



POSTOPERATIIVISEN KIPUPOTILAAN
NÄYTTÖÖN PERUSTUVA EI- FARMAKOLOGISTEN
KIVUNHOITOMENETELMIEN OHJAUS

Hoitotyön koulutusohjelma,
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
20.11.2008

Anniina Hägg
Nina Anthonsen

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö	Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät		
Anniina Hägg ja Nina Anthonsen		
Työn nimi		
Postoperatiivisen kipupotilaan näyttöön perustuva ei- farmakologisten kivunhoitomenetelmien ohjaus		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syky 2008	40 + 2 liitettä
TIIVISTELMÄ		
<p>Opinnäytetyö on osa Näyttöön perustuvan osaamisen vahvistaminen työelämässä-projektia, joka on Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosastojen ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittämisprojekti vuosina 2006 - 2009. Projektin tavoitteena on vahvistaa näyttöön perustuvan osaamisen avulla käytännön hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta sekä vahvistaa hoitohenkilökunnan tutkimus-, kehittämis- ja projektitaitoja.</p> <p>Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys perustui kuvailevalle katsaukselle kirjallisuuteen. Lisäksi työhön kuului toiminnallinen osio. Työn tarkoituksena oli kuvata postoperatiivisen kipupotilaan ohjaustilanteen suunnittelua ja ohjausrungon laatimista. Tavoitteena oli kehittää ohjausrunko, jonka pohjalta suunniteltiin ja toteutettiin ohjaustilanne Malmin sairaalan akuuttiosastolla. Työn toiminnallisessa osiossa kehitetyn ohjausrungon toimivuutta kokeiltiin käytännön ohjaustilanteessa.</p> <p>Opinnäytetyössä keskityttiin postoperatiivisen kipupotilaan näyttöön perustuvaan ohjaukseen ei-farmakologisista kivunhoitomenetelmistä. Työssä käsiteltiin kipua, kivun fysiologiaa ja psykologiaa sekä esiteltiin keskeisimmät ei-farmakologiset kivunhoitomenetelmät. Työssä hyödynnettiin tutkimuksellista tietoa ei-farmakologisista kivunhoitomenetelmistä ja niiden vaikutuksista postoperatiivisen potilaan hoidossa. Myös ohjaus oli työssä keskeisessä asemassa. Ohjausta käsiteltiin sekä yleisellä tasolla että postoperatiivisen potilaan näkökulmasta.</p> <p>Tämän työn teoreettisen viitekehysten, ohjaustilanteen ja ohjausrungon tulosten sekä arvioinnin pohjalta voidaan yhteenvedona todeta ei-farmakologisten kivunhoitomenetelmien olevan tutkitusti ja todistetusti hyviä keinoja kivun lievittämiseksi, vaikkakin vielä valitettavan harvoin käytettyjä. Potilaille on tarjottava mahdollisuus halutessaan erilaisiin ei-farmakologisiin kivunhoitomenetelmiin ja annettava ohjausta ja neuvoja niihin liittyen. Hyvän ja antoisan ohjauksen onnistuminen edellyttää ohjaajalta tietämystä, motivaatiota, kokemusta ja valmiutta sekä vuorovaikutustaitoja ja asiakaslähtöisyyden ymmärtämistä. Myös eettiset periaatteet on huomioitava ohjausta annettaessa.</p>		
Avainsanat		
kipu, postoperatiivinen, ohjaus, ei- farmakologinen kivunlievitys		

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Anniina Hägg and Nina Anthonsen			
Title			
Guidance of evidence based on non-pharmacological pain management methods to a postoperative pain patient			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn	40 + 2 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>This final project scholarly thesis is a part of Evidence based skill improvement in working life-project which is the development project of Helsinki city's health centre's acute hospitals and Metropolia Polytechnic in the years 2006-2009. The aim of this project is to build up practical nursing quality and influence by the means of evidence based skills. Another goal is to strengthen the nursing personal research-, development- and project skills.</p> <p>The theoretical context of this final project was based on a descriptive review in literature. The project also included a functional part. The purpose of the project was to describe the planning of a guidance situation to a postoperative patient of pain and to compile a guidance frame. The aim was to develop a guidance frame which was the base of planning and carrying out a guidance situation in an acute ward in the Malmi hospital. The potential of the guidance frame developed in the functional part of this project was put to trial in a guidance situation in practical working life.</p> <p>This thesis focused on such terms as pain, physiology and psychology of pain. It also focuses on the most crucial methods of non-pharmacological pain management. This thesis utilized scientifically studied information referring to methods of non-pharmacological pain management and their effects on post-operative management of a patient. Patient guidance was also an essential part of this project. It was processed both on a general level as well as through the perspective of a post-operative patient.</p> <p>Based on the theoretical context, guidance situation and guidance frame of this thesis can scientifically point out that using non-pharmacological pain management methods is a very efficient way to alleviate pain, but unfortunately these methods are rarely used. There must be offered a possibility for different kinds of non-pharmacological pain management methods for the patient and offer them guidance and advice referring to those. Knowledge, motivation, experience, readiness, interaction skills and customer oriented approach is required from the instructor to provide a good and productive guidance. Ethical principles must also be taken into consideration when giving guidance.</p>			
Keywords			
pain, postoperative, patient guidance, non-pharmacological			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	3
3	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMISPROSESSI	3
	3.1 Kuvaileva katsaus kirjallisuuteen	3
	3.2 Aineiston kuvaus	5
	3.3 Sisällönanalyysi	6
	3.4 Toiminnallinen opinnäytetyö	7
4	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA POSTOPERATIIVISEN POTILAAN KIVUN EI- FARMAKOLOGINEN HOITO	7
	4.1 Kipu	8
	4.2 Postoperatiivinen kipu ja akuutin kivun fysiologia	9
	4.3 Näyttöön perustuvat postoperatiivisen kivun ei-farmakologiset hoitomenetelmät	11
	4.3.1 Psykologiset kivunhoitomenetelmät postoperatiivisen kivunhoidossa	13
	4.3.2 Fysiologiset menetelmät postoperatiivisen kivunhoidossa	16
5	POSTOPERATIIVISEN KIPUPOTILAAN OHJAUS JA OHJAUKSEN SUUNNITTELU	18
	5.1 Postoperatiivisen kipupotilaan hoitotyötä ohjaavat arvot ja periaatteet sekä laatuvaatimukset	19
	5.2 Postoperatiivisen kipupotilaan ohjauksen edellytykset ja ohjaajan lähtökohdat	20
	5.3 Postoperatiivisen kipupotilaan ohjauksen esteet ja mahdollisuudet	21
	5.4 Ryhmäohjaus	23
	5.5 Ohjaustilanteen eettisyys	23

6	POSTOPERATIIVISEN POTILAAN OHJAUSTILANTEEN TOTEUTUKSEN KUVAUS, ARVIOINTI JA ANALYSOINTI	24
6.1	Ohjaustilanteen eteneminen	25
6.2	Ohjaustilanteen analysointi	28
7	POSTOPERATIIVISEN EI-FARMAKOLOGISEN KIVUNHOIDON OHJAUSRUNGON KOKEILUN ARVIOINTI JA ANALYSOINTI	31
7.1	Ohjaajan lähtökohdat postoperatiivisen kivunhoidon ohjauksessa	31
7.2	Ei-farmakologisen kivunhoidon ohjauksen yhteys ohjattavaan	32
8	POHDINTAA OPINNÄYTETYÖN SEKÄ OHJAUSTILANTEEN LUOTETTAVUUDESTA JA EETTISYYDESTÄ	33
8.1	Luotettavuus opinnäytetyössä ja ohjausrungon arvioinnissa	33
8.2	Eettisyys ohjaustilanteessa	34
8.3	Johtopäätöksiä	35
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kipu määritellään kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for Study of the Pain) mukaan seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä tuntemus tai aistimus ja tunnepohjainen elämys, joka liittyy keholliseen vaurioon ja jota ilmaistaan kudosvaurioon liittyvin termein”. (Hagelberg – Kauppila – Närhi – Salanterä 2006: 8-9.) Hoitotyössä kipu on määritelty myös seuraavasti: ”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan, ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän” (McCaffery – Pasero 1999).

Tässä työssä keskitytään postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen kipuun ja sen hoidon ohjaukseen. Tarkoituksena on kuvata postoperatiivisen kipupotilaan ohjaustilanteen suunnittelua ja ohjausrungon laatimista. Tavoitteena on kehittää teoreettisen viitekehyksen pohjalta ohjausrunko, jonka toimivuutta kokeillaan yhteistyösastolla toteuttavassa ohjaustilanteessa. Ohjausrungon kokeilu järjestettiin pienryhmäohjaustilanteessa kirurgisen toimenpiteen jälkeisestä kivunhoidosta Malmin akuuttiosastolla. Pienryhmässä käsiteltiin vaihtoehtoisia eli ei-farmakologisia kivunhoitomenetelmiä. Ei-farmakologisilla kivunhoitomenetelmillä tarkoitetaan ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja, jolla kipua voidaan lievittää. Tässä työssä käytetään nimitystä ei-farmakologiset kivunhoitomenetelmät. Ei-farmakologiset kivunlievitysmenetelmät voidaan jakaa fysiologisiin ja psykologisiin menetelmiin. Fysiologisiin menetelmiin kuuluvat iho- ja kudostimulaatio, asentohoito, hieronta, lämpö- ja viilennyshoito sekä kosketus. Psykologisia kivunhoitomenetelmiä ovat keskustelu potilaan kanssa sekä potilaan huomion kiinnittäminen pois kivusta rentoutumisen, huumorin, musiikin, mielikuvien ja henkisen läsnäolon avulla. Tutkimuksissa on tullut esille, että valitettavasti ei-farmakologiset hoitomenetelmät ovat toistaiseksi melko harvoin käytettyjä kivun lievittämismuotoja.

Opinnäytetyön teorettinen viitekehys perustuu kuvailevalle katsaukselle kirjallisuuteen. Ohjaustilanteen ohjausrunko ja aikataulusuunnitelma esitellään liitteissä 1 ja 2. Työssä olennaista on suunnitella, analysoida ja arvioida ohjausrungon ja -tilanteen toteutumista sekä toimivuutta ohjauksen tukena.

Kipua on tutkittu eri näkökulmista jo suhteellisen paljon vuosien mittaan. Tutkimuksissa ja kirjallisuudessa on kipua usein luokiteltu ja tarkennettu eri tavoin, esimerkiksi krooninen kipu, akuutti kipu tai johonkin tiettyyn ruumiinosaan tai sairauteen kohdistu-

va kipu. Kipua on tarkasteltu muun muassa synnytyskipujen, syöpäkipujen sekä reumakipujen yhteydessä sekä hoitajien että potilaiden näkökulmista. Kipuaiheista on tieteellisiä tutkimuksia, hoitosuosituksia, artikkeleita ja muuta kirjallisuutta. Erilaisista kipuun liittyvistä aiheista on tehty aiemmin myös useita pro graduja sekä opinnäytetöitä. Kipuun on aina puututtava, ja se vaatii paljon niin potilaalta kuin hoitajaltakin: sietokykyä, kärsivällisyyttä, luovuutta, vuorovaikutusta. Koko ajan on tarve lisätiedolle ja ideoille kivunhoidon kehittämiseksi hoitotyössä, sillä aihe on alati elävä, haasteellinen ja tärkeä.

Työn toteutuksessa on pyritty huomioimaan yhteistyöorganisaation eli Malmin akuuttisairaalan toiveet ja mielipiteet, jotta työmme palvelisi mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti niin hoitohenkilökunnan kuin potilaidenkin tarpeita ja odotuksia hoitotyössä. Opinnäytetyö on osa Näyttöön perustuvan osaamisen vahvistaminen työelämässä (NÄPE)-projektia, joka on Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosastojen ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittämisprojekti vuosina 2006 - 2009. Projektin toteuttamispaikkoina toimivat Malmin ja Herttoniemen akuuttisairaalaosastot. NÄPE-projektin tavoitteena on vahvistaa näyttöön perustuvan osaamisen avulla käytännön hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta sekä vahvistaa hoitohenkilökunnan tutkimus-, kehittämis- ja projektitaitoja. Tarkoituksena on myös tuottaa kansallisesti ja kansainvälisesti hyödynnettävää tietoa julkaisemalla artikkeleita ja raportteja. Tämä opinnäytetyö tuo NÄPE-projektiin näkökulman postoperatiivisen potilaan kivun hoidon kehittämisestä ja edistämisestä. Tavoitteena on luoda työelämässä hyödynnettävä ohjausrunko leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ohjaukseen.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata postoperatiivisen kipupotilaan ohjaustilanteen suunnittelua ja ohjausrungon (LIITE 1) laatimista. Ohjausrungossa yhdistyvät Sarajärven (2008) toimintamallissa esiintyvät kolme osa-aluetta, jotka kuuluvat näyttöön perustuvan toiminnan valmiuksiin. Näitä alueita ovat tieteellisen tiedon käyttö, asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedon käyttö sekä asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tiedon käyttö. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta rakentuu näiden ohjausrungon osa-alueiden sisältö.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ohjausrunko. Tehtävänä on lisäksi suunnitella ja toteuttaa postoperatiivisen kipupotilaan ohjaustilanne yhteistyöosastolla Malmin sairaalassa perustuen tässä työssä laadittavaan ohjausrunkoon. Ohjausrungon sisältö pohjautuu teoreettiseen viitekehykseen. Ohjausrungon toteuttamisella käytännössä havainnoidaan siitä koituvaa tavoiteltavaa hyötyä. Näin saadaan tietoa ohjausrungon toimivuudesta ohjauksen tukena hoitotyössä. Tätä tietoa voidaan tulevaisuudessa hyödyntää esimerkiksi postoperatiivisen potilaan kivun hoidon ohjauksessa.

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMISPROSESSI

Opinnäytetyön toteuttamisprosessi muodostuu kuvailevasta katsauksesta kirjallisuuteen sekä toiminnallisesta osuudesta. Toiminnallisessa osiossa on tavoitteena kokeilla tässä työssä kehitetyn ohjausrungon toimivuutta käytännön työssä.

3.1 Kuvaileva katsaus kirjallisuuteen

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys pohjautuu kuvailevaan katsaukseen kirjallisuudesta. Kuvailevassa katsauksessa kirjallisuuteen yhdistyy monen tutkimuksen tulokset omaan työhön ja muodostaa näin kokonaiskuvan jostakin aiheesta (Tieteellinen katsaus 2006). Tässä tapauksessa kokonaiskuva muodostuu postoperatiivisen kipupotilaan hoidosta ja ohjauksesta.

Aineistoa on haettu seuraavista tietokannoista: Kurre (nyk. MetCat), Linda, Ovid, Chinal, Helka sekä Medic. Elmeristä haettiin Stadian opiskelijoiden tekemiä aikaisempia

opinnäytetöitä postoperatiiviseen kivunhoitoon ja ohjaukseen liittyen, joista löytyi muutama hyödynnettävä vaihtoehto. Lisäksi Helkan tiedonhakukannasta löytyi paljon erilaisia pro gradu-tutkielmia, joita on pystytty hyödyntämään ohjausrungon suunnittelussa aikaisempien aiheeseen liittyvien tutkimusten tulosten tarkastelulla.

Osa tämän työn aineistosta on myös löytynyt tietokannoista valittujen aineistojen lähteistä. Kaikki lähteet, jotka löytyivät tätä kautta, on hankittu primaarilähteinä teoreettista viitekehystä varten. Primaarilähteiden haut suoritettiin käsihakuina. Tällä varmistettiin aineiston luotettavuuden ja työn laadullisuuden turvaaminen.

Hakusanoina käytettiin seuraavia katkaistuja hakusanoja: leikkau?, kirur?, surg?, potilasneu?, ohja?, neuvo?, counsel?, education, opinnäytet?, päättöt?, kipu?, kivu?, pain, postoperative, postsurgical, patient education sekä preoperative. Hakusanoilla löytyi runsaasti osumia, joita rajattiin AND- ja OR-vaihtoehtoilla. Seuraavassa taulukossa (TAULUKKO 1) on kuvailtu tietokannoista suoritettujen hakujen katkaistut hakusanat, osumien ja valintojen määrät sekä kriteereitä aineistojen hankinnassa. Kaikki valitut aineistot eivät kuitenkaan olleet hyödynnettävissä tarkemman perehtymisen jälkeen tämän opinnäytetyön lähdeaineistoiksi.

TAULUKKO 1 Yhteenveto tiedonhausta eri tietokannoista.

Tietokanta	Hakusanat	Osumat / Valitut	Kriteerit aineiston hankintaan
MetCat	Leikkau? Kirur? Surg? AND Potilas- neuv? Ohja? Neuvo? Counsel? Education AND Opinnäytet? Pää- töt?/ Kipu? Kivu? Pain Postsurgical	25 / 5	Otsikot Vuosiluvut
Helka	Leikkau? Kirur? Surg? Postoperative AND / OR Potilas- neuv? Ohja? Neuvo? Counsel? Education OR Kipu? Kivu? Pain	54 / 7	Otsikot Vuosiluvut Pro gradu-tasoiset tutkielmat
Linda	Leikkau? Kirur? Surg? Postoperative Preoperative AND / OR Potilasneuv?	94 / 4	Otsikot Vuosiluvut Pro gradu-tasoiset tutkielmat

	Ohja? Neuvo? Counsel? Education OR Kipu? Kivu? Pain		Tutkimusartikkelit
Medic	Leikkau*, Kirur*, Surg*, Postopera- tive, Preopera- tive AND Potilasneu*, Ohja*, Neuvo*, patient education, counsel* AND Kipu*, Kivu*, Pain	96 / 6	Otsikot Tiivistelmät Vuosiluvut Tutkimusartikkelit
Ovid: Chinal	Postoperative, Pa- tient education	141 / 4	Otsikot Tiivistelmät Vuosiluvut
Ovid: Medline	Postoperative, Pa- tient education	183 / 2	Otsikot Tiivistelmät Vuosiluvut

3.2 Aineiston kuvaus

Aineistoa löytyi työn aiheeseen liittyen runsaasti ja melko helposti eri tietokannoista. Tiedon runsaus tekee aineiston rajaamisesta ja valitsemisesta työlästä. Aineiston valintakriteereiksi nostettiin otsikot, katsaukset tiivistelmiin sekä vuosiluvut. Aineistona pyrittiin käyttämään mahdollisimman uutta tietoa ja tutkimusta, mutta työssä on käytetty myös 1990-luvun alun lähteitä sekä yhtä vuoden 1989 lähdeä. Materiaali on kuitenkin asiantuntevaa ja arvostetuiden tutkijoiden tuottamaa aineistoa. Osa aineistosta on löydetty hyödynnettävien aineistojen lähteistä. Työn luotettavuuden turvaamiseksi primäärlähteet hankittiin käsihakuina lähdeaineistoksi.

Aineistoon kuuluu pääasiassa suomenkielisiä materiaaleja, mutta aineistona on käytetty myös joitakin englanninkielisiä materiaaleja sekä yhtä ruotsinkielistä materiaalia. Kivusta, kivun hoidosta sekä ohjauksesta yleisesti löytyy paljon tietoa. Kipu on laaja aihe/käsite, joten aihe on tässä työssä rajattu postoperatiiviseen kipuun, josta löytyy myös melko paljon aineistoa. Kivun hoidon ohjauksesta on vain vähän tähän työhön sovellettavaa tietoa, vaikka ohjaus muutoin on yleinen tutkimuskohde.

Aineiston materiaali koostui pitkälti Suomen yliopistoista julkaistuista pro gradu-tutkielmista ja muutamasta AMK-tasoisesta opinnäytteestä. Lisäksi on käytössä ollut

lehtiartikkeleita sekä hoitotieteellisiä kirjoja, joista osa on arvostettujen tutkijoiden laatimia.

Tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä sekä ohjausrungossa on havaittavissa näkökulmia Sarajärven (2008) toimintamallista:

- tieteellisen tiedon käyttö
- asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö
- asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon käyttö.

3.3 Sisällönanalyysi

Sarajärvi ja Tuomi (2002: 93) esittelevät sisällönanalyysin perusanalyysimenetelmänä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysia voidaan pitää niin yksittäisenä metodina kuin väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Sanotaankin, että useimmat eri nimityksillä kulkevat tutkimusten analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, kun sillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysiiä väljänä teoreettisena kehyksenä.

Tässä työssä sisällönanalyysi näkyy induktiivisena eli aineistolähtöisenä päättelynä.

Sarajärvi ja Tuomi (2002: 110-111) kuvailevat aineistolähtöisen analyysin perustuvan kolmivaiheiseen prosessiin, johon kuuluvat:

1. aineiston redusointi eli pelkistäminen
2. aineiston klusterointi eli ryhmittely
3. abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen.

Sisällönanalyysi tässä työssä toteutuu aineistolähtöistä analyysia mukailleen. Aineiston redusointi ilmenee työssä epäolennaisten asioiden pois karsimisena aineistoon perehdyttäessä. Aineiston klusterointivaiheessa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja luodaan pohja tässä työssä kehitettävän ohjausrungon perusrakenteelle. Aineiston abstrahoinnissa puolestaan erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettiset käsitteet.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa yhdistellään käsitteitä tutkimustehtävän vastauksen saamiseksi. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa empiirisestä aineistosta edetään käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. (Sarajärvi – Tuomi 2002: 115.)

3.4 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan työelämän kehittämistyötä, joka tavoittelee ammatillisen käytännön kehittämistä, järjestämistä, järjeistämistä ja ohjeistamista. Toiminnallisen opinnäytetyön voi toteuttaa esimerkiksi laatimalla kehittämissuunnitelman, näyttelyn, tilaisuuden tai tapahtuman. Työn toteutus voi olla myös tuotos, tuote tai projekti. (Airaksinen – Vilkkä 2003: 9.) Tässä työssä tehtävänä on toteuttaa ohjaustilanne.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen tulisi aina pohjata ammattiteorialle ja sen tuntemukselle, ja siten toiminnallisen opinnäytetyön raportin tulee aina sisältää myös niin sanottu teoreettinen viitekehysosuus (Falenius – Leino – Leinonen – Lumme – Sunqvist 2008). Tärkeää on kyetä yhdistämään ammatillinen teoriatieto ammatilliseen käytäntöön, pohtimaan alan teorioiden ja niistä nousevien käsitteiden avulla kriittisesti käytännön ratkaisuja sekä kehittämään niiden avulla oman alan ammattikulttuuria (Airaksinen – Vilkkä 2003: 42). Tämä toteutuu tässä opinnäytetyössä teoreettisen viitekehysten pohjalta laaditussa ja suunnitellussa ohjausrungossa.

4 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA POSTOPERATIIVISEN POTILAAN KIVUN EI-FARMAKOLOGINEN HOITO

Näyttöön perustuvasta hoitotyöstä alettiin kansainvälisissä artikkeleissa kirjoittaa ja puhua 1990-luvun puolivälissä. Aiheesta on sen jälkeen ilmestynyt artikkeleita ja kirjallisuutta niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Hoitotieteellinen tutkimus onkin lisääntynyt Suomessa ja maailmalla erittäin paljon viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. (Lauri 2003: 3-4.) Näyttöön perustuvassa hoitotyössä (evidence based nursing) yhdistyvät kliininen asiantuntijuus, paras saatavilla oleva tutkimustieto, potilaan/asiakkaan näkemys tilanteesta ja informointi, joka tukee ja mahdollistaa asiakkaan päätöksentekoa. Tarkoituksena on tulevaisuudessa lisätä uuden tiedon ja teknologian hyödyntämistä

hoitotyössä. (Hirvonen 2004.) Näyttöön perustuvan hoitotyön tärkeänä tavoitteena on asiakaslähtöisyys sekä kehittynyt hoidon laatu ja vaikuttavuus.

Kipu on moniulotteinen ilmiö ja sitä voidaan hoitaa monin eri tavoin. Hoitotyö antaa erilaisia mahdollisuuksia sekä kivun arviointiin että hoitoon. Kivun hoitotyö on potilaan, jolla kipu on terveyteen liittyvänä ongelmana, ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyö edellyttää hoitajalta kykyä potilaan ongelmien tunnistamiseen, auttamiskeinojen valintaan sekä hoidon toteutukseen ja sen onnistumisen arviointiin. Jotta voidaan hoitotyön keinoin auttaa kivusta kärsivää potilasta, tarvitaan monenlaista ja monen tieteenalan tietoa. Postoperatiivisen kivun hoitotyön toteuttamiseen tarvitaan tietoa muun muassa potilaasta ja hänen kivustaan, kivunhoidon menetelmistä ja hoitoympäristöstä. Kivun hoitotyön toteutuksen ja ohjaustilanteen onnistumiseen vaikuttavat myös hoitajan asenne ja tietoperusta. (Hagelberg ym. 2006: 8-9.)

Hoitoympäristö on merkittävässä osassa potilaan kivun hoitotyötä suunniteltaessa. Fyysinen ympäristö saattaa esimerkiksi pelottaa tai ahdistaa potilasta, mikä saattaa pahentaa potilaan kivun tunnetta. Sosiaalinen ympäristö, esimerkiksi omaiset tai huonetoverit, saattaa vaikuttaa joko suotuisasti tai epäsuotuisasti potilaan kivuliaisuuteen ja näin myös kuntoutumiseen. Lisäksi kivun hoitotyötä toteuttavan hoitajan asennoituminen ja ajattelu sekä päätöksenteko vaikuttavat potilaan kipukokemukseen. Kivun hoitotyön tuloksiin vaikuttaa hoitajan toiminta: kivun tunnistaminen ja arviointi, auttamiskeinojen valinta, hoidon toteuttaminen sekä sen onnistumisen arvioiminen. (Hagelberg ym. 2006: 8-9.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään postoperatiivisen kivun ei-farmakologiseen hoitoon ja ohjaukseen sekä akuutin kivun fysiologiaan ja psykologiaan. Lisäksi määritellään, mitä kipu yleisesti tarkoittaa.

4.1 Kipu

Kipu määritellään kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n mukaan seuraavasti: ” Kipu on epämiellyttävä tuntemus tai aistimus ja tunnepohjainen elämys, joka liittyy keholliseen vaurioon ja jota ilmaistaan kudosvaurioon liittyvin termein”. Kipu on yhtä aikaa sekä fysiologinen ilmiö että tunne- ja aistikokemus. Kipua voi aistia ja kokea, vaikka kudosvauriota ei olisikaan. Kipu on aina henkilökohtaista ja on sidoksissa yksi-

lön kokemuksiin ja kulttuuriin. Kivun kokemiseen liittyvät fysiologiset muutokset, tunteet, ajatukset ja yksilön toiminta sekä sosiaaliset suhteet ja monet muut tekijät. Tämän vuoksi kivun tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa ja se edellyttää monenlaisia tieto- ja taitoja. (Hagelberg ym. 2006: 7.)

Kipu jaetaan yleensä akuuttiin ja kroonisen kipuun. Akuutilla kivulla on ensisijaisesti elimistöä suojaava merkitys. Kipu varoittaa kudolvauriosta ja suojaa eri tavoin lisävaurioiden syntymiseltä, esimerkiksi usein lihasten reflektorimaisella toiminnolla suojataan sisäelimiä vaurioilta. Leikkauksen jälkeinen kipu on esimerkki akuutista kivusta. Krooninen kipu on pidempi kestoista kuin akuutti kipu. Kipu on kroonista silloin, kun se on kestänyt yli 3 kuukautta, joka on normaali kudosten odotettu paranemisaika. Osalla leikkauspotilaista kroonista kipua esiintyy toimenpiteen jälkeen. Akuutin kudolvaurion laajuus ja voimakkuus, leikkaukskomplikaatiot ja potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat ennen leikkausta ovat mahdollisia altistavia tekijöitä kivun kroonistumiselle. (Kalso – Vainio 2002: 86-88.) Akuutin kivun hoitaminen on kivunhoidon kulmakivi. Usein kroonisesta kivusta kärsiminen voidaan välttää hoitamalla akuutti kipu, kuten postoperatiivinen kipu, riittävän hyvin. Kliiniset esimerkit tämän asian tärkeydestä lisääntyvät nopeasti koko ajan. (Simons – Simons – Travell 1999: 56.)

Kivun hoitotyössä on tärkeää tietää potilaan aikaisemmista kokemuksista, tunteista ja toiveista, motivaatiosta sekä geneettisistä tekijöistä. Kivun hoitotyötä suunniteltaessa huomioidaan potilaan yksilöllisyys, ominaisuudet ja tavat. Potilaan kipu määritellään ja luokitellaan anatomian ja fysiologian sekä syntymekanismien mukaisesti. Kivun määrittelyn mukaisesti potilaalle voidaan valita häntä parhaiten palveleva kivunhoitomenetelmä. Kivunhoito voi olla lääketieteellistä, psykologista, fysikaalista, sosiaalista sekä hengellistä. Myös itsehoito ja siihen ohjaaminen sekä kannustaminen ovat tärkeää kivunhoidossa. (Hagelberg ym. 2006: 8.)

4.2 Postoperatiivinen kipu ja akuutin kivun fysiologia

Puputin (1994: 14) artikkelissa postoperatiivinen kipu kuvataan voimakkuudeltaan vaihtelevaksi, yleensä lyhytkestoiseksi kivuksi, joka on luonteeltaan ohimenevää kestäen muutamasta minuutista muutama viikkoon. Leikkaushaava aiheuttaa sinällään solu- ja kudostuhoa, jolloin kipureseptorit aktivoituvat. Kivun syntyyn vaikuttavat kudoksen reaktio, kudostulehdus ja sen seurauksena syntyvä turvotus, etenkin ahtaissa tiloissa,

kuten polvessa ja nilkassa. Usein ortopediset ja traumatologiset leikkaukset aiheuttavat yllättävän paljon kipua, varsinkin silloin jos luukalvoa on käsitelty.

Leikkauksen jälkeen on raportoitu kipuja ilmenevän n. 80 %: lla potilaista kipulääkityksestä huolimatta. Kipuja esiintyy yleisesti myös kotiutuksen jälkeen. Kivun esiintymiseen leikkauksen jälkeen vaikuttavat leikkaukseen liittyvät tekijät, kuten esimerkiksi leikkausalue, haavan koko, leikkaustekniikka, anestesia- ja perioperatiivinen kivunhoito. Lisäksi potilaaseen liittyvät seikat, kuten yksilöllinen kipuerkkyys, aikaisemmat kokemukset sekä hoitoympäristö ja leikkausta edeltävä potilasohjaus vaikuttavat kivun ilmenemiseen. (Hagelberg ym. 2006: 20.) Postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttaa toimenpiteen kohde. Liian voimakkaana kipu aiheuttaa potilaalle henkistä kärsimystä sekä fysiologisia häirtatekijöitä. Kivun tehokkaan hoidon vaikutus kivun keston lyhenemiseen voidaan todistaa kliinisillä havainnoilla ja neurofysiologisella tutkimuksella. (Estlander – Hamunen – Kalso – Vainio 2002: 222 - 223.)

Puputti (1994: 15) korostaa artikkelissaan sairaanhoitajan tietoa anatomiasta ja fysiologiasta postoperatiivisen kivun ymmärtämisessä ja sen hoitamisessa. Leikkauksessa mukana olleiden sairaanhoitajien ja leikkaavan lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö kasvattaa tietoperustaa toimenpiteiden vaikutuksista jälkihoitoon.

Kipua voivat aiheuttaa monenlaiset ärsykkeet, kuten mekaaniset, termiset (= lämpöön liittyvä) ja kemialliset ärsykkeet. Nämä ärsykkeet vaikuttavat kipureseptoreihin, jotka ovat vapaita hermopäätteitä. Kipureseptoreiden stimuloitumisen aiheuttavat usein aineet, kuten esimerkiksi bradykiniini, histamiini, prostaglandiinit sekä leukotrieenit, joita vapautuu vahingoittuneista soluista. (Arstila – Björkqvist – Hänninen – Nienstedt 1999: 483.) Kivunhoidossa käytettävien tulehduskipulääkkeiden, kuten asetyylisalisyylihappo ja ibuprofeeni, teho perustuu kipureseptoreiden aktivoitumista aiheuttavien prostaglandiinien valmistumisen eli prostaglandiinisynteesin estämiseen (Bjälle – Haug – Sand – Sjaastad – Toverud 1999: 107).

Kipureseptoreita on myös sisäelimissä, kuten mahalaukussa ja suolessa sekä monissa verisuonissa. Suurimmassa osassa sisäelimiä ei kuitenkaan ole kipureseptoreita, mutta niitä ympäröivissä kalvoissa reseptoreita on runsaasti. Viskeraalinen eli elimistä johtuva kipu onkin vaikeasti paikannettavaa, koska sisäelimistä lähtevät kipuimpulssit kulkevat

pitkin autonomisia hermosyitä, toisin kuin varsinaisia kipuratoja pitkin kulkevat impulsit. (Arstila ym. 1999: 483.)

4.3 Näyttöön perustuvat postoperatiivisen kivun ei- farmakologiset hoitomenetelmät

Useimmissa näyttöön perustuvaa toimintaa kuvaavissa lähteissä näyttö jaetaan neljään osa-alueeseen: tutkitun tiedon tuottama näyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö, hoitotyöntekijän kokemuksen kautta saavuttama näyttö sekä potilaan omaa tietoa ja toimintaa koskeva näyttö (Lauri 2003: 7).

Tutkitun tiedon tuottama näyttö tarkoittaa tutkimuksen avulla, tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta hoidettavan ihmisen terveyteen ja elämänlaatuun. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa pyritään sekä yleistettävään tietoon että yksittäisten merkitysten ymmärtämiseen. (Lauri 2003: 8.)

Laurin (2003: 9) mukaan hyväksi havaittu toimintanäyttö tarkoittaa näyttöä, joka perustuu terveydenhuollon organisaatioissa yleensä laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon. Kyseinen näyttö ei välttämättä kata tutkimustiedon tieteellisiä kriteereitä, mutta on kuitenkin systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä. Esimerkkinä tällaisista voidaan mainita erilaiset tilastotiedot, arviot laadunarviointiohjelmien tuloksista tai kehittämishankkeissa toistuvasti kerätyt tiedot.

Kokemukseen perustuva näyttö tarkoittaa kahdenlaista asiaa. Ensiksi se on alan ammatillaisen käytännön kokemuksen kautta toteamaa vaikuttavuutta. Tällainen kokemus on esimerkiksi sairaanhoitajalla silloin, kun hän tukeutuu toiminnassaan aikaisemmin hyväksi havaittuun toimintaan huolimatta siitä, ettei kykene selvästi erittelemään, miksi näin tekee. Toiseksi se on potilaan kokemus siitä, että hoito on vaikuttavaa ja vastaa juuri hänen tarpeisiinsa. (Lauri 2003: 9.)

Lauri (2003: 10) kuvailee hoitotyön tietoperustan sisältävän tietoa ihmisestä eri ikä -, kehitys- ja elämänvaiheissa sekä tietoa ihmisen ja ympäristö välisestä vuorovaikutuksesta ja sen merkityksestä ihmisen kehitykselle, käyttäytymiselle ja toiminnalle terveenä ja sairaana. Tietoperusta sisältää tietoa myös hoitotyön toiminnoista ja hoitomenetelmistä sekä niiden vaikuttavuudesta ihmisen selviytymiseen ja hyvinvointiin. Nämä neljä

osa-aluetta sisältyvät ja ovat havaittavissa myös postoperatiivisen potilaan näyttöön perustuvan ei-farmakologisten kivunhoitomenetelmien toteuttamisessa.

Tavallisimpana kivunhoitomuotona käytetään erilaisia kipulääkkeitä sekä kipulääkkeiden ja puudutusaineiden yhdistelmiä (Nuutinen – Salomäki 1998: 1639). Kivun lievittämiseen on lääkehoidon lisäksi olemassa myös useita ei-farmakologisia eli ei-lääkkeellisiä hoitomenetelmiä. Korhonen (1992: 81) toteaa, että yksinään nämä hoitomenetelmät ovat harvemmin riittäviä postoperatiivisessa kivun hoidossa, mutta liitettynä lääkehoidon yhteyteen, ovat ne toisiaan täydentäviä ja hyvän lopputuloksen tae.

Ei-farmakologiset hoitomenetelmät ovat toistaiseksi kuitenkin harvemmin käytettyjä kivun lievittämismuotoja. Karhun ja Silmärisen (2002: 28) opinnäytetutkielmassa todetaan, että 36, 2 % vastanneista hoitajista kertoo vain harvoin potilaille ei-farmakologisista kivunhoitomenetelmistä ja jopa 58 % kertoo, ettei koskaan informoi potilasta kyseisistä menetelmistä. Sormusen (1999: 35, 55) tutkielmassa puolestaan kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista yli puolet (55 %) oli osallistunut lääkehoitoa käsittelevään täydennyskoulutukseen, mutta vain 8 % ei-lääkkeellisiä hoitotyön menetelmiä koskevaan koulutukseen. Tutkielmasta myös ilmenee, että valtaosa sairaanhoitajista haluaisi saada enemmän koulutusta kivunhoitomenetelmistä, erityisesti ei-farmakologisista hoitotyön menetelmistä. Tämä kertoo aiheen tärkeydestä.

Sormusen (1999: 45-46) tutkielmassa ilmenee jopa 70 % sairaanhoitajista pitävän kipulääkitystä riittävänä kivunlievitysmenetelmänä postoperatiivisessa kivunhoidossa. Tästä ilmenee kipulääkityksen vahva asema suomalaisessa postoperatiivisessa kivunhoitokulttuurissa. Lääkehoidosta keskustellaan osastoilla paljon toisin kun ei-farmakologisista kivunhoitomenetelmistä. Sairanhoitajat perustelevat asiaa tutkielmassa osaston kiireellä. Kiireen vuoksi kipua ei ehditä hoitaa ei-farmakologisilla menetelmillä. Valtaosa sairaanhoitajista oli Sormusen tutkielman mukaan sitä mieltä, että potilaiden asenteet vaikuttavat kivunhoitoon ja että 95 % potilaista haluaa ensisijaisesti lääkitystä kipuunsa. Tutkielmassa tuli kuitenkin myös ilmi, ettei ei-farmakologisista kivunhoitomenetelmistä juurikaan oltu keskusteltu potilaiden kanssa, joten potilaiden tieto näistä mahdollisuuksista on rajallista. Potilaiden asenteet muokkaantuvat pitkälti sairaalassa annettavien mahdollisuuksien ja suositusten mukaisesti. Näin ollen potilaat eivät välttämättä osaa pyytää kipuunsa muuta kuin lääkitystä.

Ei-farmakologisille kivunhoitomenetelmille on useita eri luokittelutapoja. Tässä työssä menetelmät luokitellaan psykologisiin ja fysiologisiin kivunlievittämiskeinoihin. Näitä kivunhoitomenetelmiä voidaan hyödyntää ja soveltaa postoperatiivisen potilaan kivunhoidossa. Myös Sormunen (1999: 11) nostaa esille ei-farmakologisten kivunhoitomenetelmien käyttökelpoisuuden leikkauksen jälkeisessä hoidossa.

4.3.1 Psykologiset kivunhoitomenetelmät postoperatiivisen kivunhoidossa

Psykologisella hoidolla ja hoitomenetelmillä tarkoitetaan tässä työssä sellaista hoitoa, joka perustuu enimmäkseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa, ja jolla pyritään vaikuttamaan potilaan kipuongelman kannalta keskeisiin psykologisiin tekijöihin ja seurauksiin. Kiinnostuksen kohteena tällöin ovat potilaan käsitykset ja uskomukset, tunteet, toiminta- ja suhtautumistavat sekä vuorovaikutusilmiöt. Aina on pyrittävä siihen, että potilas itse on hoitoprosessin aktiivinen osallistuja ja mukana päättämässä hoidon tavoitteista ja menetelmistä. Hoidon tavoitteena on elämänlaadun parantaminen ja kipuongelman vaikutusten vähentäminen. Tavoitteeseen voidaan päästä esimerkiksi ymmärryksen ja itsetuntemuksen lisääntymisen, oireiden hallitsevuuden vähenemisen sekä toimintavaihtoehtojen laajenemisen avulla. (Estlander 2003: 168.)

Kipupotilaan psykologinen hoito on vaativa ja monimuotoinen tehtävä, johon tarvitaan laajaa teoreettista tietämystä sekä psykologiasta että kivusta. Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten empaattisuus, sensitiivisyys ja aito välittäminen, ovat hoidon onnistumisen edellytyksiä. Muita onnistuneen hoidon kannalta keskeisiä asioita ovat kannatteleva ja muutosta tukeva vuorovaikutussuhde, toivon ylläpitäminen, ongelman riittävä kartoittaminen, hoidon yksilöllisyys sekä yhteisen, jaetun näkemyksen muodostaminen. (Estlander 2003: 168-169.) Myös Prieur tuo pro gradu-tutkielmassaan (2002: 47) esille potilaiden mielipiteitä hoitajien ominaisuuksien vaikutuksista onnistuneeseen kivunhoitoon: ”Henkilökunnan ammattitaitoa piti tärkeimpänä kivunhoidossaan 156 (f=73) vastaajaa. Tämä muodostui vuorovaikutustaidoista, potilaiden mielipiteiden huomioon ottamisesta ja henkilökunnan aktiivisuudesta”.

Tässä työssä käsiteltäviä psykologisia kivunhoitomenetelmiä ovat keskustelu potilaan kanssa sekä potilaan huomion kiinnittäminen pois kivusta esimerkiksi rentoutumisen, huumorin, musiikin, mielikuvien ja henkisen läsnäolon avulla.

Keskustelu potilaan kanssa

Keskustelemalla potilaalla on mahdollisuus saada tietoa omasta hoidostaan ja kivun lievittämisestä. Tiedonsaanti omaa hoitoa koskevista asioista on myös jokaisen potilaan laissa määritelty oikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Kattaisen (1995: 83) tutkimuksessa nousee esille, että keskustelu potilaan kanssa lisää potilaan turvallisuuden tunnetta, vähentää avuttomuutta ja edistää luottamuksellista vuorovaikutusta. Sormusen (1999: 46) tutkielmassa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista jopa noin 90 % ajatteli keskustelemisen potilaan kanssa helpottavan kipua, oli keskustelun aihe mikä tahansa. Keskustelu toimii hyvin myös preoperatiivisesti lievittäen pelkoa ja ahdistusta tulevaa toimenpidettä kohtaan. Tämä tutkitusti vähentää postoperatiivisen lääkityksen tarvetta ja potilaat usein kotiutuvat aikaisemmin leikkauksen jälkeen. (Gammon – Mulholland 1995.)

Potilaan huomion kiinnittäminen pois kivusta

Rentoutumisella tarkoitetaan tilaa, jossa henkilö on suhteellisen vapaa ahdistuksesta sekä lihasjännityksestä (Beebe – McCaffery 1989: 188). Kivunhoitoon sovellettuna rentoutumisella saavutetaan lisääntyntä stressinhallintaa ja oppimiskykyä. Fyysisesti rentoutuminen lisää ihmisen ääreisverenkiertoa, jolloin verisuonet laajenevat ja verenpaine sekä lihasjännitys laskevat. Päämääränä rentoutumisessa voi olla lepo ja voimien kerääminen. (Kataja 2003: 27-28.) McCafferyn ja Beeben (1989: 190) mukaan fyysisen ja henkisen jännittyneisyyden laukaiseminen rentoutumisen avulla parantaa unensaantia. Rentoutuminen parantaa myös mielialaa sekä lisää muiden kivunlievityskeinojen tehoa.

Huumorilla on todettu olevan potilashoidossa monia etuja, ja sen sanotaankin olevan selviytymismekanismi. Huumori kasvattaa ihmisen tietoisuutta omasta persoonastaan ja suhteistaan toisiin ihmisiin. Huumori lisää ja luo yhteenkuuluvuuden tunnetta ja hyvää oloa. Huumorilla on vaikutusta hyvän ilmapiirin luomisessa. Leppoisassa hoitoyhteisössä niin hoitohenkilökunnan kuin potilaidenkin on helpompi olla kuin jännittyneessä ja kireässä ilmapiirissä. (Isola–Vesa 2000: 25.) Åstedt-Kurjen, Tammentien ja Isolan (2000: 334) tutkimuksessa ilmenee, että lähes kaikkien kyselyyn vastanneiden mielestä huumoria ilmeni niin potilaiden ja hoitajien välisessä vuorovaikutuksessa (95 %, n=308) kuin hoitajienkin kesken (95 %, n=309). Myös Sormusen (1999: 47) mukaan sairaan-

hoitajat kokevat olevansa hyviä huumorinkäyttäjiä potilashoidossa. Huumorin käyttö ilmenee enemminkin tilannekomiikkana kuin ennalta suunniteltuna tilanteena.

Vesan ja Isolan (2000: 25) artikkelissa korostetaan, että huumori lievittää epämiellyttäviä tuntemuksia, tukee itsetuntoa ja tarjoaa luonnollisen tavan helpottaa kipupotilaan oloa. Potilas voi purkaa paineitaan leikin laskun avulla. Potilaan huumorin käyttö suojelee myös kanssaihmissä vihan ja aggression kohteeksi joutumiselta. Huumori on lisäksi keino, jonka avulla voi välttää sekä kieltää asioita ja tunteita, jotka ovat liian vaikeita kohdattaviksi. Huumorilla potilas voi koota voimia ja voittaa itselleen aikaa hetkiin, jolloin kokee olevansa valmis kohtaamaan elämäänsä uhkaavia asioita ja tilanteita.

Naurun kipua lievittävä vaikutus katsotaan johtuvan endorfiinien erittymisestä, jännittyneisyyden vähenemisestä ja hyvänolon tunteen kokemisesta (Isola – Vesa 2000: 25). Sormunen (1999: 16) lainaa tutkielmassaan du Pre'ta (1998), jonka mukaan huumorin avulla myös potilaan ja hoitajan välille on mahdollista kehittyä hyvä hoitosuhde sisältäen molemminpuolisen luottamuksen ja toisen huomioimisen. Huumorin avulla on lisäksi helpompi ilmaista tunteita tai selviytyä uhkaavista ja hämmentävistä tilanteista.

Musiikki vaikuttaa elimistössä sekä fysiologisesti että psykologisesti. Musiikin käyttö lievittää kivuntunnetta elimistössä endorfiineja tuottamalla sekä huomion pois suuntaamisella kivuntuntemuksesta. (Ahonen 2000: 52.) Musiikin kuuntelu rentouttaa, vähentää jännittyneisyyttä ja lisää kontrollin tunnetta kivusta (Hawthorn - Redmond 1998: 260).

Mielikuvien käytöllä voidaan kääntää ajatukset pois kivusta, luoda kivusta hyväksytympi tunne ja rentouttaa lihaksia. McCaffery ja Beebe (1989: 212-214) korostavat, että mielikuvien käytön avulla voidaan kuvitella, ettei kipua ole ja näin hallita kiputuntemuksia lisäten kivunsietämistä. Siksi mielikuvien käyttö on hyvä itsensä parantamiskeino. Mielikuvien hyödyntäminen parantaa myös muiden kivunlievityskeinojen tehoa.

Postoperatiivinen kipupotilas saattaa tuntea helposti olonsa eristyneeksi muusta, ympäröivästä, maailmasta. Tämän takia hoitajan fyysinen **läsnäolo** saattaa saada potilaan rauhoittuneeksi ja viestittää välittämisen ja ymmärryksen tunnetta. Istuminen hiljaa potilaan vierellä voi olla potilaalle terapeutista. Potilaan kuunteleminen antaa tälle mahdollisuuden ilmaista huoliaan ja samalla osallistua omaan hoitoon. Kuuntelun ja henkilökohtaisen kontaktin tehokkuus kivun lievittämisessä riippuu hoitajan ja potilaan väli-

sestä suhteen laadusta. (Royle – Walsh 1992: 133.) Pulkkinen (1996: 30) tutkielmassa läsnäolo ja turvallinen ympäristö loivat potilaille turvallisuuden tunnetta ja luottamusta siihen, ettei heidän tarvitse olla yksin kipujensa kanssa. Tunnekokemuksen sanottiin muodostuvan potilaiden huomioinnista ja henkilökunnan asiantuntemuksesta.

4.3.2 Fysiologiset menetelmät postoperatiivisen kivunhoidossa

Fysiologisiin kivunlievitysmenetelmiin kuuluu esimerkiksi iho- ja kudostimulaatiota, hierontaa, lämpö- ja viilennyshoitoa sekä asentohoitoa. Myös kosketuksella on kipua lievittävä vaikutus.

Iho- ja kudostimulaatio

Beebe ja McCaffery (1989: 130-132) kuvailevat ihostimulaation vaikutuksien olevan vaihtelevia, eikä niitä voi ennustaa etukäteen. Yleensä ihostimulaatiolla kipua lievennetään tai se poistetaan. Joskus vaikutus tulee viiveellä ja aluksi stimulaatio tuntuu kipeältä, eikä kipua aina saada kokonaan pois, mutta kivun aste ja muoto saattaa muuttua. Stimulaatiolla on myös rentouttava vaikutus. Kudostimulaation kipua lievittävä vaikutus on osittain tuntematon, mutta ilmeisesti sen vaikutus selittyy porttikontrolliteorialla ja endorfiinitason nostamisella.

Asentohoito

Asentohoito tarjoaa potilaalle lievitystä vähentämällä painetta ja jännitystä vaikutusalueella. Asentohoito edistää laskimo- ja lymfakiertoa ja vähentää näin nesteiden kasaantumista kudokseen, joka puolestaan vaikuttaa kipua lievittävästi. (Royle – Walsh 1992: 209-215.) Asentohoidossa on otettava huomioon leikkauksesta, anestesian muodosta tai toimenpiteestä aiheutuvat rajoitukset sekä asennon vaikutukset potilaan hengitykseen, verenkiertoon ja hermotoimintaan. Potilaiden mielestä asentohoito on tärkeä menetelmä kivun hoitamisessa. (Raappana 2001: 42.)

Hieronta

Hieronta on ”psykofyysinen hoitotapahtuma, jossa käsinsuoritetuilla, liikkuvilla, sujuvan rytmisillä ja voimakkuudeltaan sopivilla otteilla kudoksia painaen ja/tai venyttäen

pyritään edistämään tai rauhoittamaan kudosten toimintoja”. Hieronnan vaikutuksia elimistössä voidaan selittää porttikontrolliteorian avulla, mutta tarkalleen mekanismit eivät ole tiedossa. (Arponen - Valtonen 1998: 17.) Hieronta rentouttaa niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Kipu lievittyy juuri lihasten rentoutumisen avulla ja nostaa hiusuonten verenkiertoa ja viime kädessä myös koko verenkiertoa. (Beebe – McCaffery 1989: 141.) Hieronnalla on psykologinen merkitys, sillä se vähentää ahdistusta ja tukee hoitosuhteen muodostumista (Sailo - Vartti 2000: 137).

Lämpöhoito

Lämpöhoito rentouttaa lihaksia ja parantaa ihon verenkiertoa (Sailo – Vartti 2000: 138; Hawthorn – Redmond 1998: 270). Lämmön ansiosta parantunut ja lisääntynyt verenkierto vähentää lisäksi tulehdusreaktiota. Lämpöhoitoa voidaan tehdä käyttämällä esimerkiksi kuumavesipulloja, sähköistä lämmityslaitetta, kuumaa ja kosteaa kompressia tai lämpöpakkausta. (Beebe – McCaffery 1989: 145-146; Hawthorn – Redmond 1998: 270.)

Viilennyshoito

Viilennyshoito vaikuttaa ihoon, mutta pitkään viilennettäessä myös lihaksiin. Viilentämisen teho säilyy lihaksissa pidempään kun lämpöhoidossa. Viilentäminen poistaa lihasjäykkyyttä vähentämällä lihaskalvon jäykkyyttä sekä ehkäisee ja/tai vähentää verenvuotoa ja turvotusta lisäämällä verisuonten supistumista. Viilentäminen lisäksi heikentää kipureseptorien toimintaa ja herkkyyttä vähentäen näin kipua paikallisesti. Myös haavan parantumista voidaan nopeuttaa, sillä viilennys lisää entsyymien aktiiviteettia. Viilennyshoitoa voidaan tehdä käyttämällä esimerkiksi kylmägeelipusseja ja/tai kylmäkääreitä. Niin viilennyshoidossa kuin lämpöhoidossakin tulee käytettävä materiaali suojata vaatteella tai muulla kankaalla ennen iholle asettamista. (Beebe – McCaffery 1989: 145-146; Hawthorn – Redmond 1998: 270-271.)

Kosketus

Sailo ja Vartti (2000: 137) korostavat, että kosketus voi tuntua potilaasta miellyttävältä merkiten potilaalle lohdutusta, luottamusta ja huolenpitoa sekä välittämisen tunnetta. Kosketus voi toisaalta olla myös epämiellyttävää, sillä esimerkiksi kasvot ovat haavoit-

tuva ja herkkää aluetta, joihin moni ei halua koskettavan. Koskettaminen ja kosketuksi tuleminen vaatii hyväksyntää. Kosketus voi olla hoitotoimenpiteiden yhteydessä tapahtuvaa neutraalia tehtäväsuuntautunutta kosketusta tai emotionaalista hoivaavaa kosketusta, joka vaatii empatiaa, kykyä eläytyä toisen ihmisen tilanteeseen. Hoivaava kosketus voi olla myös lohduttavaa ja rohkaisevaa. Kosketusta pidetään usein myös tärkeänä viestimuotona vahvistaen sanallista viestiä tai viestittäen asiaa, jota ei sanoin voi ilmaista.

5 POSTOPERATIIVISEN KIPUPOTILAAN OHJAUS JA OHJAUKSEN SUUNNITTELU

Kyngäksen ja Kääriäisen tutkimusartikkelissa (2005: 257) ohjaus määritellään aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan kontekstiin ja jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet määräytyvät kontekstin mukaan ja rakentuvat ohjaussuhteessa. Tässä työssä käsitellään postoperatiivisen potilaan kivunhoidon ohjausta.

Ohjausosaaminen on tärkeä osa käytännön hoitotyötä (Heikkinen – Tiainen – Torkkola 2002: 26). Myös postoperatiivisen kipupotilaan hoitotyössä korostuu ohjauksen ja informoinnin merkitys. Tämä on havaittavissa esimerkiksi Prieurin (2002: 37) tutkimuksessa, jossa yli puolet vastanneista potilaista (64 %, n= 577) oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunnalta saatu tieto auttoi heitä kestämään kipua paremmin. Heikkisen ym. (2002: 26) mukaan jokainen työelämässä oleva hoitaja ohjaa potilaitaan päivittäin. Hoitajilla on parhaat mahdollisuudet ohjata potilaita, sillä he ovat ajallisesti eniten tekemisessä heidän kanssaan. Hoitajalla on kokonaisvastuu potilasohjauksen sekä neuvonnan koordinoinnista ja toteuttamisesta. Onnistunut potilasohjaus lähtee hoitajan kyvystä ottaa neuvonnan ohjat käsiinsä. Kyngäs ja Kääriäinen (2006: 6) toteavat artikkelissaan, että hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta käsittelemään kokemuksiaan, ratkaisemaan ongelmiaan, käyttämään resurssejaan tai löytämään erilaisia tapoja toimia. Tarkoituksena on lisätä potilaan luottamusta ja sitoutumista oman toimintansa hallintaan.

Hirvonen ym. (2007: 75) pitävät ohjauksessa tärkeänä tavoitteiden asettamista, mielellään potilaan tai potilaiden kanssa yhdessä. Tällä tavoin tavoitteet on helpommin potilaan saavutettavissa. Tavoitteiden määrittely on tärkeää potilaan itsehoidon onnistumi-

sen ja elintapojen muutosten arvioinnissa. Tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia ja mitattavia. Potilaan oman näkemyksen huomioiminen tavoitteissa edistää hänen tyytyväisyyttään ja sitoutumistaan.

Heikkisen ym. (2002: 28) mukaan ohjauksen tulisi herättää potilaan mielenkiintoa opittavaa asiaa kohtaan ja lisätä hänen motivaatiotaan itsensä hoitamiseen. Ohjauksen lopuksi arvioidaan tavoitteiden toteutumista. Arviointiperusteena on potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen, ei ohjauksen määrä. Ohjauksen onnistumista arvioidaan esimerkiksi keskustelemalla lopuksi opetuksen asiasisällöstä ja siitä, mitä potilaalle jäi mieleen tai epäselväksi.

Tavoitteena potilasohjauksessa on, että potilaalla on riittävästi tietoa omasta kivustaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä, hoidoista sekä käytettävissä olevista kivun hoitomenetelmistä. Näiden tietojen perusteella potilaalla on mahdollisuus tehdä kivunhoitoonsa liittyviä päätöksiä ja hän kykenee hallitsemaan elämäntilannettaan mahdollisesta kivusta huolimatta. (Hagelberg ym. 2006: 91.)

5.1 Postoperatiivisen kipupotilaan hoitotyötä ohjaavat arvot ja periaatteet sekä laatuvaatimukset

Leikkauksen jälkeisestä kivusta kärsivän potilaan hoitotyötä ohjaavat tietyt arvot ja periaatteet. Kerttu Oikarisen ja Kirsti Ylipulli-Kairalan toimittamassa Kivun hoitotyöoppaassa (2001: 6) on määritelty kivunhoitotyötä ohjaavat arvot ja periaatteet. Potilaan ihmisarvo sekä hoidon ja palvelun laatu ovat kivun hoitotyötä ohjaavia arvoja. Ohjauksiksi periaatteiksi on esille nostettu välittäminen, yksilöllisyys, turvallisuus, jatkuvuus, kokonaisvaltaisuus, itsemääräämisoikeus sekä ammatillisuus.

Lisäksi kivun hoitotyöoppaaseen on Rovaniemen ammattikorkeakoulun erikoistumisopintojen opiskelijaryhmä laatinut kivun hoitotyölle erilaisia laatuvaatimuksia, joissa on huomioitu myös Lapin keskussairaalan kipupoliklinikan henkilökunnan tekemät parannusehdotukset. Laatuvaatimukset on esitelty kivun hoitotyötä käsittelevässä oppaassa (2001: 7-8). Nämä laatuvaatimukset on merkittävää huomioida myös postoperatiivisen kipupotilaan hoitotyössä.

Tässä työssä nostetaan esille viisi kivun hoitotyön laatuvaatimusta:

1. Lähtökohtana hoitotyössä on luottamus potilaan kipukokemukseen ja nopea vastaaminen potilaan hoidon tarpeisiin.
2. Tavoitteena hoitotyössä on auttaa potilasta hänen lähipiirinsä ja kulttuuriset lähtökohtansa huomioon ottaen selviytymään päivittäisistä toiminnoista sekä tukea häntä kivun hallinnassa ja elämänlaadun parantamisessa.
3. Potilasta ja hänen läheisiään tuetaan hoitotyön auttamismenetelmillä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, hengellisen sekä kulttuurillisen kivun hallintaan.
4. Hoitaja tietää kivunhoidon fysioterapeuttisista, psykologisista ja vaihtoehtoisista menetelmistä. Lisäksi hoitaja tietää menettelytavat, miten ohjata tarvittaessa potilas edellä mainittujen asiantuntijoiden hoitoon.
5. Hoitaja hyödyntää kivun hoitotyötä toteuttaessaan koulutusta, tutkimus- ja teorian tietoa, ammattieettisiä velvoitteita sekä kokemustaan kivun hoitotyössä ja itsensä kehittämisessä.

5.2 Postoperatiivisen kipupotilaan ohjauksen edellytykset ja ohjaajan lähtökohdat

Tässä työssä keskitytään ohjausta antavan hoitajan valmiuteen, osaamiseen ja tiedon tarpeeseen. Myös ohjauksen lähtökohdat ja asiakaslähtöisyys ovat merkittävässä osassa ohjauksen toteuttamista.

Asiakaslähtöisyyttä voidaan määritellä monin eri tavoin. Räikkönen ja Perälä (2003: 132) ovat käyttäneet tutkimuksessaan Lutzin & Bowersin (2000) asiakaslähtöisyyden määritelmää, jonka mukaan sillä tarkoitetaan ensinnäkin palvelujen järjestämistä asiakkaan tarpeista lähtien. Toiseksi he määrittelevät asiakaslähtöisyyttä asiakkaan näkökulman ymmärtämiseksi. Räikkönen ja Perälä (2003: 132) luettelevat asiakaslähtöisyyden periaatteiksi loukkaamattoman ihmisarvon, itsemääräämisen, tasa-arvon ja yksilöllisyyden kunnioituksen. Hoidon ja palvelujen järjestämisen lähtökohdiksi ajatellaan todellisuus, odotukset, tarpeet ja preferenssit.

Ohjaajan asiantuntijuus ja persoonalliset ominaisuudet vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Potilaan ohjaus edellyttää hoitajalta ohjattavan asian sisällön hyvää tuntemusta. Lisäksi hyvä hoitaja osaa jäsentää opetettavan asian potilaalle sopivaksi ja mielekkääksi kokonaisuudeksi. Siksi hoitaja tarvitsee opetuksellista näkemystä eli tietoa ja kokemusta siitä, miten potilas oppii. (Heikkinen ym. 2002: 29.) Laaksonen (2006) toteaaikin artikkelissaan, että ammattilaisella on oltava taito etsiä parasta saatavilla olevaa ja ajanmukaista tietoa, suora pääsy tähän tietoon sekä kykyä välittää asia potilaalle. Tärkeää on myös huomioida selkeän ja ymmärrettävän kielen käyttäminen sekä hoitohenkilökunnan esittäytyminen ohjattavalle. Orajärvenkin (2004) tutkimuksessa 48 % kyselyyn vastanneista potilaista oli kokenut, ettei kirurgian poliklinikan henkilökunta ollut esitellyt itseään. Kuitenkin 78 % vastanneista oli silti saanut selkeää ja riittävää informaatiota sekä hyvää kohtelua ja he olivat tyytyväisiä.

Hyvä postoperatiivinen ohjaus edellyttää hoitajalta valmiutta ja asiantuntijuutta ohjattavasta asiasta. Jos ohjausta antavalla hoitajalla ei ole riittävästi tietoa, ei hänellä ole valmiuksia potilaan hyvään ohjaukseen. Esimerkiksi Sormusen (1999: 50) tutkimukseen vastanneista sairaanhoitajista 11 % (N=20) koki kivunhoidon puutteellisena osastollaan. Tähän heidän mukaansa syynä olivat esimerkiksi lääkehoidon käyttäminen kipuun muita vaihtoehtoja käyttämättä (f=11), ei-lääkkeellisten menetelmien osaamattomuus (f=2) sekä osaston kiire ja lääkkeenannon helppous (f=5).

5.3 Postoperatiivisen kipupotilaan ohjauksen esteet ja mahdollisuudet

Lipposen (2004) tutkimuksen mukaan kirurginen hoitohenkilökunta ohjaa potilaita pääasiassa sairaalassa yksilöllisesti, suullisesti ja kirjallisesti sekä käyttää ohjaukseen kahdesta kolmeen tuntiin työvuoronsa aikana. Postoperatiivisen potilaan ohjaustilanteeseen vaikuttavat monet tekijät. Osa niistä voi estää ohjauksen perille menoa ja osa edistää sitä. Esimerkiksi suullisen ohjauksen haittapuoli on unohtaminen. Tärkein osa ohjauksesta voi unohtua hetkessä. Kirjallinen ohje suullisen ohjauksen tukena on usein välttämätön. (Heikkinen ym. 2002: 29.) Onkin arvioitu, että ihmiset muistavat 90 % siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä (Hirvonen ym. 2007: 73). Kirjallisten ohjeiden avulla potilas voi palauttaa mieleen saamansa ohjauksen ja kerrata ohjeita itselleen sopivana ajankohtana. On myös tärkeää, ettei suullinen ohjaus ole ristiriidassa kirjallisen ohjeen kanssa. (Heikkinen ym. 2002: 29.) Postopera-

tiivisen potilaan ohjauksessa on merkittävää huomioida ohjauksen monipuolisuus antamalla tietoa sekä suullisesti että kirjallisesti.

Potilasohjauksessa on aina tärkeää, että potilaan ja hoitajan välille muodostuu luottamuksellinen ja turvallinen vuorovaikutussuhde. Myös sopiva ympäristö ja ajankohta ovat tärkeitä ohjauksen onnistumiseksi. Potilasohjeiden antamiseen on valittava mahdollisimman rauhallinen ja häiriötön paikka, joka takaa potilaan yksityisyyden ja jossa on materiaalia tarjolla. Ympäristö ei saa myöskään herättää potilaassa negatiivisia tunteita. Turvallinen ohjausympäristö herättää luottamusta ja saa potilaan tuntemaan olonsa kunnioitetuksi. Ohjauksen sisältö tulee suunnitella siten, että siihen varatussa ajassa ehditään käsitellä kaikki potilaalle tärkeät asiat. Lisäksi on tärkeää rohkaista potilasta kysymään epäselviksi jääneet asiat. (Heikkinen ym. 2002: 30-31; Kyngäs – Kääriäinen 2006: 6-9.) On muistettava, että ohjaustilanteet eivät toistu samankaltaisina ja että potilaalle tilanne voi olla ainutkertainen ja jännittävä. Ohjaustilanteissa korostuvat hoitajan persoonalliset taidot ja luovuus. (Ohtonen 2006: 3.)

Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat tietoa kivusta ja sen hoidosta. Monesti kivunhoidon epäonnistuminen johtuu tietämättömyydestä. Potilailla tai heidän omaisillaan voi olla esimerkiksi väärää uskomuksia kipulääkkeiden turvallisuudesta, lääkeriippuvuuden syntymisestä tai hoitajien ja lääkärin työstä. Yleisiä tiedonpuutteesta johtuvia virheajatuksia on, että vahvoista kipulääkkeistä tulee riippuvaiseksi tai että kaikki kipulääkkeet aiheuttavat vaikeita haittavaikutuksia. Potilaat saattavat myös ajatella, että hoitajat ja lääkärit ammattilaisina tietävät, kuinka kivuliaita potilaat ovat, eikä kivusta siis tarvitse kertoa. Asianmukainen, ajantasainen ja ristiriidaton tiedon tarjoaminen ja sen varmistaminen, että tieto on mennyt perille, edistävät hyvää kivunhoitoa. (Hagelberg ym. 2006: 91.)

Monesti postoperatiivisen kivunhoidon esteenä voi olla myös hoitohenkilökunnan tiedon vajaavuus. Esimerkiksi Karhun ja Silmärisen (2002: 28) opinnäytetutkielmassa todetaan, että tutkimukseen osallistuneista hoitajista 98 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta kivusta ja sen hoidosta. Vastaajista yli 60 % koki myös tarvitsevansa lisätietoa kivun fysiologiasta, ja yli 50 % vastaajista halusi lisäkoulutusta kivun ei-farmakologisista hoitomenetelmistä sekä kipulääkkeistä.

5.4 Ryhmäohjaus

Tavoitteiden asettaminen on olennaista riippumatta siitä, valitaanko ohjausmenetelmäksi yksilö- vai ryhmäohjaus. Tässä työssä keskitytään kuitenkin vain ryhmäohjausmenetelmään.

Ryhmäohjausta annetaan erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ryhmäohjauksessa tavoitteet asetetaan yleensä ryhmän teeman mukaan, esimerkiksi tässä työssä kipu-teeman mukaisesti. Usein ryhmäohjausta toteutetaan useamman kerran saman ryhmän kanssa (niin sanottu kiinteä ryhmä), mutta myös kertaohjauksia voi olla ryhmämuodossa. Ryhmässä oleminen voi olla sen jäsenille voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. Yksilölle ryhmäohjaus on kuntouttavaa ja terveyttä edistävää. Ryhmäohjauksen etuna on lisäksi informaation antaminen terveyteen ja sairauteen liittyvistä asioista suuremmalle ryhmälle, jolloin ryhmäohjaus on myös taloudellista. (Hirvonen ym. 2007: 104-105.)

Hirvonen ym. (2007: 105-106) toteavat, että ryhmää muodostaessa on hyvä muistaa ryhmäkoon vaikuttavan ryhmän toimintaan ja ryhmädynamiikkaan. On siis tarkoin mietittävä tilanne – ja aihekohtaisesti minkälainen ja minkä kokoinen ryhmä muodostetaan. Ryhmäohjauksessa korostuu ryhmässä vallitseva vuorovaikutusilmapiiri. Toimivan ryhmän ominaisuuksiin kuuluu samassa tilanteessa olevien jäsenten tutustuttaminen toisiinsa. Tutut ihmiset lisäävät ryhmässä turvallisuuden ja luotettavuuden tuntua. Toimivassa ryhmässä ryhmäläiset kannustavat toisiaan.

Ryhmän ohjaaja on hyvän ja toimivan vuorovaikutuksen taitaja. Ohjaaja helpottaa ryhmän vuorovaikutusta sekä poistaa ryhmän kommunikaatioesteitä. Ryhmää ohjatessa on uskallettava olla oma itsensä, ottaa riskejä ja suostua epävarmuuteen sekä muutokseen, sillä ohjaaja toimii ryhmässä kommunikaatiomallina. Ohjaajan tehtävänä on auttaa osallistujia ymmärtämään toinen toisiaan, mahdollistaa myönteinen ilmapiiri ja varmistaa, että ryhmän jäsenet kokevat tullessa kuulluiksi. (Hirvonen ym. 2007: 109.)

5.5 Ohjaustilanteen eettisyys

Hirvonen ym. (2007: 154, 155) korostavat eettisyyden huomioimista ohjaamisessa. Ohjaustilanteen eettiset kysymykset liittyvät usein potilaan oikeuksiin, kuten autonomiaan,

yksilöllisyyteen, vapauteen ja myös siihen, mitä on hyvän edistäminen ohjaustilanteessa. Ohjaustilanteissa on hyvä pohtia, miten voidaan huomioida ja säilyttää potilaan tarve hallita omaa elämäänsä, yksilöllisyyttään ja vapauttaan suojellen sekä tehdä omia arvovalintojaan tietoisena niiden seurauksista. Ryhmäohjaajalla on aina toimiessaan ammatillaisen vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä ja että hän toimii oikein. Ohjauksen tulee pohjautua näyttöön tai hyviin käytäntöihin, jotka ovat tavallaan eettisen työskentelyn perusta. Ajantasainen ja tutkittu tieto on tae ohjauksen asiasisällön luotettavuudelle. Ohjattavilla on aina oikeus saada tutkittua ja luotettavaa tietoa.

Kyngäksen ym. (2007: 155-157) mukaan eettiseen työskentelyyn kuuluvat eettinen tietoisuus ja kyky kohdata tilanteita, joissa on pohdittava oma tapansa työskennellä eettisesti. Eettiseen tietoisuuteen kuuluvat omien arvojen selkiyttäminen, ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä häirinnän ja harmin tuottamisen välttäminen ohjaussuhteessa. Eettinen työskentely vaatii, että ohjaaja on myös tietoinen omista voimavaroistaan, jotta hän voisi edistää asiakkaan hyvinvointia ja tietämystä. Eettistä vastuuta ei voi siirtää toisille, vaan ohjaajan on tietoisesti ja tavoitteellisesti työstettävä omia arvojaan, käsityksiään ja näkemyksiään. Eettisesti tietoinen ohjaaja on halukas ja kykenee osallistumaan eettiseen keskusteluun sekä yhteiskunnallisesti että ammatillisesti. Hyvä eettinen ympäristö tukee hoitosuhdetta ja ohjausta antamalla riittävästi aikaa keskustella asiakkaan kanssa, takaamalla rauhallisen tilan ja huolehtimalla siitä, että hoitajalla on valmiudet ja taidot toteuttaa ohjausta. Eettisen ohjausympäristön edistäminen onkin hoitotyössä keskeistä, jotta voidaan taata hoidon ja ohjauksen tehokkuus ja vaikuttavuus. Ohjausympäristöä valittaessa tulisi pohtia asiakaslähtöisyyttä, jotta ympäristö mahdollistaisi potilaan selkeän ja ajantasaisen tiedonsaannin.

6 POSTOPERATIIVISEN POTILAAN OHJAUSTILANTEEN TOTEUTUKSEN KUVAUS, ARVIOINTI JA ANALYSOINTI

Postoperatiivisen potilaan ohjaustilanne järjestettiin Malmin akuuttiosastolla. Osastonhoitaja oli selvittänyt potilastilannetta omalla osastollaan sekä muilla Malmin sairaalan akuuttiosastoilla. Hän oli sopinut viiden potilaan kanssa pienryhmäohjauksesta, mutta kolme heistä perui osallistumisensa viime hetkellä voinnin muutosten vuoksi. Ryhmän suppeudesta huolimatta ohjaustilanne sujui hyvin ja suunnitelmien mukaisesti. Ohjausti-

lanteen aloitus viivästy hieman peruuntumisien vuoksi, mutta ohjaustilanne eteni kuitenkin pitkälti aikataulusuunnitelman (LIITE 2) mukaan.

Ohjaustilanteeseen osallistuvat potilaat olivat hyväkuntoisia ja virkeitä eläkeläisrouvia. Molemmat potilaat olivat tapaturmaisesti loukanneet itsensä ja heiltä oli operoitu alaraajamurtumia. Toisella potilaalla vammat olivat melko tuoreita, mutta toinen potilaista oli ollut Malmilla toipumassa jo pidemmän aikaa. Heidän kipunsakin olivat siis eritasoista. Molemmat potilaat luokittelevat kipunsa melko kovaksi, he kertovat kipunsa vaihtelevan asteikolla 1 - 10 noin 6 - 10 välillä. Kipuunsa he olivat saaneet erilaisia ja eri vahvuisia kipulääkkeitä tablettimuodoissa. Ei-farmakologisista kivunhoitomenetelmistä heillä ei juuri ollut etukäteen tietoa. Kysyttäessä onko heille tämän sairaalajakson aikana hoitohenkilökunnan aloitteesta esitelty kyseisiä menetelmiä, oli vastaus kielteinen. He kertoivat saaneensa muutenkin niukasti tietoa kivusta ja kivunhoidosta. He uskoivat tämän johtuvat muun muassa hoitohenkilökunnan kiireestä ja luonteesta.

Potilaat olivat motivoituneita, avoimia ja kiinnostuneita ohjaustilanteeseen osallistumisesta. He kertoivat mielellään ja avoimesti omista kokemuksistaan ja osallistuivat aktiivisesti keskusteluun. Keskusteluaiheet etenivät ohjaussisällön ja ohjausrungon (LIITE 1) mukaisesti.

6.1 Ohjaustilanteen eteneminen

Ohjaustilanne alkoi esittäytymisellä. Potilaille kerrottiin myös lyhyesti NÄPE-projektista sekä opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta. Potilaille annettiin mahdollisuus kertoa itsestään ja tilanteestaan. Lisäksi haluttiin kartoittaa lähtötilanne siitä, kuinka paljon potilaat tiesivät entuudestaan aiheesta.

Potilailta kysyttiin heidän kipukokemuksistaan, kivun kestosta ja laadusta sekä kivun ilmenemisaikasta. Heitä pyydettiin kuvailemaan miten kipu vaikuttaa heidän elämäänsä ja päivittäisiin toimintoihinsa sekä mielialaansa. Myös potilaiden mielipidettä sairaanhoitajan roolista kivunhoidossa kysyttiin. Potilaille esiteltiin lyhyesti psykologisista kivunhoitomenetelmistä keskustelu, rentoutuminen, huumori, musiikki, mielikuvat sekä kosketus. Potilaille annettiin mahdollisuus kertoa omista rentoutumiskeinoistaan ja heitä ohjattiin soveltamaan saamaansa uutta tietoa vanhoihin ja tuttuihin keinoihinsa.

Potilaille järjestettiin muutaman minuutin kestävä rentoutumis- ja mielikuvaharjoitus musiikkia hyödyntäen. Musiikiksi valittiin Deuterin East of the Full Moon- levy (kappale 1: Dämmerchein). Musiikki oli rentouttavaa meditaatiomusiikkia, joka sisältää panhuilun mielialaa rauhoittavaa ja keventävää vaikutusta. Musiikin soidessa potilailta pyydettiin kuvittelemaan itsensä heille mieluisaan ja tärkeään paikkaan, jossa heillä olisi hyvä ja huoleton olla. Mielikuvaharjoituksessa heitä pyydettiin katselemaan ympärilleen valitsemassaan paikassaan ja pyydettiin tarkastelemaan ääniä, tuoksua, tunteita, ympäristöä sekä siellä mahdollisesti olevia muita ihmisiä. Harjoituksen jälkeen potilaat saivat kertoa mielikuvistaan. Lisäksi heiltä tiedusteltiin sen hetkistä kiputuntemusta sekä musiikin ja harjoituksen vaikutusta mielialaan ja kivun tuntemukseen.

Seuraavaksi potilaiden kanssa keskusteltiin fysiologisista kivunhoitomenetelmistä, kuten lämpö- ja viilennyshoidosta, hieronnasta sekä asentohoidosta ja keskusteltiin heidän kokemuksistaan ja tottumuksistaan. Heille kerrottiin fysiologisten kivunhoitomenetelmien vaikutuksista kivun lievittämisessä. Potilaille annettiin neuvoja ja ohjeita omahoidon toteuttamiseen vastaisuudessa.

Lopuksi potilailta kysyttiin mielipiteitä ohjaustilanteesta, sen sisällöstä ja sujuvuudesta sekä heitä kannustettiin esittämään kysymyksiä ja antamaan palautetta. Lisäksi potilailta tiedusteltiin heidän tyytyväisyyttä ohjauksesta ja uuden informaation saannista. Potilaita kiitettiin mielenkiinnosta ja osallistumisesta ohjaustilanteeseen. Ohjaustilanteen sisältö ja sisällön toteuttamisen kuvailu kestoineen on esitelty seuraavassa taulukossa.

TAULUKKO 2. Ohjaustilanteen sisältö ja sen toteuttaminen

SISÄLTÖ	TOTEUTUS	KESTO (noin min.)
Ohjattavien lähtökohtien selvittely ja kartoitus	Keskustelua ohjattavien kanssa heidän aiemmista kivunhoitoon ja ohjaukseen liittyvistä kokemuksista. Esitettiin kysymyksiä heidän lähtötiedoistaan ei-farmakologisista kivunhoitomenetelmistä.	5-7 minuuttia
Ohjattavien kipukokemusten selvittely ja kartoitus	Keskustelua ohjattavien kanssa heidän tilanteistaan, kipukokemuksistaan, kivun kestosta ja laadusta sekä sen ilmenemispai-	5-7 minuuttia

	kasta. Esitettiin kysymyksiä kivun vaikutuksista päivittäisiin toimintoihin ja mielialaan.	
Psykologiset kivunhoitomenetelmät	Lyhyt esittely rentoutumisesta, keskustelusta, huumorista, musiikista, mielikuvista ja kosketuksesta. Ohjattaville annettiin mahdollisuus kertoa omista psykologisten kivunhoitomenetelmien kokemuksista. Sovellettiin ja ohjattiin heidän tilanteisiinsa sopivien psykologisten kivunhoitomenetelmien toteuttamisessa. Kannustettiin omahoitoon jatkossa.	10 minuuttia
Rentoutumis- ja mielikuvaharjoitus	Lyhyt rentoutumis- ja mielikuvaharjoitus meditaatiomusiikkia hyödyntäen. Mielikuvaharjoituksessa ohjattavia pyydettiin kuvittelemaan itsensä mieluisaan ja tärkeään paikkaan, jossa he tarkkailivat ilmiötä ympärillään.	10 minuuttia
Fysiologisten kivunhoitomenetelmät	Lyhyt esittely hieronnasta, asento- ja viilennyshoidosta sekä lämpö- ja viilennyshoidosta. Ohjattaville annettiin mahdollisuus kertoa omista fysiologisten kivunhoitomenetelmien kokemuksista. Sovellettiin ja ohjattiin heidän tilanteisiinsa sopivien fysiologisten kivunhoitomenetelmien toteuttamisessa. Kannustettiin omahoitoon jatkossa.	10 minuuttia
Loppukeskustelu	Ohjattavilta kysyttiin heidän tyytyväisyyttään aiemmin osastoilla saamiinsa kivunhoitoihin ja sen ohjauksiin sekä hoitajan roolia kivunhoidon toteuttamisessa. Ohjattavia kannustettiin esittämään kysymyksiä ja kertomaan mahdollisesti epäselviksi jääneistä asioista.	10 minuuttia

Palautekeskustelu	Ohjattavilta kysyttiin mielipiteitä ohjaustilanteesta, sen sisällöstä ja sujuvuudesta. Heiltä myös kysyttiin saivatko he ohjauksesta uutta tietoa ja kuinka tarpeellisenä he jatkossa pitäisivät vastaavanlaisten ohjaustilanteiden järjestämistä.	10 minuuttia
-------------------	--	--------------

6. 2 Ohjaustilanteen analysointi

Ohjaustilanne sujui aikataulullisesti sekä sisällöllisesti suunnitelmien mukaan. Ryhmän suppeudesta huolimatta oli ohjaustilanne erittäin antoisa ja vahvisti käsityksiä ohjauksen toimivuudesta postoperatiivisen potilaan kivun hoidon ohjauksen kehittämisessä ja toteutuksessa. Ryhmän koosta johtuen keskustelu oli yksilöllisempää ja jonkin verran myös syvällisempää. Lisäksi potilaat varmasti hyötyivät yksilöllisestä ohjaustilanteesta ja saivat tietoa omaan hoitoonsa. Intensiivisessä ohjaustilanteessa oli selvästi havaittavissa luottamusta potilaiden ja ohjaajien välillä.

Potilaat olivat melko tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon sekä akuuttiosastolla että kirurgisella vuodeosastolla. Kipua oli pääsääntöisesti hoidettu lääkkein, mutta myös asentohoitoa ja viilennyshoitoa oli osastoilla käytetty. Potilaat kuitenkin kokivat, ettei heitä oltu informoitu riittävästi kivun hoidosta osastoilla ollessaan. Etenkin he olisivat halunneet enemmän perusteluita hoitohenkilökunnalta kivun hoidon toteuttamisessa. He myös toivoivat hoitohenkilökunnalta enemmän empaattisuutta, huumorintajua ja aitoa sekä kiireetöntä läsnäoloa. Potilaiden mielestä empaattisuutta hoitaja voi ilmaista esimerkiksi kosketuksella ja lämpimillä sanoilla.

Potilaiden kiputilanteet olivat erilaisia ja eritasoisia, sillä esimerkiksi toinen heistä oli jo pitkällä kuntoutumisessa ja toinen puolestaan kärsi akuutimmasta vaiheesta. Potilaat kokivat kipujen vaikuttavan pitkälti lähes kaikkeen päivittäiseen toimintaan. Erityisesti he kokivat kivun vaikuttavan alentavasti mielialaan, mutta voimavaroikseen he kertoivat positiivisen ja avoimen elämänasenteensa. Nämä voimavarat motivoivat heitä kuntoutumaan ja hallitsemaan kivun tuntemuksia.

Ei-farmakologiset kivunhoitomenetelmät eivät olleet potilaille ennestään kovin tuttuja. Vastaavia menetelmiä, lukuun ottamatta asento- ja viilennyshoitoa, he eivät olleet ko-

keilleet aikaisemmin kivun lievittämiseksi. Ohjaustilanteen jälkeen potilaat kertoivat saaneensa uusia näkökulmia kivunhoitoon, sillä he ymmärsivät menetelminä esitettyjen asioiden yhteyden kivunhoitoon.

Psykologisista kivunhoitomenetelmistä potilaat mieltyivät eniten musiikin ja huumorin käyttöön. Potilaille huumori oli hyvin tärkeää ja se näkyi ohjaustilanteessa hyväntuulisuutena ja nauruna. Keskustelemisen he kokivat myös hyvänä keinona suunnata ajatukset pois kivun tunteista. Rentoutumisen he ajattelivat saavuttavan musiikin, huumorin, keskustelun ja erilaisten virikkeiden, kuten television katselun tai lehtien lukemisen kautta. Myös mielikuvaharjoituksen jälkeen potilaat myönsivät mielikuvien olevan toimiva ja varteenotettava kivun lievitysmenetelmä, jota ajattelivat itse jatkossa kokeilla.

Fysiologisista kivunlievitysmenetelmistä paljon keskustelua herätti viilennys- ja lämpöhoito. Potilaat olivat aiemmin kokeilleet viilennyshoitoa, mutta kokivat sen heille sopimattomaksi postoperatiiviseksi kivunhoitomenetelmäksi. Heidän mielestään viilennyshoito tehoaa paremmin esimerkiksi päänsärkyyn ja vatsakipuun. Lämpöhoito oli heille hieman vieraampi menetelmä, josta he kuitenkin kiinnostuivat. Asentohoidon potilaat olivat todenneet hyväksi ja tehokkaaksi kivun hoidoksi ja he kertoivat sitä toteutettavan usein osastoilla. Hieronta oli potilaille aikaisemmin tuttu vain kehon ja mielen rentoutusmenetelmänä, mutta he uskoivat sen tehostavan muiden kivunlievitysmenetelmien vaikuttavuutta. Potilaille annettiin muutamia neuvoja kuinka hieroa itseään kipeistä ruumiinosistaan.

Ohjaustilanne sujui muuten kohtalaisen hyvin, mutta pieniä puutoksia aiheutti ohjausympäristön rauhattomuus, informaation kulku osastolla sekä ohjaukseen osallistuvien suppea lukumäärä. Nämä tekijät eivät kuitenkaan estäneet hyvää ohjausta eikä ohjausrungon toimivuuden kokeilua. Potilaat kokivat saaneensa ohjauksesta uutta tietoa ja he uskoivat tällaisille ohjaustilanteille olevan jatkossakin tarvetta. Potilaat myös kokivat saaneensa toisistaan vertaistukea. Ohjaustilanne tuki potilaiden olemassa olevia voimavaroja ja synnytti uusia. Seuraavassa taulukossa on esitelty ohjaustilanteen palautuskeskustelun sisältö.

TAULUKKO 3. Palautekeskustelu ohjaustilanteen toteuttamisesta sekä ohjattavien tyytyväisyydestä saamaansa kivunhoitoon osastoilla.

Arvioijat	Positiiviset asiat	Negatiiviset asiat
Ohjattavat	<ul style="list-style-type: none"> • Ohjausryhmän suppeus miellytti, ohjattavat kokivat hyötynensä ohjauksesta enemmän • Ohjattavat olivat melko tyytyväisiä kivunhoitoon osastoilla • Kertoivat saaneensa uusia näkemyksiä ymmärtäessään esiteltävien menetelmien yhteyden kivunhoitoon • Kiinnostuivat erityisesti musiikista, mielikuvaharjoituksesta, lämpö- sekä asentohoidoista kivunlievitysmenetelminä • Kokivat saaneensa uutta tietoa • Näkivät vastaavanlaisten ohjaustilanteiden järjestämisen tarpeelliseksi jatkossakin • Kokivat saaneensa toisistaan vertaistukea 	<ul style="list-style-type: none"> • Kokivat saaneensa riittämättömästi informaatiota kivunhoidosta osastoilla, etenkin olisivat kaivanneet enemmän hoitohenkilökunnalta perusteluita kivunhoidon toteuttamisessa • Toivoivat hoitohenkilökunnalta enemmän empatiisuutta, huumorintajua sekä aitoa kiireetöntä läsnäoloa • Ohjausympäristö oli rauhaton ja häiritsi keskittymistä
Ohjaajat	<ul style="list-style-type: none"> • Aikataulu ja ohjauksen sisältö toteutuivat suunnitellusti • Ohjausryhmän suppeus loi tilanteesta intensiivisemmän, joka koettiin antoisana • Käsitukset ohjausrungon toimivuudesta vahvistuivat • Eettisyys ja asiakaslähtöisyys toteutuivat ohjaustilanteessa • Ohjaustilanne tuki ohjattavien olemassa olevia voimavaroja sekä synnytti uusia • Vuorovaikutus ohjattavien ja ohjaajien välillä oli sujuvaa • Ohjattavien mieliala koheni, stressi lievittyi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajien kokemattomuus vastaavanlaisista tilanteista • Kertaluontoinen, lyhyt ohjaustilanne ei mahdollistanut ohjausrungon kaikkien osa-alueiden toimivuuden kokeilua • Ohjausympäristön rauhattomuus heikensi sekä ohjattavien että ohjaajien keskittymistä • Ohjaustilanteen ajankohta heikensi hieman tilannetta • Osaston informaation kulku ohjaustilanteesta heikkoa

	<ul style="list-style-type: none"> • Turvallisuuden ja välittämisen tunteen luominen ohjattaville onnistui • Ohjattavat saivat lisää itsevarmuutta • Ohjattavat motivoituivat omaan hoitoonsa osallistumisessa ja kuntoutumisessa 	<ul style="list-style-type: none"> • Etukäteen vain niukka informointi ohjattavista
--	--	--

7 POSTOPERATIIVISEN EI-FARMAKOLOGISEN KIVUNHOIDON OHJAUSRUNGON KOKEILUN ARVIOINTI JA ANALYSOINTI

Tässä työssä laadittua ohjausrunkoa kokeiltiin käytännössä Malmin sairaalan akuutti-osastolla. Ohjausrungon toimivuutta arvioidaan ja analysoidaan osa-alueiden mukaisesti: ohjaajan lähtökohdat sekä kivunhoitomenetelmien yhteys ohjattavaan. Ohjausrungon ei-farmakologisia postoperatiivisen kivun hoitomenetelmien ohjauksen aiheet on kuvailtu, arvioitu ja analysoitu edellisessä luvussa.

Postoperatiivisen ei-farmakologisen kivunhoidon ohjausrungossa on tavoitteena hyödyntää sitä ammatillisessa työelämässä ja postoperatiivisen kipupotilaan ohjauksen kehittämisessä, monipuolistumisessa sekä laadullisen hoitotyön turvaamisessa.

7.1 Ohjaajan lähtökohdat postoperatiivisen kivunhoidon ohjauksessa

Malmilla suoritettussa postoperatiivisen ei-farmakologisen kivunhoidon ohjausrungon kokeilussa ohjaajien lähtökohdat ohjauksen toteuttamiseen täyttyivät melko hyvin. Ohjaajien lähtökohtiin sisältyivät tieto- ja taitoperustaa, sekä asiantuntijuutta ohjattavasta asiasta, johon oli etukäteen perehdytty. Ohjaustilanne toteutui asiakaslähtöisesti ja eettisesti, ja vuorovaikutus ohjaajien sekä ohjattavien välillä oli sujuvaa. Ohjausrungon laatijoina ohjaajilla oli oikeanlaista asennetta ja motivaatiota ohjausta antaessaan. Ohjaustilanteen ajankäyttö ja sisältö oli etukäteen suunniteltu, ja siitä oli laadittu kirjallinen suuntaa antava ohjelma (LIITE 2). Ohjauksessa käytettiin materiaalina ohjaustilanteen ohjelmaa, ohjausrunkoa sekä meditaatiomusiikkia sisältävää CD-levyä, joka oli valittu ennen ohjaustilannetta.

Havaittavissa olevia puutoksia ilmeni ohjaajien vähäisessä kokemuksessa vastaavanlaisista ohjaustilanteista. Sairaanhoidajaopiskelijoina ohjaajilla ei ole vielä mahdollista saavuttaa kokemuksen kautta lisääntyvää osaamista ja sen hyödyntämistä työelämässä. Lisäksi ohjaajat eivät saaneet etukäteen tietoa ohjattavista, vaikka olivat sitä pyytäneet. Ohjaustilanteen koordinointiin vaikutti heikentävästi niukka etukäteen saatu informaatio, ohjaustilanteen järjestelyongelmat osaston resursseista johtuen sekä tiedon kulkemattomuus henkilökunnan kesken. Tiedon kulkemattomuus näkyi siinä, ettei potilaita informoitu hyvissä ajoin mahdollisuudesta osallistua ohjaukseen. Myös osa henkilökuntaa ei tiennyt ohjaustilanteesta, mikä oli havaittavissa levottomuutena ja häiriötekijöinä ohjausympäristössä.

7.2 Ei-farmakologisen kivunhoidon ohjauksen yhteys ohjattavaan

Ohjaustilanteen edetessä oli havaittavissa luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntymistä, mielialan kohenemista ja stressin lieventymistä sekä lohdutuksen, luottamuksen ja välittämisen tunteen luomista. Potilaat kertoivat informaation tuovan uusia näkökulmia ja vaikuttavan turvallisuudentunteeseen. Heille uudet näkökulmat ja kivunhoitomenetelmät lisäävät voimavaroja ja sitä kautta vahvistavat itsevarmuutta. Potilaat kokivat itsevarmuuden vahvistumisen sekä keskusteluhetkien hoitohenkilökunnan kanssa lieventävän pelkoa ja ahdistusta. Ohjaustilanne motivoi potilaita edistämään kuntoutumistaan sekä sai heidät kiinnostumaan omasta hoidosta ohjauksessa esiteltyjen menetelmien avulla.

Ohjausrungossa on kohtia, joiden toimivuutta ei saa selville yhdestä 60 minuuttia kestävästä ohjaustilanteesta. Ei-farmakologisten kivunhoitomenetelmien ohjauksen yhteyttä ohjattavan kotiutumisen aikaistumiseen, kivun helpottumiseen tai lääkityksen tarpeen vähenemiseen pidemmällä aikavälillä on mahdotonta arvioida ja analysoida ohjaustilanteen kertaluonteisuuden takia. Samasta syystä ei voida havainnoida muiden kivunlievityskeinojen tehostumista, lihasjännityksen laukeamista, kivun tunteen unohtamista sekä kivun kontrolloinnin tunteen luomista pidemmällä aikavälillä. Näistä asioista on kuitenkin olemassa tutkimustuloksia, jotka osoittavat kyseisten asioiden saavutettavuuden ohjauksen tuloksena. Aiheesta on esitelty tutkimuksia ja tutkimustuloksia aiemmin tässä työssä.

8 POHDINTAA OPINNÄYTETYÖN SEKÄ OHJAUSTILANTEEN LUOTETTAVUUDESTA JA EETTISYYDESTÄ

Sairaanhoidajan ammattietiikka edellyttää luotettavuutta työelämässä, joten myös tässä työssä se on ollut ensiarvoisen tärkeää. Luotettavasta sekä eettisestä työskentelytavasta syntyvät tulokset takaavat, että opinnäytetyöstä on mahdollisimman paljon hyötyä työelämän kehittämiseksi. Opinnäytetyötä tehtäessä on pohdittu työprosessin ja käytetyn aineiston luotettavuutta sekä ohjaustilanteen ja ohjausrungon luotettavuutta ja eettisyyttä. Työn teoreettisen viitekehyksen ja ohjaustilanteen tulosten pohjalta on myös mietitty yhteenvetona johtopäätöksiä ja kehittämishaasteita ei-farmakologisten kivunhoitomethodien käytön yleistämiseksi ja parantamiseksi kirurgisilla osastoilla.

Tieteellisessä tutkimuksessa pyritään tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään tuotetun tiedon totuudenmukaisuutta. Luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. (Juvakka – Kylmä 2007: 127.) Eskola ja Suoranta (1999: 211, 212) toteavat tutkimuksen luotettavuuden kriteerin olevan tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. Näin ollen arviointi koskee koko tutkimusprosessia siinä tehdyine tekoineen, valintoineen ja ratkaisuineen.

8.1 Luotettavuus opinnäytetyössä ja ohjausrungon arvioinnissa

Työssä on pyritty käyttämään vain tutkittua ja laadukasta tietoa. Suurin osa aineistosta on viimeisen kymmenen vuoden aikana tuotettua, mutta mukaan on otettu myös jonkin verran vanhempaa materiaalia. Vanhempien materiaalien käytön voi perustella niiden asiantuntevilla ja arvostetuilla tekijöillä, jotka ovat aikanaan tuottaneet laadukasta aineistoa vielä tänäkin päivänä hyödynnettäväksi. Aineistoon sisältyvien materiaalien oikeellisuus on tarkistettu ja taattu primaarilähteiden hankkimisen ja käytön ansiosta. Jokainen lähdelainaus on merkitty erikseen tekstiviitteillä. Lisäksi aineiston haku on kuvailtu totuudenmukaisesti ja rehellisesti.

Luotettavuuteen kuitenkin vaikuttavat muun muassa seuraavat opinnäytetyöprosessiin liittyvät tietyt seikat:

- työn AMK-tasoisuus (vrt. esim. yliopistojen pro gradu-tutkielmat)
- opintopistemäärä ja työhön käytettävä aika sekä muut resurssit
- tekijöiden kokemattomuus tutkimus- ja hoitotyössä.

Ohjausrungon sisältöalueet perustuvat tutkittuun tietoon, jota esitellään teoreettisessa viitekehyksessä. Ohjausrungon sisältöalueita on ohjaustilanteen jälkeen tarkasteltu sekä ohjaajien että ohjattavien näkökulmista. Ohjaajien lähtökohtia ohjausrungon hyödyntämisen kokeilussa analysoitiin luotettavasti sekä eettisesti. Ohjattavilta kerättiin suullista palautetta ohjaajien toiminnasta sekä ohjaustilanteesta. Palaute on huomioitu ohjausrunkoa ja -tilannetta arvioitaessa ja analysoitaessa.

Vaikka ohjaustilanteen ilmapiirissä oli havaittavissa luottamuksen syntyä ohjaajien ja ohjattavien välillä, ei itse tilannetta ja tilanteesta saatuja tuloksia ohjausrungosta voida pitää kovin luotettavina. Kertakokeiluna ohjaustilanteesta ei vielä saada riittävästi luotettavaa näyttöä ohjausrungon toimivuudesta, sillä saatuja tuloksia voidaan pitää vain suuntaa antavina. Kertaluonteisuuden lisäksi ohjaustilanteen luotettavuuteen vaikuttaa ohjaajien kokemattomuus alallaan ja kokeiluryhmän suppeus, sillä kahden osallistujan ryhmästä ei välttämättä saa riittävästi tuloksia. Toteutuskertoja tulee olla enemmän kokonaiskuvan hahmottamiseksi, mutta tässä työssä resurssit eivät valitettavasti useaan kokeilukertaan riittäneet. Ohjausrungon toimivuuden luotettava selvittäminen jää muille tahoille tavoitteeksi ja haasteeksi vastaisuudessa.

8.2 Eettisyys ohjaustilanteessa

Eettisyyden tärkeys korostuu ohjaustilanteessa, johon eettiseksi arvoiksi nostettiin itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, anonymiteetti, luotettavuus sekä asiakaslähtöisyys. Ohjattavat osallistuivat vapaaehtoisesti ja omasta halustaan ohjaustilanteeseen. Ohjauksen sisältöä sovellettiin asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti huomioimalla molempien ohjattavien ainutlaatuisuus. Ohjaustilanteessa vuorovaikutus oli luottamuksellista ja intensiivistä. Tätä tuki myös ohjaajien vaitiolovelvollisuus, josta informoitiin ohjaustilanteen alussa. Anonymiteettisuoja korostui analysoitaessa ja arvioitaessa ohjausrunkoa, sillä vaitiolovelvollisuus ja luottamus velvoittavat sekä edellyttävät ohjaajien huolehtivan

ohjattavien yksityisyyden suojelemisesta. Esimerkiksi ohjausryhmän suppeuden vuoksi suorat lainaukset ohjaustilanteen keskusteluista on jätetty pois tästä työstä.

8.3 Johtopäätöksiä

Tämän työn teoreettisen viitekehyksen, ohjaustilanteen ja ohjausrungon tulosten sekä arvioinnin pohjalta voidaan yhteenvetona todeta ei-farmakologisten kivunhoitomethodien olevan tutkitusti ja todistetusti hyviä keinoja kivun lievittämiseksi, vaikkakin vielä valitettavan harvoin käytettyjä. Ei-farmakologiset kivunhoitomenetelmät on otettava yleisempään käyttöön lääkehoidon rinnalla ja tukena osastoilla, joissa postoperatiivisia kipupotilaita on hoidossa. Menetelmistä on pidettävä koulutusta hoitohenkilökunnalle, jotta he kykenisivät tarjoamaan potilailleen parasta mahdollista informaatiota ja kivun lievitystä kyseisten methodien avulla.

Potilaat tarvitsevat ohjausta ei-farmakologisista kivunhoitomenetelmistä pystyäkseen toteuttamaan methodiä myös omahoidossaan itsenäisesti. Ohjauksen ja informaation saaminen lisää potilaiden tyytyväisyyttä, motivaatiota ja itsevarmuutta sekä luo uusia näkökulmia ja voimavaroja. Informaation ja ohjauksen myötä potilaiden pelot ja ahdistus lieventyvät. Hyvän ja antoisan ohjauksen onnistuminen edellyttää ohjaajalta tietämystä, motivaatiota, kokemusta ja valmiutta sekä vuorovaikutustaitoja ja asiakaslähtöisyyden ymmärtämistä. Myös eettiset periaatteet on huomioitava ohjausta annettaessa. Ohjaajan ammatillisuus, asiantuntemus sekä empaattisuus herättävät potilaassa luottamusta ja luovat lohdutuksen sekä välittämisen tunnetta.

Potilaille on tarjottava heidän halutessaan mahdollisuus erilaisiin ei-farmakologisiin kivunhoitomenetelmiin ja annettava ohjausta ja neuvoja niihin liittyen. Osastoille on hankittava riittävästi välineistöä ei-farmakologisten kivunhoitomenetelmien toteuttamiseksi. Hankittavaan välineistöön kuuluvat esimerkiksi

- musiikkisoittimet ja kuulokkeet
- musiikkia, esimerkiksi klassista tai meditaatioon sopivaa musiikkia
- rentoutuslevyjä
- mielikuvaharjoitusmateriaalia
- viilennys- ja lämpöhoitotarvikkeita.

Kivunhoidon toteuttamisen kehittäminen on aina ajankohtaista. Tehokas kivunhoito ja sen ohjaus edistää laadukkaan hoitotyön toteutumista, ja on jokaisen potilaan perusoikeus saada monipuolista ja ammattitaitoista hoitoa.

LÄHTEET

- Ahonen, Heidi 2000: Musiikki sanaton kieli, musiikkiterapian perusteet. 3. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Airaksinen, Tiina – Vilkka, Hanna 2003: Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.
- Arponen, Ritva – Valtonen, Erkki J. 1998: Hieronta hoitomenetelmänä. 1.- 3. painos. Helsinki: WSOY.
- Arstila, Antti – Björkqvist, Stig-Eyrik – Hänninen, Osmo – Nienstedt, Walter 1999: Ihmisen fysiologia ja anatomia. 12. – 13. painos. Helsinki: WSOY.
- Beebe, Alexandra – McCaffery, Margo 1989: Pain Clinical Manual For Nursing Practice. USA, Missouri: Mosby company.
- Bjälie, Jan G – Haug, Egil – Sand, Olav – Sjaastad, Oystein V – Toverud, Kari C 1999: Ihminen fysiologia ja anatomia. Suomentanut Meditrans Oy. 1. – 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Deuter, C. G. 2005: East of the Full Moon. CD-levy. New Earth Records.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1999: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Estalander, Ann-Mari 2003: Kivun psykologia. Helsinki: WSOY.
- Estlander, Ann-Mari – Hamunen, Katri – Kalso, Eija – Vainio, Anneli 2002: Kipu. 2. painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.
- Falenius, Mia – Leino, Mia – Leinonen, Rauni – Lumme, Riitta – Sundqvist, Leena 2008: Monimuotoinen / toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaaliammattikorkeakoulu.<<https://www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html.stx>>. Luettu 20.2.2008.
- Gammon, John – Mulholland, Clive W 1995: Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. Journal of Advanced Nursing 2008 vol 24 (2), 303-308. Verkkodokumentti. Päivitetty 10.8.2008. <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119215732/abstract>>. Luettu 1.9.2008.
- Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti – Salanterä, Sanna 2006: Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Hawthorn, Jan - Redmond Kathy 1998. Smärta - bedömning och behandling. Översättning: Karin Larsson Wentz. Lund: Studentlitteratur.
- Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka – Torkkola, Sinikka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäväiksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi. Hygieia.

- Hirvonen, Eila 2004: Hoitotyön näyttöön perustuvana toimintana ja sen kehittäminen. SAMK. Verkkodokumentti. Päivitetty 18.11.2004. <[http://kesy01.cc.spt.fi/intra/sotehakeet.nsf/0/7D2B4EE35C2621C2256F55002D879E/\\$file/Eila+Hirvosen+esitys.ppt#296,27](http://kesy01.cc.spt.fi/intra/sotehakeet.nsf/0/7D2B4EE35C2621C2256F55002D879E/$file/Eila+Hirvosen+esitys.ppt#296,27)>. Luettu 19.2.2008.
- Hirvonen, Eila – Johansson, Kirsi – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Renfors, Timo 2007: Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Isola, Arja – Vesa, Pirjo 2000: Huumori - elämän inhimillisyyttä hoitotyössä. Sairaanhoidaja 4. 24 - 26.
- Isola, Arja – Tammentie, Tarja – Åstedt- Kurki, Päivi 2000: Huumori hoidossa - henkilökunnan näkemyksiä huumorin käytöstä ja ilmenemisestä. Hoitotiede 12 (6). 332-339.
- Juvakka, Taru – Kylmä, Jari 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Oy.
- Kalso, Eija – Vainio, Anneli 2002: Kipu. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Oy. Kustannus Oy Duodecim.
- Karhu, Laura – Silmärinen, Kirsi 2002: Sairaanhoidajien tiedot postoperatiivisesta kivusta ja sen hoidosta. Opinnäytetyö. Kuopio: Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu. Terveysalan koulutusohjelma. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Kataja, Jukka 2003: Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita.
- Kattainen, Eija. 1995: Pohjoiskarjalaisten ohitusleikkauspotilaiden mielialoja ja tunnetiloja. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma.
- Korhonen, Matti 1992: Anestesia. Toinen painos. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2005: Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5). 250-257.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006: Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 79 (10). 6-9.
- Laaksonen, Katriina 2006: Potilaiden ohjaukseen tarvitaan osaamista ja aikaa. Sairaanhoidaja 79 (10). Verkkodokumentti. Päivitetty 5.10.2006. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/artikkeli/?ARTIKKELI_NUM=46849>. Luettu 18.9.2008.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex lainsäädäntö. Verkkodokumentti. Päivitetty 2.9.2008. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992>>. Luettu 2.9.2008.
- Lauri, Sirkka 2003: Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Lipponen, Kaija 2004: Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto. LTK. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

- McCaffery, Margo – Pasero, Chris 1999: PAIN - Clinical manual. Second edition. USA, St Louis: Mosby company.
- Nuutinen, Lauri – Salomäki, Timo. 1998: Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Verkko-dokumentti. Päivitetty 10.9.2008. <<http://www.ebm-guidelines.com/terveysportti/Dlehti2.tunnista?a=Y&t=H&fname=D80350.htm>>. Duodecim 114: 1639 - 1647. Luettu 15.9.2008.
- Ohtonen, Helena. 2006: Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidaja 79 (10). 3.
- Oikarinen, Kerttu – Ylipulli-Kairala, Kirsti (toim.) 2001: Kivun hoitotyön opas. Rovaniemi: Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja D-4.
- Orajärvi, Kristiina 2004: Kirurgian poliklinikan asiakkaiden kokemuksia tiedonsaannista, kohtelusta ja odotusajasta palvelun laadun näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto. LTK. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Perälä, Marja - Leena – Räikkönen, Outi 2003: Menetelmä asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten arviointiin hoitotyössä – Indeksien kehittäminen. Hoitotiede 15 (3). 131 - 143.
- Prier, Virpi 2002: Potilaiden kipukokemukset ja tyytyväisyys kivunhoitoon sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede.
- Pulkkinen, Leena 1996: Leikattujen potilaiden kokemuksia epiduraalisesta kivunhoidosta. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotiede.
- Puputti, Marja-Leena 1994: Perioperatiivinen kivun hoito. Potilas aina mukana. Sairaanhoidaja 1. 14 - 16.
- Raappana, Maarit 2001: Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Preventiivisen hoitotieteen koulutus. Hoitotieteen laitos.
- Rekiaro, Ilkka – Robinson, Douglas 1990: Suomi-Englanti-Suomi taskusanakirja. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Royle, Joan A – Walsh, Mike 1992: Watson's Medical-Surgical Nursing and Related Physiology. Fourth edition. London: Bailliere Tindall.
- Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Mari 2000: Kivunhoito. Hygieia. Tampere: Tammi.
- Sarajärvi, Anneli 2008: Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen alustava toimintamalli. Posteresitys. Helsinki. 26.3.2008.
- Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Simos, David G – Simons, Lois S – Travell, Janet G 1999: Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual, Volume 1. Upper half of body. Second edition. USA, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Sormunen, Marjorita 1999: Hoitotyön menetelmien käyttö aikuispotilaan postoperatiivisen kivun hoidossa kirurgisilla vuodeosastoilla. Kuopio: Kuopion yliopisto. Tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutus.

Tieteellinen katsaus. Työterveyslaitos 2006. Verkkodokumentti. Päivitetty 25.8.2006. <<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Tyo+ja+ihminen/Tieteellinen+katsaus.htm>>. Luettu 11.11.2008.

LIITE 1

POSTOPERATIIVISEN EI-FARMAKOLOGISEN KIVUNHOIDON OHJAUSRUNKO

Sairaanhoidajan/ohjaajan lähtökohdat postoperatiivisen ei-farmakologisen kivunhoidon ohjauksen toteuttamisessa:

- Tietoperusta
- Taitoperusta
- Kokemuksen kautta lisääntynyt osaaminen
- Vuorovaikutustaidot
- Asiantuntijuus
- Asiakaslähtöisyys toiminnassa
- Asenne, motivaatio
- Perehtyneisyys aiheeseen
- Eettisyys toiminnassa
- Ajankäyttö ja suunnitelmallisuus
- Ohjauksessa käytettävän materiaalin valinta
- Ohjaustilanteen koordinointi

Ei-farmakologisia postoperatiivisen kivunhoidon menetelmien ohjauksen aihealueet:

- Keskustelu
- Rentoutuminen
- Huumori
- Musiikki
- Mielikuvien käyttö
- Iho- ja kudostimulaatio
- Asentohoito
- Hieronta
- Lämpöhoito
- Viilennyshoito
- Kosketus

Ei-farmakologisten postoperatiivisen kivunhoidon menetelmien ohjauksen yhteys ohjattavaan:

- Motivaation edistäminen ja omaan hoitoonsa sitoutuminen
- Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luominen
- Pelon/ahdistuksen lieventäminen
- Turvallisuuden tunteen luominen
- Kivun helpottuminen ja lääkeyksen tarpeen väheneminen
- Kotiutuksen alkaistuminen
- Muiden kivunlievityskäytösten tehostuminen ja kivun tunteen unohtaminen
- Mielialan koheneminen ja stressin lieventäminen
- Lihasjännityksen laukeaminen ja kivun kontrolloinnin tunteen luominen
- Lohdutuksen, luottamuksen ja välittämisen tunteen luominen

Postoperatiivisen ei-farmakologisen kivunhoidon ohjauksen hyöty:

- Hyödyntäminen ammatillisessa työssä
- Postoperatiivisen kipupotilaan ohjauksen kehittyminen ja monipuolistuminen sekä laadullisen hoitotyön turvaaminen

POSTOPERATIIVISEN POTILAAN OHJAUSTILANTEEN KULKU

Ohjaukseen on varattu aikaa noin tunnin verran. Aikataulukutus on tehty suuntaa antavasti ja ohjaajien tueksi sekä muistilistaksi ohjauksen asiasisällöstä ja siinä etenemisessä.

- KLO 11.00 - 11.15 **Orientaatio:** Ohjaajat ja potilaat rauhoittuvat ja asettuvat paikalleen. Ohjaajien esittäytyminen. Alkukeskustelut aiheesta.
- KLO 11.15 - 11.25 **Ohjausta ja keskustelua kivusta ja psykologisista kivunhoitomenetelmistä.** Keskustelu, rentoutuminen, huumori, musiikki, mielikuvat, kosketus.
- KLO 11.25 - 11.40 **Musiikin kuuntelua ja mielikuvaharjoitus. Keskustelua.** Miltä tuntui, mitä ajatteli, lievittyikö kipu hetkeksi?
- KLO 11.40 - 11.50 **Ohjausta ja keskustelua fysiologisista kivunhoitomenetelmistä.** Hieronta, asentohoito, lämpö- ja viilennyshoito. Puhutaan potilaiden omista kokemuksista, tavoista ja tottumuksista. Annetaan neuvoja ja vinkkejä omahoitoon vastaisuudessa.
- KLO 11.50 – 12.00 **Loppukeskustelut.** Vastataan potilaiden mahdollisiin kysymyksiin ja pyydetään palautetta ohjauksesta. Kiitetään potilaita mielenkiinnosta ja osallistumisesta.