



Eemil Korhonen

Enna Korhonen

Julia Leppänen

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö, 2021

LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUNHOITO

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus plastiikkakirurgiselle vuodeosastolle



TIIVISTELMÄ

Eemil Korhonen

Enna Korhonen

Julia Leppänen

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus plastiikkakirurgiselle vuodeosastolle

48 sivua, 2 liitettä

Syksy 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tilaajana ja yhteistyökumppanina ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikön plastiikkakirurgian yksiköt. Tarkoituksena oli kuvata plastiikkakirurgisen potilaan kivunhoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta ja tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla materiaalia kehitteillä olevan käsikirjan taustamateriaaliksi. Tavoitteena oli kerätä näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, jota voidaan hyödyntää plastiikkakirurgisella vuodeosastolla. Tiedonhaun perusteella plastiikkakirurgisen potilaan kivunhoidosta on kuitenkin hyvin vähän tutkimustietoa, joten tietoa kerättiin sen sijaan leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta kirurgisella osastolla.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistohakua suoritettiin useista eri tietokannoista, muun muassa Medic-, Cinahl-, ProQuest-, Pubmed- ja Medline -tietokannoista. Aineistohaku rajattiin 10 viimeisen vuoden ajalle, jotta saatiin mahdollisimman ajankohtaista tietoa. Aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysia.

Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että eniten potilaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon vaikuttaa sairaanhoitajien riittämätön tietämys leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Johtopäätöksenä havaittiin, että kivunhoidon opetusta tulisi lisätä jo koulutusvaiheessa, mutta sitä tulisi myös jatkaa työelämässä työnantajan mahdollistamana. Tuloksista selvisi myös, että lääkkeitöntä kivunhoitoa ei käytetä laajalti leikkauksen jälkeen. Sairaanhoitajien asenteet voivat myös vaikuttaa potilaiden kivunhoitoon.

Asiasanat: asenteet, hoitotyö, kipu, kivunhoito, osaaminen, postoperatiivinen

ABSTRACT

Eemil Korhonen

Enna Korhonen

Julia Leppänen

Postoperative pain management

Descriptive literature review for a plastic surgical ward

48 pages, 2 appendices

Autumn 2021

Diakonia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree in Health Care

Registered Nurse

The client and partner of the thesis are the Plastic Surgery Units of the Musculoskeletal and Plastic Surgery profit center of the Helsinki and Uusimaa Hospital District. The purpose was to describe pain treatment of a plastic surgical patient by the perspective of a nurse and produce material, by means of descriptive literature review, for the handbook, which is under development. The aim was to gather evidence-based research data which can be utilized on a plastic surgical ward. Based on the data search, there is very small amount of research data on pain management directly from a plastic surgical patient, therefore the data was collected on postoperative pain management on a surgical ward.

The study was conducted using the method of descriptive literature review. The data collection was performed from several different sources such as Medic, CINAHL, ProQuest, Pubmed and Medline databases. The data search was limited to the last 10 years to get up-to-date information. The data was analyzed by using content analysis.

The results of the studies showed that patients' postoperative pain management is affected the most by the nurses' insufficient knowledge of postoperative pain management. As conclusion, teaching about pain management should be increased already in the training phase, but it should also be continued in working life by the employer. The results also showed that non-pharmalogical pain treatment is not used largely. The nurses' attitudes also may affect the patients' pain management.

Keywords: attitudes, nursing care, pain, pain management, competence, postoperative

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 POSTOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA KIVUNHOITO	5
2.1 Postoperatiivinen hoitotyö	5
2.2 Postoperatiivinen kipu ja kivun arviointi.....	6
2.3 Kivunhoidon menetelmät.....	9
3 SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN PLASTIIKKAKIRURGISELLA OSASTOLLA.....	12
3.1 Plastiikkakirurgia	12
3.2 Sairaanhoitajan tutkinto ja osaamisvaatimukset	12
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	16
5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TYÖELÄMÄKUMPPANIT	17
6 TUTKIMUSMENETELMÄT	19
6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	19
6.2 Aineistonkeruu	19
6.3 Aineiston analyysi	22
7 TULOKSET	23
7.1 Koulutuksen vaikutus kivunhoidon osaamiseen.....	23
7.2 Asenteiden ja aiempien kokemusten vaikutus kivunhoitoon	24
7.3 Kivun arviointi.....	26
7.4 Lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät.....	28
7.5 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.....	29
7.6 Vuorovaikutuksen merkitys kivun arviointiin.....	30
7.7 Moniammatillisen tiimin tuki	31
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	33
8.1 Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusideat	33
8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	35
8.3 Ammatillinen kasvu	36

LÄHTEET.....	38
LIITTEET	42
LIITE 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset ja niiden keskeisimmät tulokset.....	42
LIITE 2. Ehdotus käsikirjaan tärkeimmistä kivunhoidon seurantaan liittyvistä asioista.....	46

1 JOHDANTO

Kivun kokeminen kirurgisen toimenpiteen tai leikkauksen jälkeen on yleistä. Leikkauksen jälkeinen hyvä kivunhoito on tärkeää potilaan toipumisen kannalta. Hyvä kivunhoito nopeuttaa potilaan paranemista, edistää liikkumiskykyä, lyhentää potilaan sairaalassaoloaika sekä vähentää hoidon kokonaiskustannuksia. On todettu, että hoitamaton kipu on yhteydessä leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin ja se voi aiheuttaa potilaalle fyysisiä ja psyykkisiä haittavaikutuksia. Potilaalla on oikeus hyvään kivunhoitoon eettisesti ja juridisesti. (Lehtomäki & Hoikka, 2013.)

Sairaanhoitaja on hoitotyön erityisosaaja. Potilaiden hoitaminen on sairaanhoitajan ydintehtävä. Hoitotyön kehittäminen ja toteuttaminen kuuluvat myös sairaanhoitajan osaamisalueeseen. Hoitotyön tulee olla terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää, parantavaa, kuntouttavaa sekä näyttöön perustuvaa. Sairaanhoitajalta edellytetään hoitotyössä tieteellistä tietoperustaa, kuten ajankohtaista lääketieteen ja farmakologian sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden teoreettista asiantuntemusta. Lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveystieteiden linjaukset määrittävät sairaanhoitajan ammatillisen toiminnan. (Eriksson ym., 2015, s. 11.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata plastiikkakirurgisen potilaan kivunhoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyössä kerättiin kirjallisuuskatsauksen avulla materiaalia kehitteillä olevan käsikirjan taustamateriaaliksi. Yhteistyökumppanimme ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikön plastiikkakirurgiset yksiköt, joissa on tarkoitus tehdä plastiikkakirurgisen potilaan hoidosta kertova käsikirja. Käsikirjaa tullaan käyttämään uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä oppaana päivittäisessä hoitotyössä plastiikkakirurgisilla vuodeosastoilla.

2 POSTOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA KIVUNHOITO

2.1 Postoperatiivinen hoitotyö

Potilaan siirtyessä leikkaussalista heräämään alkaa postoperatiivinen hoitotyö ja se päättyy, kun potilas on toipunut tai hän kotiutuu leikkauksesta. Tarkkailun vaativuus määrittyy tehdystä leikkauksesta ja potilaan voinnista. Vuodeosastolla tapahtuvan postoperatiivisen potilaan hoidon tavoitteena on vakauttaa potilaan peruselintoiminnot ensimmäisten postoperatiivisten päivien aikana sekä ehkäistä leikkauskomplikaatioita. Alusta alkaen potilaan omaehtoista kuntoutumista tulee tukea. (Särkijärvi, 2021.)

Potilaan turvallinen siirto heräämöstä vuodeosastolle pitäisi toteuttaa perustellusti ja turvallisesti. Edellytyksenä on, että potilaan keskeisimmät elintoiminnot ovat palautuneet leikkauksesta ja anestesiasta. Potilaan verenkierto, hengitys, tajunnantaso, motoriikka, kipu, pahoinvointi, lämpötila, virtsaneritys ja verenvuoto toimivat tai on saatu hallintaan. Anestesia lääkäri tekee päätöksen siirrosta. (Lukkarinen ym., 2013a.)

Operoidulla potilaalla on usein leikkaushaava. Leikkaushaavaa, ympärysihoa ja eritystä tulee seurata. Haavan erittäessä, seurataan eritteen määrää, laatua ja väriä. Haavan vuotaessa verta, selvitetään verenpurkauman syy. Turvotusta, lämpöä, väriä ja tuntoa on seurattava haavan reunoilta ja ympärysiholta. Kehon osasta, jossa leikkausalue on, tulee seurata äkillistä toimintavajasta ja tunnottomuutta. Leikkaushaavakipu on yleistä ja sitä tulee seurata samalla tavalla kuin muita kipuja, esimerkiksi eri kipumittareita hyödyntäen. (Lukkarinen ym., 2013b.)

Leikkauspotilaalla voi ilmetä pahoinvointia. Pahoinvoinnin ilmenemistä seurataan potilasta haastattelemalla. Pahoinvoinnin seurauksena potilaalla voi esiintyä myös oksentelua. Oksentelu täytyy ottaa huomioon nestetasapainon seurannassa ja se tulee laskea poistuneisiin nesteisiin. Pahoinvointia voi helpottaa pahoinvointilääkkeillä ja asentohoidosta voi olla myös apua potilaalle. (Lukkarinen ym., 2013b.) Pahoinvointi tuo haittoja potilaan paranemiseen ja siihen sisältyy

myös riskejä, kuten aspiraatoriski, nestetasapainon häiriöt sekä paineen lisääntyminen leikkaushaavassa (Hoikka, 2013).

Kaikessa hoitotyössä, myös postoperatiivisessa hoitotyössä on tärkeää, että kirjaaminen suoritetaan asianmukaisesti. Hoitojakson aikana potilaasta täytyy olla tarkat kirjaukset sekä ajalta ennen leikkausta että leikkauksen ajan tapahtumista. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon vuodeosastolle postoperatiivisessa kirjaamisessa tulee kirjata verenkierto, hengitys, tajunnantaso, pahoinvointi, lämpötila, leikkaushaava, nestetasapaino, mahdollisen puudutteen häviäminen ja kiputilanne sekä sen hoito. Lisäksi osastolle tulee olla selkeät jatkohoito-ohjeet. (Lukkarinen ym., 2013a.)

Postoperatiiviseen hoitoon kuuluu myös potilaan ohjaus kotiutumisvaiheessa. Potilaalle annetaan suulliset ja kirjalliset ohjeet, joissa kerrotaan muun muassa ravitsemuksesta, haavanhoidosta sekä ompeleiden poistosta, kipsin hoidosta, lääkehoidosta sekä kuntoutuksesta. Kuntoutusohjeet sisältävät kotona toteutettaviin liikkeisiin, liikuntaan ja varauslupiin liittyvät asiat. Potilaalle annetaan kirjallisena jälkitarkastusaika ja -paikka sekä yhteystiedot hoitopaikkaan. Loppuarvio ja hoitotyön yhteenveto luovutetaan potilaalle kotiutumisvaiheessa tai lähetetään postitse jälkikäteen. Kotiutumisvaiheessa arvioidaan potilaan apuvälineiden ja kotiavun tarve. (Särkijärvi, 2021.)

2.2 Postoperatiivinen kipu ja kivun arviointi

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) on päivittänyt vuonna 2020 kivun määritelmää ensimmäistä kertaa vuoden 1979 jälkeen. Päivitetyn kivun määritelmän toivotaan ilmaisevan paremmin kivun monimutkaisuutta ja vivahteita, johtuen parempaan kivun arviointiin ja hoitoon hoidettaessa kivun kanssa kamppailevia potilaita. IASP:n määritelmän mukaan kivulla tarkoitetaan epämiellyttävää sensorista tai emotionaalista kokemusta, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio ja jota kuvataan samalla tavalla. Kivun määritelmää on vuonna 2020 laajennettu kuudella huomiolla. IASP:n mukaan:

1. Kipu on aina henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttaa biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät.
2. Kipu ja nosiseptio ovat eri ilmiöitä. Kipu ei voi johtua ainoastaan hermo-sensorien aktivoitumisesta.
3. Yksilöt oppivat kivun käsityksen elämäkokemuksen kautta.
4. Henkilön kokemusta kivusta tulisi aina kunnioittaa.
5. Vaikka kivulla on usein sopeutuva rooli, sillä voi olla haitallisia vaikutuksia sosiaaliseen ja psykologiseen hyvinvointiin.
6. Verbaalinen kuvailu on ainoastaan yksi monista tavoista ilmaista kipua. Kyvyttömyys kommunikoida ei tarkoita, ettei ihminen tai eläin tuntisi kipua. (IASP, 2020.)

Kipu voi olla akuuttia tai kroonista. Akuutti kipu suojaa elimistöä. Se varoittaa kudonvauriosta, kuten kuumasta, puristuksesta, viillosta, infektiosta ja sen pystyy hyvin paikantamaan vauriokohtaan. Akuuttia kipua voidaan hoitaa, sillä sen aiheuttaja on yleensä ilmeinen. Akuutit kiputilat paranevat päivien tai viikkojen aikana hyvän kivunlievityksen avulla ja kudonvaurion parantuessa. Kroonisella kivulla tarkoitetaan kipua, joka on ylittänyt tavanomaisen kudonvaurion paranemisaikaa tai se on kestänyt 3–6 kuukautta. Kroonisella kivulla ei ole enää varoitusmerkitystä, kuten akuutilla kivulla. Jos kudonvauriota ei saada hallintaan, se voi aiheuttaa kroonisen kiputilan. Diabeteksen aiheuttama ääreishermoston vaurioituminen voi johtaa monihermovaurioon ja krooniseen kiputilaan. Myös vamma tai hermopinne voi aiheuttaa ääreishermoston vaurioitumisen ja täten saada aikaan kroonisen kiputilan. Kivun kroonistumisen riski nousee, mikäli akuuttia kipua ei hoideta tarpeeksi hyvin. Lisäksi toipuminen hidastuu. Kivun kroonistumiselle on useita mahdollisesti altistavia tekijöitä. Näitä ovat leikkauskomplikaatiot, akuutin kudonvaurion laajuus, akuutin kivun voimakkuus ja potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat. (Vakkala, 2018.)

Tulisi muistaa, että potilaan oma arvio kivusta on aina lähtökohtana kivun arvioinnissa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2017). Kivun mittaamiseen on kehitetty useita menetelmiä. Monet näistä apuvälineistä

ovat hyvin yksinkertaisia ja ne keskittyvät kivun intensiivisyyteen tai epämiellyttävyyteen. (Cajanus, 2018, s. 17.)

VAS-asteikko on yksi kivun mittaamiseen käytettävistä menetelmistä. VAS-asteikkoa käytettäessä potilasta pyydetään kertomaan, kuinka voimakasta hänen kipunsa on kipujanalla. 0 tarkoittaa, että potilas ei tunne kipua ja 100 tarkoittaa, että potilas tuntee voimakkainta mahdollista kipua. VAS-asteikko voi sisältää myös graafisia kuvioita, kuten värejä, numeroita tai kasvoja, jotka kuvaavat eri kipuintensiteettejä ja nousevaa muotoa, jotta potilaat pystyvät paremmin tulkitsemaan janaa. VAS-asteikkoa käytetään laajasti sen yksinkertaisuuden ja kätevyyden takia. VAS-asteikko ei ole sopiva kognitiivisesti heikentyneille ihmisille testin luotettavuudesta huolimatta. (Cajanus, 2018, s. 17.)

Toinen laajasti käytetty kivunmittaamisen väline on Numerical Rating Scale (NRS). Toisin kuin VAS-asteikolla, NRS-asteikolla ei ole visuaalista näkökulmaa, vaan potilasta pyydetään arvioimaan kipua asteikolla 0–10. 0 tarkoittaa, että potilas ei koe kipua lainkaan, kun taas 10 tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. NRS-asteikolla numerot 1–3 tarkoittavat lievää kipua, 4–7 kohtuullista kipua ja 8–10 voimakasta kipua. Luotettavuudeltaan NRS on samaa tasoa kuin VAS. (Cajanus, 2018, s. 17.) Potilaan ollessa kykenemätön kertomaan kivustaan, on mahdollista arvioida kipua havainnoimalla potilaan käyttäytymistä. Tällöin potilaan hyvin tuntevan ihmisen apu on yleensä tarpeellista. (Terveyskylä, ia.-a.)

Useimmiten leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen kipu on akuuttia nosiseptiivista kipua. Leikkauskivun voimakkuus vaihtelee riippuen leikkausviillon paikasta ja leikkaustekniikasta. Useat potilaskohtaiset tekijät vaikuttavat kivun kokemukseen. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, ikä, geneettiset tekijät, aikaisempi kipulääkitys sekä leikkausta edeltävät elämäkokemukset, odotukset, pelot tai mielenterveysongelmat. Kivunlievityksen tarvetta ja vastetta tulee seurata kipua mittaamalla, sillä kipu koetaan yksilöllisesti. (Vakkala, 2016a.) Nosiseptiivisellä kivulla tarkoitetaan kudosaauriokipua, ja sen tunteminen tarkoittaa, että kivunvälitysjärjestelmä on terve. Nosiseptiivisiä kiputiloja voi olla leikkaushaavan kivun lisäksi esimerkiksi iskeeminen katekävely tai syöpäkipu. (Vakkala, 2016b.)

2.3 Kivunhoidon menetelmät

Kivun hoidon perustana on lääkkeetön kivunhoito ja niitä keinoja pitää käyttää aina, kun mahdollista. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat esimerkiksi liikunta, kylmä- ja lämpöhoito, sähköinen kivunhoitomenetelmä TNS, terapeuttinen harjoittelu ja kognitiivis-behavioraalinen terapia. Lääkkeellinen hoito yhdistetään tarpeen tullen lääkkeettömään hoitoon. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2017.)

Leikkauspotilaan hoidossa toimiva ja turvallinen kivun hoito tukee potilaan kuntoutumista. Akuutin kivun mittaaminen ja kirjaaminen säännöllisesti on tärkeää. Kipulääkitys toteutetaan yksilöllisesti toimien multimodaalisuuden periaatteen mukaisesti. Tämä tarkoittaa eri mekanismeilla vaikuttavien kipulääkkeiden yhdistämistä ja sitä, että edellytyksien mukaan käytetään puudutuksia. Säännöllinen henkilökunnan koulutus, yhtenevät toimintamallit ja hoito-ohjeet ovat edellytyksiä akuutin kivun hyvälle ja turvalliselle hoidolle. On tärkeää tunnistaa pitkittyvä leikkauksen jälkeinen kipu ja hoitaa sitä aktiivisesti. (Hamunen & Kontinen, 2018a.)

Lääkkeiden annostelu on mahdollista toteuttaa tarpeen tullen käyttäen eri reittejä. Tavoitteena on saada aikaan eri lääkkeiden additiivinen tai jopa synergistinen yhteisvaikutus ja näin myös tehokkaampi kivunlievitys. Tarkoituksena on myös vähentää tiettyjen lääkkeiden, kuten opioidien annoksia. Näin pystytään pienentämään haittavaikutuksia verrattuna siihen, että annettaisiin ainoastaan yhtä lääkettä suuremmalla annoksella. Multimodaaliseen lääkitykseen on mahdollista sisällyttää gabapentinoidia tai ketamiinia tietyille potilaille. (Hamunen & Kontinen, 2018b.)

Kipulääkitys valitaan huomioiden kirurgisen toimenpiteen laatu ja laajuus sekä potilaskohtaiset tekijät. Tulehduskipulääkettä annetaan toistuvasti pienen pinnallisten toimenpiteiden yhteydessä. Myös johtopuudutuksia tai haavan reunojen puudutusta on mahdollista käyttää. Tarvittaessa annetaan opioidia. Puudutetta ja opioidia voidaan antaa epiduraalisesti tulehduskipulääkkeen kanssa esimerkiksi ortopedisen leikkauksen jälkeen. (Hamunen & Kontinen, 2018b.)

Tulevaisuuden tavoite on saada toteutettua entistä parempi kivunhoitokokonaisuus yksilöllisesti jokaiselle potilaalle. Perinteiseen leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon kuuluu tulehduskipulääke tai parasetamoli ja tarvittaessa opioidi. Opioidia voidaan annostella laskimoon, lihakseen tai suun kautta. Annostelureitti valitaan leikkaustyyppin ja mahasuolikanavan toiminnan mukaisesti. Jotkut potilaat eivät tarvitse leikkauksen jälkeen muuta kuin tulehduskipulääkettä. Opioidin tarve pienenee tavanomaisten tulehduskipulääkkeiden ja koksibien ansiosta leikkaustyyppistä riippuen 30–70 %, keskimääräisesti noin 40 %. Tulehduskipulääkkeillä on myös opioidin aikaansaamia haittavaikutuksia pienentävä vaikutus. Leikkauksen jälkeisen opioidin tarve pienenee noin 20 % parasetamolin ansiosta. Kaikki kipulääkkeet, vahvat opioidit mukaan lukien on mahdollista antaa suun kautta, kun potilas pystyy ottamaan nesteitä ja ravintoa suun kautta. Opioideja ei tulisi annostella lihaksensisäisesti tarpeettomasti. (Hamunen & Kontinen, 2018b.)

Mikäli potilaalla on vuoto- tai hyytymishäiriö, mahahaava, yliherkkyys, astma, munuaisten tai sydämen vajaatoiminta, hypotensio tai hypovolemia, ei tule käyttää tulehduskipulääkkeitä. Kuitenkin osa astmapotilaista pystyy käyttämään myös tulehduskipulääkkeitä. Vanhuksilla pitää kiinnittää huomiota annostelumääriin. Tulehduskipulääkkeet heikentävät munuaisverenkiertoa ja kasvattavat sydäntapahatumien mahdollisuutta. Sen vuoksi verisuonikirurgisille, yleistynyttä ateroskleroosia tai sepelvaltimotautia sairastavien ei tulisi käyttää tulehduskipulääkkeitä. Hyvä vaihtoehto tällaisissa tilanteissa on parasetamolin annostelu joko suun kautta tai laskimonsisäisesti. (Hamunen & Kontinen, 2018b.)

Morfiini, oksikodoni, fentanyyli ja buprenorfiini ovat vahvoja opioideja, joita käytetään leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon. Oikea annos etsitään aina potilaskohteisesti, painon ollessa vain suuntaa antava parenteraalisessa annostuksessa. Tulee myös huomioida yleisesti vanhusten pienemmät annokset verrattuna nuorempiin potilaisiin. Opioidia annostellaan laskimonsisäisesti 5–15 minuutin välein, siihen asti, että kipu helpottuu. (Hamunen & Kontinen, 2018b.)

Fentanyyliä käytetään ainoastaan silloin, kun tavoitteena on lyhytkestoinen vaikutus. Sen jälkeen annetaan joko morfiinia tai oksikodonia lihakseen tai suun

kautta. Leikkauksen jälkeinen kipulääkityksen tarve ja opioidivaste riippuu potilaskohtaisista tekijöistä ja tämä pitää muistaa annostelussa. Useissa tapauksissa kipulääkkeiden antaminen suun kautta on pääasiallinen annostelureitti. Toimiva mahasuolikanava on ehtona, jotta opioideja voidaan antaa suun kautta. (Hamunen & Kontinen, 2018b.)

3 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN PLASTIIKKAKIRURGISELLA OSASTOLLA

3.1 Plastiikkakirurgia

Plastiikkakirurgia voidaan jakaa rekonstruktiiiviseen ja esteettiseen kirurgiaan. Julkisella puolella ei tehdä pelkästään esteettisestä syystä johtuvia kirurgisia toimenpiteitä, mutta monet esteettisen kirurgian menetelmät ovat käytössä julkisessa terveydenhuollossa. (Tukiainen, 2017.) Suomessa julkisella sektorilla hoidettavia plastiikkakirurgisia ongelmia ovat palovammojen ja vaikeiden kasvo- ja raajavammojen hoito, ihosyövän ja pahanlaatuisten sidekudoskasvainten hoito, rintasyövän jälkeiset rintojen korjausleikkaukset, ehkäisevä rintasyöpäkirurgia, rintojen pienennysleikkaukset, huuli- ja suulakihalkioiden sekä kallon epämuodostumien hoito, paine- ja säärihaavojen sekä iskemisten diabeettisten alaraaja- haavojen hoito, sukupuolen korjausleikkaukset sekä lihavuuskirurgisten leikkausten jälkeiset korjausleikkaukset. (HUS, i.a.-a.)

Rekonstruktiiivinen kirurgia tarkoittaa korjaavaa kirurgiaa, jolloin hoidetaan epämuodostumia, kudospuutoksia tai toimintahäiriöitä. Kudospuutosten syitä voi olla useita, kuten synnynnäiset kudospuutokset, infektiosta johtuvat kudospuutokset, valtimosairauksien ja diabeteksen aiheuttamat kudospuutokset, onnettomuudesta kuten palovammoista tai paleltumisesta johtuvat kudospuutokset tai kasvaimen poistosta johtuva kudospuutos. (Tukiainen, 2017.) Plastiikkakirurgian tavoitteena on turvata potilaan normaali kasvu ja kehitys sekä toimintakyky, säilyttää mahdollisimman lähellä alkuperäistä kudosta oleva laatu ja esteettisesti hyvä lopputulos. (Tukiainen, 2017.)

3.2 Sairaanhoitajan tutkinto ja osaamisvaatimukset

Sairaanhoitajan tutkinto käsittää kokonaisuudessaan 210 opintopistettä. Tutkinto koostuu sairaanhoitajakoulutuksesta, joka on 180 opintopistettä sekä 30 suun-

taavasta opintopisteestä. Sairaanhoitajan tutkinnon rakenne noudattaa ammattipätevyysdirektiiviä (2013/55/ EU), sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetus- ja kulttuuriministeriön kansallisia ohjeita, säädöksiä ja suosituksia. Asiantuntijatyöryhmät ovat määritelleet ohjeet sairaanhoitajan koulutuksesta ammattikorkeakoulujen tueksi, jotta varmistetaan sairaanhoitajan osaamisen tasalaatuisuus ja vertailtavuus eri ammattikorkeakoulujen välillä. (Karma ym., 2016 s. 112–113.)

Yleissairaanhoitajan osaamisalueet ovat ammattipätevyysdirektiivin mukaan asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus. Sairaanhoitajan työtä ohjaavat useat eri lait, kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, terveydenhuoltolaki 1326/2010 sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Sairaanhoitajan tehtäviä ovat kärsimyksen lievittäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen. (Puttonen, 2021.)

Yleissairaanhoitajan osaamisvaatimuksien mukaan sairaanhoitajan tulee osata haavanhoidon peruseriaatteen ja hyödyntää tietämystään kroonisten haavojen hoidossa. Tuntemus ihon rakenteesta, toiminnasta ja verenkierrosta edistää haavanhoidon osaamista. Kroonisten haavojen haavatyypin tunnistaminen ja hoitaminen ovat olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Haavan syyn ja ennaltaehkäisyn ymmärtäminen kuuluvat sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen. Haavan paikallishoito ja paranemisen arviointi ovat myös tärkeässä osassa. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa potilaan kipua ja osata arvioida sekä hoitaa sitä. Hän hallitsee lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sekä käyttää kivun arviointiin erilaisia kipumittareita. (Laukkanen, 2020.)

Asiakaslähtöisyys on yksi oleellinen osa-alue sairaanhoitajan osaamisalueella. On ymmärrettävää, että asiakas on oman elämänsä ja sairautensa asiantuntija, jonka kokemuksia sairaanhoitaja voi hyödyntää työssään. Sairaanhoitajan tulee nähdä asiakas aktiivisena toimijana omassa hoidossaan sekä osata arvioida asiakkaan resurssit ja tukea asiakasta hoidon suunnittelemisessa, toteuttamisessa

ja arvioimisessa. Sairaanhoidajan tulee kyetä ammatilliseen ja hoidossa tapahtuvaan vuorovaikutukseen monen ikäisten asiakkaiden ja omaisten kanssa sekä ymmärtää läheisten merkitys hoidossa. Sairaanhoidajan on osattava tukea läheisten hoitoon osallistumista asiakkaan toiveita kuunnellen. Sairaanhoidajan on hyvä huomioida eri kulttuureista tulevien asiakkaiden kohtaaminen yksilöllisesti sekä tiedostaa kulttuurin arvon merkitys vuorovaikutuksessa. (Eriksson ym., 2015, s. 36.)

Sairaanhoidajan tulee myös pystyä toteuttamaan näyttöön perustuvaa toimintaa ja päätöksentekoa. Sairaanhoidajan tulee pystyä ratkaisemaan ammatillisiin tilanteisiin liittyviä ongelmia ja ristiriitoja osana moniammatillista tiimiä. Sairaanhoidajan tulee pystyä tarkastelemaan omaa osaamistaan kriittisesti. Hoitotyön tarpeen määrittely ja suunnittelu sekä hoitotyön toteuttaminen ja arviointi kuuluvat sairaanhoidajan työhön. Sitä varten tulee sairaanhoidajan osata käyttää aktiivisesti tieteellistä tietoa, kuten tutkimusnäyttöön pohjautuvia suosituksia ja katsauksia tehdessään päätöksiä. Sairaanhoidajan tulee pystyä toteuttamaan tiedonhakuja tavallisimmista terveystieteiden tietokannoista ja myös lukea ja arvioida kriittisesti tieteellisiä julkaisuja. Sairaanhoidajan pitää sitoutua näyttöön perustuvaan toimintaan ja ymmärtää oma osuutensa siitä. Oman toiminnan ja toimintakäytänteiden tunnistaminen ja arviointi kriittisesti on tärkeää. Lisäksi sairaanhoidajan tulee osata soveltaa näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ja yhteisiä käytäntöjä kliinisessä hoitotyössä ja ymmärtää niiden merkitys potilaan tai asiakkaan hoidossa. Tähän kuuluu myös yhteisen käytännön tulosten arviointi, seuranta ja dokumentointi. (Eriksson ym., 2015, s. 41–42.)

Sairaanhoidajan osaamisalueeseen kuuluu myös terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Sairaanhoidajan tulee osata arvioida väestön terveyttä ja hyvinvointia, niihin yhteydessä olevia tekijöitä niin yksilön kuin yhteisön tasolla. Olemassa olevan tiedon ja tiedon väestön terveyden haasteista tulee olla sairaanhoidajalla hallussa ja hänen täytyy myös osata hyödyntää rekistereitä ja tilastoja. Sairaanhoidajan täytyy tunnistaa kansanterveysongelmien aiheuttajat ja kyetä varhaisessa vaiheessa ehkäisemään ongelmia, jotka vaikuttavat terveyteen, toimintakykyyn tai työkykyyn heikentävästi. Sairaanhoidajan täytyy voida toteuttaa ja arvioida toimenpiteitään terveyden ja toimintakyvyn edistämisen osalta, yksilö-,

ryhmä- ja yhteisötasolla hyödyntämällä asiantuntijoita ja moniammatillista tiimiä. Lisäksi sairaanhoitajan on osattava terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvä lainsäädäntö, valtakunnalliset ohjeistukset sekä kansainväliset ja kansalliset suositukset. (Eriksson ym., 2015, s. 44.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata plastiikkakirurgisen potilaan kivunhoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta ja tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla materiaalia kehitteillä olevan käsikirjan taustamateriaaliksi. Tavoitteenamme on kerätä näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, jota voidaan hyödyntää plastiikkakirurgisella vuodeosastolla. Tutkimustietoa voi käyttää muun muassa uusien hoitajien perehdytyksessä, ja sen kautta potilaat saavat parasta mahdollista hoitoa näyttöön perustuvan tiedon pohjalta.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosityksikköön on tekeillä plastiikkakirurgiaa koskeva käsikirja, jonka taustamateriaalina käytetään kirjallisuuskatsauksia. Pohjana on NCS (nurse competence scale) ajattelu eli hoitajan osaaminen. Käsikirjan osa-alueita ovat esimerkiksi:

- kaatumisen ehkäisy plastiikkakirurgian hoitotyössä
- painehaavat ja niiden ehkäisy plastiikkakirurgian hoitotyössä
- vajaaravitsemus plastiikkakirurgian hoitotyössä
- kielekeleikkauspotilaan hoitotyö
- haavapotilaan henkinen tukeminen
- **kivunhoidon seuranta plastiikkakirurgian hoitotyössä.**

Käsikirjaa tullaan käyttämään uusien työntekijöiden perehdytykseen sekä opaana päivittäisessä hoitotyössä. Teemme yhteistyökumppanillemme noin kahden sivun pituisen ehdotuksen siitä, mitä meidän mielestämme käsikirjassa olisi hyvä olla kyseisestä aiheesta, mutta he tekevät siitä lopullisen päätöksen. Ehdotus on liitteenä opinnäytetyössämme. (LIITE 2.) Tarve käsikirjalle syntyi, sillä plastiikkakirurgisen potilaan hoidosta ei ole olemassa vielä käsikirjaa hoitajille.

Tutkimuskysymykset

1. Millaista osaamista sairaanhoitajilla on postoperatiivisesta kivunhoidosta?
2. Miten sairaanhoitaja arvioi plastiikkakirurgisen potilaan kipua?

3. Miten sairaanhoitaja hoitaa plastiikkakirurgisen potilaan kipua vuodeosastolla?

5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TYÖELÄMÄKUMPPANIT

Tutkimusympäristönä meillä on plastiikkakirurgisen potilaan vuodeosastolla tapahtuva hoito. Hoidosta syvennytään lähinnä kivunhoitoon. Työelämäkumppanimme on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Saimme aiheen opinnäytetyölle työelämäkumppanilta. Yhteyshenkilömme on HUS Peijaksen sairaalan kliininen opettaja, jolta saimme myös tarvittaessa tukea ja apua opinnäytetyömme kirjoittamisen aikana.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tukielin- ja plastiikkakirurgia on yksi 13:

sta tulosyksiköstä. Siellä hoidetaan ortopedisiä, traumatologisia, käsikirurgisia ja plastiikkakirurgisia potilaita. Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan alueen potilaiden perus- ja erityistason hoito sekä koko HUS-alueen vaativa trauma-kirurgia on keskitetty tukielin- ja plastiikkakirurgian linjaan. HYKS yhteistoiminta-alueelta (Kymenlaakso ja Etelä-Karjala) ja muualta Suomesta on mahdollista päästä tukielin- ja plastiikkakirurgian linjalle erityistason läheteillä. Huuli- ja suulakihalkioiden hoito on yksi yksikön valtakunnallisista vastuualueista. Hoitoa järjestetään Töölön, Jorvin, Peijaksen ja Herttoniemen sairaalassa. (HUS, i.a.-b.)

HUS tukielin- ja plastiikkakirurgia jaotellaan kolmeen linjaan. Yksi HUS tukielin- ja plastiikkakirurgian kolmesta linjasta on tukielinkirurgia. Tukielinkirurgian erikoissairaanhoidon palveluihin kuuluu ortopedia, traumatologia ja käsikirurgian erikoisalajat. Tukielinkirurgista hoitoa järjestetään Töölössä, Jorvissa, Peijaksessa ja Herttoniemessä. Tekonivelkeskus on Peijaksen sairaalassa ja se kuuluu tukielinkirurgian piiriin. Tekonivelkeskuksessa tehdään lähemmäs 3000 tekonivelleik-

kausta vuodessa. Valtaosa leikkauksista kohdistuu nivelrikon aiheuttamiin ongelmiin lonkassa ja polvessa. Töölön sairaalassa tapahtuva traumatologinen hoito on kansainvälisesti laajaa ja tasokasta. Potilaat saapuvat hoitoon pääosin HYKS-sairaanhoidoalueelta. Lisäksi erityisosaamista vaativien sairauksien ja vammojen hoitoon saapuu potilaita koko HUS:n ja HYKSin yhteistoiminta-alueelta. Vastuualueen ulkopuolelta saapuu myös potilaita, joilla on esimerkiksi vaikea lantion tai käden alueen vamma. (HUS, i.a.-b.)

Plastiikkakirurgia on toinen linja, joka vastaa kaikista plastiikkakirurgisista toimenpiteistä HYKS-alueella. Töölön ja Jorvin sairaalan yksiköt kuuluvat tähän linjaan ja lisäksi siellä hoidetaan myös vaativan tason potilaita HUSin piiristä, HYKS erityisvastuualueelta ja muualta Suomesta. (HUS, i.a.-b.) Osa plastiikkakirurgisista toiminnoista on siirtymässä uuteen Puistosairaalaan. Palovammojen ja sukupuolenvaihtokirurgia on keskitetty valtakunnallisesti tähän linjaan. HUSUKE:ssa eli huuli- ja suulakihalkiokeskuksessa, tapahtuu koko Suomen alueelta keskitetty halkiopotilaiden hoito. Kraniofakiaalikeskus kuuluu osaksi HUSUKE:a, joka on tunnustettu kansainvälisesti kallon epämuodostumiin erikoistuneeksi yksiköksi. Pään ja kaulan alueen tapaturmien ja kasvainten sekä sarkoomien aiheuttamien kudospuutosten korjauskirurgiassa plastiikkakirurgian linja on ansioitunut. (HUS, i.a.-b.)

Tukielin- ja plastiikkakirurgian tuloyksikön kolmas linja on opetus ja tutkimuslinja. Korkeatasoisen opetuksen ja tutkimuksen edistäminen ovat linjan päätavoitteita. Linjalla tuetaan koko tuloyksikön kliinisten erikoisalojen toimintaa kehittämällä alan koulutusta, opetusta ja tutkimusta. Tämä tehdään opettamalla ja kouluttamalla lääkäreitä, lääkäriopiskelijoita ja hoitotieteen edustajia. Lisäksi yksikössä tehdään yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, minkä avulla saadaan tuetua koko tuloyksikön kliinisten erikoisalojen toimintaa. Hoitomenetelmien ja potilashoidon laadun kehittäminen sekä alan huippuosaajien ja asiantuntijoiden koulutus saadaan tehtyä korkeatasoisen tutkimustyön avulla. (HUS, i.a.-b.)

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyömme on muodoltaan tutkimuksellinen ja se toteutui kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen päämääränä on yleensä löytää vastauksia siihen, mitä ilmiöstä tiedetään aikaisemman tutkimuksen perusteella tai mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksena onkin yleensä löydettävissä uusi tai erilainen näkökulma ilmiöön. (Kangasniemi ym., 2013, s. 295.)

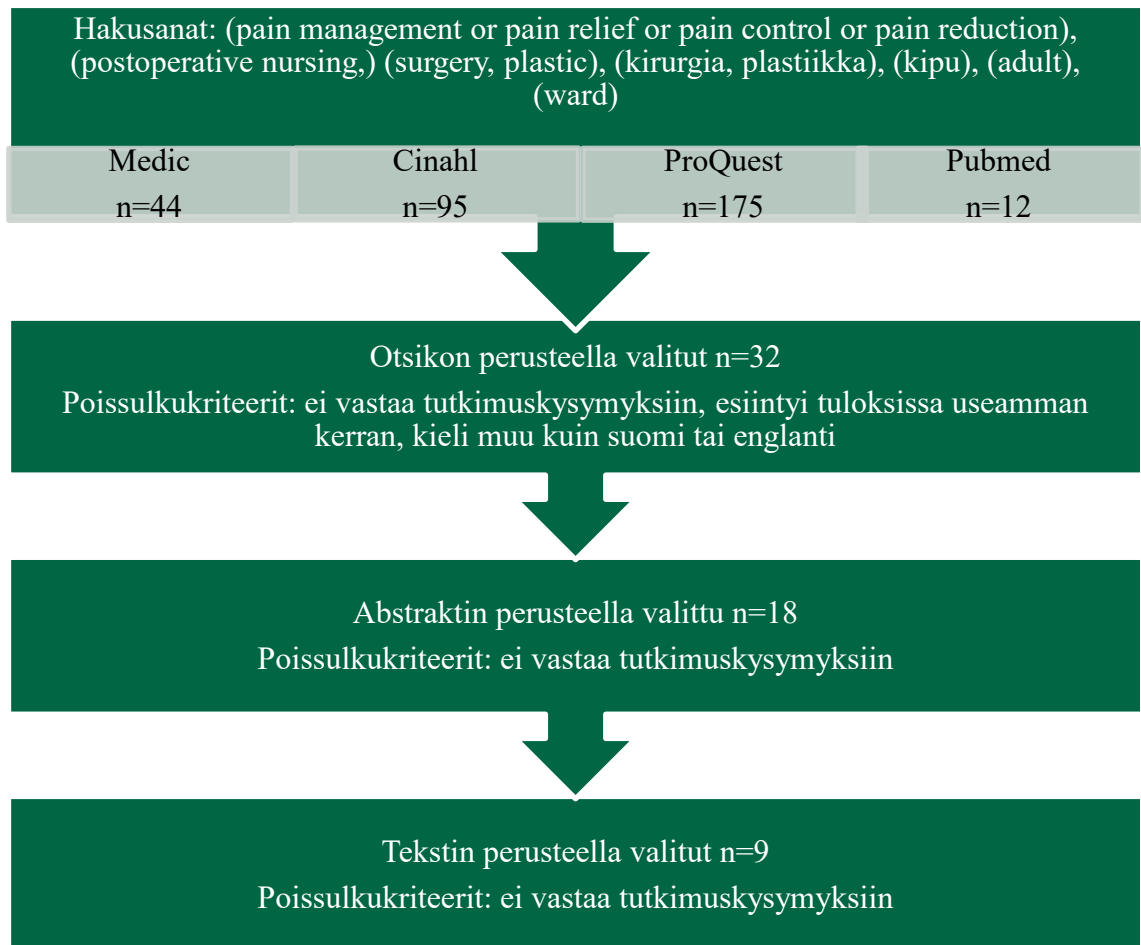
Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen perustana on tutkimuskysymys, jonka pohjalta tuotetaan kuvaileva, laadullinen vastaus valitun aineiston perusteella. Tutkimuskysymys ohjaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessia. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimuskysymyksen muotoileminen, aineiston valikoiminen, kuvailun muodostaminen ja aikaan saadun tuloksen analysoiminen. Tutkimuskysymyksen avulla on tarkoitus löytää siihen vastaamaan niin relevantti aineisto kuin mahdollista. Aineiston valinta heijastelee menetelmän aineistolähteistä ja ymmärtämiseen tähtäävää luonnetta. Tämä tarkoittaa, että aineiston valinnan ja analyysin tulee olla aineistolähtöistä ja ne tapahtuvat jossain määrin samanaikaisesti. (Kangasniemi ym., 2013, s. 295.)

6.2 Aineistonkeruu

Aloitimme työskentelyn tutustumalla aiheitamme käsittelevään kirjallisuuteen ja kartoitimme jo olemassa olevaa tietoa. Mietimme, mitkä ovat opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiä ja keskeisiä käsitteitä. Opinnäytetyön suunnitelman esittämisen jälkeen aloimme tehdä aineistohakuja useista tietokannoista kirjallisuuskatsausta varten. Otimme myös yhteyttä Diakin informaattikkoon, jolta saimme apua aineistonhaussa. Hakusanoina käytimme seuraavia termejä: (kipu), (kirurgia, plastiikka), (pain management or pain relief or pain control or pain reduction), (surgery, plastic), (adult), (ward). Haimme aineistoa Medic-, Cinahl-, ProQuest-,

Pubmed- ja Medline -tietokannoista. Rajasimme aihetta myös ajallisesti 10 viime vuodelle, jolloin tieto on luotettavampaa ja ajankohtaisempaa. ProQuest-tietokannasta rajasimme aihetta ajallisesti 5 viime vuodelle, sillä hakutuloksia tuli useista hakusanoista huolimatta niin paljon.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on usein kuvaus aineiston valinnan prosessista ja sen aineisto koostuu aikaisemmin julkaistusta, tutkimusaiheen osalta tärkeästä tutkimustiedosta. (Kangasniemi ym., 2013, s. 295.) Käytimme aineiston valinnassa eksplisiittistä valintaa, jossa kirjallisuuden valinta kuvataan melko tarkkaan. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa haut tehdään manuaalisesti eri tietokannoista ja hyödynnetään aineiston aika- ja kielirajauksia. (Kangasniemi ym., 2013, s. 295–296.) Opinnäytetyössämme on liitteenä aineistonhakuprosessin sekä tutkimustaulukko. Kirjallisuuskatsauksessa käytimme yhteensä 12 tutkimusta, joista 9 löysimme aineistonhakuprosessissa. Lisäksi löysimme 3 tutkimusta varsinaisen aineistohaun ulkopuolelta tietokannoista. Aineistohakua teimme sekä suomen että englannin kielellä. (KUVIO 1)



KUVIO 1. Aineistonhaun kuvaaminen

Aineistonhaussa käyttämämme hakusanat ovat esitelty kuviossa ylhäällä. Tietokannat, joista teimme hakuja ovat esitelty hakusanojen alapuolella. Otsikon perusteella valitsimme 32 tutkimusta abstraktin perusteella tarkasteltavaksi. Poissulkukriteerinä oli, että tutkimus ei vastannut tutkimuskysymyksiin, se esiintyi tuloksissa useamman kerran tai sen kieli oli muu kuin suomi tai englanti. Abstraktin perusteella valitsimme tarkempaan tarkasteluun 18 tutkimusta. Poissulkukriteerinä oli, että tutkimus ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Tekstin perusteella valitsimme 9 tutkimusta kirjallisuuskatsausta varten. Poissulkukriteerinä oli, että tutkimus ei vastannut tutkimuskysymyksiin.

6.3 Aineiston analyysi

Käsittelyosan rakentamista voidaan pitää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ytimenä. Sen päämääränä on tutkimuskysymykseen vastaaminen sekä uudenlaisten johtopäätösten tekeminen. Kuvailussa analysoidaan ja yhdistellään kriittisesti sisältöä sekä syntetisoidaan tietoa eri tutkimuksista. Uudenlaista tulkintaa voi syntyä tarkasteltaessa aikaisempaa tutkimusta. Se ei kuitenkaan tarkoita, että alkuperäistä tietoa muutettaisiin, vaan uudenlaisen tulkinnan syntymistä yhdistämällä se muuhun tutkimuskysymyksen kannalta tarpeelliseen tietoon. (Kangasniemi ym., 2013, s. 296.) Opinnäytetyössämme etsimme tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ja sovelsimme sitä plastiikkakirurgian vuodeosastolle. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen analyysin ei ole tarkoitus siis referoida, tiivistää, siteerata tai raportoida alkuperäisainestoa. Päämääränä on saada aikaan aineiston sisäistä vertailua, olemassa olevan tiedon vahvuuksien ja heikkouksien analysointia sekä kattavimpien johtopäätösten tekemistä. (Kangasniemi ym., 2013, s. 296.)

Käytimme aineiston analysoinnissa menetelmänä sisällönanalyysia. Se on perusanalyysimenetelmä, jota on mahdollista käyttää kaikissa laadullisen aineiston analyyseissä. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 78). Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida aineistoa järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Menetelmän tarkoituksena on luoda kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 86.)

Valittuamme tutkimukset, jotka soveltuivat kirjallisuuskatsaukseen, luimme tutkimukset ensin järjestelmällisesti läpi. Suurin osa tutkimuksista oli englanninkielisiä, joten käänsimme ne suomeksi. Etsimme valitsemistamme tutkimuksista vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Kokosimme löytämämme tulokset yhteen ja ryhmittelimme ne erilaisiin teemoihin. Löytämämme teemat olivat koulutuksen vaikutus kivunhoidon osaamiseen, asenteiden ja aiempien kokemusten vaikutus kivunhoitoon, kivun arviointi, lääkkeettömät ja lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät, vuorovaikutuksen vaikutus kivunhoitoon sekä moniammatillisen tiimin tuki.

7 TULOKSET

7.1 Koulutuksen vaikutus kivunhoidon osaamiseen

Koulutusta leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta tulee antaa sekä sairaanhoitajakoulutuksessa, että valmistumisen jälkeen. Kivunhoitokoulutus on siis tehokas väylä parantamaan postoperatiivisen kivun hoitoa ja asenteita kipuun. Se edistää esimerkiksi ammattilaisten ymmärrystä siitä, että potilaalla on oikeus täydelliseen kivuttomuuteen sen ollessa mahdollista. (Abdalahim ym., 2011, s. 251.)

Riittämätön kivunhoito voi aiheuttaa sekä fyysisiä että psykologisia haittavaikutuksia ja voi johtaa kroonisen kivun syntymiseen. Tehokas kivunhoito on myös eettisesti tärkeä aihe, sillä potilaan ei tule antaa kärsiä kivusta. Sairaanhoitajien koulutuksessa ei anneta tarpeeksi tietoa leikkauksenjälkeisestä kivusta. Puutteelliset tiedot kivunhoidosta voivat johtaa siihen, että vahvoja kipulääkkeitä ei uskalta antaa, koska sen pelätään aiheuttavan sivuvaikutuksia potilaille. (Abdalahim ym., 2011, s. 250.)

Akuutin kivunhallinnan koulutusohjelma kehitti sairaanhoitajien tietämystä ja asenteita kivun arviointiin ja hallintaan. Kehittyminen oli kaikista vaikuttavinta heti koulutusohjelman jälkeen. Näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvien kivunhallintaan liittyvien koulutusohjelmien jatkaminen voi kehittää sairaanhoitajien tietämystä kivusta. (McNamara ym., 2012, s. 958.)

Dionysoopouloksen & Katsaragakisin (2019, s. 172) tutkimuksessa selvisi, että sairaanhoitajilla ei ollut tarpeeksi tietoa ja taitoja hallita potilaidensa kipua. Hoitajilla, jotka olivat osallistuneet seminaareihin ja koulutusohjelmiin kivunhoitoon liittyen edellisen vuoden aikana tai joilla oli vuosien ammatillinen kokemus, havaittiin korkeampaa tiedon tasoa ja taitoja. Sairaanhoitajilla havaittiin olevan puutteellinen tieto kivunhoidosta ja tämän takia jatkokoulutukselle nähtiin olevan kiireellinen tarve.

Sairaalan johtajien tulee tarjota sairaanhoitajille riittävää koulutusta ja parempi kliininen ympäristö sekä välineistö, jotta sairaalassa tapahtuvaa kivunhoitoa voidaan kehittää. Sairaanhoitajien koulutusta tulisi painottaa enemmän, ottaen huomioon sairaanhoitajien erittäin tärkeä rooli maailmanlaajuisesti. (Dionysopoulos & Katsaragakis, 2019, s. 180.) Nykyajan hoitajien työ koostuu useista tehtävistä ja tästä johtuen heidän työnsä on hyvin vaativaa. Sairaanhoidon tärkeys ei johdu ainoastaan hoitajien monitoimisesta roolista, vaan myös heidän rajallisesta määrästään maailmanlaajuisesti. Sairaanhoitajien vajuus on johtanut siihen, että he ovat väsyneempiä ja stressaantuneempia työssään, sillä he ovat jatkuvasti altistuneita vammoille, sairauksille. Hoitotyö voi aiheuttaa myös psykologista ahdistusta. (Dionysopoulos & Katsaragakis, 2019, s. 179.)

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa suurin osa sairaanhoitajista arvioi, että potilaat saivat usein tai melko usein riittävää kivun lievitystä. Suurin osa tutkimukseen osallistujista arvioi itsensä hyvin osaavaksi tai osaavaksi nosiseptiivisen eli kudovauriokivun hoidossa, mutta vain pieni osa arvioi itsensä hyvin osaavaksi tai osaavaksi neuropaattisen eli hermovauriokivun hoidossa. Vain pieni osa vastaajista oli tyytyväisiä henkilöstön vuosittaisiin tiedotteisiin liittyen potilaiden postoperatiiviseen kivunlievitykseen. (Rognstad ym., 2012, s. 545.)

7.2 Asenteiden ja aiempien kokemusten vaikutus kivunhoitoon

Sairaanhoitajan antamaan kivunhoitoon ja arvioihin kivusta vaikuttavat myös heidän omat kokemuksensa ja henkilökohtaiset arvonsa. (Abdalahim ym., 2011, s. 251.) Postoperatiivisen kivun tehokas hallinta edistää toipumista sekä lyhentää sairaalahoidon kestoa. Hoitamattomalla kivulla on puolestaan haitallisia vaikutuksia hoitovasteeseen ja lisäksi se aiheuttaa potilaalle toivottomuuden tunnetta ja vaikuttaa negatiivisesti elämänlaatuun. Yhdeksi suurimmaksi haasteeksi tehokkaan leikkauksen jälkeisen kivunhoidon toteuttamisessa raportoitiin riittämätön tieto sekä negatiiviset asenteet sairaanhoitajien keskuudessa. (Jemebere ym., 2020, s. 910.)

Sairaanhoitajan aiempi kokemus kivunhoidosta vaikuttaa kivun arvioimiseen. Kokemattomuus vakavan kivun arvioinnissa, suonensisäisten kipulääkkeiden antamisessa ja kyvyssä erottaa ahdistus potilaan luonteesta saattavat aiheuttaa puutetta kliinisessä päätöksenteossa ja käytännössä. Sairaanhoitajan tulisi myös osata tulkita kipua ja arvioida sivuvaikutuksia sekä sitä, onko kipu tavallista kipua vai voiko kyseessä olla leikkauksen jälkeinen komplikaatio. (Wikström ym., 2016, s. 805.)

Jokaisella ihmisellä on asenteita, jotka vaikuttavat heidän tekoihinsa ja reaktioihinsa. Kokemukset voivat vahvistaa tai muuttaa näitä osin tiedostamattomia-kin asenteita. Sairaanhoitajan omat arvot määrittävät hänen asenteensa potilaan kipuun. Sairaanhoitaja voi pitää potilaan kipua epäuskottavana, jos fyysistä syytä kivulle ei löydy. Asenteiden muutokseen vaikuttaa henkilön uskomus. Ihmisillä on positiivisia tai negatiivisia uskomuksia kohteesta, jotka määrittävät heidän asenteensa siihen. (Abdalahim ym., 2011, s. 251.)

Ghanalaiseen tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista vain pieni osa suhtautui leikkauksen jälkeiseen kivunhallintaan riittävällä asenteella. Loput osallistuneista suhtautuivat kielteisesti leikkauksen jälkeisen kivunhallintaan. Asenteisiin voi vaikuttaa kulttuuri ja uskomukset yhdistettynä riittämättömään koulutukseen. (Adams ym., 2020, s. 5.) Mahaman & Ninnonin (2019, s. 5) mukaan hoitotyön tulisi olla näyttöön perustuvaa, mikä auttaa vähentämään tutkimuksen ja kliinisen käytännön välillä olevaa eroa. Tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että sairaanhoitajat hoitavat kipua omien kliinisten kokemustensa perusteella sen sijaan, että noudattaisivat tiettyä vakioprotokollaa.

Sairaanhoitajien asenteita potilaiden kipua kohtaan käsiteltiin yleisten myyttien kautta liittyen kivun havainnointiin ja lääkkeiden käyttöön kivun lieventämisessä. Sairaanhoitajille tuotti eniten vaikeuksia uskoa, että potilailla oli kipua, tietää milloin kipua tulisi mitata sekä arvioida kuinka monet opioideja saavista potilaista tulivat riippuvaiseksi. (McNamara ym., 2012, s. 962.)

7.3 Kivun arviointi

Sairaanhoitajilla on tärkeä rooli leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnissa ja hallinnassa. Siitä, että kipu on subjektiivinen kokemus, on sairaanhoitajilla yhtenäinen käsitys. Kivun arviointi on oleellinen osa leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa ja se tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan ja sairaanhoitajan välillä. (Mahama & Ninnoni, 2019, s. 5.) Sairaanhoitaja voi kokea epävarmuutta kipua arvioidessaan, jos hänellä on tunne, ettei ymmärrä potilaan kipukokemuksia. Potilaiden tunteminen helpottaa kipuarviointien tekemistä. Sen takia olisikin tärkeää, että sama hoitaja pystyisi hoitamaan samoja potilaita mahdollisuuksien mukaan useampia kertoja. Tällöin tutustumista ja haastatteluja ei tarvitse aloittaa alusta. (Wikström ym., 2016, s. 809.)

Standardoitujen kipumittareiden käytöllä on useita etuja. Ne ovat luotettavia ja objektiivisia ja siten tarkkoja tapoja arvioida kivun vakavuutta. Kipumittareiden käyttäminen on nopeaa, ja samoja asteikkoja voidaan käyttää myös toimenpiteiden tehokkuuden arvioimiseen. (Mahama & Ninnoni, 2019, s. 5.) Suurin osa sairaanhoitajista ilmaisi, että kipua tulisi mitata 24 tunnin välein, eikä 1–2 tunnin välein. Numeerista mittaria pidetään vaikuttavimpana leikkauksen jälkeisessä kivun arvioinnissa ja sen käyttäminen on tuttua hoitajille. (McNamara ym., 2012, s. 962.) Numeerinen luokitusasteikko on myös useimpien potilaiden suosima asteikko ja sitä käytetään yleisesti leikkauksen jälkeisessä kivunarvioinnissa. Sekä potilaat että hoitajat kokevat, että kipuasteikkojen käyttäminen helpottaa postoperatiivisen kivun viestimistä. (Wikström ym., 2016, s.803.)

Sairaanhoitajan tulee huomioida kipumittareita käyttäessään monia asioita. Numeeraalisen kipumittarin NRS:n käyttäminen ei ole kaikissa tilanteissa hyödyllistä. Kielitaidon puute tai muut olosuhteet, kuten potilaan voimakas kipu, väsymys, sedaatio eli lääkkeillä tietoisesti aiheutettu tajunnantason alentaminen tai sekaavuus voivat estää kipuasteikon käytön. Hoidossa voi käyttää vaihtoehtoisesti muita helppokäyttöisempiä kipuasteikoita, kuten sanallisia tai visuaalisia asteikoita tai ilmeiden tulkitsemista. (Wikström ym., 2016, s.806.) Sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon potilaan kertoessa kivusta, että potilaalla voi olla kognitiivi-

sia puutteita, jotka vaikuttavat kertomuksen luotettavuuteen, vaikka potilaat kertoisivat kipumittareiden perusteella olevansa kivuttomia. (Mahama & Ninnoni, 2019, s.5.)

Terveystieteiden ammattilaisten pitäisi huomioida kivusta kertovat muutokset potilaan olemuksessa, erityisesti heidän, jotka eivät pysty ilmaisemaan kipua verbaalisesti tai kehollisesti. (Xavier ym., 2018, s. 2438–2439.) Sairaanhoidajan on tiedostettava, että potilailla on erilaiset kivunsietokyvyt. Potilas ei välttämättä halua kivunlievitystä, vaikka ilmoittaisikin kivun olevan 5–8 numeraalisella asteikolla. On suositeltavaa kuitenkin käyttää erilaisia lähestymistapoja kivun selvittämiseen, kun potilaat kieltäytyvät kipulääkityksestä korkeista kipuarvioista huolimatta. Yleensä sairaanhoitajat haluavat helpottaa potilaiden kipua, kun potilaan kipuarvio on numeerisella asteikolla yli 3. (Wikström ym., 2016, s. 809.)

Kipumittareita käytettäessä saadaan tietää potilaan kokemus kivusta, joka on merkittävä arviointityökalu. Kuitenkin sanallinen ilmaisu, potilaan kehonkieli ja elintoiminnot koetaan tärkeimmiksi kivun arviointivälineiksi. Sairaanhoidajan tulee arvioida kipua havainnoimalla potilasta, seuraamalla fysiologisia vasteita kuten verenpaineen muutosta, sykettä ja hengitystä. Sairaanhoidajan tulee tarkkailla kivun sijaintia ja voimakkuutta. Tärkeää on myös arvioida kipua sekä levossa, että liikkeessä. (Mahama & Ninnoni, 2019, s. 5.) Yhdessä tutkimuksessa korostetaan myös ensisijaisesti suullisten, kehollisten ja kivusta seurauksena olevien merkkien, kuten nopean sykkeen eli takykardian tarkkailua. (Xavier ym., 2018, s. 2438–2439.)

Potilaan läheisiltä voi saada tarpeellista tietoa potilaan kiputilanteesta. Läheisten tieto on välttämätöntä etenkin sellaisissa tilanteissa, jossa potilaan suullinen ilmaisu on vähäistä. Sukulaisia voidaan pyytää tulkitsemaan potilaan ilmeitä ja eleitä kivun arvioinnin tueksi. (Wikström ym., 2016, s. 807–808.)

Vaikka on olemassa kattava valikoima erilaisia lähestymistapoja ja työkaluja leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon ja arviointiin, kansainvälisesti katsottuna ja tutkimusten perusteella sairaanhoitajien taidot ja resurssit ovat kuitenkin rajallisia.

(Mahama & Ninnoni, 2019, s. 5.) Eräessä tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajat eivät käyttäneet mitään standardisoitua mittaria postoperatiivisen kivun määrittämiseen ja mittaamiseen. Heidän tarkkailunsa perustui pääasiassa määrättyihin lääkkeisiin. Sairaanhoitajat tarvitsevat koulutusta ja lisäksi on tarve kehittää arviointimalli, jota käytetään vaikuttavamman kivunhallinnan toteuttamiseen. (Xavier ym., 2018, s. 2436.)

7.4 Lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät

Leikkauksen jälkeistä akuuttia kipua hoidetaan sekä yksinkertaisella lääkityksellä että tarvittaessa hermopuudutuksilla, selkäydininfuusioilla ja potilaan itse kontrolloimalla kipupumpulla. Maailman anestesiologiyhdistysten liitto WFSA on kehittänyt mallin akuutin kivun hoitoon. Leikkauksen jälkeen kivun oletetaan olevan voimakasta, jolloin voidaan käyttää kivunlievityksenä vahvoja opioideja yhdistettynä paikallispuudutukseen ja perifeerisesti vaikuttaviin lääkkeisiin. Leikkauksen jälkeen kipu alkaa vähitellen helpottamaan, joten injektioin annettavien vahvojen opioidien antamisen tarve lakkaa. Kun kipu ei ole enää niin kovaa voidaan siirtyä käyttämään suun kautta otettavia lääkkeitä ja heikkoja opioideja. Lopulta kivunlievitykseksi riittää pelkästään perifeerisesti vaikuttavat aineet kuten tulehduskipulääkkeet ja aspirin. (Nirmala & Premila, 2014, s. 94.)

Pääasiallinen leikkauksen jälkeinen kivunhallintakeino on määrätty lääkitys (Xavier ym., 2018, s. 2438–2439). Myös Mahaman ja Ninnonin tutkimuksen (2019, s. 5–6) mukaan lääkehoito oli eniten käytetty kivunhoitomuoto ensimmäisten 24 tunnin jälkeen leikkauksen jälkeen. Norjassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että potilaat pyytävät usein lääkettä kivunlievitykseen. (Rognstad ym., 2012, s. 545.) Vaikuttava kivunhallinta riippuu tarkasta ja laajasta potilaan oireiden, toimintakyvyn ja kliinisen historian määrittämisestä. Ne pyritään paikantamaan ja kvantifioimaan, jotta yhteydenpito potilaan kipukokemuksesta olisi helpompaa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä luotettavalla ja pätevällä tavalla. (Xavier ym., 2018, s. 2438–2439.)

Akuutin leikkauskivun kroonistumisen ehkäisyssä olisi tärkeää tunnistaa riskipotilaat jo ennen leikkausta. Heille tulisi keskittää tehokkaimmat kivunhoitomenetelmät heti alussa. Subakuutti vaihe, eli 4–6 viikkoa leikkauksesta on kriittisin vaihe leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumiselle. (Tiippana, 2015, s. 52.)

7.5 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja voidaan käyttää lääkkeellisen kivunhoidon tehostajana, leikkauksen jälkeisen kivunhoidossa. Kun kipulääkitys on riittämätöntä tai sitä ei voida käyttää, lääkkeetön kivunhoito on hyvä vaihtoehto, sillä keinoja on monia. (Simsek Yaban, 2019, s. 529.) Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat muun muassa potilaan rauhoittelu, rentoutuminen, musiikkiterapia sekä monimuototerapia, jotka täydentävät farmakologista kivunhoitoa. Näiden menetelmien sisällyttäminen potilaan hoitosuunnitelmaan kuuluu sairaanhoitajien työnkuvaan ja riippuu sairaanhoitajasta. Musiikin on todettu vähentävän ahdistusta ja parantavan mielialaa kirurgisilla potilailla. Sairaanhoitajat eivät ole välttämättä aina tietoisia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hyödyllisyydestä. (Mahama & Ninnoni, 2019, s. 5–6.)

Resurssien puute voi vaikuttaa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttämiseen. Ajan ja työvoiman puute voivat johtaa siihen, että sairaanhoitajalla ei ole aikaa viettää niin paljon potilaan luona, mitä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö vaatisi. (Mahama & Ninnoni, 2019, s. 5–6.) Norjassa tehdyn tutkimuksen mukaan osastolla kivunhallintaan liittyvien edellytysten arviointi paljasti, että vain pieni osa tutkimukseen osallistuneista koki rentoutumistekniikoiden käytön riittäväksi (Rognstad ym., 2012, s. 545).

Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on useita. Muun muassa liikunnalla voi olla kipua lievittävä vaikutus, koska se lisää verenkiertoa. Harjoituksia voi myös tehdä sängyssä. Asentohoidolla varmistetaan, että potilaalla on mukava olla. Asentojen vaihdolla vähennetään paineen tunnetta ja kipua sekä lisätään potilaalle mukavuutta. Vyöhyketerapia on jalkoihin, päähän sekä käsiin keskittyvää hierontaa.

Siinä hierotaan heijastepisteitä, jotka vastaavat kehon eri osia. Lämpöhoito laajentaa verisuonia ja kiihdyttää aineenvaihduntaa sekä vähentää lihasjännitystä. Kylmähoidolla saadaan helpotettua kipua ja vähennettyä turvotusta. Näiden lisäksi potilaan henkinen tuki voi olla hyvä menetelmä, muun muassa rukoilu voi helpottaa potilaan oloa. (Simsek Yaban, 2019, s. 530–531.)

Turkissa on tehty myös aikaisemmin useita tutkimuksia, joissa on tehty samantaisia havaintoja leikkauksen jälkeisestä kivunhallinnasta. Tutkimuksissa on havaittu, että leikkauksen jälkeen tehtävä kivunhallinta on ollut riittämätöntä. Sairaanhoitajat käyttävät enimmäkseen vain lääkkeellistä kivunhoitoa ja silloin kivunhoitoa hallitsee pääsääntöisesti lääkäri. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä sairaanhoitajat käyttävät vähän tai ei ollenkaan. Hoitajat ovat kielteisiä lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä kohtaan. Heidän tietonsa ja kokemuksensa ovat puutteellisia, ja tämän vuoksi he eivät anna potilaille tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta. (Simsek Yaban, 2019, s. 532.)

7.6 Vuorovaikutuksen merkitys kivun arviointiin

Kivun arviointitilanteessa tulisi olla riittävästi aikaa, jotta potilas tulee ymmärretyksi. Kiireessä on riski, että potilas tulee väärinymmärretyksi ja siten kärsii kivusta. (Wikström ym., 2016, s. 804.) Kun on tarpeeksi aikaa, potilaiden kertomuksia kuunnellaan ja vahvistetaan tiivistämällä potilaiden vastauksia, kun taas rajallinen aika lisää riskiä käyttää johdattelevia kysymyksiä. (Wikström ym., 2016, s. 806.)

Potilaan vuorovaikutustaidot vaikuttavat sairaanhoitajan kykyyn arvioida potilaan kipua. Hyvät vuorovaikutustaidot edesauttavat sairaanhoitajaa ymmärtämään potilaan kipua. Sairaanhoitajan on hyvä tiedostaa, että kognitiiviset häiriöt, kuten ahdistuneisuus voivat vaikuttaa potilaan kykyyn ilmaista kipua. (Wikström ym., 2016, s. 804.) Jotkut potilaat voivat olla myös haluttomia puhumaan kivusta, mihin syynä voi olla esimerkiksi, etteivät he halua vaivata hoitajia tai jaksa toistuvasti vastata kipukyselyihin sekä omasta heikkoudentunteesta kumpuava pelko.

Kivun arviointi voi olla myös haastavaa tilanteessa, jossa sairaanhoitajan havainnot ovat ristiriidassa potilaan ilmaiseman kipuasteikon kanssa. (Wikström ym., 2016, s. 804.)

Puutteet kielitaidossa voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä arvioitaessa leikkauksen jälkeistä kipua. (Wikström ym., 2016, s. 804.) Myös kulttuurilla on vaikutusta kivunhoitoon. Ghanassa tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että kivun uskotaan olevan välttämätöntä parantumisen kannalta ja tämä voi vaikuttaa sairaanhoitajiin, joilla ei ole riittävää koulutusta kivunhallintaan. Riittävällä koulutuksella saataisiin sairaanhoitajille tieto, että tehokas kivunhoito on tärkeää leikkauksesta toipumisessa. (Adams ym., 2020, s. 5.)

7.7 Moniammatillisen tiimin tuki

Potilaan leikkauksenjälkeisessä kivunhoidossa voi tulla eteen ongelmallisia tilanteita, jolloin kiputilannetta ei saada hallintaan. Tällöin tuen hakeminen toisilta hoitajilta voi olla tarpeen. Kokeneemmilta hoitajilta voi saada apua ja he voivat jakaa tietämystä kivunhoidosta. Tämän on todettu parantavan potilaiden hoitoa. Yhteistyön tekeminen eri ammattiryhmien välillä auttaa vaikeissa kivunarviointitilanteissa. Sairaanhoitajat viettävät enemmän aikaa potilaiden kanssa, joten he ovat tietoisempia potilaan kivunhoidon vaikuttavuudesta, toisin kun lääkärit, jotka vastaavat kipulääkityksen määräämisestä. Lääkärinkierroilla sairaanhoitajat voivat myös välittää tietoa potilaan voinnista lääkärille. Vuorojen välisillä raportoinneilla sairaanhoitajat viestittävät ajankohtaista tietoa potilaiden kiputilanteesta seuraavan vuoron hoitajille. (Wikström ym., 2016, s. 807–808.)

Fysioterapeutit ovat myös osa moniammatillista tiimiä arvioidessaan potilaan kipua harjoitusten yhteydessä ja kertoessaan havainnoistaan sairaanhoitajalle. Jos on aihetta epäillä, että osasyynä potilaiden vaikeaan kipuun on psykososiaalinen tilanne, voidaan pyytää sosiaalityöntekijää arvioimaan potilasta. (Wikström ym., 2016, s. 807–808.)

Tarvittaessa on hyvä konsultoida osaston ulkopuolisia työntekijöitä. Ongelmallisissa tilanteissa voidaan pyytää kipuasiantuntijoita arvioimaan potilaita, joilla on voimakasta kipua. (Wikström ym., 2016, s. 807–808.) Akuutin kipupalvelun tehtävänä on kivunhallintaprotokollien kehittäminen, monitieteisen koulutuksen, tutkimuksen ja kliinisen auditoinnin tarjoaminen. Lisäksi akuutissa kipupalvelussa tarjotaan kliinistä tukipalvelua terveydenhuollon ammattilaisille ja potilaille. (Nirmala & Premila, 2014, s. 94.) Akuutin kipupalvelun käyttöönottoa suositellaan, koska siinä käytetään vakiintuneita ja turvallisia kivunhallintamenetelmiä hoidon laadun parantamiseksi. (Abdalahim ym. 2011, s. 250.) Norjassa tehdyssä tutkimuksessa sairaanhoitajat olivat halukkaampia valitsemaan osastolle kipuyhteishenkilön (Rognstad ym., 2012, s. 549).

Akuutin kipupalvelun syntyminen 1980-luvulla Yhdysvalloissa on saanut ajatuksensa siitä, että leikkauksen jälkeinen kivunhallinta on edelleen alihoidettua, vaikka on olemassa dokumentaatiota kivunhoidon hyödyllisyydestä. (Nirmala & Premila, 2014, s. 94.) Akuutin kipupalvelun sairaanhoitajan hyödyntäminen vähentää anestesia lääkäriä sekä vuodeosastosairaanhoitajan työtaakkaa sekä parantaa potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta riittävästä postoperatiivisesta kivunlievityksestä. Tärkeintä on se, että potilas hyötyy tästä palvelusta. Tällöin sairaanhoitaja on aina ajan tasalla potilaan kivunhoidon tilanteesta. (Nirmala & Premila, 2014, s. 96.)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusideat

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata plastiikkakirurgisen potilaan kivunhoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta leikkauksen jälkeen. Aineistohaku osoitti, että tutkimuksia leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta plastiikkakirurgisella osastolla ei juurikaan ole tehty. Aineistonhaun aikana ilmeni, että ulkomailla ei ole samalla tavalla luokiteltuja kirurgisia vuodeosastoja kuin Suomessa. Emme löytäneet useista hauista ja monipuolisista hakusanoista huolimatta yhtäkään artikkelia, joka olisi tehty pelkästään leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta plastiikkakirurgisella vuodeosastolla. Osa valitsemistamme tutkimuksista on tehty kehitysmaissa ja tästä syystä mietimme, ovatko ne täysin vertailukelpoisia suomalaisiin tutkimuksiin verrattuna. Tutkimukset ovat kuitenkin vertaisarvioituja, ajankohtaisia ja suhteellisen tuoreita tutkimuksia.

Valitsimme tutkimuksia, jotka olivat tehty leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta eri kirurgisilla osastoilla. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon pääperiaatteet ovat kuitenkin samanlaisia osastosta riippumatta, joten saamiemme tuloksia voidaan soveltaa myös plastiikkakirurgisella vuodeosastolla. Lääkkeellinen menetelmä on yleisin ja ensisijaisin kivunhoitomuoto. Tämä on täysin ymmärrettävää, koska oikealla kipulääkityksellä saadaan mobilisoitua potilas nopeampaa. Potilaan mobilisaation edetessä, päästään mahdollisimman nopeasti toteuttamaan lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kipulääkityksen rinnalle. Pääasia on, että kipua hoidetaan edes jollakin menetelmällä, josta potilaalle on selkeästi hyötyä.

Kokemuksemme mukaan lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä käytetään kirurgisilla vuodeosastoilla harvoin. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö on sairaanhoitajien vastuulla, joten se voi olla puutteellista muun muassa alimitoitettun hoitohenkilökunnan vuoksi. Jos hoitohenkilökuntaa on vähän, silloin myös potilaalle annettu aika on vähäistä. Asentohoito on yleisin käytetty lääkke-

tön kivunhallintakeino, lisäksi käytetään kuuma- ja kylmäpusseja kivunlievittämiseen. Sairaanhoidajan koulutuksen aikana ei opeteta lääkkeettömistä kivunhallintamenetelmistä tarpeeksi.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajilla on myös negatiivinen asenne lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kohtaan. Pohdimme, voiko syynä olla se, ettei heillä ole mahdollisuutta tutustua tähän hoitomuotoon. Mietimme näin sairaanhoitajaopiskelijoina myös sitä, vaikuttaako asenteisiin koulutuksen vähäisyys. Koulutuksen vähäisyys aiheuttaa tiedonpuutetta ja tiedonpuute voi myös aiheuttaa negatiivisia asenteita. Loppuvaiheen opiskelijoina huomaamme, että koulutuksen aikana opetetaan erittäin vähän näistä menetelmistä. Opiskelujen aikana kerätään tietoa siltä alalta, mitä opiskellaan. Jos jotain ei koulussa opeteta, eikä sitä työpaikan kautta ole mahdollista oppia, silloin tämä asia herkästi unohdetaan. Kokemuksiemme mukaan monilla vuodeosastoille ei ole resursseja toteuttaa lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä. Sairaanhoitaja voisi kuitenkin ohjata potilaita tutustumaan esimerkiksi Terveyskylän Kivunhallintataloon, jonka avulla potilas voi kokeilla itsehoitokeinoja kuten rentoutumista. Psykiatrisella puolella lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä käytetään lähinnä ahdistuksen vähentämiseen. Ehkä nämä menetelmät ovat enemmän kansainvälisesti käytössä.

Katsauksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajan koulutuksessa ei saa tarpeeksi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Kipulääkitystä ei välttämättä uskalleta antaa tarpeeksi, kun ei ole kokemusta vahvojen kipulääkkeiden antamisesta. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon koulutuksen tulisi jatkua sairaanhoitajaksi valmistumisen jälkeen. Potilaan oma arvio kivusta tulisi huomioida, ilman että siihen vaikuttavat sairaanhoitajan omat asenteet. Katsauksessa kävi ilmi, että kulttuurilla ja uskomuksilla on myös vaikutusta leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon.

Numeraalista kipumittaria käytetään kokemuksemme mukaan yleisimmin kivunhoidon arvioinnin tukena. Potilaan olemusta, kuten ilmeitä ja eleitä tulisi myös tarkkailla. Katsauksen myötä huomasimme, että kaikkialla maailmassa kipumittarit eivät olleet käytössä niin laajalti leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa kuin Suomessa. Sairaanhoidajan ja potilaan vuorovaikutustaidot sekä kielimuuri voivat

vaikuttaa kivunhoidon onnistumiseen. Katsauksen tekeminen vahvisti ajatus-
tamme siitä, että yhteistyö eri ammattiryhmien välillä parantaa potilaan kivunhoi-
don laatua. Useassa tutkimuksessa kävi ilmi, että akuutti kipupalvelu on suosi-
teltu ja laajasti käytössä myös Suomessa.

Jatkossa olisi hyvä, että tehtäisiin tutkimusta leikkauksen jälkeisestä kivunhoi-
dosta plastiikkakirurgisella vuodeosastolla erityisesti Suomessa, jotta saataisiin
laajempi kuva suomalaisten sairaanhoitajien osaamisesta kivunhoidossa. Sen
avulla voitaisiin verrata kivunhoidon tasoa Suomessa verrattuna kansainväliseen
tasoon. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien tutkiminen lisäisi niiden näky-
vyyttä. Lisäksi olisi tarpeellista kehittää maailmanlaajuisesti käytettävä arviointi-
malli, jota käytetään vaikuttavamman kivunhallinnan toteuttamiseen.

Saimme palautetta yhteistyökumppaniltamme työn eri vaiheissa. Heiltä tuli muu-
tamia tarkennuksia asioihin ja muokkasimme työtä heidän toivomallaan tavalla.
Loppuvaiheessa lähetimme lähes valmiin työn heille ja he kertoivat työn olevan
hyvä kokonaisuus. He kertoivat jakavansa mielellään lopullisen työn eteenpäin
ainakin Puistosairaalan ja Jorvin sairaalan plastiikkakirurgisille osastoille. Te-
keillä oleva käsikirja on edelleen keskeneräinen, joten he aikovat vielä pohtia
näitä asioita sen loppuun saattamisen yhteydessä.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa kirjallisuuskatsaus, joka on toteutettu
luotettavasti ja eettisesti. Pyrimme etsimään vastausta tutkimuskysymykseemme
useista eri tietokannoista ja niistä löytyvistä tutkimuksista. Tavoitteenamme oli
saada luotettavaa tietoa huolimatta siitä, että tutkimukset olivat eri kielellä kuin
äidinkielemme. Valitut tutkimukset ovat vertaisarvioituja ja viimeisen kymmenen
vuoden aikana julkaistuja. Tutkimustuloksienne luotettavuutta lisää se, että
meillä on lähteenä useita tutkimuksia, joista saimme samankaltaisia tuloksia. Ra-
portoidessamme tuloksia emme antaneet omien mielipiteidemme vaikuttaa ra-
portointiin. Valitsimme aiheen koska sairaanhoitajan työssä kivunhoito on lähes
päivittäin läsnä, riippuen sairaanhoitajan työnkuvasta.

Tutkijan täytyy perehtyä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmään perinpohjaisesti, jotta sen avulla saadaan luotettavaa tietoa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmänä löyhä, joten tutkijan raportoinnin ja tekemien valintojen eettisyys painottuu kaikkien vaiheiden aikana. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden tarkka jäsentäminen lisää menetelmän luotettavuutta. On ratkaisevaa luotettavuuden kannalta, että tutkimuskysymys on kuvattu laajasti ja sen teoreettinen perustelu on määritelty. (Kangasniemi ym., 2013, s. 297.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen tutkimisen käytänteitä. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta kaikissa vaiheissa, joita ovat tutkimustyö, tulosten tallentaminen ja esittäminen sekä tulosten arviointi. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät täytyy olla eettisesti kestäviä sekä tieteellisten tutkimusten kriteerien mukaisia. Muiden tutkijoiden tutkimuksia kunnioitetaan ja niihin viitataan asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 6–7.)

Kirjallisuuskatsaus ei itsessään ole opinnäytetyömuoto, jossa tarvitsisi huomioida yksityisyydensuojaa, koska emme haastattele ketään tai tutki yksittäisen ihmisen mielipiteitä. Syvempi merkitys katsauksessamme on eettisyyden kannalta halu edistää potilaan kivunhoitoa. Kivunhoidon merkitys on olennainen ihmisarvon ja inhimillisyyden kannalta. Olemme perehtyneet opinnäytetyömme aiheeseen perusteellisesti, jotta voimme raportoida kivunhoidosta luotettavasti. Opinnäytetyöprosessissa olemme pyrkineet jokaisessa työvaiheessa huolellisuuteen ja täsmällisyyteen.

8.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä tehdessämme ymmärsimme, miten tärkeää oikeanlainen kivunhoito on potilaan toipumisen kannalta. Potilaan hoidon laatu riippuu sairaanhoitajan kivunhoidon osaamisesta ja asenteista. Sairaanhoitaja tarvitsee monipuolisesti erilaista osaamista ja jatkuvaa kouluttautumista valmistumisen jälkeenkin. Opinnäytetyöprosessin aikana saimme paljon tietoa kivunhoidosta. Yleissairaan-

hoitajan osaamisvaatimusten mukaan sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa, arvioida ja hoitaa potilaan kipua. Sairanhoitajan tulee osata käyttää näyttöön perustuvaa tietoa työssään. Sairanhoitajan tulee osata toimia osana moniammatillista tiimiä. (Laukkanen, 2020) Olemme kehittyneet näissä taidoissa ja saaneet lisää tietoa kyseisistä asioista. Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt ymmärrystämme lääkkeettömän kivunhoidon tärkeydestä ja että sitä voisi hyödyntää, jos resursseja on. Tulevina sairaanhoitajina osaamme myös paremmin arvioida asenteiden ja arvojemme vaikutusta antamaamme kivunhoitoon.

Alkuun koimme tiedonhaun haastavaksi, mutta kirjaston informaatikon tuella löysimme sopivia hakusanoja ja sitä myötä löysimme aiheeseemme soveltuvia tutkimuksia. Olemme kehittyneet tiedonhakijoina ja tulevaisuudessa sairaanhoitajina meidän on helpompi etsiä tietoa näyttöön perustuvista tutkimuksista, kun tietokantojen käyttäminen on helpompaa. Saimme muun muassa ohjeita oikeanlaisten hakusanojen löytämiseen ja apua aineiston rajaamiseen. Kielitaitomme on kehittynyt, erityisesti ammattisanaston suhteen, koska suurin osa tutkimuksista oli englanninkielisiä.

LÄHTEET

- Abdalahim, M., Majali, S., Stomberg Warrén, M., & Bergbom I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, 11(4), 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.016>
- Cajanus, K. (2018). Factors Affecting Pain Intensity and Postoperative Oxycodone Requirement. *Clinical and Genetic Perspectives* (s. 17). [Väitöskirja, Helsingin Yliopisto]. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/236673/factorsa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dionysopoulos, K., & Katsaragakis, S. (2019). Evaluating Nurses' Knowledge and Skills for Dealing with Pain, *Hellenic Journal of Nursing*, 58(2), 172–182.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M., & Moisio, E. L. (2015). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen- Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus – hanke*. Bookwell Oy. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Hamunen, K., & Kontinen, V. (30.10.2018a). Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio A. (toim.), *Kipu*. Duodecim.
- Hamunen, K., & Kontinen, V. (30.10.2018b). Multimodaalisuuden periaate. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., & Vainio A. (toim.), *Kipu*. Duodecim.
- Hoikka, A. (2013). Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi. Teoksessa Ilola, T., Honkanen, R., Heikkinen, K., Katomaa, J., & Hoikka, A. (toim.), *Anestesiahoitotyön käsikirja*. Duodecim.
- Hus. (i.a.-a). *Plastiikkakirurgia*. Saatavilla 13.5.21 <https://www.hus.fi/hoidot-ja-tutkimukset/plastiikkakirurgia>
- Hus. (i.a.-b). *Tukielin- ja plastiikkakirurgia*. Saatavilla 13.5.21 <https://www.hus.fi/tietoameista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/tukielin-ja-plastiikkakirurgia>

IASP. (16.7.2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain.*

<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?Item-Number=10475&navItemNumber=643>

Jemebere, W., Bekele, G., Tsegaye, B., & Yohannis, Zemenu. (2020).

Knowledge and Attitudes of Nurses towards Postoperative Pain Management in Southern Ethiopia. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 909–920.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P., & Liikainen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon, *Hoitotiede*, 25(4), 291–301.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M., & Perttunen, J. (2016). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Sanoma Pro.

Laukkanen, A. (15.1.2020). *Yleissairaanhoidajan osaamisvaatimukset ja sisällöt.*

<https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoidajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

Lehtomäki, P., & Hoikka, A. (2013). Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet.

Teoksessa Ilola, T., Honkanen, R., Heikkinen, K., Katomaa, J. & Hoikka, A. (toim.), *Anestesiahoitotyön käsikirja*. Duodecim.

Lukkarinen, H., Virsiheimo T., Savo, M., Hiivala, K., Salomäki, T., & Hoikka, A.

(2013b). Postoperatiivisen hoidon yleisperiaatteet. Teoksessa Ilola, T., Honkanen, R., Heikkinen, K., Katomaa, J. & Hoikka, A. (toim.), *Anestesiahoitotyön käsikirja*. Duodecim.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K., & Salomäki, T. (2013a).

Potilaan turvallinen siirto heräämöstä vuodeosastolle. Teoksessa Ilola, T., Honkanen, R., Heikkinen, K., Katomaa, J. & Hoikka, A. (toim.), *Anestesiahoitotyön käsikirja*. Duodecim.

Mahama Adams, S. D., Shokoh, V., & Fatemeh, J. (2020). Nurses' Knowledge and Attitudes towards Postoperative Pain Management in Ghana.

Hindawi Pain Research and Management, 2020, 1–7.

<https://doi.org/10.1155/2020/4893707>

Mahama, F., & Ninnoni, J.P.K. (2019). Assessment and Management of Post-

operative Pain among Nurses at a Resource-Constraint Teaching Hospital in Ghana. *Nursing research and practice*, 2019, 1–7.

<https://doi.org/10.1155/2019/9091467>

- McNamara, M. C., Harmon, D., & Saunders, J. (2012). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing*, 21(16), 958–964.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.16.958>
- Nirmala, E., & Premila, L. (2014). Acute Pain Management. *International Journal of Nursing Education*, 6(2), 93–97.
- Puttonen, J. (3.2.2021). Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M., & Rasimus, M. (toim.), *Sairaanhoidajan käsikirja*. Duodecim.
- Rognstad, M. K., Fredheim, O. M. S., Johanessen, T. E. B., Kvarstein, G., Undall, E., & Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 545–552.
- Simsek Yaban, Z. (2019). Usage of non-pharmacologic methods on postoperative pain management by nurses: *Sample of Turkey International Journal of Caring Sciences*, 12(1): 529–541.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (22.8.2017). *Kipu*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Särkijärvi, S. (16.4.2021). Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M., & Rasimus, M. (toim.), *Sairaanhoidajan käsikirja*. Duodecim.
- Terveyskylä. (i.a.). *Kivunhallintatalo. Opi arvioimaan kipua*. Saatavilla 13.5.2021 <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>
- Tiippana, E. (2015). Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä? *Suomen lääkärilehti*, 70(1–2), 48–53.
- Tukiainen, E. (24.11.2017). Mitä plastiikkakirurgia on? Teoksessa Leppäniemi, A., Kuokkanen, H., & Salminen, P. (toim.), *Kirurgia*. Duodecim.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (2. uud. p.) Tammi.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavilla 21.11.2021
https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vakkala, M. (2016a). Leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vahtera, A., & Vakkala, M. (toim.), *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Duodecim.
- Vakkala, M. (2016b). Nosiseptiivinen kipu. Teoksessa Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vahtera, A., & Vakkala, M. (toim.), *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Duodecim.
- Vakkala, M. (2018). Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vahtera, A., & Vakkala, M. (toim.), *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Duodecim.
- Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Arestedt, K., & Brostrom, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 802–812. <https://doi.org/10.1111/scs.12308>
- Xavier, A. T., de Lima, M. K., Rodrigues, B., Tâmara, M., Cavalcanti de Lira, M. d. C., & Queiroga Serrano, S. (2018). Evaluation of postoperative pain under nurse's point of view. *Journal of Nursing UFPE*, 12(9). 2436–2441. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234730p2436-2441-2018>

LIITTEET

LIITE 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset ja niiden keskeisimmät tulokset

Tekijä(t), vuosi	Tietokanta	Tutkimuksen nimi	Keskeisimmät tulokset
Abdalahim, M. S. Majali, S. A., Warrén Stomberg, M. & Bergbom, I. 2011	Cinahl	The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain	Koulutusta leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta tulee antaa sekä sairaanhoitajakoulutuksessa, että valmistumisen jälkeen. Kivunhoitokoulutus on tehokas väylä parantaa postoperatiivista kipua ja asenteita kipuun.
Dionysopoulos, K. & Katsarakis, S. 2019	Cinahl	Evaluating Nurses' Knowledge and Skills for Dealing with Pain	Keskimääräisesti sairaanhoitajilla ei ollut riittävää tietoa ja taitoa hallita asianmukaisesti potilaidensa kipua. Niillä hoitajilla, jotka olivat osallistuneet viimeisen vuoden aikana seminaareihin ja koulutusohjelmiin liittyen kivunhoitoon, tai joilla oli vuosien ammatillinen kokemus, havaittiin korkeampaa osaamista.
Jemebere, W., Bekele, G., Tsegaye, B., & Yohannis, Z. 2020	Cinahl	Knowledge and attitudes of nurses towards postoperative pain management in Southern Ethiopia	Suurimmaksi haasteeksi tehoikkaassa leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa raportoitiin riittämätön tieto ja negatiiviset asenteet kivunhoitoa kohtaan.

Mahama Adams, S. D., Shokoh, V. & Fatemeh, J. 2020	ProQuest	Nurses' knowledge and attitude towards postoperative pain management in Ghana	Leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon vaikutti riittämätön koulutus, negatiiviset asenteet ja uskomus siitä, että kipu on välttämätön toipumisen kannalta.
Mahama, F. & Ninnoni, J. P. K. 2019	ProQuest	Assessment and Management of Postoperative Pain among Nurses at a Resource-Constraint Teaching Hospital in Ghana	Standardoitujen kipumittareiden käytöllä on useita etuja. Ne ovat luotettavia ja objektiivisiä ja siten tarkka tapa arvioida kivun vakavuutta.
McNamara, M. C., Harmon, D., & Saunders, J. 2012	Cinahl	Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain	Akuutin kivun koulutusohjelma paransi sairaanhoitajien tietoa ja asenteita kivun arviointia ja hallintaa kohtaan. Se oli vaikuttavinta heti kipukoulutusohjelman jälkeen.
Nirmala, E. & ja Premila, L. 2014	Cinahl	Acute Pain Management	Akuutin kipupalvelun sairaanhoitajan hyödyntäminen parantaa potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta riittävästä postoperatiivisesta kivunlievityksestä
Rognstad, M. K., Fredheim, O. M. S., Johanessen, T. E. B., Kvarstein, G., Undall, E. & Rustøen, T. 2012	Medline	Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards	Suurin osa sairaanhoitajista kertoi, että potilaat saivat usein tai melko usein riittävää kivun lievitystä. Suurin osa tutkimukseen osallistujista arvioi itsensä hyvin osaavaksi tai osaavaksi nosiseptiivisen kivun hoidossa, mutta vain

			<p>pieni osa arvioi itsensä hyvin osaavaksi tai osaavaksi neuroopaattisen kivun hoidossa. Vain pieni osa vastaajista oli tyytyväisiä henkilöstön vuositaisiin tiedotteisiin liittyen potilaiden postoperatiiviseen kivunlievitykseen.</p>
Simsek Yaban, Z. 2019	Cinahl	Usage of non-pharmacologic methods on postoperative pain management by nurses: Sample of Turkey	Lääkkeetön kivunhoito jää toteuttamatta, koska hoitajilla on liian vähän aikaa, heidän koulutuksensa on riittämätön ja heidän asenteensa ovat negatiivisia.
Tiippana, E. 2015	Medic	Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä?	On tärkeää tunnistaa riskipotilaat jo ennen leikkausta ja keskittää tehokkaimmat kivunhoitomenetelmät heille. Kivun kroonistumiselle kriittisin vaihe on ensimmäiset 4–6 viikkoa leikkauksesta.
Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årstedt, K. & Brostrom, A. 2016	Medline	Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis	Sairaanhoitajan aiempi kokemus kivunhoidosta vaikuttaa kivun arvioimiseen. Hyvät vuorovaikutustaidot edesauttavat sairaanhoitajaa ymmärtämään potilaan kipua.

Xavier, A. T., de Lima, M. K., Rodrigues, B., Tâmara, M., Cavalcanti de Lira, M. d. C.&, Queiroga Serrano, S. 2018	Cinahl	Evaluation of post-operative pain under nurse's point of view	Tutkimuksessa olleet sairaanhoitajat eivät käytä mitään standardisoitua mittaria leikkauksen jälkeisen kivun arviointiin ja mittaamiseen sekä heidän seurantansa perustuu periaatteessa määrättyjen lääkkeiden annosteluun.
---	--------	---	---

LIITE 2. Ehdotus käsikirjaan tärkeimmistä kivunhoidon seurantaan liittyvistä asioista

LEIKKAUSPOTILAAN TARKKAILEMINEN

Riittämätön kivunhoito voi aiheuttaa sekä fyysisiä, että psykologisia haittavaikutuksia ja voi johtaa kroonisen kivun syntymiseen. Tehokas kivunhoito on myös eettisesti tärkeä aihe, sillä potilaan ei tule antaa kärsiä kivusta

Leikkaushaavakipu on yleistä ja sitä tulee seurata samalla tavalla kuin muita kipuja, eri kipumittareita hyödyntäen. Vuodeosastolla tapahtuvan postoperatiivisen potilaan hoidon tavoitteena on vakauttaa potilaan peruselintoiminnot ensimmäisten postoperatiivisten päivien aikana sekä ehkäistä leikkauskomplikaatioita. Turvotusta, lämpöä, väriä ja tuntoa on seurattava haavan reunoilta ja ympärysiholta. Leikkauspotilaalla voi ilmetä pahoinvointia. Pahoinvointia voi helpottaa potilaalta pahoinvointilääkkeillä ja asentohoidosta voi olla myös apua potilaalle.

KIVUN ARVIOIMINEN

Akuutin kivun mittaaminen ja kirjaaminen säännöllisesti on tärkeää. Tulisi muistaa, että potilaan oma arvio kivusta on aina lähtökohtana kivun arvioinnissa. Kivun mittaamiseen on kehitetty useita menetelmiä. Standardoitujen kipumittareiden käytöllä on useita etuja. Ne ovat luotettavia ja objektiivisia ja siten tarkka tapa arvioida kivun vakavuutta. Kipumittareiden käyttäminen on nopeaa, ja samoja asteikkoja voidaan käyttää myös toimenpiteiden tehokkuuden arvioimiseen. Numeerista mittaria pidetään vaikuttavimpana leikkauksen jälkeisessä kivun arvioinnissa ja sen käyttäminen on tuttua hoitajille. Vaihtoehtoisesti voi käyttää muita kipuaasteikoita kuten sanallisia tai visuaalisia asteikoita tai ilmeiden tulkittamista, jotka voivat olla helppokäyttöisempiä. Sairaanhoitajan tulee arvioida kipua havainnoimalla potilasta, seuraamalla fysiologisia vasteita kuten verenpaineen muutosta, sykettä ja hengitystä. Sairaanhoitajan tulee tarkkailla kivun sijaintia ja voimakkuutta. Terveystieteiden ammattilaisten pitäisi huomioida kivusta kertovat muutokset potilaan olemuksessa, erityisesti heidän, jotka eivät pysty ilmaistamaan kipua verbaalisesti tai kehollisesti.

KIVUNHOIDON MENETELMÄT

Useimmiten leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen kipu on akuuttia nosiseptiivista kipua. Useat potilaskohtaiset tekijät vaikuttavat kivun kokemukseen. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa aikaisempi kipulääkitys, leikkausta edeltävät elämäkokemukset, odotukset, pelot, masennus, sukupuoli, ikä ja geneettiset tekijät. Leikkauspotilaan hoidossa toimiva ja turvallinen kivun hoito tukee potilaan kuntoutumista. Kipulääkitys toteutetaan yksilöllisesti toimien multimodaalisuuden periaatteen mukaisesti. Tämä tarkoittaa eri mekanismeilla vaikuttavien kipulääkkeiden yhdistämistä ja edellytyksien mukaan käytetään puudutuksia. Perinteiseen leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon kuuluu tulehduskipulääke tai parasetamoli ja tarvittaessa opioidi. Lääkkeettömiä kivunhoito muotoja voidaan käyttää lääkkeellisen kivunhoidon tehostajana, leikkauksen jälkeisen kivunhoidossa. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat muun muassa potilaan rauhoittelu, rentoutuminen, musiikkiterapia sekä monimuototerapia, jotka täydentävät farmakologista kivunhoitoa.

ASIOITA, JOITA ON HYVÄ HUOMIOIDA KIVUNHOIDOSSA

Sekä potilaan että sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot vaikuttavat kivunhoidon arviointiin. Kivun arviointitilanteessa tulisi olla riittävästi aikaa, jotta potilas tulee ymmärretyksi. Kiireessä on riski, että potilas tulee väärinymmärretyksi ja siten kärsii kivusta. Jotkut potilaat voivat olla myös haluttomia puhumaan kivusta, mihin syynä voi olla esimerkiksi, ettei haluta vaivata hoitajia tai ettei jaksu toistuvasti vastata kipukyselyihin sekä pelko omasta heikkouden tunteesta. Sairanhoitajan on hyvä tiedostaa, että kognitiiviset häiriöt, kuten ahdistuneisuus voivat vaikuttaa potilaan kykyyn ilmaista kipua. Kivunhoitokoulutus on tehokas väylä parantamaan postoperatiivisen kivun hoitoa ja asenteita kipuun. Koulutusta leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta tulee antaa sekä sairaanhoitajakoulutuksessa, että valmistumisen jälkeen.

Jotkut potilaat voivat olla myös haluttomia puhumaan kivusta, mihin syynä voi olla esimerkiksi, ettei haluta vaivata hoitajia tai ettei jaksu toistuvasti vastata kipuky-

selyihin sekä pelko omasta heikkouden tunteesta. Yhteistyön tekeminen eri ammattiryhmien välillä auttaa vaikeissa kivunarviointitilanteissa. Potilaan läheisiltä voi saada tarpeellista tietoa potilaan kiputilanteesta. Läheisten tieto on välttämätöntä etenkin tilanteissa, jossa potilaan suullinen ilmaisu on vähäistä. Ongelmallisissa tilanteissa voidaan pyytää kipuasiantuntijoita arvioimaan potilaita, joilla on voimakasta kipua.