000-luvun alussa julkaistujen tutkimusten kohdalla jouduimme miettimään,

ovatko tutkimustulokset ehtineet jo muuttua. Otimme kuitenkin mukaan vanhemmatkin tutkimukset, sillä totesimme, että saamme tällä tavoin kattavamman aineiston.

Raportoinnissa syyllistytään helposti vilppiin, sillä usein tutkimustuloksia esittäessä tulee kiusaus nähdä tulokset paremmin päin. Tuloksia ei kuitenkaan saa keksiä tai kaunistella vaan kaikki oleellinen on raportoitava. Myös virheet on raportoitava, jos niillä on merkitystä tulosten kannalta. (Nummi 1997: 10.) Tutkimustuloksia käsitellessämme törmäsimme juuri tähän eettiseen kysymykseen. Mietimme, että ovatko tulokset totuudenmukaisia vai onko niitä kaunisteltu, jotta tutkimuksen tulokset näyttäisivät paremmilta. Totesimme kuitenkin, että käytetyt tutkimukset ovat arvostettujen hoitotieteen ammattilaisten tekemiä ja useaan kertaan hyväksytyjä, joten luotimme tutkimustulosten luotettavuuteen.

Olemme sitä mieltä, että opinnäytetyömme näyttö on kohtalainen, sillä käyttämämme tutkimukset ovat olleet monipuolisia. Jos olisimme löytäneet enemmän uusia tai alkuperäistutkimuksia, olisi työmme näyttö varmasti ollut vahvempi. Lisäksi työn luotettavuutta heikentää se, että sen tekijät ovat kokemattomia kirjallisuuskatsauksen sekä sisällönanalyysin teossa.

8.3 Tulosten hyödynnettävyys

Projekti hyötyy opinnäytetyöstämme siten, että työmme antaa projektille lisää tietoa asiakaslähtöisestä kivunhoidosta, etenkin asiakkaan näkökulmasta.

Työmme tuo selkeästi ja tiiviisti esille asiakaslähtöisessä kivunhoidossa ilmeneviä puutteita sekä asioita, joita kivunhoidossa tulisi toteuttaa, jotta se olisi asiakaslähtöistä.

Asiakaslähtöisyys on yksi tärkeimpiä osa-alueita hoitotyössä ja kivunhoidossa. Opinnäytetyöstämme hyötyy myös työelämä, sillä se voi soveltaa keräämäämme ja tiivistämäämme tietoa käytäntöön. Kuten käsittelemämme tutkimuksetkin osoittavat, kipua hoidetaan edelleen puutteellisesti, vaikka kivunhoidon osaaminen on kasvanut viime vuosien aikana paljon. Potilaan mukaan ottaminen hoitoaan koskeviin päätöksiin edesauttaa onnistuneemman ja tehokkaamman kivunhoidon aikaansaamista.

8.4 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet

Emme onnistuneet löytämään ainoatakaan tutkimusta, joka olisi suoraan tutkinut asiakaslähtöistä kivunhoitoa, joten olemme päätelleet, ettei tällaisia tutkimuksia ole tehty montaa, jos lainkaan. Olisikin hyödyllistä tehdä oma tutkimus siitä, miten asiakaslähtöistä kivunhoito on ja miten asiakaslähtöisyys toimii kivunhoidossa.

Bucknall, Tracey – Manias, Elizabeth – Botti, Mari 2007: Nurses` Reassessment of Postoperative Pain After Analgesic Administration. *Clinical Journal of Pain*. 23(1). 1-7.

Dihle, Alfhild - Bjölseth, Gunnar - Helseth, Sölvi 2006: The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*. 15. 469-479.

Dunwoody. Colleen J. - Krenzischek, Dina A. - Rathmell, James P. - Polomano, Rosemary C. 2008: Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*. 9(1). 11-21. Ferrell, Betty 2005: Ethical Perspectives on Pain and Suffering. *Pain Management Nursing*. 6(3). 83-90.

Elonen, Marjo. 2003: Asiakaslähtöinen hoitotyö sisätautien ja kirurgian yksiköissä. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Flinkman, Mervi - Salanterä, Sanna 2004: Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa. *Tutkiva Hoitotyö*. 2(3). 16-21.

Gan, Caron – Campell, Kent A. – Snider, Andrea – Cohen, Susan – Hubbard, Janine 2008. Giving youth a voice (GYV): A measure of youths` perceptions of the client-centredness of rehabilitation services. *Revue canadienne dérgotherapie*. 75 (2). 96-104.

Gunninberg, Lena – Idwall, Ewa 2007: The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*. 15. 756-766.

Herr, Keela - Titler, Marita G. - Schilling, Margo L. - Marsh, J. Lawrence - Xie, Xianjin - Clarke, William R. - Everett, Linda Q 2004: Evidence-Based Assessment of Acute Pain in Older Adults. *Clinical Journal of Pain*. 20(5). 331-340.

Hirsijärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2008: Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Idwall, Ewa - Ehrenberg, Anna 2002: Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*. 11(6). 734-742.

Järvimäki, Voitto 1999: Miten postoperatiivista kipua tulisi seurata? *FINNANEST*. 32. 319-320.

Kalam-Salminen, Ly 2008: Asiakaslähtöinen osaaminen Suomessa ja Virossa.

Kauppinen, Sanna - Hiltunen, Kari-Matti 2001: Kirurgisen päivystyspotilaan kipulääkitys. *Suomen Lääkärilehti*. 56(34). 3313-3317.

Kim, Hesook Suzie – Schwartz-Barcott, Donna – Tracy, Susanne M. - Fortin, Jaqueline D. - Sjöström, Björn 2005: Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. *Pain Management Nursing*. 6(1). 3-9.

Kiikkala, Irma 2000: Asiakslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Kiikkala, Irma - Nouko-Juvonen, Susanna - Ruotsalainen, Pekka(toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi. Tampere.

Kujala, Eila 2003: Asiakslähtöinen laadunhallinnan malli tilastollisen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos

Kuuppelomäki, Merja 2002: Kuolevan potilaan kivun hoito terveystieteessä sairaanhoitajien arvioimana. Hoitotiede.14(5). 243-253.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede. 11 (1). 3-11.

Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede. 18 (1). 27-45.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. www.finlex.fi

Lehtomäki, Pirjo 2002: Aikuispotilaan leikkauksen jälkeisen kivun arvioiminen. Suomen anestesia- ja sairaanhoitajat. Spirium. 37(1). 17-21.

Lehtomäki, Pirjo 2003: Postoperatiivinen kivun hoito. Artikkelikokoelmassa Lauritsalo, Pirkko (toim.): Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 18-30.

Managing Acute Pain. 2005. A Guide for Patients. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine.

Manias, Elizabeth – Bucknall, Tracey – Botti, Mari 2005: Nurses` Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. Pain Management Nursing. 6(1). 18-29.

Manias, Elizabeth – Botti, Mari – Bucknall, Tracey 2002: Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. Journal of Clinical Nursing. 11. 724-733.

McCormack, Brendan 2003: A conceptual framework for person-centred practice with older people. International Journal of Nursing Practice. 9. 202-209.

Mäntyselkä, Pekka 1998: Kipupotilas terveystieteessä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja.

Niemi, Annukka 2006: Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Niemi-Murola, Leila - Pöyhkä, Reino - Onkinen, Kaarina - Rhen, Birthe - Mäkelä, Arja - Niemi, Tomi T. 2007: Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management -Effect of Postoperative Factors. Pain Management Nursing. 8(3). 122-129.

Nummi, Jyrki 1997: Opinnäytteellä ammattiin. Helsingin ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Puntillo, Kathleen – Miaskowski, Christine – Kehrle, Karen – Stannard, Daphne – Gleeson, Sheila – Nye, Pamela 1997: Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*. 25(7). 1159-1166.

Raappana, Maarit 1998: Potilas on kaiken lähtökohta. *Pinsetti*. 3. 9-10.

Rustoen, Tone – Gaardsrud, Torill – Leegaard, Marit – Wahl, Astrid K. 2009: Nursing Pain Management – A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment. *Pain Management Nursing*. 10 (1). 48-55.

Sainio, Carita – Eriksson, Elina – Lauri, Sirkka 2001: Patient participation in decision making about care. *Cancer Nursing*. 24 (3). 172-178.

Salanterä, Sanna - Hagelberg, Nora - Kauppila, Marjo - Närhi, Matti 2006: Kivun hoitotyö. WSOY. Helsinki.

Slater, Lynne 2006: Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary Nurse*. 23 (1). 135-144.

Sorsa, Minna 2002: Asiakaslähtöisyys sosiaali ja terveyspalveluissa. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. 1999. Valtakunnallinen suositus. Gummerus. Jyväskylä

Suhonen, Riitta 2003: Potilaan yksilöllinen hoito. *Tutkiva hoitotyö*. 1 (1). 10-15.

Tornivuori, Aila - Viitanen, Outi 2002: Leikkauksen jälkeinen kivunhoito asiantuntijasairaanhoidajan näkökulmasta Meilahden sairaalassa (HYKS). *Kipuviesti*. 2. 21-24.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus. Jyväskylä.

Tähtinen, Helena 2007: Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, Kirsi - Axelin, Anna - Stolt, Minna - Ääri, Riitta-Liisa (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*.

Vaartio, Heli – Leino-Kilpi, Helena – Suominen, Tarja – Puukka, Pauli 2008: The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 64(5). 504-513.

Watt-Watson, Judy – Garfinkel, Paul – Gallop, Ruth – Stevens, Bonnie – Streiner, David 2000: The Impact of Nurses' Emphatic Responses on Patients' Pain Management in Acute Care. *Nursing Research*. 49(4). 191-200.

TIEDONHAKUTAULUKKO

LIITE 1

Tietokanta	Hakusana(t)	Hylätty nimen perusteella	Hylätty tiivistelmän perusteella	Hylätty tekstin perusteella	Valitut tutkimukset
Pubmed	pain and nursing and management (167)	160	4	1	*Nursing documentation of postoperative pain management *Nursing Pain Management - A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment
Pubmed	pain and management and postoperative (399)	390	6	1	*Patient Satisfaction with postoperative pain management - Effect of preoperative factors *The gap between saying and doing in postoperative pain management
Pubmed	pain and patient* and nurse*(148)	139	6	0	*The content of advocacy in procedural pain care - patients' and nurses' perspectives *Observation of pain assessment and management - the complexities of clinical practice *The Impact of nurses' empathic responses on patients pain management in acute care

Tietokanta	Hakusanat	Hylätty nimen perusteella	Hylätty tiivistelmän perusteella	Hylätty tekstin perusteella	Vaiitut tutkimukset
Pubmed	postoperative and pain and nursing (109)	98	6	2	*A quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records *Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units *Nurses´ strategies for managing pain in the postoperative setting
Medic	kivu* and päivyst* (3)	2	0	1	*Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa
Medic	kirurg* and kipulääkitys (5)	4	0	0	*Kirurgisen päivystyspotilaan kipulääkitys
Medic	kip* or kiv* and hoitotyö (592)	589	1	1	*Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana
Ovid	pain and administration and patient* (101)	99	1	0	* Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients´self-reports of pain, and opioid administration
Ovid	pain and nurse* and postoperative (55)	54	0	0	*Nurses´reassessment of postoperative pain after analgesic administration

TUTKIMUKSET

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Manias, Elizabeth – Botti - Mari, Bucknall, Tracey, Australia 2002: Observation of pain assessment and management - the complexities of clinical practice. Journal of Clinical Nursing. 11.	Tutkia hoitajien ja potilaiden välistä yhteistyötä liittyen kivun arviointiin ja hoitoon	Tutkimukseen osallistui 12 sairaanhoitajaa, kvantitatiivinen tutkimus	-hoitajat tulivat keskeytetyiksi useimmiten -hoitajien pyrkimykset hoitaa kipua vaihtelivat
Gunningberg - Lena, Idwall, Eva, Ruotsi 2007: The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. Journal of Nursing Management. 15.	Tutkia postoperatiivisen kivunhoidon laatua yliopistollisessa sairaalassa	Tutkimukseen osallistui 121 potilasta ja 47 sairaanhoitajaa kvantitatiivinen tutkimus	-tärkeää keskustella potilaan tarpeista ja kuinka tarpeiden täyttäminen toteutetaan
Niemi-Murola, Leila – Pöyhiä, Reino – Onkinen, Kaarina – Rhen, Birthe – Mäkelä, Arja – Niemi, Tomi T., Suomi 2007: Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management - Effect of Preoperative Factors. Pain Management. 8(3).	Tutkia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaiden tyytyväisyyteen postoperatiivisessa kivunhoidossa	Tutkimukseen osallistui 102 potilasta ja 74 sairaanhoitajaa, kvantitatiivinen tutkimus	-suuri osa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon kivun asteesta riippumatta
Watt-Watson, Judy – Garfinkel, Paul – Gallop, Ruth – Stevens, Bonnie – Streiner, David Kanada 2000: The Impact of Nurses` Responses on Patients` Pain Management in Acute Care. Nursing research. 49 (4).	Tutkia hoitajien empatian sekä heidän potilaidensa kiputason välistä yhteyttä ja kipulääkitystä leikkauksen jälkeen	Tutkimukseen osallistui 225 potilasta sekä 94 hoitajaa, kvantitatiivinen tutkimus	-hoitajat olivat keskinkertaisen empaattisia, potilaat eivät olleet tyytyväisiä hoitajien kipuun kiinnittämään huomioon
Bucknall, Tracey – Manias, Elizabeth –	Selvittää, milloin ja miten hoitajat	52 hoitajaa ja 364 potilasta, 316	-kivun uudelleenarvioinnissa

<p>Botti, Mari, Australia 2007: Nurses` Reassessment of Postoperative Pain After Analgesic Administration. Clinical Journal of Pain. 23(1).</p>	<p>uudelleenarvioivat potilaiden kipua kipulääkkeen antamisen jälkeen</p>	<p>kipuaktiiviteettia, jotka ilmenivät 74 havainnointikerran aikana, kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>havaittiin selviä puutteita</p>
<p>Vaartio, Heli – Leino-Kilpi, Helena – Suominen, Tarja – Puukka, Pauli, Suomi 2008: The content of advocacy in procedural pain care - patients` and nurses` perspectives. Journal of Clinical Nursing. 64(5).</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää hoitajien toimimista potilaiden asianajajina leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 405 potilasta ja 118 hoitajaa, kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>-potilaan asianajajana toimiminen edellyttää hoitajalta oman ammatillisen roolinsa omaksumista -hoitajan kivunhoitotaidot ovat tärkeä tekijä</p>
<p>Idwall, Ewa – Ehrenberg, Anna, Ruotsi 2002: Nursing documentation of postoperative pain management. Journal of Clinical Nursing. 11(6).</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena kuvailla kivunhoidon kirjaamista sekä hoitajien käsityksiä kuvauksista liittyen tähänhetkisiin säännöksiin ja suosituksiin</p>	<p>Otoksessa 172 potilasta ja 63 sairaanhoitajaa, kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>-kivun arviointi perustui pääasiassa potilaiden itsearviointiin -hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamisen puutteet</p>
<p>Kim, Suzie Hesook – Schwartz-Barcott, Donna – Tracy, Susanne M. – Fortin, Jaqueline D. – Sjöström, Björn, USA, Ruotsi, Norja 2005: Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. Pain Management Nursing. 6(1).</p>	<p>Tarkoituksena tunnistaa kriteerit, joita hoitajat käyttivät postoperatiivisen kivun arvioinnissa sekä tietoutta, jota he ammensivat aiemmista kokemuksista</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 10 hoitajaa, kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>-hoitajien useimmin käyttämä kriteeri olivat potilaan ulkonäköön liittyvät seikat -kriteerit vaihtelivat hoitajien arvioidessa postoperatiivista kipua</p>
<p>Kauppinen, Sanna – Hiltunen, Kari-Matti, Suomi 2001:</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää</p>	<p>Tutkimukseen pyydettiin 148</p>	<p>-hoitajien ja potilaiden käsityksissä</p>

<p>Kirurgisen päivystyspotilaan kipulääkitys. Suomen Lääkärilehti. 56(34).</p>	<p>mikä on päivystyspotilaan kivunhoidon tila tänä päivänä sekä nykyisen hoitokäytännön riittävyys</p>	<p>potilasta, joista 144 osallistui, kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>kivunhoidon tehokkuudesta ilmeni merkittäviä eroavuuksia -potilaista 64% mielestä heidän saamansa kipulääkitys oli riittävää, hoitajien mielestä vain 29% oli sitä mieltä</p>
<p>Dihle, Alfhild - Bjölseth, Gunnar – Helseth, Sövi, Norja 2004: The gap between saying and doing in postoperative pain management. Journal of Clinical Nursing. 15.</p>	<p>Tarkoituksena ymmärtää, miten hoitajat osallistuvat postoperatiiviseen kivunhoitoon ja selvittää esteet kivun lieventämisen saavuttamiseksi</p>	<p>Tutkimukseen osallistui yhdeksän hoitajaa, kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>-postoperatiivisessa kivunhoidossa vallitsee aukko sanomisen ja tekemisen välillä -suurin syy puutteelliselle kivunhoidolle on hoitohenkilökunnan epäonnistuminen kivun havaitsemisessa ja arvioinnissa</p>
<p>Puntillo, Kathleen – Miaskowski, Christine – Kehrle, Karen – Stannard, Daphne – Gleeson, Sheila – Nye, Pamela, USA 1997: Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care pain patients` self-reports of pain, and opioid administration. Critical Care Medicine. 25(7).</p>	<p>Tutkia kriittisten potilaiden kivun päätelmien tarkkuutta perustuen fysiologisiin sekä käytökseen liittyviin indikaattoreihin ja arvioida hoitajan ja potilaan välistä suhdetta</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 14 tehohoitajaa, kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>-kivun tarkkuuden arviointi vaihteli suuresti aloittain</p>
<p>Rustöen, Tone – Gaardsrud, Torill – Leegaard, Marit – Wahl, Astrid K., Norja 2009: Nursing Pain Management - A Patients with Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment. Pain Management Nursing. 10 (1).</p>	<p>Tarkoituksena tutkia syöpäpotilaiden kokemuksia kivunhoidostaan syöpähoitojen aikaan sairaalassa</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 18 potilasta, syvähaastattelut, kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>-potilailla oli vaikeuksia ilmaista kivunhoitoonsa liittyviä odotuksia -potilaiden mielestä hoitajien toimissa tärkeimpiä läsnäolo, tukeminen, tiedon jakaminen, lääkityksestä huolehtiminen ja kivun tunnistaminen</p>

<p>Flinkman, Mervi – Salanterä, Sanna, Suomi 2004: Potilaiden näkemyksiä kivunhoitoyöstä päivystyspoliklinikassa. Tutkiva hoitotyö. 2(3).</p>	<p>Tarkoituksena kuvata potilaiden näkemyksiä kivunhoidosta ja heidän tyytyväisyyttään kivunhoitotyöhön</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 148 potilasta, kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>-potilaiden mielestä tärkeintä on kivun poistaminen mahdollisimman nopeasti -kivunhoitotyöhön oltiin yleisesti melko tyytyväisiä</p>
<p>Kuuppelomäki, Merja, Suomi 2002: Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksessa sairaanhoitajien arvioimana. Hoitotiede. 14(5).</p>	<p>Tarkoituksena selvittää kuolevan potilaan hoitoa terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana, ja lisäksi selvittää terveyskeskuksen väestöpohjan ja hoitotyön kehittämisen yhteyttä kipujen esiintymiseen ja kivunhoidon käytäntöön</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 328 sairaanhoitajaa, kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>-hoitajat arvioivat, ettei potilaiden kipua yrityksistä huolimatta pystytä hoitamaan -kuitenkin valtaosa hoitajista arvioi, että kivunhoito on hyvällä tasolla</p>
<p>Manias, Elizabeth - Bucknall, Tracey - Botti, Mari, Australia 2005: Nurses` Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. Pain Management Nursing. 6(1).</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena määrittää hoitajien käyttämät menetelmät potilaiden postoperatiivisessa kivunhoidossa</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 52 sairaanhoitajaa, kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Tuloksista nousi esille kuusi teemaa: tehokas kivunhoito, kipukokemusten priorisointi kivunhoidossa, kivunhoidon säätelijät ja valvojat, kivun ehkäisy, reagoiva kivunhoito</p>