



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

MITEN SAIRAANHOITAJA ARVIOI POTIL- LAAN KIPUA JA SEURAA KIVUNHOIDON VAIKUTUSTA?

Kipumittarin käyttö vuodeosastolla.

Jenni Karhe

Arimatti Lintunen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KARHE, JENNI & LINTUNEN, ARIMATTI:

Miten sairaanhoitaja arvioi potilaan kipua ja seuraa kivunhoidon vaikutusta?
Kipumittarin käyttö vuodeosastolla.

Opinnäytetyö 47 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Lokakuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajat arvioivat potilaiden kipua, toteuttavat kivunhoitotyötä ja seuraavat kivunhoidon vaikutusta eräällä vuodeosastolla. Olimme erityisesti kiinnostuneita kipumittareiden käytöstä kivun arvioinnissa. Opinnäytetyömme tehtävinä oli selvittää, miten sairaanhoitaja arvioi potilaan kipua ja mitä on kipupotilaan hoitotyö sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena oli syventyä ammatillisesti kivunhoitotyöhön ja samalla tuottaa ajantasaista tietoa kivun arvioinnista ja sen hoidosta yhteistyötahomme käyttöön työprosessien kehittämiseksi. Opinnäytetyömme oli kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina, jossa neljää sairaanhoitajaa haastateltiin pareittain. Haastattelukysymykset muodostettiin opinnäytetyön tehtävien pohjalta. Haastattelut litteroitiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat arvioivat systemaattisesti potilaiden kipua ja käyttivät laajasti kivunhoitotyön keinoja kivun hoidossa. Haasteita kivunhoitotyöhön toi ajoittainen korkea kuormitus ja omaiset.

Johtopäätöksenä todettiin, että kivunhoitotyö yhteistyöosastolla oli toimivaa. Kivun arviointi oli jatkuvaa ja oikea-aikaista, mutta yhtenäistä kivun arviointimenetelmää ei ollut. Kipumittareita käytettiin osastolla ja sairaanhoitajat kokivat, että kipumittarit olivat hyödyllisiä hoitotyössä. Tulosten tarkastelussa kehityskohteeksi nousivat erityisesti kivun arvioinnin ja sen hoidon kirjaaminen. Osastolla sovitut yhtenevät kirjaamismenetelmät voisivat ratkaista ongelmat dokumentoinnissa.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

KARHE, JENNI & LINTUNEN, ARIMATTI:

How a Registered Nurse Assesses Pain and Monitors the Effect of Pain Management?
The Use of the Pain Assessment Scale in a Ward.

Bachelor's thesis 47 pages, appendices 8 pages
October 2016

The aim of this thesis was to gather information on how registered nurses assess pain, carry out pain management and monitor the response of the pain management. The main assignments were to study how pain was assessed and what pain management was from a nurse's perspective. The objective of this thesis was to bring new information of pain assessment and management to the collaborating ward.

This thesis was qualitative in nature. Four registered nurses were interviewed for this study. The interviews were theme interviews. The data were analyzed using content analysis.

The results show that pain is assessed repeatedly in the collaborating ward with the help of pain assessment scales. A lack of resources as well as relatives pose challenges for pain management.

The findings indicate that pain management is functional in the collaborating ward. Registered nurses found pain assessment scales useful, even though those were not used systematically. The targets for development are the documentation of pain assessment and pain management.

Key words: pain management, pain assessment scale, pain

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Kipu.....	7
3.1.1	Kipu käsitteenä	7
3.1.2	Kivun luokittelu.....	8
3.1.3	Kivun kesto	8
3.2	Kivun arviointi	8
3.2.1	Kipumittarit ja –kaavakkeet	10
3.3	Kivunhoitotyö	13
3.3.1	Lääkkeellinen kivunhoitotyö	13
3.3.1	Lääkkeetön kivunhoitotyö	16
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	21
5	TULOKSET	24
5.1	Kivun arviointi ja kipumittareiden käyttö	24
5.1.1	Kivun arviointi vuodeosastolla.....	24
5.1.2	Kipumittarit vuodeosastolla	26
5.2	Kivunhoitotyö vuodeosastolla	27
5.2.1	Lääkkeellinen kivunhoitotyö	27
5.2.2	Lääkkeetön kivunhoitotyö	29
5.2.3	Haasteet ja kehityskohteet kivunhoitotyössä.....	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	32
6.2	Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset	33
6.3	Lopuksi.....	35
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET.....	40
	Liite 1. Tietoinen suostumus -lomake	40
	Liite 2. Kutsu opinnäytetyön haastatteluun	43
	Liite 3. Teemahaastattelukysymykset	44
	Liite 4. Sisällönanalyysi	45

1 JOHDANTO

Kivun arviointi ja kivunhoito ovat tärkeitä, kun puhutaan sairaanhoidosta. Lääkkeellinen kivunhoito kehittyi koko ajan, ja sen rinnalla myös lääkkeettömät kivunhoitokeinot yleistyivät. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sisältää tärkeimmät potilaan hoitoon liittyvät oikeudelliset periaatteet. Oikeus hyvään kivunhoitoon tarkoittaa sitä, että hoitovaihtoehtojen valinta, käyttö ja arviointi perustuvat tutkittuun tietoon ja vankkaan kokemuksesta. Sairaanhoidajan työssä tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitajalla tulee olla kykyä tunnistaa kipu ja hallita erilaisia kivunhoitomenetelmiä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 28.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella erään vuodeosaston sairaanhoitajien keinoja kivun arviointiin ja –hoitoon. Selvitämme haastatteluin, mitä keinoja sairaanhoitajat vuodeosastolla käyttävät kivun arviointiin ja kivunhoidon vasteen seurantaan. Tarkoituksena on selvittää erityisesti kipumittareiden käyttöä vuodeosastolla. Haastattelemme neljää sairaanhoitajaa ja toteutamme haastattelut pareittain. Opinnäytetyömme keskittyy pääasiassa hoitotyön näkökulmaan, mutta käsittelemme kipua myös lääketieteellisestä näkökulmasta. Aiheen käsittely auttaa meitä ymmärtämään kipua ja sen monimuotoisuutta. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Keskitymme opinnäytetyössä aikuispotilaiden kivun arviointiin ja –hoitoon.

Tämän opinnäytetyön tekemisestä on meille hyötyä tulevaisuudessa. Voimme hyödyntää saamaamme tietoa työelämässä ja kehittää omaa osaamistamme sairaanhoitajina valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyötä tehdessämme perehdymme syvällisesti kivun arviointiin ja –hoitoon. Pyrimme myös tuottamaan yhteistyösastollemme arvokasta tietoa, jota voidaan tarvittaessa käyttää osaston kivun arvioinnin ja –hoidon kehittämiseen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

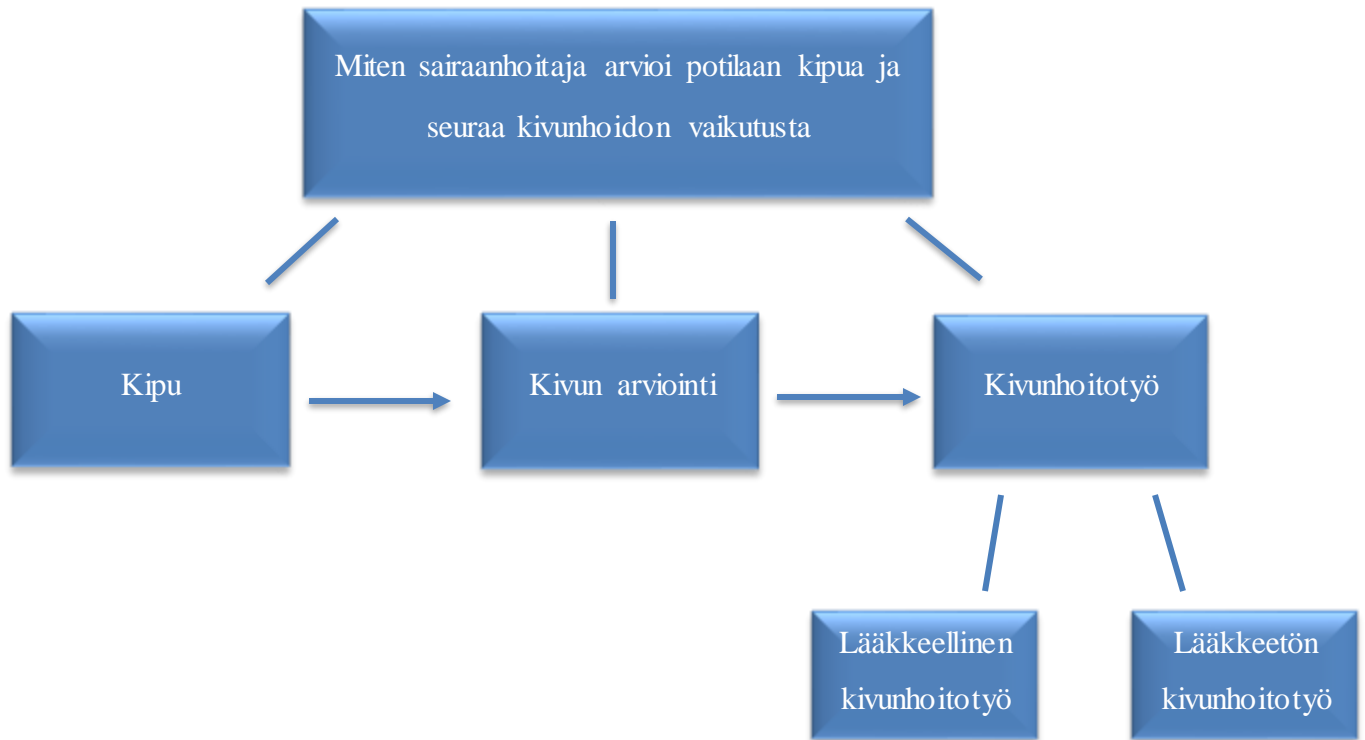
Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten erään vuodeosaston sairaanhoitajat arvioivat potilaan kipua, toteuttavat kivunhoitoa ja seuraavat kivunhoidon vaikutusta. Opinnäytetyön tehtäviä ovat:

1. Miten potilaan kipua arvioidaan?
2. Mitä on kipua kokevan potilaan hoitotyö?

Tavoitteenamme on tuottaa opinnäytetyön tilaajalle ajantasaista tietoa kivun arvioinnista ja – seurannasta sairaanhoitajan kokemana. Tavoitteenamme on tehdä opinnäytetyöstä kattava ja laadukas työ jota käytetään kivun arvioinnin ja kivunhoitotyön kehittämiseen yhteistyöosastolla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettiset lähtökohdat kuviona esitettynä (KUVIO 1.)



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys.

3.1 Kipu

3.1.1 Kipu käsitteenä

Kipu – sana tulee latinan sanasta poena, joka tarkoittaa rangaistusta (Woods 2002, 41). International Association for the Study of Pain (2012) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy todelliseen tai potentiaaliseen kudonvaurioon, tai vaurioon, jota voi kuvailla edellä mainitusti. Kipu on aina subjektiivista. Jokainen yksilö oppii kipu -sanan käytön aikaisessa vaiheessa elämää vammautumiskokemusten myötä. (International Association for... 2012.) Kipuaisti on ihmi-

selle hengissä selviytymisen ehto, sillä se varoittaa vaarasta. Biologisena vamman tai sairauden viestinä kivun voi siis kokea hyödyllisenä. (Vainio 2003, 11.) Kokemukset jotka muistuttavat kipua, mutta eivät ole epämiellyttäviä, kuten pistelyn tunne, ei tulisi kutsua kivuksi (International Association for... 2012).

3.1.2 Kivun luokittelu

Kipu voi olla nosiseptiivistä eli kudosaauriosta johtuvaa, neuropaattista eli hermovauriosta johtuvaa tai idiopaattista, jossa kipukokemukselle ei ole löydettävissä syytä, kuten kudosa- tai hermovauriota (Estlander 2003, 16). Kudoksissa olevat nosiseptorit eli kipuhermopäätteet, viestittävät sähkökemiallisesti kudokseen kohdistuvasta ärsykkeestä aktiopotentiaaliksi eli toimintajännitteen avulla. Mitä enemmän viestejä hermostossa kulkee, sitä kovemmin ihminen tuntee kivun. Hermot ovat yhteydessä selkäyttimeen, eli keskushermostoon, johon viesti kudoksista kantautuu. (Kalso & Kontinen 2009, 76.)

3.1.3 Kivun kesto

Kivun ajallisessa määrittelyssä puhutaan akuutista sekä kroonisesta kivusta. Akuutti kipu kertoo, että elimistössä on jokin kivulias häiriö, ja että siihen tulisi reagoida, esimerkiksi varomalla kipua aiheuttavaa asiaa. (Kalso, Elomaa, Estlander, Granström 2009, 105.) Krooninen kipu on kipua, joka on jatkunut 3-6 kuukautta tai kipu on kestänyt yli normaalin kudosaaurion parantumisaajan (Estlander 2003, 17-18; Kalso ym. 2009, 106). Kivun Käypä hoito –suositus (2015) määrittelee akuutin kivun alle kuukauden kestäneeksi, puoliakuutin kivun 1-3 kuukautta kestäneeksi ja kroonisen kivun yli kolme kuukautta kestäneeksi kivuksi.

3.2 Kivun arviointi

Kivun tunnistaminen ja arviointi ovat yksi hoitotyön kulmakivistä. Lähes puolet potilaista tulee sairaalaan kivun takia. Kipu on subjektiivinen kokemus ja näin ollen potilas on en-

sisijaisesti oman kipunsa asiantuntija. (Salanterä ym. 2006, 75; Sailo 2000, 62.) Toissijaisiksi kivun asiantuntijoiksi voidaan luokitella lääkäri, hoitaja ja lähipiiri (Salanterä ym. 2006, 75; Sailo 2000, 62). Hoitajan ei tulisi koskaan sekoittaa omia tai kohtaamiaan kipukokemuksia samankaltaisista vammoista, koska kukaan muu kuin yksilö itse ei voi tietää, miltä tai kuinka voimakkaasti kipu tuntuu tai tuntee hän kipua ollenkaan. (International Association for... 2012).

Potilaan kipua tulee arvioida säännöllisin väliajoin (Salanterä ym. 2006, 75; Sailo 2000, 63). Kipua voi mitata esimerkiksi säännöllisin väliajoin ja tarvittaessa (Marmo & D'Arcy 2013, 34). Kivun arvioinnin tulisi kuulua potilaan hoitoon yhtä olennaisena osana kuin esimerkiksi verenpaineen mittaaminen (Salanterä ym. 2006, 75; Sailo 2000, 63). Potilaan kivun arviointi rutiininomaisesti ”viidentenä elintoimintona” esimerkiksi verenpaineen mittauksen rinnalla kasvattaa kivun arviointien määrää (Purser, Warfield, Richardson 2014, 137–142). Rutiininomainen kivun arviointi ei kuitenkaan aina kasvata kivunhoidon laatua ja määrää, vaikka tarvetta olisi (Mularski ym. 2006, 607–612). Jos kipua arvioidaan rutiininomaisesti, tulee sitä myös hoitaa rutiininomaisesti, sillä pelkkä tieto potilaan kivuista ei paranna kipua ja kivunhoitoa (Marmo & D'Arcy 2013, 19).

Monet potilaat eivät kipunsa vuoksi kykene ilmaisemaan kipuaan sanallisesti. Kipupotilas voi olla shokissa, joka voi viedä kyvyn kommunikoida verbaalisesti. (Carr & Mann 2009, 30.) Kykenemättömyys kommunikoida verbaalisesti ei poista sitä mahdollisuutta, että yksilö kokee kipua ja on tarvittavien kipua lievittävien hoitojen tarpeessa (International Association for... 2012). Vaikka potilas pystyisikin puhumaan, hän ei välttämättä halua tuoda kiputuntemuksiaan ilmi. Näissä tilanteissa hoitaja joutuu turvautumaan omaan havainnointikykyynsä ja osaamiseensa. (Carr & Mann 2009, 30.)

Potilaan olemuksessa ja käytöksessä voi näkyä paljon asioita, jotka viestivät kipua. Hoitajan on hyvä tarkkailla potilaan kehonkieltä. Kipu voi ilmetä liikkumattomuutena tai kiipeiden kohtien suojeluna. Potilaan liikkumisessa voi myös ilmetä kipua viestiviä muutoksia kuten ontumista. Kivusta viestii yleensä myös yleinen rauhattomuus ja se, ettei potilas pysty kunnolla orientoitumaan esimerkiksi tulohaastatteluun. (Carr & Mann 2009, 30; Salanterä ym. 2006, 76-77.) Kipua voi aistia myös potilaan ilmeistä, äänistä ja katseesta. Kivulias potilas saattaa vältellä katsekontaktia ja kiristellä kasvojen lihaksiaan.

Kivuista voi kieliä myös hampaiden kiristely ja silmien tiukasti yhteen painuminen. Potilaan ilmeistä voi myös päätellä paljon. Kipupotilaan ilme voi olla epätoivoinen ja hän voi olla kauhistuneen näköinen. Myös kyyneleet poskilla kielivät kivuliaisuudesta. Kivulias potilas voi päästellä erilaisia äännähdyksiä, jotka kertovat kivusta. Vaikerointi, huuhtaminen ja nyhkytys ovat yleisiä kivusta kertovia ääniä. (Carr & Mann 2009, 30.)

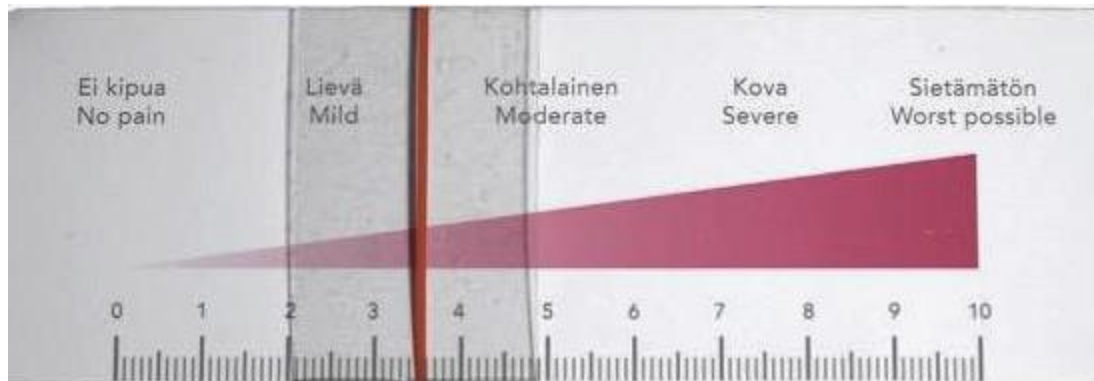
Potilaan iho voi kertoa paljon kivusta. Iho voi olla nihkeä ja kylmänhikinen, mutta sekään ei ole epätavallista, että iho tuntuu kuumalta. (Sailo 2000, 113.) Kipu voi viedä monelta myös ruokahalun. Monet kivuliaista potilaista saattavat kokea huimausta tai pahoinvointia, monet voivat jopa oksentaa tai ripuloida. Vuorovaikutus kipupotilaan kanssa voi olla vajavaista. Kivulias potilas voi olla vetäytynyt eikä hän ole esimerkiksi kiinnostunut ympäristöstään. Kipua kokeva potilas voi myös olla niin voimaton, ettei hän reagoi kipuun mitenkään. (Carr & Mann 2009, 30; Salanterä ym. 2006, 78.)

3.2.1 Kipumittarit ja –kaavakkeet

Kivun subjektiivisuuden vuoksi ei ole mahdollista keksiä kipumittaria, joka mittaa potilaan kokemaa kivun määrää objektiivisesti (Marmo & D’Arcy 2013, 33). Yleisempiä kivun arviointiin käytettyjä mittareita aikuisilla on visuaalinen analogiskaala, eli VAS, verbaalinen arviointimittari, eli VRS ja numeerinen arviointimittari, eli NRS. (Kipu: Käypä hoito –suositus 2015). Kaiken kaikkiaan kipumittareita on olemassa lukematon määrä aina lapsen kivun arvioinnista tajuttoman tehohoitopotilaan kivun arviointiin ja edelleen iäkkään kivun arviointiin, jolla on alentunut kognitio. Tämän vuoksi tuleekin miettiä, mikä kipumittari vastaa parhaiten kunkin potilaan yksilöllisiä ominaisuuksia, jotta kipumittarin tulos on mahdollisimman luotettava. Jotkut ihmiset tuovat kipuaan ilmi parhaiten sanoin, toiset numeroin ja kolmannet hahmottaen (Salanterä ym. 2006, 83.) Samassa osastossa tai yksikössä on oleellista, että kaikki käyttävät ensisijaisesti yhtä samaa kipumittaria (Iivanainen & Syväoja 2012, 78). Näin eri henkilöiden tekemät arviot saman potilaan kivusta ovat suoraan yhteneväiset, eikä virheellisiä arvoja ilmene.

Visuaalinen analogiskaala eli VAS on noin 10 senttimetriä pitkä kiila tai jana, jossa vasen pääty esittää kivuttomuutta ja oikea pääty suurinta mahdollista kipua (Pudas-Tähkä &

Kangasmäki 2010). Potilas arvioi kipunsa janalla ja mittarin toiselta puolelta pystyy lukemaan kivun määrän numerona nollasta kymmeneen. Verbaalinen arviointimittari eli VRS on viisi askelinen mittari, jossa kipu arvioidaan sanallisesti. Potilaalta kysytään, onko hän kivuton, lievästi kivulias, kohtalaisen kivulias, voimakkaan kivulias vai sietämättömän kivulias. Numeerinen arviointimittari eli NRS on ikään kuin viivoitin, jossa on numeeriset arvot nollasta kymmeneen. Nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja kymmenen kaikkein voimakkainta kipua. Potilas valitsee kipuaan vastaavan arvon viivoittimesta. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.) Numeerisen arviointimittarin kohdalla on hyvä huomioda, että sitä voi tarkoituksenmukaisesti käyttää fyysisen mittarin lisäksi myös pelkästään verbaalisesti.



KUVA 1. Visuaalinen analogiskaala, verbaalinen arviointimittari ja numeerinen arviointimittari yhdessä mittarissa kuvattuna.

Näiden eri kipumittareiden kivun intensiteetin mittaustaitoa vertailtiin laajassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, joka sisälsi 54 tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että numeerista kipumittaria suositeltiin eniten, verbaalista arviointimittaria toiseksi eniten ja visuaalista analogiskaalaa vähiten, mutta jokainen näistä mittareista on melko toimiva. Numeerista kipumittaria keuhetaan helppokäyttöisyydestä ja hyvästä toimivuudesta, mutta siitä ei ole varmuutta, sopiiko se mittariksi jokaiselle ihmiselle. Verbaalista arviointimittaria arvostetaan helppokäyttöisyydestä sekä hyvästä toimivuudesta eri-ikäisillä ja erilaisissa oireissa. Visuaalista analogiskaalaa arvosteltiin monimutkaisuudesta ja korkeimmista virheellisistä arvoista. (Hjermstad ym. 2011, 1073–1074, 1086, 1088–1089.) Visuaalista analogiskaalaa arvostellaan myös siitä, että potilaan voi olla hankala arvioida asteetonta mittaria (Salanterä ym. 2006, 85).

Kivun voimakkuuden arvioinnin asteikot määräytyvät sen mukaan, kuinka tarkkaa tietoa kivusta tarvitaan. Potilaan mieltymykset vaikuttavat myös kipumittarin valintaan. Toiset potilaat hahmottavat paremmin numeraalisen asteikon, kun taas toiset mieltävät esimerkiksi kipua kuvaavan kiilan luonnollisemmaksi. (Iivanainen & Syväoja 2012, 79; Salanterä ym. 2006, 83.) Tutkimukset osoittavat, että kipumittarin tulokset eivät ole aina luotettavia, sillä potilailla on taipumus käyttää vain mittarin ääripäitä, eivätkä ota huomioon mittarin keskikohtaa. Monet potilaista myös kritisoivat sitä, että mittarin toinen ääripää kuvataan pahimmaksi mahdolliseksi kivuksi mikä on kuviteltavissa, sillä harva tietää mitä sellainen kipu tarkoittaa. (Salanterä ym. 2006, 85.)

Kipumittareita moniulotteisempia ja laajempia vastauksia kivusta saa muistillisella kivunarviointikortilla (MPAC), kipuanalyysillä ja lyhennetyllä suppealla kipulistauksella (BPI-SF). Muistillisessa kipuarviointikortissa kysytään neljä kysymystä kipuun liittyen. Ensimmäisenä kysytään visuaalisen analogiskaalan tapaisella kiilalla kivun määrää sillä hetkellä. Seuraavaksi kysytään kuinka kipua arvioisi sanoin: ei kipua, juuri huomattavissa, heikko, lievä, kohtalainen, voimakas, ankara vai kiduttava. Kolmanneksi arvioidaan kivunlievityksen toimivuutta visuaalisen analogiskaalan kiilalla. Neljäntenä arvioidaan mielialaa visuaalisen analogiskaalan kiilalla, eli onko hyvä vai huono mieliala vai siltä väliltä. (Partners Against Pain n.da.)

Kipuanalyysi on yhdeksänkohtainen kipukaavake. Ensimmäiseksi kipuanalyysissä kysytään, missä kipu on ja vastaus merkitään vielä piirroksen ihmisvartalosta. Toisena kysytään kivun kestosta, eli onko kipu jatkuvaa, ajoittaista, kohtauksittaista vai jotain muuta. Kolmantena kysytään sanallista arvioita kiputunteuksesta, eli onko kipu esimerkiksi pinnallista vai syvää, pistävää vai vihlovaa vai jotain muuta. Neljäntenä kysytään kivun voimakkuutta numeerisella arviointimittarilla 0-10. Viidentenä kysytään, mitkä asiat vaikuttavat kivun kokemiseen ja sen vaikeutumiseen sekä helpottamiseen. Kuudentena kysytään kipuun käytettyjä lääkkeitä, sekä niiden vaikutusta kipuun, että mahdolliset haittavaikutukset. Seitsemäntenä kysytään potilaan oireita, eli onko ollut esimerkiksi kipua, hengenahdistusta, pahoinvointia, unettomuutta, masennusta ja väsymystä. Vastaukset merkitään nollana, yhtenä, kahtena tai kolmena plussana riippuen oireiden voimakkuudesta. Kahdeksantena kysytään mitkä ovat potilaan pahimmat kokemat ongelmat. Viimeisenä kysytään potilaan liikkumiskykyä. (Kokkinen 2013, 363.)

Lyhennetty suppea kipulistaus on hyvin samantyylinen, kuin kipuanalyysi, sisältäen yhdeksän eri kysymystä. Ensimmäisenä kysytään, että onko potilas kokenut tänään muuta kipua, kuin normaaliksi koettuja kipuja, kuten pääkipua. Toisessa kohdassa pyydetään merkitsemään kipupiirroksen alueet, joissa tuntee kipua ja rastin sinne, missä kipu on kovimmillaan. Kolmantena pyydetään arvioimaan numeerisella arviointimittarilla 0-10 kovinta kipua, jota on 24 tunnin sisällä kokenut. Neljäntenä pyydetään arvioimaan kivun voimakkuutta heikoimmillaan 24 tunnin sisällä numeerista arviointimittaria 0-10 käyttäen. Viidentenä pyydetään arvioimaan numeerisella arviointimittarilla 0-10 kivun keskiarvovoimakkuutta. Kuudentena pyydetään arvioimaan kivun voimakkuutta 0-10 tällä hetkellä käyttäen numeerista arviointimittaria. Seitsemäntenä kysytään kaikkia hoitoja ja lääkkeitä, joita kivunlievitykseen tällä hetkellä saa. Kahdeksantena kysytään, että kuinka paljon kipu on lieventynyt 24 tunnin sisällä hoidoista ja lääkkeitä johtuen. Vastaus annetaan prosenteissa 0-100 kymmenyksinä. Viimeisenä kysytään numeerisella arviointimittarilla 0-10, että kuinka paljon kipu on haitannut viimeisen 24 tunnin sisällä normaalia aktiivisuutta, mielialaa, kävelyä, normaalia työtä, suhteita muihin ihmisiin, unta ja elämästä nauttimista. (Partners Against Pain n.db.)

3.3 Kivunhoitotyö

3.3.1. Lääkkeellinen kivunhoitotyö

Lääkehoito on kivunhoitomenetelmistä tärkein ja yleisimmin käytetty. Taustatiedot vaikuttavat oleellisesti kipulääkkeen valintaan. Potilaan ikä, sairaudet ja jo olemassa oleva lääkitys on tärkeää huomioida sekä lääkeaineallergiat tulee selvittää. (Salanterä ym. 2006, 97.) Näin voidaan optimoida kipulääkkeen valinta esimerkiksi iän mukaan sopivaksi sekä välttää vaaratilanteet esimerkiksi allergiatapauksissa ja elinten vajaatoiminnoissa. Lääkäri on aina vastuussa potilaan lääkehoidosta ja hoitaja on vastuussa lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin määräysten mukaisesti. (Sailo 2000, 120.)

Kipulääkkeellä tarkoitetaan sellaista valmistetta, joka sisäisesti tai ulkoisesti annosteltuna parantaa ja lievittää sekä ehkäisee kipua. Kipulääkkeitä käytetään erilaisten akuuttien ja

kroonisten kiputilojen hoitoon. Suurin osa käytössä olevista kipulääkkeistä on tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia, mutta vaikeissa kiputilanteissa käytetään myös euforisoivia analgeetteja eli opioideja. Joskus kivunhoidossa käytetään myös lihasrelaksanteja, masennuskipulääkkeitä ja epilepsialääkkeitä. Tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia potilas voi käyttää myös kivun itsehoidossa ilman lääkärin kirjoittamaa reseptiä. (Salanterä ym. 2006, 107–108; Sailo 2000, 200.)

Kipulääkityksen valintaan vaikuttaa se, millaisesta vauriosta kipu johtuu. Kudonvauriosta johtuvaan kipuun käytetään yleisimmin tulehduskipulääkkeitä ja opioideja. Neuropaattisessa kivussa paras kivunlievitys saadaan masennus- ja epilepsialääkkeillä. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 358; Kipu: Käypä hoito –suositus 2015.) Viskeraalista kipua tulee lääkittää sairauden mukaan tulehduskipulääkkeillä, masennuslääkkeillä tai kouristuksia ehkäisevällä lääkkeellä (Kipu: Käypä hoito –suositus 2015).

World Health Organization (1996, 15) suosittelee kroonisen kivun hoitoon kolmiportaista kipulääkitystä. Kyseistä porrasmallinnusta voidaan käyttää myös yleisesti kivun hoidossa (Rautava-Nurmi ym. 2015, 88). WHO:n (1996, 15) suosituksessa vähäiseen kipuun tulisi käyttää ei-opioidi pohjaista lääkettä ja mahdollista tukilääkettä. Käytännössä ei-opioidi pohjaisella lääkkeellä tarkoitetaan tulehduskipulääkkeitä sekä parasetamolia. Tukilääkkeillä taasen tarkoitetaan esimerkiksi tiettyä hormonipohjaista lääkettä, antipsykoottia, masennuslääkettä, epilepsialääkettä sekä erilaisia ulostus- sekä pahoinvointilääkkeitä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 84.) Tukilääkkeiden tarkoitus on hoitaa opioidien haitallisia vaikutuksia, tehostaa kivunlievitystä ja hoitaa psykologisia haittoja, kuten hermostuneisuutta (WHO 1996, 32). Mikäli kivun voimakkuus pysyy alkulääkityksestä huolimatta ennallaan tai voimistuu, tai mikäli kipu alun perin on lievää tai kohtalaista, niin kipua tulisi lääkittää opioidilla, sekä tarvittaessa liittää mukaan ei-opioidi pohjainen lääke ja mahdollisesti myös tukilääke (WHO 1996, 15). Lievässä kivussa voidaan käyttää heikompi opioideja kuten kodeiinia ja tramadolia. Kohtalaisessa kivussa voidaan opioidina käyttää buprenorfiinia. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 88.) Mikäli kipu edelleen voimistuu tai pysyy ennallaan lääkityksestä huolimatta tai kipu on voimakkuudeltaan kohtalaista tai voimakasta, niin kipulääkityksenä käytetään opioidia ja mahdollisesti ei-opioidi pohjaista lää-

kettä sekä tukilääkettä (WHO 1996, 15). Käytännössä opioidina käytetään tällöin voimakkaimpia opioideja kuten morfiinia, oksikodonia, fentanylia, metadonia ja hydromorfonia (Iivanainen & Syväoja 2012, 84).

WHO (1996, 37) suosittelee kipulääkityksen aloittamista porrasmallinnuksen lievimmistä ei-opioidi pohjaisista lääkkeistä, ellei kipu ole niin voimakasta, että voimakkaampi opioidipohjainen kipulääkitys on heti alussa tarpeellinen. Kipulääkitys suositellaan otettavaksi suun kautta ja kellon mukaan tietyn väliajoin, eikä vasta silloin, kun kipua ilmaantuu (Rautava-Nurmi ym. 2015, 88; WHO 1996, 36). Suun kautta otettuna lääkitys on yksinkertaisinta sekä turvallisinta (Rautava-Nurmi ym. 2015, 88). Akuuteissa kipukohtauksissa on tärkeintä saada kivunlievitys mahdollisimman pian tehoamaan, jolloin on parasta käyttää laskimonsisäistä kipulääkitystä (Iivanainen & Syväoja 2012, 81). Mikäli ei-opioidipohjainen lääke ei enää lievitä kipua tarpeeksi, tulisi tämän lisäksi lisätä rinnalle opioidipohjainen lääke (WHO 1996, 37). Näin tehostetaan kipulääkityksen vaikutusta ja ehkäistään tarpeetonta opioidien käyttöä. Jos heikompi opioidi ei enää tehoa kipuun, tulisi opioidi vaihtaa ennemmin vahvempaan opioidiin, kuin saman vahvuiseen (WHO 1996, 37.) Näin varmistetaan siitä, että lääkitys varmasti tehoaa kipuun. Useita opioideja ei tulisi käyttää päällekkäin, sillä lääkitys ei ole tällöin optimaalisinta ja haittavaikutusten riski kasvaa. (Kassara ym. 2006, 359.)

Akuutin kivunhoidon porrastuksessa voidaan myös ottaa tarkemmin huomioon yksittäiset lääkkeet ja invasiiviset kivunlievitysvaihtoehdot. Lievään kipuun suositellaan seuraavaa järjestystä: parasetamolia, tulehduskipulääkettä, uutta tulehduskipulääkettä koksibia, joh-topuudutusta, heikkoa opioidia ja lopulta tramadolia. Kohtalaiseen kipuun suositellaan taas parasetamolia, tulehduskipulääkettä, uutta tulehduskipulääkettä koksibia, tramadolia, opioidia, epiduraalipuudutusta, epiduraalia ja lopulta klonidiinia. Voimakkaaseen kipuun suositellaan ensin parasetamolia, sitten tulehduskipulääkettä, uutta tulehduskipulääkettä koksibia, opioidia, ja epiduraalipuudutusta, klonidiinia epiduraalisesti, opioidia epiduraalisesti tai intratekaalisesti ja lopulta ketamiinia. (Kotovainio, Mäenpää & Kuusisto 2013, 665.)

Lääkkeen vaikutusta kipuun tulisi kysyä potilaalta 15-30 minuuttia parenteraalisen lääkkeenannon jälkeen ja 60 minuuttia suun kautta annetun lääkkeen jälkeen (Marmo & D'Arcy 2013, 28). Näin potilaan ei tarvitse turhaan kärsiä kivusta, mikäli kipulääkitys on

riittämätön, jolloin tarvittaviin jatkotoimiin voidaan ryhtyä kivun lievittämiseksi. Hoitajan täytyy olla tietoinen kipulääkityksen alkamisajankohdasta, suurimmasta huippuvaikutusajankohdasta ja kestosta. (Marmo & D'Arcy 2013, 28.) Nämä tiedot edesauttavat potilaan hyvässä kivunhoidon toteuttamisessa.

Potilaan kipua voidaan hoitaa myös erikoistekniikoin, kuten esimerkiksi epiduraalisesti ja Patient Controlled Analgesia (PCA) -menetelmällä. Epiduraalisessa kivunlievityksessä epiduraaliliitaan viedään katetri ja sinne annetaan puudutteen ja opioidin sekoitusta. Epiduraalisella kivunhoidolla saadaan aikaan tehokas ja tasainen kivunlievitys. Epiduraalikatetri poistetaan, kun potilas pärjää muilla kipulääkkeillä. Epiduraalihoidon aikana potilaan kipua tulee arvioida systemaattisesti. (Kuusisto 2013, 668–669). Epiduraalisen kivunhoidon etuna on, että lääkkeitä annetaan pieniä määriä ja tällöin myös haittavaikutukset pysyvät minimaalisina (Salanterä ym.2006, 138). Epiduraalisen kivunhoidon aikana potilasta tulee tarkkailla säännöllisesti. Haittavaikutukset ovat yleensä harvinaisia, mutta esimerkiksi yliannostuksella voidaan saada aikaan sydämen sykkeen laskua ja pahoinvointia. Myös allergiset reaktiot ovat mahdollisia. (Kontinen & Hamunen 2015, 1925.)

PCA -menetelmässä käytetään hyväksi laitetta, joka antaa itsenäisesti kipulääkettä ennalta määrättyjen asetusten mukaan potilaan painaessa nappia (Kuusisto 2013, 669). Tämä mahdollistaa potilaalle suuremman itsemääräämisoikeuden kivunlievitykseen.

PCA –menetelmää käytetään suonensisäisesti tai ihonalaisesti. (Kuusisto 2013, 668; Salanterä ym. 2006, 139.) PCA -menetelmä vaatii potilaalta tarvittavaa toiminta- ja ymmärrystasoa. (Kuusisto 2013, 669.) Kivunlievitys ei ole tehokkainta, mikäli potilas ei uskalla painaa nappia väärän tiedon valossa tai ei fyysisesti kykene painamaan nappia. Myös PCA –menetelmässä tulee seurata kivun tasoa (Kuusisto 2013, 670.)

3.3.1 Lääkkeetön kivunhoitotyö

Hyvään kivunhoitoon liittyy lääkehoidon lisäksi myös monia muita hoitomuotoja. Hyvä kivunhoito vaatii hoitajalta rohkeutta ja herkkyyttä kohdata potilaan kipua. Hoitajalla tulee olla myös pätevyyttä hoitaa sitä. Potilaan tulee aina olla osa hoitoa, eikä koskaan saa

keskittyä pelkästään tekniseen osaamiseen. Jos näin käy, unohtuu myös ihmisen kokonaisuus. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 89.)

Monet potilaista haluavat nykyään kokeilla muitakin kivunlievityskeinoja kuin kipulääkkeitä. Monilla potilailla voi myös olla omia luonnollisia kivunhoitomenetelmiä, joita hoitajat voivat kehottaa käyttämään, jos se on tilanteeseen nähden turvallista. (Sailo 2000, 124.) Esimerkkinä näistä potilasryhmistä ovat kirurgiset vuodeosastopotilaat. Monet leikkauksen kokeneet potilaat ovat saattaneet elää erilaisten kipujen kanssa jo viikkoja ennen osastolle tuloa, joten monelle on voinut kehittyä omanlaisensa tapa lievittää kipua.

Lääkehoidon ohella kipua lievittäviä asioita voivat olla esimerkiksi erilaiset kylmä- ja lämpöhoidot, asentohoidot, hieronta, liikunta ja sen ohjaus, keskustelu ja potilaan kuuntelu, erilaiset rentoutusharjoitukset tai muut menetelmät, jotka kääntävät huomion pois kivusta. Myös huumoria voidaan käyttää yhtenä kivunhoidon keinona. (Sailo 2000, 124-125; Salanterä ym. 2006, 160-161; Yurdanur 2012.) Yurdanurin (2012) mukaan lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoitomuodot eivät kuitenkaan saa poissulkea toisiaan, vaan niitä tulee käyttää yhdessä, eikä kummankaan merkitystä kivunhoidossa tule vähätellä.

Asentohoito on eräs tärkeimmistä hoitotyön keinoista. Se on yksinkertainen tapa lievittää erilaisia kipuja, ja sitä voivat toteuttaa kaikki hoitajat. Asentohoito vaikuttaa erityisesti potilaan verenkiertoon ja hapetukseen. Asentohoidolla pyritään vaikuttamaan positiivisesti kipureseptoreihin ja vähentämään niihin kohdistuvaa painetta ja ärsytystä. (Sailo 2000, 135.) Ne potilaat, jotka joutuvat pitkiksi ajoiksi vuodelepoon, eivät kykene itse vaikuttamaan asentoonsa, ovat alttiimpia esimerkiksi painehaavojen aiheuttamalle kivulle. Painehaavat syntyvät, kun veri ei pääse kiertämään kudoksiin liiallisen paineen takia. Ennen kipupotilaan asentohoitoa on syytä varmistaa, että potilas on saanut tarvittavan kipulääkityksen. Jos potilas on kovin kivulias, on asentohoitoa vaikea toteuttaa. (Sailo 2000, 135; Iivanainen & Syväoja 2012, 363.)

Asentohoidossa voidaan käyttää apuna erilaisia tukia kuten tyynyjä tai kiiloja, jotka edesauttavat mukavan asennon löytymistä. Hoidossa tulee huomioida myös potilaan makuu- alusta. Lakanoiden ja vaatteiden rypyt tulee suoristaa. Hoitajan tulee myös huolehtia siitä, etteivät mahdollisten seurantalaitteiden letkut tai muut hoitotarvikkeet jää potilaan alle

painamaan potilaan ihoa ja aiheuttamaan lisäkipua. (Sailo 2000, 135; Iivanainen & Syväoja 2012, 362-363.) Asentohoidolla voidaan vaikuttaa suuresti lihasten rentoutumiseen ja sitä kautta kivun hallintaan. Paras tulos asentohoidossa saavutetaan, mikäli potilas pystyy makaamaan sekä selällään että molemmilla kyljillään ja mahdollisuuksien mukaan vatsallaan. Asennon vaihtelu ääriasennosta toiseen ei kuitenkaan aina ole mahdollista esimerkiksi leikkaushaavojen sijainnin tai sietämättömien kipujen vuoksi. (Sailo 2000, 135-136; Iivanainen & Syväoja 2012, 362.)

Kylmä- ja lämpöhoidot ovat yksi yleisimmistä kivunlievityskeinoista. Kylmähoitoa käytetään useimmiten ensihoitona erilaisten vammojen tuottamaan kipuun ja turvotukseen. Kylmähoitoa käytetään paljon myös postoperatiivisessa hoidossa. Kylmähoito aiheuttaa iholle tunnottomuutta ja näin ollen lievittää kipua paikallisesti. Kylmä vähentää kivuliaan alueen verenkiertoa ja näin ollen vähentää kudosturvotusta. Kylmähoitoon soveltuvat erilaiset kylmäpakkaukset kuten kylmäpussit, sekä erilaiset kylmäsuihkeet ja -voiteet. Kylmähoitoa käytettäessä tulee kuitenkin muistaa, ettei kylmää saa asettaa suoraan iholle vaan välissä tulisi olla pyyhe tai muu vastaava suoja, jotta iholle ei tule paleltumia. (Iivanainen & Syväoja 2012, 83; Sailo 2000, 125; Yurdanur 2012.)

Lämpöhoidolla on kylmähoitoon nähden lähes päinvastaiset vaikutukset. Lämpö rentouttaa ja parantaa pintaverenkiertoa. Lämpöhoito ei ole paikallisena hoitomuotona yhtä tehokas kuin kylmähoito, mutta sitä voidaan käyttää esimerkiksi lihasjännityksestä johtuvaan kipuun. Lämmön on todettu siirtävän tietoisuutta pois kivusta ja se edesauttaa henkistä ja fyysistä rentoutumista. Kylmä- ja lämpöhoitoa voidaan myös käyttää yhdessä, jolloin hoidosta saatu hyöty on yleensä suurempi. Tällöin kylmä ja kuuma vuorottelevat lyhyellä aikavälillä niin, että kylmästä vaihdetaan kuumaan ja toisin päin. On hyvä muistaa, että lämpöhoitoa ei tule käyttää vuotaville alueille tai kohtiin, joissa on tuore vamma, sillä lämpö voi aiheuttaa lisäongelmia vamma-alueelle. (Sailo 2000, 138-139; Carr & Mann 2009, 129.) Kylmä- ja lämpöhoidot ovat halpa ja tehokas keino kivunhoitoon, ja niillä on oikeinkäytettynä vähäinen määrä haittavaikutuksia (Yurdanur 2012).

Hieronnan on todettu vaikuttavan kipuihin positiivisesti. Hieronta rentouttaa lihaksia ja rauhoittaa kehoa ja mieltä kokonaisvaltaisesti. Hieronta on intensiivinen ja henkilökohtainen kokemus niin hierottavalle kuin hierojallekin. Hieronnan on todettu tuovan hyvänolontunnetta, joka hälventää kiputuntemuksia. (Carr & Mann 2009, 127.) Hieronta on

yleisesti ottaen turvallinen ja tehokas kivunlievityskeino. Hieronnalla uskotaan olevan positiivinen vaikutus ihoon, verenkiertoon, imunestekiertoon, lihaskudoksiin sekä hermoihin ja sisäelimiin. (Sailo 2000, 137.) Hieronta on jaettu moniin eri alaluokkiin, mutta tutuin niistä on niin kutsuttu klassinen hieronta. Eri hierontavoimakkuuksilla ja –nopeuksilla saadaan aikaan erilaisia hoitotuloksia. Voimakkaampi, yleensä urheiluhierojien toteuttama hieronta parantaa lihasten suoritus- ja palautumiskykyä ja kevyempi hieronta parantaa pintaverenkiertoa ja rentouttaa. (Halsas-Lehto, Härkönen & Raivio 2008, 325-327.) Hieronta hoitomuotona sopii monille. Vain harvat ihmiset kieltäytyvät hieronnasta sen vastenmielisyyden vuoksi. (Halsas-Lehto ym. 2008, 328; Sailo 2000, 137.)

Liikunta toimii kivunhoidossa tärkeässä roolissa ennaltaehkäisyn kannalta. Säännöllinen liikunta vahvistaa tuki- ja liikuntaelimiä ja ehkäisee tuki- ja liikuntaelinsairauksista aiheutuvia kipuja. Hyvä lihaskunto on tärkeää varsinkin ikääntyville ihmisille. Liikunta auttaa myös verenpaineen hallinnassa ja vilkastuttaa verenkiertoa lihaksissa. Fysioterapeutit voivat olla apuna oikeiden liikeratojen etsimisessä ja virheasentojen välttämässä. Jo kevyt lihaskuntoa kohottava liikunta on hyväksi elimistölle. Hengästyttävä liikunta parantaa hapenottokykyä ja edistää keuhkojen toimintaa. Erilaiset sairaudet vaikuttavat liikuntasuosituksiin, ja esimerkiksi sydänsairauksista kärsivien olisikin hyvä konsultoida lääkäriä ennen raskaan liikunnan aloittamista. (Vainio 2004, 87; Liikunta: Käypä hoitosuositus 2016.)

Rentoutus on tehokas keino, jos halutaan kääntää potilaan ajatukset pois kivusta. Kipu voi itsessään aiheuttaa potilaassa pelkoa, joka aiheuttaa lihasjännitystä ja pinnetiloja. Lihasjännitys usein lisää kipua esimerkiksi leikatussa tai muuten vaurioituneessa kudoksessa. Rentoutuksen on todettu lievittävän esimerkiksi leikkauspelkoja ja ahdistusta, jotka voivat aiheuttaa lisäkipuja. Rentoutuksen ansiosta myös kipulääkkeiden tarve saattaa vähentyä. Rentoutus ei kuitenkaan yksinään tuo toivottua tulosta kivunhoidossa, vaan se toimii yhteistyössä hyvän lääkehoidon kanssa. Monet rentoutustekniikat vaativat kuitenkin potilaalta harjoitusta toimiakseen, sillä potilaan tulee pystyä keskittymään rentoutukseen täysin. Rentoutukseen voidaan yhdistää mielikuvaharjoittelua, joka saattaa omalta osaltaan helpottaa kipuja. Erilaiset hengitysharjoitukset liittyvät myös läheisesti rentoutumisen onnistumiseen. Rentoutumisharjoituksia potilas voi tehdä myös yksin, jos ne ovat jo ennestään tuttuja. (Sailo 2000, 136.)

Huumori on yksi elämän monista ulottuvuuksista ja se on monelle eräänlainen tapa tulkita ja hahmottaa maailmaa ja elämää. Huumorin avulla ihminen voi selviytyä traagisistakin elämäntapahtumista. Nauru ja iloisuus helpottavat jännitystä ja sen on todettu vaikuttavan positiivisesti myös verenpaineeseen. Vaikka asiaa on tutkittu, ei ole saatu varmuutta siitä, miksi nauru helpottaa oloa niin fyysisesti kuin henkisesti. Ahdistus ja jännitys voi aiheuttaa ihmisessä fysiologisia muutoksia, jotka voivat aiheuttaa kiputunteuksia. Nauru lievittää ahdistusta ja jännitystä, sillä se voi edesauttaa endorfiinin muodostusta elimistössä. Endorfiinit, eli niin sanotut hyvän olon hormonit voivat syrjäyttää kipuviestejä ja näin ollen ihminen tuntee olonsa hyväksi ja kevyeksi. Tähän voi liittyä läheisesti myös se, että huumori ja nauru vievät ajatukset pois kivusta mukavampiin asioihin. Tutkimusten mukaan monet hankalat leikkaukset ja muut toimenpiteet sujuvat paremmin, jos ilmapiiri on hyvä ja huumoria ei suljeta pois. Myös monet potilaat kuntoutuvat leikkausten jälkeen paremmin, jos he osaavat suhtautua asioihin positiivisesti. (Sailo 2000, 86-88.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus. Pitkärannan (2014, 9, 43) mukaan laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään tutkittavaa asiaa ja tulkitsemaan sitä, sekä parantamaan ja kehittämään tutkittavaa kohdetta. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein pieneen määrään tapauksia, ja niitä pyritään analysoimaan perusteellisesti (Eskola & Suoranta 1998, 18). Tähän myös me pyrimme opinnäytetyössä me, kuten tavoitteistamme tulee ilmi. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii meidän opinnäytetyöllemme parhaiten siksi, että haastatteluilla saadaan henkilökohtaista ja kokemusperäistä tietoa asiasta.

Haastattelu on laadullisessa tutkimuksessa olennainen keino kerätä tietoa tutkittavasta kohteesta (Kiviniemi 2001, 68). Haastattelun avulla kerätään tietoa tutkittavaa ilmiötä ympäröiviltä ihmisiltä (Pitkäranta 2014, 90). Haastattelussa tutkija esittää kysymyksensä suullisesti, haastateltava vastaa suullisesti ja tutkija tallentaa vastaukset ylös. Haastattelu on tiedonkeruutapana hyvä, sillä haastattelu on välitön ja elävä sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma, jossa voidaan toistaa kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä, käydä asioita halutussa järjestyksessä läpi ja yleisesti keskustella haastateltavan kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 77.) Haastattelussa on tarkoitus saada haastateltavalta mahdollisimman paljon ja laajasti tietoa käsiteltävästä aiheesta ja siksi on tärkeää, että haastateltavalle lähetetään käsiteltävät kysymykset tai aiheet nähtäväksi ennen haastattelua. (Eskola & Suoranta 1998, 87.) Tällöin haastateltava pystyy prosessoimaan aihetta jo etukäteen ja toimimaan parempana tietolähteenä. Myös eettisesti ajateltuna on tärkeää, että haastateltava tietää haastattelun kysymykset, aiheen ja luonteen (Eskola & Suoranta 1998, 41; Pitkäranta 2014, 91). Näin myös me toimimme haastattelujen ja haastateltaviemme kanssa edellä mainituista syistä. Haastattelun huono puoli on se, että käsiteltävästä ilmiöstä ei välttämättä ilmene tarpeeksi tietoa, koska haastattelukysymykset saattavat olla huonoja tai haastateltavat eivät osaa ilmaista itseään tarpeeksi hyvin haastattelussa (Pitkäranta 2014, 92). Haastattelut kuluttavat paljon haastattelijan aikaa, mutta haastattelut on mahdollista tehdä ryhmissä ajan säästämiseksi (Pitkäranta 2014, 90, 92). On tärkeää, että kiinnitämme huomiota haastatteluihin valmistautumisessa kysymysten tekoon ja muotoiluun, välttyäksemme tilanteelta, jossa emme ole tuottaneet lainkaan oleellista tai syvällistä tietoa käsiteltävästä aiheesta.

Teemahaastattelu, eli puolistrukturoitu haastattelu, on nimensä mukaisesti haastattelu, jossa haastattelu etenee teemasta toiseen ja joihin liittyy tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelussa oleellisinta on se, miten haastateltava tulkitsee tutkittavaa ilmiötä ja mitä se merkitsee hänelle. Teemahaastattelussa ei ole välttämätöntä esittää samoja kysymyksiä jokaiselle haastateltavalle tai samassa järjestyksessä. (Pitkäranta 2014, 92–93; Eskola & Suoranta 1998, 87.) Haastattelut voidaan nauhoittaa, mutta haastateltavien tulee olla siitä etukäteen tietoisia. Haastattelutilanteessa on tärkeää, että haastattelija on laittautunut haastattelua varten ja että haastattelu on mahdollisimman rento ja luontainen tapahtuma. Siksi haastattelutilanne tulisi aloittaa tutustumisella, jotta tilanne ei olisi väkinäinen. Haastattelu tulee suorittaa sellaisessa tilassa, että yksityisyys on taattu eikä häiriöitä ilmene. Haastattelussa tulee tuoda ilmi, että haastattelija on läsnä hetkessä ja kiinnostunut haastattelusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127.) Haastattelun aluksi informoimme jokaista haastateltavaa tietoinen suostumus –lomakkeella ja pyysimme heiltä allekirjoitukset ennen haastattelujen alkamista kyseiseen lomakkeeseen (liite 1). Haastattelumme suoritettiin rauhallisessa yksityisessä huoneessa. Me koemme, että haastattelut olivat luonnollisia ja rentoja tapahtumia. Haastateltavan tulee olla tietoinen haastattelun luonteesta ja antaa suostumuksensa, että häntä voidaan haastatella (Eskola & Suoranta 1998, 41). Tietoisessa suostumuksessa on maininta tutkimuksen aiheesta ja sen tekijöistä. Siinä on informaatiota myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja keskeyttämismahdollisuudesta sekä siitä, että haastattelut nauhoitetaan. Suostumuksessa ilmoitetaan myös, että haastateltavat eivät ole tutkimuksesta tunnistettavissa. (liite 1).

Aineiston keruun, eli haastattelujen jälkeen aineisto tallennetaan sanallisesti ilmaistuna. Aineiston keruun jälkeen aineisto analysoidaan ja sen perusteella saadaan tulokset. Lopulta tulokset tuodaan julki. Edellä olevaa prosessia kutsutaan tutkimuksen empiiriseksi vaiheeksi. Aineiston analyysiin kuuluu litterointi, eli haastattelujen purkaminen sanalliseen muotoon. Haastattelut voi purkaa kirjaimellisesti niin kuin haastattelija on asian ilmaissut, tai muulla tavoin. Aineiston analysointi jatkuu purun jälkeen sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin tarkoitus on kuvata tutkimuksen kohdetta yleistäen. Sisällönanalyysin voi tehdä induktiivisesti tai deduktiivisesti, eli aineisto- tai teorialähtöisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 84, 163-164.) Meidän sisällönanalyysi on tehty aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä luokitellaan sanoja sillä perusteella, mikä nii-

den merkitys on teoreettisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Luokittelua ohjaavat tehtäväkysymykset. Aikaisempi tieto ei saa määrätä analysoinnin suuntaa ja tarkoituksena on, että analyysin seurauksena syntyy teoreettinen kokonaisuus. Analyysiin kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Tämä tarkoittaa aineiston ryhmittelyä samankaltaisuuksiin, pelkistettyjen ilmauksien muodostamista alkuperäisistä ilmauksista, alakategorioiden muodostamista pelkistetyistä ilmauksista, yläkategorioiden muodostamista alakategoriosta ja pääkategorioiden muodostamista yläkategoriosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167, 169.) Meidän analyysimme eteni niin, että otimme litteroidusta materiaalista kaiken, mitä pystyimme opinnäytetyössämme hyödyntämään, erilliseksi tekstinkäsittelytiedostoksi. Tämän tiedoston tekstit ryhmittelimme alustavasti, jonka jälkeen pelkistimme haastateltavien vastaukset. Tämän jälkeen viimeistelimme ryhmittelyn ja aloimme muodostaa kategorioita alaluokasta yläluokkaan ja edelleen pääluokkaan. Valmis sisällönanalyysi on nähtävissä liitteissä (liite 4).

5 TULOKSET

5.1 Kivun arviointi ja kipumittareiden käyttö

5.1.1 Kivun arviointi vuodeosastolla

Kivun arviointi ei ole vain yksittäinen tapahtuma työvuoron aikana. Se on oleellinen osa hoitotyön prosessia ja kipua arvioidaan työn aikana jatkuvasti eri tavoin.

Ihan koko ajan ku me nähään potilasta niin me tehään semmosta tasasta arvioo

Se on ihan jatkuvaa, siis kulkee koko aika tän meidän työskentelyn mukana

Sairaanhoitaja saattaa potilaan nähdessään epäillä potilaan olevan kivulias, vaikka hänellä ei ole varmaa tietoa asiasta. Haastattelussa nousee esille, että se on taito, jonka oppii kokemuksen kautta.

Silmä oppii kattoon onko kipee, jos on potilas joka ei puhu niin ihan se ulko-olemus kun sä avaat sen oven niin sä aika pian näät, että toi on nyt kyllä kipee

Sairaanhoitajien mielestä potilaan keho ilmentää kipua monin tavoin. Erilaiset ilmeet ja kehonkieli kertoo mahdollisesta kivusta. Sairaanhoitajat kertoivat arvioivansa kipua usein potilaan ulkoisen olemuksen perusteella. Ulkoinen olemus on hyvä kivun arvioinnin väline varsinkin silloin, jos potilas ei halua tai pysty kertomaan kivustaan.

Minkälainen se potilaan olemus on, että onko rento ilme kasvoilla ja, ja jos on hikoillut että hikoileeko enää

Sen potilaan ilmeet, jos on hikinen, kylmänhikinen, punoittaa, voi hikiä tai äänтелеe jotenkin

Kun sairaanhoitaja on saanut tiedon potilaan kivusta, on oleellista saada kipukokemuksista tarkempaa tietoa, kuten kivun sijainti ja miltä kipu sanallisesti tuntuu. Kivun sanallinen määrittäminen yhdessä potilaan kanssa on tärkeää, jotta voidaan muodostaa kattava kokonaiskäsitys kivusta.

Potilas itte kuvailee sitä, sitä usein tarkennellaan, että onko se, just nää perinteiset, pistävää, viiltävää, jomottavaa, niin pois päin

Kysyn, että mitä kohtaa särkee ja mikä on kipee, ja sitte että minkälaista kipua se on

Elintoimintojen mittaukset ja arviointi kuuluvat hoitotyön ytimeen. Sairaanhoitajat kertovat, että joskus potilaan kipu ilmenee vitaalinelintoimintoja arvioidessa, mutta se ei ole tavanomaista. Normaalia poikkeavat arvot voivat kertoa kiputuntemuksista.

Hengitys on niinkun semmosta taajaa ja hengitysfrekvenssi

Vähemmän on siis semmosia et jäis kipu kiinni just siinä verenspaineessa, mutta joskus

Kyllähän meillä katotaan saturaatioo herkästi

Sairaanhoitajat kertovat, että potilaan kipukokemuksista joutuu kysymään suoraan, sillä tieto asiasta ei välttämättä muuten tule esiin. Kaikki potilaat eivät automaattisesti jaa kipukokemustaan sairaanhoitajien kanssa.

Hyvin säännöllisesti kysellään, että onko ollu kipua, ootko pysynyt kivuttomana

Joskus potilas ei sano mitään

Haastattelussa nousi esiin, että monesti vanhemman sukupolven edustajat ovat niitä, jotka eivät tuo kipuaan esiin. Sairaanhoitajat kokevat, että sukupuolten välillä ei ole mittavia eroja kipukokemusten jakamisessa. Esiin nousi kuitenkin miehille ja naisille tyypillisiä

piirteitä. Kaikki sairaanhoitajat olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että kipukokemukset ovat yksilöllisiä.

Vanhemmat ikäluokat jotkut, niin nehen on tottunu kestäväni, siis nehen ei edes myönnä sitä, että he on kipeitä

Miehissä on semmosia jotka ei voi, ei ei mulla mitään oo ja peittelee kipujaan

Et jos on vaikka 4 naista samassa huoneessa, niin se kipu tarttuu yhdeltä toiselle, että se on ihan tyypillinen naispotilailla etenkin

5.1.2 Kipumittarit vuodeosastolla

Kipumittareita on käytetty hoitotyössä. Konkreettista kipumittaria heillä ei ole osastolla käytössä, mutta haastattelussa kävi ilmi, että he ovat huomaamattaan käyttäneet kipumittaria kivun arvioinnissa. Sairaanhoitajat eivät ole tunnistaneet käyttämäänsä menetelmää kipumittariksi.

Oon kyllä sanallisesti kysynyt potilaalta, että mikä on yhdestä kymmeneen

Mä en käytä mitään niinkun sellasta mittaria, mutta saatan kysyä, että jos kipua niin onko se nolasta kymppiin

Kipumittareita on käytetty joidenkin potilasryhmien kohdalla, mutta käyttö ei ole vakiintunut säännölliseksi toiminnaksi. Kipumittari on koettu hyödylliseksi syöpäpotilaan kohdalla oikean kipulääkeannostuksen määrittämiseksi.

Vähemmän, siis, joskus jos on ollut joku syöpäpotilas, justiinsa, niin semmosten kohdalla

Sitä kipulääkitystä usein sitten haetaan kohallensa, niin se mittari sitten auttaa siinä

Kipumittarin käytöstä kysyminen herättää sairaanhoitajissa ristiriitaisia ajatuksia. Kipumittari koetaan hyödylliseksi hoitotyössä ja siihen suhtaudutaan positiivisesti. Sairaanhoitajien mielestä fyysinen kipumittari parantaisi kivun arviointia. Toisaalta kipumittarin käyttöä kuvataan ongelmalliseksi, eikä siitä koeta olevan hyötyä tietyissä tapauksissa. Haastattelussa nousi esiin myös kipumittarin puutteellisuus kivun arvioinnissa.

Varmasti olis hyötyä siitä, että arviois sitä kipua useemmin numeroasteikolla

Se varmaan kyllä muistuttais ihan oikeesti jos se olis siinä niin siitä olis hyötyä

Se mittari ei ollu sopiva siinä kohtaa koska muutenkin oli semmosta aika haastavaa se haastattelu

Et jos laitat että kipu on kymppi niin ei se kerro viä niin paljon kun sää laitat vaikka että polttavaa rintakipua ollut tässä muutaman hetken

5.2 Kivunhoitotyö vuodeosastolla

5.2.1 Lääkkeellinen kivunhoitotyö

Sairaanhoitajat reagoivat potilaan kipuun nopeasti ja pyrkivät hoitamaan kipua lääkkein. Sairaanhoitajille on erityisen tärkeää, että potilas on kivuton ja voi hyvin. Sairaanhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että kipua on tärkeää hoitaa lääkkein myös ennakoivasti. Ennakoiva kivunhoito on paikallaan esimerkiksi ennen toimenpiteitä tai siirtoja, ja sillä voidaan myös ehkäistä kivun pahenemista.

Herkästi puututaan kipuun ja yritetään lääkitä sitä

Ohan se ihan äärimmäisen tärkeä ettei kenenkään tarvi kärsiä kivusta

Jos lähtee joku kivulias potilas vaikka jatkohoitopaikkaan, niin usein sitten se siirto on raskas, niin siinä kipulääkittäin ennakoivasti

Mä aina vielä sanon että soita heti jos tulee kipua, et se kipu on helpompi voittaa ennen kuin se pääsee pahaks

Lääkkeellinen kivunhoitotyö koetaan toisinaan haastavaksi. Oikean lääkkeen ja annoksen löytäminen voi olla vaikeaa. Tilanteiden nopea muuttuminen ja potilaan yksilöllinen vaste kipulääkkeelle voi vaikeuttaa kivunhoitotyötä.

Joskus on semmosia potilaita jotka on oikeesti tosi kivuliaita ja niille haetaan ja rukataan ja puljataan ja nälvätään lääkityksiä eri suuntiin, että on tosi vaikee löytää niinku sopivaa kipulääkitystä

Se on niin hirveen vaikee löytää se optimaalinen ja tilanteetkin vaihtelee. Jonain päivänä joku asia saattaa aiheuttaa enemmän kipua ja sitten taas seuraavana päivänä saattais pärjätä pienemmällä annoksella, että se on varmaan tosi vaikee hakee se

Sairaanhoitajat kokevat lääkkeellisessä kivunhoitotyössä olevansa riippuvaisia lääkäristä. Lääkäri on vastuussa potilaan lääkityksestä ja määrää potilaalle annettavat lääkkeet. Sairaanhoitajat kokevat, että lääkärit pitävät hyvää huolta potilaiden lääkkeellisestä kivunhoidosta. He kokevat myös yhteistyön lääkäreiden kanssa helpoksi. Sairaanhoitajat pohivat myös, että potilailla voisi useammin olla vahva kipulääke määrättyinä, jota he voisivat oman harkinnan mukaan antaa.

Kyllähän me paljon lääkärin varassa ollaan, että mitä he määrää

Ei voida määräillä ite lääkkeitä

Lääkäritkin kyllä mun mielestä ihan kohtuullisen hyvin määräälee kipulääkkeitä

Aika helpostihan me saadaan päivystävä lääkäri kiinni, ettei siihen oikeestaan kovin suurta viivettä tule, kun sitten saa sen luvan antaa lääkettä

Sit vois olla tarvittavissa joku kovempi kipulääke mitä sitten hoitaja kun arvioi tilannetta niin vois sitten tarvittaessa antaa sieltä ilman, että tarvii sitten alkaa siinä vaiheessa vielä olla yhteyksissä lääkäriin. Se tulee ehkä helpommin silloin se potilas kipulääkittyä paremmin

5.2.2 Lääkkeetön kivunhoitotyö

Lääkkeetöntä kivunhoitotyötä pidettiin hoitajien keskuudessa yleisesti tärkeänä kivunhoitotyön osana. Hoitajat kokivat, että on erittäin tärkeää antaa potilaalle aikaa ja kuunnella potilasta. Hoitajan läsnäolon on koettu rauhoittavan potilasta.

Kuulluksi tuleminen, että on kipua ja se läsnäolo on se kuitenkin se mikä on niinku tärkeintä

Rauhottelu ja läsnäolo. Ja kuuntelu

Kyllähän se semmosta lohduttamistakin on monesti

Sit ku kädestä ottaa kiinni

Hoitajan oma persoona on tärkeässä roolissa potilaan hoidossa. Toisinaan potilaan huomion kiinnittäminen muihin arkipäiväisiin asioihin saattaa viedä kiputunteuksia pois.

Mää oon kova laulaan ja mää hyräilen kun mä meen potilashuoneeseen usein niin etten mä huomaakaan ja potilaat joskus sanoo että voi ku kiva

Sitten kun vähän juttelee humpalla käymisestä tai sukan kutomisesta, niin saattaa olla, että se kipu onkin mennyt ohitte

Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan asennonvaihdolla on usein merkitystä potilaan kivunhoidossa. Asentohoito on tärkeää, koska sillä voidaan vaikuttaa potilaan vointiin kokonaisvaltaisesti. Asentohoidon ohella myös hapettumisen riittävä turvaaminen tarvittaessa happilisällä on tärkeää. Myös potilaan päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen on olennaista.

Aika usein asennonvaihto auttaa. Jos tuntuu et on siellä vähä niinku kasalla ja henki ei kulje niin sit kun sen asennon muuttaa niin

Voidaan koittaa muita keinoja siis just asennon korjausta, happiviiksiä

Pyyhkiminen joskus auttaa, et pyyhit potilasta

Kylmähoidolla on oma roolinsa kivunhoitotyössä. Hoitajien mukaan kylmähoitoa toteutetaan runsaasti osastolla. Myös hieronnalla voidaan vaikuttaa positiivisesti potilaan kiputunteuksiin.

Kylmäpusseja meillä kyllä käytetään paljon

Hierotaan jalkaa tai

5.2.3 Haasteet ja kehityskohteet kivunhoitotyössä

Potilaiden suuri määrä ja ajan puute vaikuttavat negatiivisesti kivunhoitotyön täydelliseen onnistumiseen. Potilaan kokeman kivun havainnointi sairaanhoitajan toimesta heikkenee kiireen keskellä.

Jos yleensä on niinkun korkea kuormitus osastolla että on kiirettä, niin ethän sä sillon ehdi välttämättä kaikkia potilaita niin hyvin kohtaamaan, että, että voihan sitten, joku ei valita mitään ja sitten et ehdikään pysähtyä

Omaiset voivat tukea, mutta myös hankaloittaa kivunhoitotyötä. Omaiset ovat kuitenkin usein mukana potilaan hoidossa, jolloin sairaanhoitajan on otettava huomioon myös heidän mielipiteensä.

Omainen kuitenkin tuntee sen potilaan paremmin kun me niin, ehkä osaa sitten taas arvioida, että hei että tää ei oo nyt oma ittensä tää potilas

Omainen ei halua, että annetaan kipulääkettä, jostain, jostain syystä, et onko siellä taustalla joku väärä käsitys niinkun vaikka Morfiinista tai näin että. Ne on tosi hankalia tilanteita meille

Sairaanhoitajat kokivat, että joissain tapauksissa kivunhoitotyössä olisi vielä parantamisen varaa. Kivunhoidon ennakointiin tulisi sairaanhoitajien mukaan kiinnittää lisähuomiota. Kirjaamisessa havaittiin kehityskohteita, sillä se jäi toisinaan puutteelliseksi kivunhoidon osalta.

Siinä ehkä on vähän parantamisen varaa, että, vois niinkun ajatella ehkä jo päiväaikaan sitten, että, tää potilas saattaa olla semmonen joka yöllä saattaa tarvita kipulääkettä

Tohon kirjaamiseen että aika harvoin tulee itekkään eikä kollegoiltakaan sitä nää että annoin vaikka Oxynormin niin reagoidaan siihen, että auttoko se vai eikö se auttanut

Aina olis parannettavaa varmaan siis, niinkun joka asiassa olis kehitettävää ja parannettavaa

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä lähtökohtia ovat soveltuvilta osin työhömmen haastateltavien itsemääräämisoikeus, vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti ja tutkimuslupa. Haastateltavilla tulee olla itsemääräämisoikeus, eikä heitä saa pakottaa, vaan kaiken tulee tapahtua vapaaehtoisesti. Tutkittavilla täytyy olla lupa esittää kysymyksiä, sekä kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseensa osallistuminen. Tietoisella suostumuksella varmennetaan, että tutkittava ymmärtää täydellisesti mihin hän on osallistumassa. Tietoisessa suostumuksessa kerrotaan esimerkiksi aineiston säilytykseen liittyvistä asioista ja tutkimustulosten julkaisusta, kieltäytymis- ja keskeyttämismahdollisuudesta ja nämä varmennetaan tutkittavan allekirjoituksella. (Kylmä & Juvakka, 2007, 149-150.) Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkittavat valitaan tasa-arvoisesti ketään syrjimättä ja että tutkittavien kulttuuri- ja muita taustoja kunnioitetaan. Anonymiteetilla tarkoitetaan sitä, että salaisia tietoja ei päädy väärin käsiin ja kyseiset tiedot ovat hyvin suojattu tältä vaaralta, esimerkiksi lukoin. Tutkimuslupa vaaditaan tutkimukselta aina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-219, 221-223.)

Opinnäytetyöhömmen ei ole osallistunut potilaita, vaan työntekijöitä ja myös heidän tapauksessaan on ensiarvoisen tärkeää, että he toimivat oman halunsa mukaan, eivätkä esimerkiksi työorganisaation painostuksesta. Olemme tukeneet tutkittavien itsemääräämisoikeutta ja vapaaehtoisuutta tiedottamalla heidän oikeuksistaan. Tietoinen suostumus on laadittu ohjeistuksen mukaisesti ja sen ovat tutkittavat lukeneet ja allekirjoittaneet. Tutkittavia kohtaan on toimittu oikeudenmukaisesti. Anonymiteetti on varmistettu niin, että salaiset tiedot ovat salasanalukituissa tietokoneissa ja tietokoneissa on ajan tasalla olevat palomuur- ja muut tietoturvapalvelut. Tutkimuslupa on myönnetty asiaankuuluvasti tutkimusprosessin alkutekijöissä.

Tutkimuksen eettisyyden pohdintaan kuuluu myös tutkijoiden tahallisten ja vakavien rikkeiden käsittely. Plagiointi tarkoittaa sitä, että kirjoittaja kopioi jonkun kirjoittamaa tekstiä ja esittelee tekstin omanaan ilman asiaankuuluvia lähdemerkintöjä. Nykyaikana lähes

kaikki tieto löytyy Internetistä, joten houkutus plagiointiin voi kasvaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Olemme osaltamme pitäneet huolen siitä, että emme ole käyttäneet työssämme toisten ihmisten tekstiä ilman lähdemerkintöjä, emmekä ole tekstiä kopioineet lähdemerkintöineenkään. Olemme opinnäytetyön teon aikana keskustelleet aiheesta, jolloin riski tahattomallekin plagioinnille pienenee.

Tuloksia saatetaan sepitellä, joka tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset ovat keksittyjä. Tutkija on saattanut tällöin keksiä perusteettomasti sellaisia tuloksia, joita hänen materiaalinsa ei tue, tai tuloksia saatetaan muuttella niin, että ne näyttävät paremmilta. Tämän vuoksi tutkimuksen kulusta tulisi kertoa mahdollisimman avoimesti, laajasti ja tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224-225.)

Useamman ihmisen tehdessä tutkimusta saatetaan syyllistyä vähättelyyn. Tällöin muiden tutkijoiden työpanosta vähätellään ja kunniaa tutkimuksesta yritetään haalia itselle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Tämän eettisyyden pohdinta koskee myös meitä, sillä teemme opinnäytetyömme parityönä. Olemme molemmat olleet tasa-vertaisia tekijöitä opinnäytetyössämme.

Lähetimme haastattelukysymykset työelämätahon yhteishenkilölle, mutta yhteishenkilö unohti välittää kysymykset eteenpäin haastateltaville. Tämä saattaa osaltaan vaikuttaa tulosten kattavuuteen ja eettisyyteen, sillä lupasimme haastattelukysymykset haastateltaville välittää. Emme myöskään ole haastattelijoina kokeneita, joten emme voi olla varmoja siitä, että saimme kaiken mahdollisen saatavissa olevan tiedon kerättyä.

6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaisia keinoja erään vuodeosaston sairaanhoitajat käyttävät kivun arviointiin ja sen hoitoon. Halusimme erityisesti tietoa kipumittareiden käytöstä. Tuloksista ilmenee, että potilaiden kivun arviointi on oleellinen osa hoitotyötä ja sitä tehdään jatkuvasti. Sairaanhoitaja harjaantuu työkokemuksen kautta tunnistamaan potilaan kokemaa kipua. Marmo & D'Arcy (2013, 19) kirjoittavat, että hoitajat ovat huonoja arvioimaan potilaan kipuja. Haastateltavamme tunnistavat kivun, mutta eivät lähde arvioimaan tarkemmin potilaan kiputilaa, ennen kuin ovat pyytäneet potilasta

arvioimaan kivun luonnetta. Tällöin kivun asiantuntijana toimii potilas, eikä sairaanhoitaja. Aiempi teoriatietomme osoittaa, että potilas on ainoa, joka pystyy kertomaan kivusta yksityiskohtaisesti. Kipu paljastuu usein potilaan ulkoisen olemuksen perusteella, kuten ilmeiden ja eleiden kautta.

Tuloksista ilmenee, että haastattelemamme sairaanhoitajat ovat käyttäneet numeerista kipumittaria kivun arviointiin. Sairaanhoitajat eivät ole kuitenkaan olleet tietoisia siitä, että heidän käyttämänsä metodi on ollut kipumittari. Osaston toiminnan kehittämiseksi sairaanhoitajien tulisi olla tietoisia erilaisista kipumittareista ja kipumittareita tulisi käyttää järjestelmällisesti jokaisen kipupotilaan kohdalla. Tällöin myös dokumentointi yhtenäistyy ja kivun kehitys on selkeämmin seurattavissa. Tuloksissa ilmenee ristiriitaisuutta kipumittareiden hyödyllisyydestä. Tulokset kertovat, että kipumittari voisi olla hyödyllinen apuväline, mutta sairaanhoitajat kokivat, ettei se aina anna tarpeeksi kattavaa tietoa potilaan kivusta. Kuten teoreettisista lähtökohdistamme ilmenee, kipumittari olisi hyvä valita nimenomaan potilaan yksilöllisten ominaisuuksien mukaan. Sairaanhoitajan henkilökohtaiset mieltymykset eivät saa vaikuttaa kipumittarin valintaan. Koemme kuitenkin numeerisen kipumittarin helppokäyttöisimpänä ja selvimpänä, kun taas visuaalisessa analogiskaalassa koemme, että potilaan voi olla vaikeaa hahmottaa portaattonta mittaria ja hoitajan täytyisi aina kantaa mittaria mukanaan. Opinnäytetyömme aikaisempi teoriatieto tukee havaintojamme kipumittareista ja niiden käytettävyydestä.

Lääkkeellisessä kivunhoitotyössä on omat haasteensa. Se mikä toimii yhdellä, ei välttämättä toimi toisella. On tärkeää, että potilaat eivät joudu kärsimään kivuista. Siksi optimaalista kipulääkitystä voidaan joutua hakemaan pitkän aikaa. Tuloksissa näkyy sairaanhoitajien halu hoitaa potilaan kipua. He reagoivat potilaan kipuun nopeasti ja haluavat mahdollisuuksien mukaan toteuttaa myös ennaltaehkäisevää kivunhoitotyötä. Haastatelussa ilmeni sairaanhoitajien olevan lähes täysin riippuvaisia lääkäristä kivunhoidon yhteydessä. He kokevat yhteistyön lääkäreiden kanssa helpoksi ja sujuvaksi, mutta ennakoimalla kipulääkkeiden tarvetta voitaisiin edelleen parantaa lääkehoidon sujuvuutta. Sairaanhoitajat haluaisivat lääkelistalle vahvempaa kipulääkettä, jota voisivat tarvittaessa antaa itsenäisesti. Toiminnan kehittämiseksi potilaiden voimakkaamman kipulääkkeen tarvetta voitaisiin ennakoida kattavammin sellaisten potilaiden kohdalla, jotka todennäköisesti tulevat kokemaan voimakasta kipua.

Lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja käytetään osastolla kattavasti. Lääkkeettömien hoitokeinojen tarjoaminen potilaille on hoitajien mielestä tärkeää. Tuloksista ilmenee, että kaikista tärkeintä on antaa potilaalle aikaa ja olla läsnä. Näissä tilanteissa sairaanhoitajan oma persoona on tärkeässä roolissa, sillä tilanteet vaativat joskus heittäytymistä ja kykyä eläytyä potilaan tilanteeseen.

Hoitotyö on tunnetusti kiireistä työtä korkealla kuormituksella. Tämä ilmenee myös tuloksissamme. Kiire heikentää kivunhoitotyötä, sillä aika menee muihin välttämättömiin toimenpiteisiin. Potilaiden suuri määrä ja hoitajien rajalliset toimintamahdollisuudet vaikuttavat potilaan yksilölliseen kohtaamiseen. Kehittämisehdotukseksi todettakoon, että hoitohenkilökunnan lisäresurssit ovat aina tarpeellisia.

Omaiset ovat hyvin usein mukana potilaan hoidossa. Haastatteluissa kävi ilmi, että omaiset voivat sekä hankaloittaa että tukea kivunhoitotyötä. Sairaanhoitajat kertoivat, että lähiaikoina on ollut muutama tapaus, jossa omaiset ovat kieltäneet kipulääkkeiden käytön, vaikka potilas olisi kipulääkitystä selkeästi tarvinnut. Hoitajat kokivat nämä tilanteet eettisesti erittäin hankaliksi. Marmo & D'Arcy (2013, 19) toteavat, että omaisten arviot potilaan kivusta eivät ole aina luotettavia. Useimmiten omaiset kuitenkin koettiin hoitotyötä tukevaksi voimavaraksi. Omaiset tuntevat potilaan yleensä paremmin kuin hoitohenkilöstö. Omaiset ovat tärkeässä roolissa esimerkiksi silloin, kun potilas ei pysty ilmaisemaan itseään.

6.3 Lopuksi

Opinnäytetyö oli jo opiskelujen alusta ollut mielessämme pelottavana urakkana, josta selviytyminen olisi haastavaa. Näin jälkikäteen ajateltuna pelkomme olivat osittain turhia. Opinnäytetyömme alkuvaihe suunnitelman kirjoittamisesta luvan hakemiseen sujui vauhdikkaasti ja hyvin aikataulussa. Teoriaosuutta kirjoittaessamme havaitsimme lähdemateriaalin löytämisen vaikeuden. Esimerkiksi tutkimustietoa juuri meidän aiheestamme ei ylen määrin löytynyt. Joitakin tutkimuksia aihetta sivuten löytyi, mutta ne olivat hyvin vanhoja. Tämä osoittaa sen, että tutkimuksia tästä aiheesta tarvittaisiin enemmän.

Teoriaosuuden muodostuessa kävimme tekemässä haastattelut yhteistyöosastollamme. Haastattelut sujuivat suunnitelmien mukaan, eikä muutoksia prosessin aikana ilmennyt. Yhteistyö työelämätahon kanssa oli sujuvaa, mutta informaatiokatkoksiakin oli. Haastateltavat eivät saaneet ennen haastatteluja nähtäväkseen haastattelukysymyksiä, eivätkä he näin ollen voineet valmistautua haastatteluihin juuri mitenkään. Haastattelijoina olisimme kaivanneet enemmän kokemusta. Nämä haastattelut olivat meille molemmille ensimmäiset. Jos meillä olisi ollut enemmän kokemusta, olisimme voineet saada vielä kattavampaa tietoa tutkimusaiheesta. Haastattelujen litteroinnin suoritimme ennätysajassa ja pääsimme tekemään sisällönanalyysii, josta saimme opinnäytetyömme tulokset. Olemme saaneet tutkimustulosten kautta kehitysehdotuksia yhteistyötahollemme vietäväksi, joka myös osaltaan on ollut työelämätahon tavoitteena.

Opinnäytetyöprosessimme oli kaiken kaikkiaan opettavainen kokemus. Opimme paljon lisää käsiteltävästä aiheesta ja olemme voineet hyödyntää tietoa opinnäytetyöprosessin aikana teoriatunneilla, harjoitteluissa ja työelämässä. Saimme myös arvokasta tietoa ja kokemusta tutkimuksen tekemisestä ja sen vaativuudesta. Tätä kokemusta voimme käyttää tulevaisuudessa hyödyksi mahdollisissa jatko-opinnoissa ja työelämäprojekteissa. Opinnäytetyön tekemisen on tehnyt mukavaksi ja sujuvaksi se, että olemme opinnäytetyöparina tukeneet ja kannustaneet toisiamme prosessin kuluessa.

LÄHTEET

- Carr, E. & Mann, E. 2009. Pain – creative approaches to effective management. New York: Palgrave Macmillan.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Helsinki: WSOY.
- Halsas-Lehto, A-L., Härkönen, A. & Raivio, T. 2008. Ihonhoito kauneudenhoitoalalle. 3. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Hjermstad, M., Fayers, P., Haugen, D., Caraceni, A., Hanks, G., Loge, J., Fainsinger, R., Aass, N. & Kaasa, S. 2011. Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (6), 1073–1093.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- International Association for the Study of Pain. 2012. IASP Taxonomy. Päivitetty 22.5.2012. Luettu 11.11.2015. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kipu. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 23.12.2015. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>
- Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kokkinen, J. 2013. Syöpäkivun kokonaisuhoito. Teoksessa Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 8 painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kontinen, V. & Hamunen K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 131 (20), 1921–1928.

Kotovainio, T., Mäenpää, L. & Kuusisto, P. 2013. Kivun lääkehoito. Teoksessa Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8 painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kuusisto, P. 2013. Anestesiologiset erikoistekniikat akuutin kivun hoidossa. Teoksessa Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8 painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Liikunta. 2016. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

Marmo, L. & D'Arcy, Y. 2013. Compact Clinical Guide to Critical Care, Trauma and Emergency Pain Management. An Evidence-based Approach for Nurses. New York: Springer Publishing Company.

Mularski, R., White-Chu, F., Overbay, D., Miller, L., Asch, S. & Ganzini, L. 2006. Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *Journal of General Internal Medicine* 21 (6), 607–612.

Partners Against Pain. N.da. Memorial Pain Assessment Card. Luettu 31.12.2015. <http://www.partnersagainstpain.com/printouts/A7012AS9.pdf>

Partners Against Pain. N.db. Brief Pain Inventory (Short Form). Luettu 1.1.2016. <http://www.partnersagainstpain.com/printouts/A7012AS8.pdf>

Pitkäranta, A. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Työkirja ammattikorkeakouluun. Jokioinen: e-Oppi Oy.

Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2010. Kivun arviointi. Terveysportti. Luettu 27.12.2015. http://www.terveysportti.fi.lib.tamk.fi/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=tht00247

Purser, L., Warfield, K. & Richardson, C. 2014. Making pain visible: an audit and review of documentation to improve the use of pain assessment by implementing pain as the fifth vital sign. *Pain Management Nursing* 15 (1), 137–142.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. Painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vainio, A. 2003. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Woods, S. 2002. Pain management – foundation. Nursing Times 98 (38), 41.

World Health Organization. 1996. Cancer Pain Relief. With a Guide to Opioid Availability. 2. painos. Geneve: World Health Organization.

Yurdanur, D. 2012. Non-pharmacological Therapies in Pain Management. Pain Management – Current Issues and Opinions. Edited: Dr. Gabor Racz.

LIITTEET

Liite 1. Tietoinen suostumus -lomake



TIETOINEN SUOSTUMUS 1 (3)

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoituksena on selvittää, kuinka Te sairaanhoitajana arvioitte potilaan kipua ja seuraatte kivunhoidon vaikutusta.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa. Haastattelu tehdään pareittain niin, että yhteen haastatteluun osallistuu kaksi sairaanhoitajaa samanaikaisesti. Haastateltavat valitaan yhteistyössä esimiehenne kanssa. Haastattelu suoritetaan työpäikällänne yksityisessä tilassa ja haastattelu tulee kestämään noin yhden tunnin. Saatte haastattelussa käsiteltävät teemat etukäteen tiedoksenne sähköpostitse, jotta voitte valmistautua haastatteluun. Haastattelu tullaan nauhoittamaan, jotta voimme käsitellä haastattelussa ilmenneet tiedot opinnäytetyössämme tarvittavassa tarkkuudessaan.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyöntulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, olkaa ystävällisiä ja ottakaa meihin yhteyttä.

JATKUU...



TIETOINEN SUOSTUMUS 2 (3)

Opinnäytetyön tekijät:

Arimatti Lintunen & Jenni Karhe

Sairaanhoitajaopiskelijat (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

Yhteystiedot: arimatti.lintunen@health.tamk.fi / jenni.karhe@health.tamk.fi

JATKUU...



TIETOINEN SUOSTUMUS 3 (3)

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää, kuinka sairaanhoitajana arvioin potilaan kipua ja seuran kivunhoidon vaikutusta. Olen saanut mahdollisuuden esittää tekijöille kysymyksiä opinnäytetyöstä.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 2. Kutsu opinnäytetyön haastatteluun

Arimatti Lintunen & Jenni Karhe



Hoitotyön opiskelijat, Tampereen Ammattikorkeakoulu

arimatti.lintunen@health.tamk.fi & jenni.karhe@health.tamk.fi

Hyvä sairaanhoitaja,

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoituksena on selvittää haastatteluun, kuinka Te sairaanhoitajana arvioitte potilaan kipua ja seuraatte kivunhoidon vaikutusta. Opinnäytetyömme otsikko on: ”Miten sairaanhoitaja arvioi potilaan kipua ja seuraa kivunhoidon vaikutusta? Kipumittarin käyttö vuodeosastolla.” Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte myös keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa. Haastattelu tehdään pareittain niin, että yhteen haastatteluun osallistuu kaksi sairaanhoitajaa samanaikaisesti. Haastateltavat valitaan yhteistyössä esimiehenne kanssa. Haastattelu suoritetaan työajallanne työpaikkanne yksityisessä tilassa. Haastattelu tulee kestämään noin yhden tunnin paria kohden. Saatte haastattelussa käsiteltävät teemat etukäteen tiedoksenne sähköpostitse, jotta voitte valmistautua haastatteluun. Haastattelu tullaan nauhoittamaan, jotta voimme käsitellä haastattelussa ilmenneet tiedot opinnäytetyössämme tarvittavassa tarkkuudessaan.

Haastattelun tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö on valmistuttuaan luettavissa elektronisessa Theseus – tietokannassa. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, olkaa ystävällisiä ja ottakaa meihin yhteyttä viestin ylä-laidassa ilmoitettuihin sähköpostiosoitteisiin. Vastaamme mahdollisiin kysymyksiinne mielellämme.

Yhteistyötämme odottaen,
Ystävällisin terveisin
Jenni Karhe & Arimatti Lintunen



Liite 3. Teemahaastattelukysymykset

Teemahaastattelukysymykset

1. Mitkä tapahtumat yleensä johtavat siihen, että potilaan kipua aletaan arvioida?
2. Miten arvioitte potilaan kipua?
3. Miten hoidatte potilaan kipua?
4. Miten seuraatte kivunhoidon vaikutusta potilaaseen?

Liite 4. Sisällönanalyysi

PELKISTETYT ILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p>Potilaalta kysyminen.</p> <p>Kipua pyydetään kuvailemaan sanoin.</p>	<p>Suusanalliset keinot.</p>	<p>Kivun arviointi</p>	<p>Kivunhoitotyö</p>
<p>Potilaan kipua arvioidaan havainnoiden käyttäytymistä.</p> <p>Elintoimintojen mitauksista saadut poikkeavat arvot käynnistävät pohdinnan syystä.</p> <p>Potilaan kipua arvioidaan koko ajan.</p>	<p>Potilaan jatkuva havainnointi.</p>		
<p>Kipumittaria käytetään syöpäpotilaiden kohdalla.</p> <p>Kipumittaria käytetään sydänpotilaiden kohdalla.</p>	<p>Erialaisten potilasryhmien huomiointi.</p>		

<p>Kipumittarit koetaan hyödyllisiksi.</p> <p>Kipumittaria ei koeta hyödylliseksi.</p> <p>Kipumittari ei kerro kivusta kattavasti.</p> <p>Kipumittaria on käytetty sanallisesti.</p>	<p>Kipumittari osana arviointia.</p>		
<p>Kivunhoito lääkkein on tärkeää.</p> <p>Kipulääkkeitä määrätään herkästi.</p> <p>Ennakoiva kipulääkitys on tärkeää.</p>	<p>Kipulääkkeillä suuri rooli kivunhoidossa.</p>		
<p>Kipulääkityksen vaikutuksen kirjaaminen.</p>	<p>Kirjaaminen.</p>		<p>Kivunhoitotyö.</p>
<p>Kivunhoitotyö lääkkein on lääkäri­lähtöistä.</p> <p>Kivunhoitotyö lääkkein voisi olla hoitajalähtöistä.</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö.</p>	<p>Lääkkeellinen kivunhoito</p>	
<p>Lääkkeellinen kivunhoitotyö on haastavaa.</p> <p>Kipulääkkeiden haittavaikutukset.</p>	<p>Kivunhoidon haasteet.</p>		

<p>Omaiset kieltävät kipulääkityksen.</p> <p>Omaiset osaavat arvioida koska potilas on kivulias</p> <p>Omaisten väärinkäsitykset kipulääkkeistä.</p>	<p>Omaiset ja kipulääkitys.</p>		
<p>Asentohoito kivunhoitotyön keinona.</p> <p>Happihoito kivunhoitotyön keinona.</p> <p>Kylmähoidolla vähennetään kipua.</p> <p>Kivunhoitotyö on koskettamista.</p> <p>Kivunhoitotyö on hieromista.</p> <p>Kivunhoitotyö on päivittäisistä toiminnoista huolehtimista.</p>	<p>Fyysiset keinot kivunhoidossa.</p>	<p>Lääkkeetön kivunhoito</p>	<p>Kivunhoitotyö.</p>
<p>Potilaan luona oleminen ja huomioiminen vähentää kipua.</p> <p>Kivunhoitotyö on lohduttamista.</p> <p>Potilaan yksilöllinen kohtaaminen.</p>	<p>Psyykkiset keinot kivunhoidossa.</p>		