



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Kivun hoitotyön kehittäminen Korvaklinikalla

Soininvaara, Hanna

2014 Laurea Otaniemi



Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Kivun hoitotyön kehittäminen Korvaklinikalla

Hanna Soininvaara
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2014

Soininvaara, Hanna

Kivun hoitotyön kehittäminen Korvaklinikalla

Vuosi 2014 Sivumäärä 49

Tämä opinnäytetyö on osa HUS:n Silmäkorvasairaalan Korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikan (Korvaklinikka) ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyöhanketta. Hankeyhteistyö alkoi keväällä 2007. Hankkeen tavoitteena on ollut kivun hoitotyön kehittäminen. Mukana hankkeessa ovat olleet Korvaklinikan päivystyspoliklinikka, päiväkirurginen yksikkö, heräämö ja kirurgiset vuodeosastot 24 ja 25.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella ja koota yhteen Korvaklinikan kipuhankkeen opinnäytetöiden tutkimustuloksia ja kehittämisehdotuksia. Tavoitteena oli edistää kivun hoitotyön kehittämistä hankkeeseen osallistuneissa terveydenhuollon yksiköissä. Tutkimusmenetelmä oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kipuhankkeeseen tehtyjä opinnäytetöitä analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Opinnäytetöiden tutkimustuloksia käytiin läpi kivun tunnistamisen ja arvioinnin, kivun hoitotyön ja kivun hoitotyön kehittämisen käsitteiden kautta. Käsitteiden avulla tavoiteltiin tutkimuksissa olevaa olennaisinta sisältöä näihin sisältöalueisiin liittyen. Hankkeeseen tehdyistä opinnäytetöistä tähän tutkimukseen poimittiin tarkasteltaviksi vain ne opinnäytetyöt, joissa oli tutkittu kivun hoitotyötä Korvaklinikan eri yksiköissä. Kaikki tässä opinnäytetyössä läpikäytyt tutkimukset on tehty sairaanhoitajan näkökulmasta.

Moniammatillisen yhteistyön kivun hoitotyössä katsottiin toimivan hyvin Korvaklinikan eri yksiköissä, mutta sitä haluttiin kehittää ja päivittää edelleen. Opinnäytetöihin haastateltujen sairaanhoitajien mielestä moniammatillisuus oli onnistuneen ja laadukkaan kivunhoidon edellytys. Resurssien riittämättömyys ja ajanpuute vaativissa kivunhoidon tilanteissa tuli myös esille joissakin hankkeeseen tehdyissä opinnäytetöissä. Tähän liittyvänä kehittämisehdotuksena tuli esille kivunhoidon parempi organisointi ja yhtenäisen toimintamallin muodostaminen kaikissa Korvaklinikan yksiköissä. Lisäksi tutkimustuloksissa kävi ilmi tarve koulutuksen ja erilaisten ammattitaitoa kerryttävien tilaisuuksien ja keskustelujen lisäämiseen.

Asiasanat: kipu, kivun hoitotyö, kivun tunnistaminen ja arviointi, kivun hoitotyön kehittäminen, Korvaklinikan kipuhanke

Soininvaara, Hanna

Development of Pain Management in HUS Ear clinic

Year	2014	Pages	49
------	------	-------	----

This thesis is a part of HUS Ear Clinic's development project of pain management. The project between HUS Ear Clinic and Laurea University of Applied Sciences began during the spring 2007. The aim of the pain project was the development of pain management in different departments of the Ear Clinic. The pain research project was executed in the emergency room, day surgery unit, recovery room and surgical wards 24 and 25.

The purpose of this study was to examine and collate the research results in Bachelor's theses made for the pain project. The aim was to contribute to the project's original goal of development of pain management in the participating health care units. The research method used in this thesis was systematic literature review and the analysis method was content analysis. Content analysis was made using the concepts of identification and assessment of pain, pain management and development of pain management. By using these concepts the basic content of research results related to these areas are searched for in theses. All theses examined in this study were made from the perspective of a nurse.

Multi-professional pain management was considered to be successfully executed in the different units of the Ear Clinic, but the nurses that were interviewed in the studies wanted it to be developed even further. From the nurses point of view a successful multi-professional team was essential for the quality of pain management. The insufficiency of resources in cases difficult pain care and pain management was also discussed in some of the pain project's studies. In addition, the results showed that nurses' wanted to participate in educational events and discussions in order to increase their professional skills. The studies also showed a need for a better organization of the different pain management services and procedures. This would contribute to a coherent approach to pain management, thereby improving the quality and effectiveness of the pain treatment in the Ear Clinic.

Keywords: pain, pain management, pain assessment, Ear clinic's development project of pain management

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä	7
3	Korvaklinikan kipuhanke	8
4	Kipu	9
5	Kivun tunnistaminen ja arviointi	12
	5.1 Kipukäyttäytyminen	12
	5.2 Kivun mittaaminen ja voimakkuuden arviointi	13
6	Kivun hoitotyö	15
	6.1 Kivun lääkkeellinen hoito	15
	6.2 Anestesiologiset kivunhoitomenetelmät	16
	6.3 Lääkkeetön kivunhoito	17
	6.4 Kivunhoidon vaikutusten arviointi	18
7	Kivun hoitotyön kehittäminen	18
8	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja aineiston rajaus	19
	8.1 Aineiston analyysi	20
	8.2 Aineiston rajaus	21
9	Korvaklinikan kipuhankkeen kivun hoitotyötä tutkineet opinnäytetyöt	22
	9.1 Ria Jämsä & Kaisa Ojala: Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta, 2008	22
	9.2 Johanna Hänninen & Jenni Pätäri: Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta, 2008	24
	9.3 Ewa Heiskanen & Riina Liimatainen: Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sairaanhoidajien näkökulmasta, 2010	27
	9.4 Sanna-Maria Juurioksa & Tiina Korhonen: Sairaanhoidajan näkemyksiä lapsen kivun mittaamisesta ja arvioinnista, 2010	29
	9.5 Emmi Tiittanen & Satu Örnberg: Sairaanhoidajan ja vanhemman yhteistyösuhde lapsen kivun tunnistamisessa sairaanhoidajan näkökulmasta, 2011	31
10	Tutkimustulokset	33
	10.1 Kivun tunnistaminen ja arviointi	37
	10.1.1 Lapsipotilaiden kivun tunnistaminen ja arviointi	38
	10.1.2 Kivun tunnistamisen ja arvioinnin haasteet	38
	10.2 Kivun hoitotyö	39
	10.2.1 Kivun lääkkeetön hoito	39
	10.2.2 Kivunhoidon haasteet	40
	10.3 Kivun hoitotyön kehittäminen	40
11	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	40
12	Pohdinta	43
	Lähteet	47

Taulukot	49
----------------	----

1 Johdanto

Käytäntö on tuonut esille, että Suomessa akuutin kivunhoidon laatu on epätasaista. Potilaat kokevat, että heidän kipunsa ei aina tule hoidetuksi parhaalla mahdollisella tavalla. Henkilökunnan koulutuksella, potilasohjauksen tehostamisella ja lääkehoidon käytäntöjä kehittämällä, kivunhoidon laatu on saatu paranemaan. Tutkimusten mukaan näissä tapauksissa potilaiden ilmoittama kivun voimakkuus aleni, pahoinvointia oli vähemmän ja leikkauksenjälkeisten komplikaatioiden määrä väheni. Myös moniammatillinen yhteistyö ja tutkittuun tietoon perustuvien käytäntöjen soveltaminen paransi kivunhoidon laatua. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 3-4, 21-23.)

Kivunhoidon lähtökohta on potilas ja hänen kokemuksensa kivusta. Kivunhoito on kipua kokevan potilaan auttamista hoitotyön keinoin. Onnistunut kivunhoito on moniammatillista yhteistyötä ja se vaatii hoitohenkilökunnalta laaja-alaista ammattitaitoa. Hoidon onnistumisen paras arvioija on potilas. Potilaan mielipide kertoo, miten hyvin tavoite on saavutettu. Kivunhoidon tavoitteena on estää fysiologiset ja psyykkiset häiriöt potilaalla, lisäksi akuutin kivunhoidon tavoitteena on ehkäistä kroonisen kivun syntymistä. Potilaalle sopiva kipulääkitys voi parhaimmillaan vähentää sairastavuutta ja kuolleisuutta. Tavoitteellinen kivunhoito edellyttää jatkuvaa hoidon seurantaa. Kivun säännöllinen arviointi on lääkehoidon toteuttamisen edellytys ja auttaa valitsemaan potilaalle sopivia hoitotyön auttamismenetelmiä. (Kaarola ym. 2010, 408; Salanterä ym. 2013, 4-5.)

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan laadukkaan kivunhoidon esteinä ovat organisaation rakenteissa olevat puutteet. Kivunhoidon yhtenäiset käytännöt olivat näissä organisaatioissa määrittelemättä, lisäksi henkilökunnan koulutuksesta ja potilaiden ohjauksesta löytyi puutteita. Myös hoitohenkilökunta tunnisti hyvän kivunhoidon esteiksi organisaatiosta johtuvat tekijät. Näitä olivat esimerkiksi ajanpuute, henkilöstöpula ja työkuormitus. Sairaaloissa, joissa kivunhoito oli organisoitu moniammatillisesti esimerkiksi akuutin kivun hoitotiimin avulla, kivun hoitotyön laatu parani. Vastuu hoidosta organisaation sisällä oli määritelty, kivun arviointitavat olivat järjestelmälliset ja henkilökunnan asenteet tukivat hyvää kivunhoitoa. Kivunhoito perustui potilaan omaan arvioon kivusta. Lisäksi potilaiden ohjaus toteutui paremmin ja viive kipulääkkeen saamisessa oli lyhyempi. Hyötynä oli myös potilaiden lyhempi sairaalassaoloaika, joka näkyi kustannussäästöinä. (Salanterä ym. 2013, 4, 21-23.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on Laurea Otaniemen ja HUS:n Silmä-Korvasairaalan Korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikan (jatkossa tässä työssä käytetään nimeä Korvaklinikka, vakiintuneen käytännön mukaisesti) väliseen kipuhankkeeseen tehtyjen opinnäytetöiden tutkimus-

tulosten ja kehittämisehdotusten tarkasteleminen. Tutkimustuloksia käydään läpi kivun hoitotyön kehittämisen näkökulmasta. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kivun hoitotyön kehittäminen Korvaklinikalla.

Millaisia tutkimustuloksia Korvaklinikan kipuhankkeeseen tehdyissä opinnäytetöissä on tullut esille ja millaisia kehittämisehdotuksia tutkimuksissa on esitetty?

3 Korvaklinikan kipuhanke

Korvaklinikan kipuhanke ja yhteistyö Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa on saanut alkunsa Korvaklinikalla olevasta tarpeesta kehittää kivun tunnistamista ja dokumentointia sairaanhoitajan työssä. Hankeyhteistyö Laurea Otaniemen ja Korvaklinikan välillä alkoi keväällä 2007. Korvaklinikka tarjosi ammattikorkeakoululle, hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoille, mahdollisuutta tutkia ja kehittää lapsi- ja aikuispotilaiden kivunhoitoa, tunnistamista ja kirjaamista Korvaklinikan eri osastoilla. Mukana hankkeessa ovat olleet Korvaklinikan päivystyspoliklinikka, päiväkirurginen yksikkö, heräämö ja osastot 24 ja 25. (Hankesopimus 2007.) Organisaatiomuutoksen vuoksi osastot 24 ja 25 eivät enää ole toiminnassa ja klinikalla on vain yksi vuodeosasto K6, muut yksiköt toimivat edelleen (Arminen 2014).

Hankkeen viitekehyksen ovat muodostaneet seuraavat teemat; kipu, kivun tunnistaminen, kivun arviointi, arvioinnin menetelmät, kivun ja kivunhoidon dokumentointi ja kivun hoitotyö. Hankkeen tavoitteena on ollut kivun hoitotyön kehittäminen. Yhteistyöprojektin tavoitteena on myös ollut osallistujien ammatillisen osaamisen kehittyminen ja osallistujien käsityksien ja toimintatapojen muuttuminen oppimisen myötä. Hankkeen tavoitteet on jaettu kolmeen alakohtaan. 1) Kartoittaa sairaanhoitajien kivun tunnistamista ja dokumentoinnin nykytilaa Korvaklinikan yksiköissä. 2) Tunnistaa kivun hoitotyön kehittämistarpeita. 3) Yhtenäistää kivun hoitotyötä Korvaklinikan yksiköissä. (Hankesopimus 2007)

Kipuhankkeeseen on tehty tätä opinnäytetyötä lukuun ottamatta yhteensä 11 opinnäytetyötä. Ensimmäiset opinnäytetyöt valmistuivat vuonna 2008. 11:sta opinnäytetyöstä viisi keskittyy kivun hoitotyön tutkimiseen Korvaklinikan eri yksiköissä. Kipua on tutkittu sekä lapsi- että aikuispotilailla. Lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon lisäksi on kartoitettu kivun tunnistamista, arviointia ja mittaamista. Kaikki viisi tutkimusta ovat tehty sairaanhoitajan näkökulmasta. Kivunhoidon kirjaamista on tutkittu kahdessa opinnäytetyössä. Vuonna 2008 sähköiset potilasjärjestelmät olivat vasta pilotointivaiheessa, joten kivun kirjaamista on tutkittu paperisista potilasasiakirjoista. Kaksi opinnäytetyötä on kirjallisuuskatsauksia, joihin on kerätty tutkimustietoa Korvaklinikan henkilökunnan käyttöön. Kahdessa opinnäytetyössä on keskitytty hoitotyön ohjaamiseen ja niissä on suunniteltu ohjausmateriaalia hoitohenkilökunnan ja potilaiden käyttöön.

Korvaklinikan eri yksiköissä toteutetut, kivun hoitotyötä käsittelevät opinnäytetyöt:

1. Heiskanen, E. & Liimatainen, R. 2010. Sairaanhoidajien kokemuksia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä HYKS Korvaklinikalla.
2. Hänninen, J. & Pätäri, J. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta.
3. Jämsä, R. & Ojala, K. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta.
4. Juurioksa, S.-M. & Korhonen, T. 2010. Sairaanhoidajan näkemyksiä lapsen kivun mittaamisesta ja arvioinnista.
5. Tiittanen, E. & Örnberg, S. 2011. Sairaanhoidajan ja vanhemman yhteistyösuhde lapsen kivun tunnistamisessa sairaanhoidajan näkökulmasta.

Kirjaamista ja ohjausta tutkineet opinnäytetyöt:

6. Delcos, N. & Vianto, S. 2008. Aikuispotilaiden kivun hoidon kirjaaminen.
7. Lakanen, T. & Suomela, M. 2012. Kulttuurilähtöinen hoitotyö asiakkaan kohtaamisessa – Aikuisen somalipotilaan kipukäyttäytyminen.
8. Lepistö, I. & Saalamo, A.-E. 2013. Lapsen nielurisaleikkaus – Ohjausvideo vanhemmille.
9. Sellgren, K. & Wallendahr, H. 2008. Lasten kivun hoitotyön kirjaaminen.

Hankkeeseen tehdyt kirjallisuuskatsaukset:

10. Ekfors, K. & Taimi, P. 2011. Aikuisen postoperatiivinen kivunhoitotyö vuodeosastolla.
11. Korpela, M. & Törmänen, M. 2011. Lasten lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät: systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

4 Kipu

Kipu on ilmiönä haastava ja sen tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa ja edellyttää sairaanhoidajalta monenlaisia tietoja ja taitoja. Kipu on fysiologisen puolensa lisäksi tunne- ja aistikokemus. Kivun kokemus voi olla kokonaisvaltainen ja siihen vaikuttavat fysiologisten muutosten lisäksi, tunteet, ajatukset, yksilön toiminta, sosiaaliset suhteet ja monet muut

tekijät. Kivun kokemus on aina henkilökohtainen ja se on sidoksissa ympäristöön ja kulttuuriin. Kipua on määritelty monin eri tavoin. Vakiintunein on IASP:n (International Association for the Study of Pain) määritelmä kivusta. "Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivurioon tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein." Potilas on aina oman kipunsa asiantuntija ja kipua on määritelty myös yksilön näkökulmasta. "Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän." (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.)

Kivulle on luotu monia erilaisia luokittelusysteemejä. Yleisin luokittelu on jako akuuttiin ja krooniseen kipuun. Perinteinen kivun luokittelu perustuu anatomiaan. Paikan mukaan luokiteltaessa, kipu määritellään esimerkiksi pääkivuksi tai kaulan, olkapään tai yläraajan kiputilaksi. Kipu voidaan myös jaotella elinsysteemin mukaan, esimerkiksi vaskulaarinen kipu tai ruoansulatuselinten kiputilat. Jako somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun on myös perinteinen. Viskeraalinen kipu on lähtöisin autonomisen hermoston hermottamista sisäelimestä. Kipu ja on luokiteltu myös aiheuttajan mukaan, jolloin kipu määritellään esimerkiksi synnytyskipuksi, syöpäkipuksi, leikkauskivuksi tai degeneratiiviseksi kivuksi. Aina ei kivun aiheuttajaa kuitenkaan saada selville. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 150.)

Kipua voidaan luokitella myös niiden mekanismin perusteella. Tämä jako auttaa ymmärtämään kipuoireyhtymiä parhaiten. Mekanismin perusteella kipu jaetaan kudosaivuriokipuun eli nosiseptiiviseen kipuun, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen kipuun ja idiopaattiseen kipuun. Kudosaivuriokipu syntyy kun nosireseptorit reagoivat mahdollisesti kudosaivurioita aiheuttavaan ärsykkeeseen. Tällainen ärsyke voi olla esimerkiksi tulehdus, hapenpuute tai kasvain. Tällaisessa tilanteessa kipua aistiva järjestelmä on terve. Neuropaattisessa kivussa hermojärjestelmässä on vikaa ja se on herkistynyt välittämään kipua. Krooninen neuropaattinen kipu johtuu hermovauriosta. Idiopaattista kipua kokevalla potilaalla ei voida todeta kudosaivurioita. Näissä tapauksissa kivun syytä ei ole pystytty selvittämään. (Kalso ym. 2009, 154-157.)

Leikkauksen jälkeisen kivun esiintymiseen vaikuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi geneettiset tekijät, potilaan ikä, sukupuoli, farmakokineettiset ja farmakodynaamiset tekijät, psyykkiset tekijät tai preoperatiivinen kipulääkkeiden käyttö. Leikkaustyyppi vaikuttaa myös kivun esiintymiseen. Leikkauskivun kokeminen muodostuu kudosaivurion aiheuttamasta nosiseptoreiden stimulaatiosta ja tämän informaation välittymisestä keskushermostoon, jossa kivun kokemiseen vaikuttavat myös potilaan varhaisemmat muistikuvat ja kipukokemukset. Kivun kokemiseen vaikuttavat vielä psyykkiset tekijät, kuten ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys, joiden on todettu lisäävän leikkauksen jälkeisen kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta. Nämä eri tekijät selittävät osittain, miksi potilailla on niin suuria eroja kivun kokemisessa, vaikka kivun sensorinen aistiminen (saman ärsykkeen havaitsemisen kynnyksarvo)

olisikin sama. Fysiologisista tekijöistä ikä on suuri kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta ennustava tekijä. Iäkkäät ihmiset kuluttavat nuorempia potilaita vähemmän kipulääkettä. Tutkimuksissa on tullut esille, että vanhuksilla opioidiannoksen tuottama kipua lievittävä vaikutus on suurempi, kuin nuoremmilla potilailla. Syiksi on esitetty sekä opioidiherkkyyden lisääntymistä iän myötä että farmakokineettisiä tekijöitä. Myös sukupuolella on merkitystä kivun kokemisessa. Postoperatiivista kivun kokemusta tutkittaessa on käynyt ilmi, että naiset kokevat miehiä enemmän leikkauksen jälkeistä kipua. (Kalso ym. 2009, 279-280.)

Kipu on siis subjektiivista ja sen vaikutus käyttäytymiseen linkittyy asenteisiin, ympäristöön ja kulttuuriin. Kuten edellä on tuotu esille, yksilölliset erot kivun kokemisessa ovat suuret. On kuitenkin olemassa yhteisiä nimittäjiä, jotka vaikuttavat postoperatiivisen kivun esiintymiseen, voimakkuuteen, laatuun ja keston. Näitä tekijöitä ovat potilaan psykofyysinen ominaislaatu, valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde, sen luonne ja kesto, kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen ja anestesiatekniikka. Tärkein postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttava tekijä on leikkausviillon paikka. Kipu on voimakkainta heti leikkauksen jälkeen, anestesia-aineiden vaikutuksen päättyessä. Kipu heikkenee normaalisti seuraavien vuorokausien aikana. Hallitsematon kipu leikkauksen jälkeen on vaarallista, koska se voi immobilisoida potilaan ja altistaa tästä johtuen tromboembolisille komplikaatioille ja hidastaa toipumista. (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Ruokonen 2014, 870-879.)

Hoitamaton akuutti kipu vaikuttaa ihmisen fysiologiassa esimerkiksi sykkeen nousuna, verenpaineen kohoamisena, sydänlihaksen hapenkulutuksen suurenemisena, rytmihäiriöiden riskin kohoamisena ja laskimotukoksen riskin suurenemisena. Hengityselimistössä akuutti kipu ilmenee hengitystaajuuden tihenemisenä, hengityksen kertatilavuuden laskemisena, liman kertymisena, yskimisen vaikeutumisenä, hapetuksen ja keuhkotuuletuksen laskemisena sekä keuhkokuumeen riskin nousemisena. Ruoansulatuskanavassa mahalaukun tyhjeneminen hidastuu ja suolen mobiliteetti laskee. Aineenvaihduntaan akuutti kipu vaikuttaa vaikeuttamalla virtsaneritystä. Hormonitoiminta reagoi akuuttiin kipuun verensokerin nousulla ja stressihormonitason kohoamisella. Lihaksisto voi reagoida lihasspasmeilla ja immobilisaatiolla. Psykelle akuutti kipu voi aiheuttaa ahdistusta, pelkotiiloja ja unettomuutta. Yleisesti ottaen potilaan toipuminen hidastuu, toimintakyky heikkenee ja kivun kroonistumisen vaara nousee. (Salanterä ym. 2006, 76; Kalso ym. 2009, 279.)

Akuutilla kivulla on tärkeitä elimistöä suojaavia tehtäviä, mutta välittömien suojaamistehtävien jälkeen kivun vaikutukset ovat haitallisia. Fysiologiset seuraukset ovat sitä merkittävämpiä, mitä kriittisempi potilaan tila on. (Kaarola ym. 2010, 408.) Akuutti kipu voi estää väistöheijasteen avulla lisävaurion syntymistä kehossa ja varoittaa kudolvauriosta. Viskeraalinen sekä tuki- ja liikuntaelinten kipu saattaa aiheuttaa reflektorista lihasspasmia, eli kipeän kohdan tiedostamattoman liikkumisen välttämisen. Tämän immobilisaation avulla keho pyrkii kor-

jaamaan vaurioituneen kudoksen. Akuutti voimakas kipu voi aiheuttaa elimistössä myös reaktion, jonka ansiosta elimistö pystyy kompensoimaan elintärkeitä toimintoja, esimerkiksi ylläpitämällä verenpainetta hypovolemian yhteydessä. Kipu on myös voimakas hengityksen stimuloija. (Aro, Böstman, Kröger, Lassus & Salo 2010, 173.)

5 Kivun tunnistaminen ja arviointi

Kivunhoidon tulee kohdistua kivun syyhyn, mikäli syy löydetään. Kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on tärkeää, että kivun aiheuttaja pyritään löytämään. Aina kivun aiheuttajaa ei löydetä ja tarkkaa kipudiagnoosia ei voida saada. Tästä huolimatta kipua voidaan kuitenkin luokitella kudosvauriokivuksi, neuropaattiseksi kivuksi, idiopaattiseksi kivuksi tai sekatyypiksi kivuksi, joissa on mukana kivun tunnuspiirteitä sekä kudosvauriokivusta että neuropaattisesta kivusta. Lääkehoito suunnitellaan ensisijaisesti kivun mekanismin mukaan. Kipua tulee arvioida säännöllisesti. Arviointitiheys riippuu kivun aiheuttajasta ja potilaan voinnista. (Salanterä ym. 2006, 75-94.)

Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. Kivun arvioinnin lähtökohtana tulee olla ihmisen oma näkemys kivustaan. Osa potilaista ei kuitenkaan kykene kommunikoimaan ja heidän kohdallaan on tärkeä tunnistaa kipu, sen voimakkuus ja haitta muulla tavoin. Kipua voidaan arvioida vitaalitoimintojen muutosten perusteella, mutta myös muut tekijät tulee ottaa huomioon. Fysiologisten mittauksen muutoksiin voi myös vaikuttaa muut tekijät kuin kipu. Keho voi reagoida esimerkiksi potilaan sairauteen, lääkitykseen, tunnetilaan ja hoitoympäristöön. Eli keho ei välttämättä reagoi vain kipuun, joten kivun arviointi fysiologisten muutosten perusteella ei ole luotettavaa. Fysiologisten suureiden, kuten verenpaineen tai sydämen sykkeen muutoksiin on tästä syystä suhtauduttava kriittisesti kivun arvioinnissa. Potilaan reaktiot ovat aina yksilöllisiä voimakkuudeltaan ja kestoaltaan, eikä luotettavia rajoja ole voitu luoda. Fysiologisten suureiden muutoksia joudutaan kuitenkin joissakin tilanteissa käyttämään apuna kivun arvioinnissa. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi potilaan tajuttomuus tai kykenemättömyys kommunikoida muusta syystä. Jos potilas ei itse pysty kommunikoimaan, voidaan potilaan läheisiltä kysyä arviota potilaan kipukäyttäytymisestä ja kivusta. (Salanterä ym. 2006, 75-76.)

5.1 Kipukäyttäytyminen

Kipua voidaan arvioida myös ihmisen käyttäytymistä tarkkailemalla. Tällöin seurataan kasvojen ilmeitä, itkua, kyyneleitä, kehon asentoa, raajojen liikkeitä ja henkilön suhtautumista omaan kehoon. Kipu saattaa näkyä kasvoilla irvistyksenä, otsan rypistämisenä, kulmakarvojen kurtistamisena tai kohottamisena, suun ja silmän seudun jännittymisenä, pelokkaana tai surullisena ilmeenä. Fyysiset liikkeet saattavat myös ilmaista kipua. Esimerkiksi rauhaton tai hermostunut liikehdintä, raajojen liikuttelu, huomion hakeminen liikehdinnällä voivat ilmaista

kipua. Kipukäyttäytymiseen kuuluu myös ääntely, kuten voihkiminen, vaikerointi, itku ja äänekäs hengitys. Jännittynyt vartalo, liikkumattomuus, hitaat ja jäykät liikkeet saattavat kaikki olla kivun merkkejä. Kivulias potilas voi myös suojata kädellään kivuliasta paikkaa. Kova kipu voi lisäksi aiheuttaa reagoimattomuutta, eikä potilas jaksakaan reagoida kipuun mitenkään. (Karlola ym. 2010, 409; Salanterä ym. 2006, 78.)

Kipukäyttäytyminen voi välittää tietoa kivusta monella tavalla. Kivulias henkilö voi käyttäytyä regressiivisesti ja ilmaista kipua normaalia lapsellisemmalla käytöksellä. Kivusta kärsivä potilas voi olla ahdistunut, hermostunut ja kiivastua helposti. Myös sosiaalista eristyneisyyttä voi esiintyä ja henkilö voi haluta olla yksin. Kipukäyttäytyminen voi lisätä tai vähentää kipua. Hermostuneisuus ja levoton käytös voivat lisätä kipua, kun taas oman käytöksen hallitseminen voi vähentää kivun tunnetta. Paras tapa kuitenkin arvioida potilaan kipua, on kysyä siitä häneltä itseltään erilaisia kysymyksiä. On olennaista, että potilas arvioi kivun voimakkuuden lisäksi myös sen sijaintia, kestoja ja laatua. (Karlola ym. 2010, 409; Salanterä ym. 2006, 78.)

5.2 Kivun mittaaminen ja voimakkuuden arviointi

Kivun seuraaminen ja mittaaminen täytyy olla säännöllistä ja yhdenmukaista. Samaa kipumittaria tulee käyttää koko hoitajakson ajan. Kipumittareilla mitataan kivun voimakkuuden lisäksi kipulääkkeen tarvetta ja kipulääkkeen vaikutusta. Mittarin tulee olla potilaalle helppokäyttöinen ja lukuinen. Potilaan tulee myös ymmärtää mittarin käytön syy ja hyödyllisyys. Kivun voimakkuutta tulee seurata levossa, liikkeessä, yskiessä, syvään hengittäessä ja asentoa vaihtaessa. (Ilola, Hoikka, Heikkinen, Honkanen & Katomaa 2013, 198.)

Kipujanaa tai kipukiilaa (Visual Analogue Scale eli VAS), numeerista kipumittaria (Numerical Rating Scale eli NRS) ja sanallista kipumittaria (Verbal Descriptor Scale eli VDS) käytetään yleisemmin akuuttia kipua mitattaessa. Lapsipotilaiden kivun arviointiin käytetään kipukasvomittaria, jossa eri ilmeiset kasvot kertovat kivun voimakkuudesta. Kipukasvomittaria käytetään myös iäkkäiden ja dementoituneiden potilaiden kivun mittaamisessa (Ilola ym. 2013, 198). Värejä ja väriliukumia voidaan myös käyttää lapsipotilaiden kivun voimakkuutta selvitettyäessä. Näkövammaisille on suunniteltu kipukiila, jossa on kohokuvioinen kirjoitus. (Salanterä ym. 2006, 83.)

VAS-kiila on 10 cm pitkä jana tai punainen kiila. Vasen pää edustaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole kipua ja oikea reuna pahinta mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua. Potilas asettaa janalle poikkiviivan siihen kohtaan, joka osoittaa hänen kipunsa voimakkuutta. Selvityksissä on tullut esille, että potilaat käyttävät useammin janan molempia ääripäitä kuin janan keski-kohtaa. Potilaat ovat kokeneet vaikeaksi arvioida kipuaan ilman selvää asteikkoa.

Jotkut potilasryhmät ovat kokevat NRS kipumittarin luontevammaksi, kun taas toisille sanoin kuvailtu tai VAS-kipujanahan käyttö on helpompaa. (Salanterä ym. 2006, 84-85).

Numeerisella mittarilla kipua arvioidaan numeroin. Mittarissa on normaalisti asteikot 0-10. 0 kuvaa kivuttomuutta ja 10 kuvaa pahinta mahdollista tai sietämätöntä kipua. Tämä kipua arvioiva mittari on myös paljon käytetty, sillä se on yksinkertainen ja helppokäyttöinen. Joillakin potilailla on vaikea hahmottaa, että 10 on pahin mahdollinen kipu, sillä kouluarvosanoissa 10 tarkoittaa hyvää numeroa. Numeerista kipumittaria on kritisoitu liiasta tarkkuudesta. Esimerkiksi on vaikeaa tulkita eroa 4 ja 5 tai 5 ja 6 kipujen välillä. (Salanterä ym. 2006, 85).

Sanallisessa kivun arvioinnissa potilaalta kysytään mikä sana vastaa hänen kipunsa voimakkuutta. Sana luokitellaan asteikolla 0-4. Ei kipua on 0. Lievä kipu vastaa numeroa 1. Kohtalainen kipu on 2. Voimakas kipu on 3 ja sietämätön kipu 4. (Ilola ym. 2013, 198).

Kivunhoidon perusta on siis potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta. Potilasta voidaan pyytää arvioimaan kipua 1-3 tunnin välein, kahtena ensimmäisenä vuorokautena heti leikkauksen jälkeen. Kivun tunnistamisessa voidaan käyttää apuna erilaisia sanallisia, numeerisia tai graafisia mittareita. Näiden lisäksi potilaan käyttäytyminen antaa viitteitä kivun voimakkuudesta. Kivusta valittamisen syyt voivat olla potilaskohtaisia, joten kivun aktiivinen arvioiminen auttaa henkilökuntaa antamaan potilaalle yksilöllisempää kivunhoitoa. Jos lepokipu on toistuvasti lievää voimakkaampaa on kipulääkitys silloin riittämätön. Kivun voimakkuutta arvioidessa on samalla seurattava potilaan yleisvointia ja leikkausalueen tilaa. Säännöllisen kivun arvioinnin tulee kuulua hoitotyöhön yhtä tärkeänä tekijänä, kuin muidenkin fysiologisten suureiden mittaamisen. (Rosenberg ym. 2014, 871.)

Jos potilas valittaa harvoin kipua, syynä voi olla tietämättömyys kivunlievityksen mahdollisuudesta. Potilas saattaa myös olla haluton jakamaan kipukokemustaan, tai hän ei halua häiritä henkilökuntaa tai hänellä on korkea kivunsietokynnys. Jos potilas valittaa usein kipua, taustalla voi olla tunneperäisiä syitä kuten kokemuksen jakaminen, epärealistinen toive täydellisestä kivuttomuudesta, joka voi johtua oikean informaation puutteesta. Potilas saattaa myös pelätä leikkauksen seurauksia tai hänellä on murheita yksityiselämässä. Kliinisiä syitä potilaan kivunkokemiseen voivat olla kipulääkkeen riittämätön annostus, nopea metabolia, lisääntyvä kipu joka johtuu esim. iskemiasta, turvotuksesta, täydestä virtsarakosta, sydänlihaksen iskemiasta tai kirurgisesta komplikaatiosta. Taustalla voi olla myös tekninen pulma, kuten irronnut epiduraalikatetri. (Rosenberg ym. 2014, 871.)

6 Kivun hoitotyö

Kivun hoitotyö on kipua kokevan potilaan ja hänen läheistensä auttamista hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyö edellyttää sairaanhoitajalta ammatillista osaamista tunnistaa kipu, valita kuhunkin tilanteeseen sopiva hoitotyön auttamiskeino, yhdistää eri kivunhoitokeinoja ja arvioida hoidon onnistumista. Kipu on yksilöllistä ja se vaikuttaa yksilöön monin eri tavoin. Kipu on moniulotteinen ilmiö, sitä voidaan myös hoitaa monilla erilaisilla kivun hoitotyön keinoilla. Alan tietämys pitää pystyä käyttämään mahdollisemman laajasti potilaan hyväksi, tämä edellyttää hoitohenkilökunnalta monenlaisia kivun hoitotyöhön liittyviä valmiuksia, osaamista ja korkeaa ammattitaitoa. (Salanterä ym. 2006, 9.)

6.1 Kivun lääkkeellinen hoito

Kipua hoidetaan postoperatiivisesti yleensä yhdistelemällä erityyppisiä lääkkeitä. Leikkauksen jälkeinen kipu on voimakkuudeltaan vaihtelevaa, mutta kestoltaan yleensä rajoittunutta. On olemassa useita eri tekijöitä, jotka vaikuttavat kivun voimakkuuteen ja kipulääkityksen määrän tarpeeseen. Kipua voidaan hoitaa paikallisesti, selkäydintasolla ja aivojen kipumekanismiin vaikuttamalla. Yhdistelemällä eri kivunhoitomenetelmiä, voidaan päästä erittäin tehokkaaseen kivunlievitykseen. Kivunlievitysmenetelmiin voi myös liittyä haittavaikutuksia ja riskejä, jotka on tunnettava parhaan mahdollisen kivunhoidon saavuttamiseksi ja potilaan kokonaisvaltaisen toipumisen edistämiseksi. (Ilola ym. 2013, 199; Kalso ym. 2009, 278.)

Kivunhoidossa peruslääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. WHO:n kansainvälisten hoitosuosituksen mukaan kivunhoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla, jos niiden käytölle ei ole vasta-aiheita. Mikäli näille lääkkeille ei ole vastetta, lisätään peruslääkkeisiin opioidi. Yhdistelmävalmisteina käytetään joko parasetamoliamia tai tulehduskipulääkkeitä, yhdistettynä heikkoihin opioideihin (esimerkiksi kodeiini tai tramadoli) tai keskivahvaan opioidiin (esimerkiksi bubrenorfiini) tai vahvaan opioidiin. Vahvoja opioideja ovat esimerkiksi morfiini, fentanyl, metadoni, oksikodoni, petidiini, remifentanyl ja sufentaniili. Suomessa käytetyin opioidi on oksikodoni. Eri tulehduskipulääkkeitä ei yhdistellä keskenään, lisäksi heikkoa tai keskivahvaa opioidia ei käytetä samanaikaisesti vahvan opioidin kanssa. Opioideja käytetään kohtalaisen ja voimakkaan kivun hoitoon. Hyvin toteutettu peruslääkitys on tärkeää ja se vähentää opioidien käyttöä potilaskohtaisesti noin 30-40 prosenttia. Lääkkeet annostellaan ensisijaisesti suun kautta. Jos potilas ei pysty nielemään lääkkeitä leikkauksen tai tokkurin takia, annostellaan lääke laskimonsisäisesti, lihakseen tai ihonalaisesti. (Ilola ym. 2013, 199; Rosenberg ym. 2014, 929.)

Vaikeissa nosiseptiivisen kivunhoidon tilanteissa käytetään peruslääkkeiden ja opioidien lisäksi tukilääkityksenä usein masennuslääkkeitä ja joskus epilepsialääkkeitä. Näiden lisälääkkeiden,

eli adjuvanttien pääasiallinen käyttöaihe on neuropaattinen kipu. Nämä lääkkeet ovat valmis-teita, joita ei lueta varsinaisiin kipulääkkeisiin, mutta joilla on kivunhoitoa tehostavaa tai suoraan kipua lievittävää vaikutusta. Adjuvanttilääkkeitä ovat masennuskipulääkkeet, epilepsialääkkeet, luustoetäispesäkkeiden hoitoon käytetyt hormonivalmisteet sekä kortisoni sukulaivalmisteinen. (Rosenberg ym. 2014, 913-914, 921.)

Monimuotoisessa (multimodaalisessa) kivun lääkehoidossa yhdistetään useita kivun hoitoon vaikuttavia lääkkeitä ja annostelureittejä. Näin yhdistetään lääkkeiden toisiaan voimistavia vaikutuksia. Multimodaalisessa lääkehoidossa voidaan käyttää pienempiä annoksia heikentämättä kivunhoitoa. Pienemmillä kipulääkkeiden kokonaisannoksilla saavutetaan mm. vähemmän sivuvaikutuksia. Lääkeyhdistelmän valinnassa on aina huomioitava leikkauksen laatu ja laajuus, sekä potilaan yksilöllinen kivunhoidon tarve. Lisäksi kroonisen kipupotilaan leikkauskivun hoidossa on huomioitava, jos kroonisen kivun hoidossa on käytetty opioideja. Potilas voi olla opioidille tolerantti, mutta herkistynyt kivulle. Potilas voi siis olla fyysisesti riippuvainen opioidista, jolloin perusopioidin tarpeesta on huolehdittava perioperatiivisesti. Tarvittavat opioidiannokset ovat näissä tapauksissa tavallista suurempia. (Ilola ym. 2013, 199-200.)

Kivun lääkehoidon tavoitteena on toteuttaa tehokasta kivun lievitystä mahdollisemman vähäisillä haittavaikutuksilla. Kivunhoitoa suunniteltaessa on huomioitava esimerkiksi potilaan sairaudet. Erityisesti on kiinnitettävä huomiota suoliston limakalvosairauksiin, munuaisten vajaatoimintaan, maksan vajaatoimintaan, verenvuototaipumukseen, lääkeaineallergioihin ja alkoholismiin. Käytössä olevien lääkkeiden yhteisvaikutuksista on oltava selvillä. Lisäksi on huomioitava potilaan aikaisemmat kokemukset kipulääkkeistä ja mahdollinen lääkkeiden väärinkäyttö. (Ilola ym. 2013, 199.) Opioidien yleisimpiä haittavaikutuksia ovat väsymys, pahoinvointi, ummetus, suun kuivuminen sekä hengityslama (Kalso ym. 2009, 195).

6.2 Anestesiologiset kivunhoitomenetelmät

Läkehoidon lisäksi kipua voidaan hoitaa anestesiologisilla erikoistekniikoilla, kuten käyttämällä epiduraalista ja intratekaalista (spinaalinen) analgesiaa. Antotavat ovat kestoinfuusio tai PCA, eli Patient Controlled Analgesia. Myös haavareunojen puudutuksella, johtopuudutuksella ja muilla kestopuudutuksilla, joita ovat esimerkiksi: hartiapunoksen puudutus (plexus puudutus) ja reisihermon puudutus (femoraalispuudutus), voidaan helpottaa kipua. (Ilola ym. 2013, 200; Rosenberg ym. 2014, 935.)

Epiduraalisessa analgesiassa kipua lievittävä lääkitys annostellaan epiduraalitalaan asetetulla kateetrilla alueelle, jonka spinaalihermot hermottavat leikkausaluetta. Tuloksena on tehokas vyöhykemäinen kivun lievitys. Epiduraalisessa kivunhoidossa käytetään joko pelkkää puudutetta tai puuduteseosta, joissa on lisänä opioidi, yleensä fentanylli, klonidiini tai adrenaliini.

Myös kortikosteroideja ja ketamiinia käytetään. Kipulääke annostellaan joko ruiskupumpulla, tai potilaan itse ohjaamana (PCEA, Patient Controlled Epidural Analgesia). Epiduraalisessa kivunhoidossa potilaan hemodynaamiikkaa ja hengitystä seurataan. Lisäksi seurataan tajunnantaso, kutinaa, pahoinvointia, motoriikkaa, diureesia ja kipua. Punktiokohdasta seurataan mahdollista punoitusta, kipua ja eritystä. (Ilola ym. 2013, 200-201.)

Intratekaalisessa analgesiassa spinaalitilaan asetettavaa katetria käytetään kivunlievityksenä erityisesti huonokuntoisten vanhuspotilaiden alavartaloon kohdistuvissa toimenpiteissä. Lääkeaineiden annostus on 1/10 epiduraalisesta annoksesta. Jos kipu jatkuu spinaali-infuusiosta huolimatta, voidaan lisätä varovasti infuusion nopeutta tai antaa potilaalle lisäksi opioidia suun kautta. Potilaan fysiologiassa seurataan samoja asioita kuin epiduraalisessa kivunhoidossa. Lieväkin verenhukka ja puudutus aiheuttavat yhdessä helposti matalan verenpaineen. Verenpuudon korvaukseen ja nestehoitoon on kiinnitettävä huomiota. Puutumisen tai potilaan väsymyksen lisääntyminen saattaa liittyä yliannostukseen. Tällöin tulee puuduteinfuusion nopeutta laskea tai pysäyttää infuusio kokonaan. Spinaalipuudutus lamaa virtsarakon hermoja, joten virtsaretentio on mahdollinen. Potilaan on kyettävä liikuttamaan jalkojaan puudutuksen aikana. (Ilola ym. 2013, 200-201.)

6.3 Lääkkeetön kivunhoito

Postoperatiivista kipua hoidetaan pääsääntöisesti lääkkeillä. Lääkehoidon lisänä käytetään lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä. Nämä keinot voivat joissakin tapauksissa helpottaa yksinäänkin potilaan kipua. Tehokkainta hoitoa on lääkkeettömän kivunhoidon yhdistäminen lääkkeelliseen kivunhoitoon. Joillakin potilailla jo hoitajan läsnäolo ja vuorovaikutustilanne hoitajan kanssa voi helpottaa kipua. On tärkeää, että potilasta kuunnellaan ja kuullaan. Potilaan koskettaminen voi myös parantaa oloa. Potilaan ohjaus kivunhoitoon liittyvissä asioissa on tärkeää. Tiedon saaminen rauhoittaa ja potilas pystyy paremmin osallistumaan omaan hoitoon. Tästä syystä eri kivunhoidon vaihtoehtoista on hyvä keskustella potilaan kanssa. (Ilola ym. 2013, 203.)

Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä esimerkiksi asentohoito helpottaa lihasjännitystä ja parantaa verenkiertoa. Tyynyt ja erilaiset tuet ehkäisevät ihopainaumien ja makuuhaavojen syntyä. Ajatusten suuntaaminen pois kivusta vähentää ahdistuneisuutta ja lihasjännitystä. Menetelminä voidaan käyttää esimerkiksi mielikuvaharjoituksia, rentoutusharjoituksia ja musiikin kuuntelua. Kylmähoito nostaa kipukynnystä ja vähentää turvotusta ja tulehdusreaktiota. Kylmähoitoon vasta-aiheita ovat perifeerinen valtimokirurgia, tunnoton ihoalue ja huonon verenkierron alue. Kylmähoitoa on hyvä suorittaa noin 20-30 minuuttia kerrallaan. Lämpöhoito taas vilkastuttaa kudosten verenkiertoa, rentouttaa lihaksia ja lisää kudosten aineenvaihduntaa. Lämpöhoitoa ei tule käyttää, jos hoitoalueella on ihottumaa, tulehdusta tai tuore kudost

vamma. Lämpöhoitoa tulee käyttää varovaisesti alueella, jossa huono valtimoverenkierto. Lämpöpakkaus on noin 40-45 astetta ja sitä voidaan käyttää 20-30 minuuttia kerrallaan. Hierontaa voidaan myös käyttää potilaan kivunhoidossa esimerkiksi jännittyneiden kudosten rentouttamiseen. (Ilola ym. 2013, 203.)

6.4 Kivunhoidon vaikutusten arviointi

Kivunhoidon vaikutusten arviointi on ihan yhtä olennaista kuin kivun tunnistaminen ja kiputilan tehokas hoito. Hoito on onnistunutta silloin, kun se on tehokasta. Kivunhoidon vaikutusta arvioidaan seuraamalla kivun voimakkuutta samalla menetelmällä tai kipumittarilla, jolla kipua on arvioitu ennen hoidon aloittamista. Lisäksi tulee arvioida myös hoidon mahdollisia haittavaikutuksia. Onnistunut kivunhoito riippuu myös sille asetetuista tavoitteista. Akuutti kipu voidaan poistaa lääkkeillä melko tehokkaasti. Kivun tasolle on realistista asettaa tavoite 0-3/10 leposennessa. Akuutin kivun lääkityksen tehoa tulisi arvioida noin 20-30 minuuttia lääkkeen oton jälkeen. (Salanterä ym. 2006, 101; Kaarlola ym. 2010, 395.)

Kivunhoidon vaikutuksen arviointi tulee myös kirjata potilasasiakirjoihin. Tämä takaa hoidon jatkuvuuden. Ilman kirjaamista hoidon vaikutukset voivat jäädä yhden hoitajan tietoon eikä laadukas ja tehokas kivunhoito onnistu. (Salanterä ym. 2006, 101; Kaarlola ym. 2010, 395.)

7 Kivun hoitotyön kehittäminen

Postoperatiivisen kivun hoito on jatkuva haaste hoitohenkilökunnalle. Leikkauksia tehdään satoja tuhansia vuosittain. Toisaalta tekninen laitekehitys ja viime vuosien farmakologinen ja kliininen tutkimustieto ovat tuoneet tehokkaita keinoja, niin suurten kuin pientenkin leikkausten aiheuttaman kivun hoitoon. (Rosenberg ym. 2014, 870-879.)

Suomen kivuntutkimusyhdistys on julkaissut esityksen kivunhoidon organisoimiseksi vuonna 2000. Esityksen teemoja ovat olleet henkilöstövoimavarojen riittävyys, koulutuksen lisääminen, moniammatillisen työskentelyn kehittäminen, hoidon porrastaminen, lähetekäytännön selkiyttäminen ja monialaisten kipuklinikoiden perustaminen kaikkiin keskussairaaloihin. (Salanterä ym. 2006, 63-64.)

Suomen kivuntutkimusyhdistyksen mukaan kipupoliklinikoiden käytössä olevat voimavarat ovat riittämättömät. Nykyjärjestelmässä kipupotilaiden ongelmat ovat usein jo kroonistuneet ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä. Erikoissairaanhoidon resurssit eivät myöskään riitä kaikkien kiputilojen ongelmien ratkaisuun. Tästä syystä kipupotilaita tulisi hoitaa tehokkaasti jo perus- ja työterveydenhuollossa ja tällä tavoin ennaltaehkäistä kipuongelman pitkittymistä.

Erityisen tärkeää on akuutin kivun tehokas hoito. Hoitamaton kipu altistaa potilaan kivun kroonistumiselle. Suomen kivuntutkimusyhdistys on tuonut esille, että jos akuuttia kipua ei ole kolmen kuukauden sisällä saatu hallintaan, tulee potilaan hoidossa konsultoida kivunhoitoon perehtynyttä lääkäriä. Perusterveydenhuollon tulisi reagoida ja huolehtia riittävän ajoissa potilaan jatkohoidosta erikoissairaanhoidon puolella, jos potilaan kipuongelmaa ei saada perusterveydenhuollon puolella kuriin. (Salanterä ym. 2006, 63-64.)

Moniammatillisella kivunhoidolla tarkoitetaan eri ammattiryhmien järjestäytyneitä yhteistyötoimia kivunhoidossa. Tällä tarkoitetaan kivunhoidon organisoimista niin, että yhteistyö on säännöllistä ja toimintamallit ovat sovittu etukäteen eri ammattiryhmien kesken. Moniammatillista yhteistyötä toteutetaan esimerkiksi kipuklinikoilla, kipupotilaiden kuntoutusyksiköissä sekä syöpäkivun hoidossa. Näiden yksiköiden toimenkuvaan kuuluvat esimerkiksi vaativa kroonisen kivun diagnosointi ja sen vaativat hoitomuodot, kivun psykologia, kivunhallintapainotteen kuntoutus, koulutus sekä tutkimustyö. (Salanterä ym. 2006, 63-68.)

Erityisesti leikkauksen jälkeisen kivunhoidossa moniammatillista kivunhoidon yhteistyötä on kehitetty ja se on järjestäytyneitä. Useissa yksiköissä on perustettu APS-organisaatioita (Acute Pain Service). Näissä organisaatioissa toimivat akuutin kivun hoidosta vastaava lääkäri ja kipuhoitaja yhteistyössä vuodeosastojen hoitohenkilökunnan kanssa. Perioperatiiviseen kivunhoitoon osallistuvat anestesia- ja kirurgit, gynekologit, sairaanhoitajat, kättilöt, fysioterapeutit sekä toimintaterapeutit. Muita APS-organisaation tehtäviä ovat henkilökunnan koulutus, potilasohjaus, kivunhoitomenetelmien kehittäminen, kivun mittaaminen ja seuranta, hoidon toteutumisen seuranta ja kivun tutkimus. APS-organisaatioita voidaan hyödyntää myös muiden akuuttien kipujen hoidossa. Suomen kivuntutkimusyhdistys on selvittänyt APS-organisaatioiden toimivuutta terveydenhuollon kentässä. Selvityksessä ilmeni, että APS-toiminta on vielä vähäistä ja resurssit pienet, mutta tarve toiminnan lisäämiselle on suuri. Kipupoliklinikoiden kipuongelmat ovat usein haastavia ja ulottuvat useille elämän osueille. Kipupotilaiden ongelmia ei useimmissa tapauksissa pystytä ratkaisemaan yhden ammattiryhmän voimin. Potilaan oma aktiivinen osallistuminen lisää hoidon onnistumista ja tehoa. (Salanterä ym. 2006, 66-68.)

8 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja aineiston rajaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista hahmottaa olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta. Kirjallisuuskatsauksella voidaan tarkoittaa laajaa tutkimuskokonaisuutta, toisaalta jo kahden tutkimuksen kokonaisuus voi muodostaa kirjallisuuskatsauksen. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa analysoidaan valitut tutkimukset sisällöllisesti ja tutkimuskysymysten mukaisesti. Viimeisessä kirjallisuuskatsauksen vaiheessa raportoidaan tulokset, tehdään johtopäätökset ja kehittämisehdotukset. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 3-7.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on käytetty systemaattista kirjallisuuskatsausta. Aineistoksi valikoitui viisi kipuhankkeen opinnäytetyötä, joissa kaikissa kivun hoitotyötä on tutkittu Korvaklinikan eri yksiköissä sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetöiden tutkimustulokset ja kehittämissuhteet on käyty läpi tutkimuskysymysten kautta. Tutkimusmateriaali on luokiteltu analyysirungon avulla. Yläkategorioiksi muodostuivat kivun tunnistaminen ja arviointi, kivun hoitotyö ja kivun hoitotyön kehittäminen. Tutkimusmateriaali on analysoitu sisällönanalyysin avulla. Lopuksi on raportoitu saadut tulokset, vedetty saadun aineiston perusteella johtopäätökset ja esitetty materiaalista nousseet kehittämissuhteet.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on järjestelmällinen ja kriittinen aineiston analysointi perustellusti muotoillun kysymyksen avulla. Kirjallisuuskatsaus muodostaa tutkimukselle teoreettisen taustan. Se esittää valitun aineiston avulla, mistä näkökulmasta ja miten asiaa on aikaisemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsauksen tekijän on pidettävä mielessä katsaukselle asetettu tavoite ja tarkoitus. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen päämäärä on koota tietoa ja tehdä materiaalista mahdollisimman kattava yleiskatsaus. Katsaus on itsenäinen tutkimus, jossa luotettavuuskysymykset nousevat keskeisiksi. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on pyrittävä toistettavuuteen ja virheettömyyteen. (Johansson ym. 2007, 46, 58.)

8.1 Aineiston analyysi

Laadullisella informaatiolla tarkoitetaan verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja, kuten raportteja, kirjoja, artikkeleita, opinnäytetöitä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Dokumenttien sisältöä kuvataan tai selitetään sellaisenaan. Dokumenteista voidaan myös kerätä tietoa ja tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen eri muodoissa. Tutkija päättää sisällönanalyysiä tehdessään etukäteen mitä hän etsii. Sisällönanalyysin tuloksena aineistosta on nostettu esiin se mitä tutkimuksen kannalta on oleellista ja loppu jätetään pois. Se mistä juuri tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, tulee näkyä tutkimuksen tarkoituksessa, tutkimusongelmassa sekä tutkimustehtävässä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92, 95.)

Sisällönanalyysi voidaan myös muodostaa teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Aineiston analysointi perustuu tässä tapauksessa aikaisempaan viitekehukseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Analyysia ohjaa siis teema tai käsitekartta. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Analyysirungon sisälle muodostetaan luokitukset ja kategoriat induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Aineistosta voidaan poimia ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon. Niistä asioista, jotka jäävät ana-

lyysirungon ulkopuolella voidaan muodostaa uusia luokkia samalla periaatteilla, kuin aiemmat luokat muodostettiin. Analyysirunko voi olla myös strukturoitu, jolloin aineistoa kerätään vain niistä asioista, jotka sopivat analyysirunkoon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113.)

Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Sisältöanalyysin tavoitteena on aineiston laaja, mutta tiivis esittäminen. Tiivistämisen seurauksena syntyy käsitteellöityä, käsitejärjestelmiä tai käsitekarttoja. Menetelmää on käytetty paljon juuri hoitotieteen tutkimuksissa aineistojen analyysissä. Analyysiin liittyy paljon vaihtuvuuksia. Näitä ovat esimerkiksi sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. Sisällönanalyysin käytön haasteena on usein sen joustavuus ja säännöttömyys. Metodi pakottaa tutkijan ajattelemaan itse. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163-167.)

Tässä opinnäytetyössä Korvaklinikan kipuhankkeen opinnäytetöiden tutkimustuloksia on tarkasteltu käsitteiden kautta. Nämä käsitteet ovat kivun tunnistaminen ja arviointi, kivun hoitotyö ja kivun hoitotyön kehittäminen. Tutkimustulokset on pystynyt luontevasti sijoittamaan hankkeen tavoitteiden pohjalta muodostettujen käsitteiden alle. Käsitteiden avulla on opinnäytetyölle rakennettu teoreettinen viitekehys, joka on toiminut analyysirunkona tutkimustuloksille. Käsitteiden avulla on tavoiteltu tutkimuksissa olevaa olennaisinta sisältöä näihin sisältöalueisiin liittyen. Analyysirungon yhteisenä nimittäjänä ja yläkäsitteenä on kipu. Analyysirungon luokitukset muodostavat kivun tunnistaminen ja arviointi, kivun hoitotyö sekä kivun hoitotyön kehittäminen. Tutkimustulosten analysoinnissa on käytetty laadullista sisällönanalyysiä.

Kipu		
Kivun tunnistaminen ja arviointi	Kivun hoitotyö	Kivun hoitotyön kehittäminen

Taulukko 1: Analyysirungon käsitteet

8.2 Aineiston rajaus

Tämän opinnäytetyön aineistona on Korvaklinikan kipuhankkeeseen tehdyt opinnäytetyöt. Aineistosta on tähän työhön poimittu tarkasteltaviksi vain ne opinnäytetyöt, jotka ovat tutkineet kivun hoitotyötä kentällä, Korvaklinikan eri yksiköissä. Tämän tutkimuksen aineistosta on rajattu pois hankkeeseen tehdyt kaksi kirjallisuuskatsausta ja kaksi ohjaukseen keskittyvää ja ohjausmateriaalia tuottanutta opinnäytetyötä. Kivun hoitotyön kirjaamista on tutkittu paperisista potilasasiakirjoista kahdessa kipuhankkeeseen tehdyssä opinnäytetyössä. Tutkimustulosten sovittaminen nykyään käytettäviin sähköisiin potilastietojärjestelmiin ja rakenteelliseen

kirjaamiseen on oma kokonaisuutensa, joten tästä syystä kivunhoidon kirjaamiseen keskittyvät opinnäytetyöt on myös rajattu pois tästä tutkimuksesta.

Tutkimuksessa on mukana viisi opinnäytetyötä, joissa kaikissa kivunhoitoa on tutkittu sairaanhoitajan näkökulmasta. Näissä opinnäytetöissä kivunhoitoa on tutkittu aikuisen syöpäpotilaan kohdalla kirurgisella vuodeosastolla 25, aikuispotilaiden kivunhoitoa on tutkittu päivystyspoliklinikalla sekä postoperatiivista lääkkeitöntä kivunhoitoa lyhytkirurgisilla aikuispotilailla vuodeosastoilla 24 ja 25. Lisäksi sairaanhoitajien näkemyksiä lapsipotilaiden kivun arvioinnista on tutkittu Korvaklinikan kirurgisella vuodeosasto 24:llä, päiväkirurgisella osastolla, päivystyspoliklinikalla ja heräämössä. Sairaanhoitajien ja vanhempien yhteistyötä lapsipotilaan kivun tunnistamisessa on tutkittu Korvaklinikan kirurgisella vuodeosastolla 24. Vuodeosastot 24 ja 25 ovat yhdistyneet osasto K6:ksi. Muut yksiköt, joissa kivunhoitoa on tutkittu kipuhankkeen puitteissa, ovat vielä toiminnassa.

9 Korvaklinikan kipuhankkeen kivun hoitotyötä tutkineet opinnäytetyöt

9.1 Ria Jämsä & Kaisa Ojala: Sairaanhoitajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta, 2008

Tutkimuksessa on haastateltu viittä Korvaklinikan silloisella osastolla 25 työskentelevää sairaanhoitajaa. Organisaatiomuutoksen vuoksi osasto 25 on integroitu ja osastoa ei tällä hetkellä sellaisenaan ole olemassa. Jämsän ja Ojalan opinnäytetyön teemoja ovat syöpäpotilaan kivunhoidon nykytilanne, kivunhoidon haasteet ja syöpäpotilaan kivunhoidon kehittäminen osastolla. Haastateltujen sairaanhoitajien näkökulmasta osastolla toteutettava kivunhoito oli hyvällä tasolla. Siinä korostui heidän mielestään moniammatillinen yhteistyö sekä potilaan psyykkisen tilanteen huomiointi. Sairaanhoitajat korostivat kivunhoidon olevan pääosin lääkkeellistä. (Jämsä & Ojala 2008.)

Tutkimuksessa painottui syöpäpotilaan kivun arvioinnin haastavuus. Haastatellut sairaanhoitajat kokivat erityisesti vaikeissa kivunhoitotilanteissa epävarmuutta omasta osaamisestaan. Kokemukset heijastuivat tarpeena lisätiedolle ja keskustelulle. Haastatteluissa tuli esille, että riittävän ja yksilöllisen lääkityksen löytäminen hankalissa kivunhoidon tilanteissa aiheutti hoitajissa epävarmuuden tunteita. Jos kipulääkitys ei toiminut, haasteeksi muodostui miettiä onko kyseessä psyykkinen vai fyysinen kipu. Hoitajat kokivat myös ajanpuutteen haasteeksi silloin, kun potilaat tarvitsivat emotionaalista tukea. Vaikeista asioista keskusteleminen koettiin haastavaksi ja luottamuksellisen potilassuhteen luomiseksi koettiin jäävän liian vähän aikaa. Sairaanhoitajat toivoivat lisää potilaiden kannustamista osallistumaan omaan kivunhoitoon. Potilaiden motivointi osallistumiseen koettiin välillä vaikeaksi. Potilaat eivät välttämättä kerro avoimesti omista toivomuksistaan kivunhoidon suhteen, vaan luottavat hoitohenkilö-

kunnan arvioon omasta kivustaan. Sairaanhoidajien mielestä potilaita tulisi rohkaista enemmän osallistumaan omaan hoitoon keskustelemalla heidän kanssaan, kuuntelemalla ja antamalla enemmän ohjausta ja lisäinformaatiota käytettävissä olevista eri kivunhoidon vaihtoehdoista. Tähän ei osastolla katsottu olevan tarpeeksi resursseja. (Jämsä & Ojala 2008.)

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoidajat ehdottivat moniammatillisen yhteistyön tehostamista osastolla kivunhoidon parantamiseksi. Opinnäytetyössä esiin tulleita kehittämisehdotuksia olivat esimerkiksi kivun kirjaamisen kehittäminen sekä asiantuntijatiedon siirtäminen sairaanhoidajille esimerkiksi kipuhoidajan ja syöpäsairaanhoitajan taholta. Kivunhoitoon toivottiin myös yleinen malli, jonka pohjalta yksilöllinen kivunhoito voitaisiin suunnitella kullekin potilaalle. Kivunhoidon koettiin nyt olevan erilaisten keinojen kokeilemistä. Tähän haluttiin pitemmälle mietitympää ratkaisua. (Jämsä & Ojala 2008.)

Jämsä & Ojala: Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta, 2008		
Yläkategoria	Alakategoria	Tutkimustulos
Kivun tunnistaminen ja arviointi	Kivun arvioinnin menetelmät ja haasteet	Kivun ennaltaehkäisy ja lääkityksen toimivuuden arvioinnin ja säätelyn katsottiin olevan olennaisin osa sairaanhoidajan ammatillista osaamista. Erilaisten arviointiasteikkojen käyttäminen. Potilaan kanssa keskusteleminen. Ilmeiden ja eleiden seuraaminen. Hoitajat kokivat ajanpuutteen suurimmaksi haasteeksi. Kivun arviointi haastavaa, potilaiden yksilöllisyydestä johtuen. Psyykkisen kivun erottaminen fyysisestä kivusta. Potilaan oma arvio kivusta ristiriidassa hoitajan arvion kanssa.
Kivun hoitotyö	Kivun lääkkeellinen hoito	Lääkehoito on säännöllistä, kipuklinikan ammattitaitoa käytetään apuna osastolla.
	Kivun lääkkeetön hoito	Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen. Ajan antaminen potilaalle keskustelemiseen. Potilaan rohkaiseminen osallistumaan omaan kivunhoitoon, kuunteleminen. Ohjaus ja informaation antaminen. Yksilöllinen huomioiminen. Henkisen kivun huomioiminen.
	Kivunhoidon haasteet	Yksilöllinen kivunhoito ja riittävän lääkityksen löytäminen haastavaa. Potilaan kuuntelemiselle, ohjaamiselle ja emotionaaliselle tuelle ei katsottu olevan riittäviä ajallisia resursseja. Epävarmuus oman ammattitaidon riittävydestä.

		Potilaan motivoiminen kivunhoitoon. Potilaan kanssa keskusteleminen arkaluontoisista ja vakavista aiheista.
Kivun hoito- työn kehittä- minen	Moniammatillinen yhteistyö	Kipulääkityksen suunnitteleminen on opinnäytetyön mukaan klinikalla moniammatillista. Yhteistyö lääkärin, syöpäsairaanhoitajan ja kipuklinikan kanssa katsottiin toimivan hyvin. Moniammatillisuus koettiin olennaiseksi osaksi kivunhoidon onnistumista ja sitä haluttiin vielä kehittää. Osastokeskustelujen järjestäminen kivunhoitoon liittyen. Asiantuntijoiden esim. kipuhoidajan tiedon siirtämistä sairaanhoitajille. Enemmän keskustelua case-tilanteiden pohjalta. Info-tilaisuuksia kivunhoitoon liittyen. Lisää aikaa lääkärin ja potilaiden kanssa keskustelemiseen potilaiden tilanteesta. Kivunhoitoon toivottiin yleistä mallia, sapluunaa, jonka pohjalta yksilöllinen kivunhoito voitaisiin suunnitella kullekin potilaalle.

Taulukko 2: Jämsä & Ojala: Sairaanhoitajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta opinnäytetyön analyysitaulukko

9.2 Johanna Hänninen & Jenni Pätäri: Sairaanhoitajien näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta, 2008

Hänninen ja Pätäri ovat haastatelleet viittä sairaanhoitajaa Korvaklinikan päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyön teemoja ovat millaista kipua Korvaklinikan päivystyspoliklinikalla esiintyy, millä menetelmillä kivunhoitoa toteutetaan päivystyspoliklinikalla, miten kipua arvioidaan, miten kivunhoito toteutuu sairaanhoitajan näkökulmasta katsottuna sekä sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kivunhoitoon liittyen. Korvaklinikan päivystyspoliklinikan tyypillisimmät potilaat ovat kurkku- ja nielemiskipuiset potilaat. Useimmiten potilaiden kipu ilmenee nielukipuna ja nielemiskipuna, kurkkukipuna, nenän alueen kipuna sekä korvakipuna. Yleisimpiä kivunaiheuttajia ovat esimerkiksi nielupaise, mononukleosi eli rauhaskuume tai tonsilliitti eli risatulehdus. Yleisimmät kiputyypit olivat kudus- ja hermoperäisiä. (Hänninen & Pätäri 2008.)

Kudosperäistä kipua voivat aiheuttaa muun muassa erilaiset ihoalueen infektiot sekä toimenpiteisiin liittyvät kivut. Myös luunmurtumat ja tulehdukset ovat kiputiloja, joita esiintyy päivystyspoliklinikalla. Kivuliaimpia potilaita ovat haastateltavien sairaanhoitajien mukaan poti-

laat, joilla on nielupaise. Sairaanhoitajat toivat esille, että potilas kuvaa kipuaan yksilöllisellä tavalla. Sairaanhoitajat pitivät luotettavimpana potilaan sanallista kuvailua kivusta. Potilaan kuvatessa kipuaan, tyypillisimmät kuvaukset ovat viiltävä, puristava, jomottava ja toispuoleinen kova kipu. (Hänninen & Pätäri 2008.)

Lääkkeellinen menetelmä on ensisijainen kivun hoitomuoto klinikalla. Lääkkeetöntä hoitoa ei sairaanhoitajien mukaan juurikaan käytetä. Koviin kurkkukipuihin kaksi sairaanhoitajaa viidestä kertoi antaneensa jääpalan suuhun imeskeltäväksi. Kaksi haastateltua sairaanhoitajaa toi esille, että suomalaisen luonteeseen ja tyyliin kuuluu kivun sietäminen ilman kipulääkettä. Moni potilas kieltäytyy aluksi kipulääkkeestä, mutta sairaanhoitajat pystyvät arvioimaan potilaan ilmeistä ja eleistä potilaan kivuliaisuuden. Monissa tapauksissa potilas suostui ottamaan kipulääkkeen sairaanhoitajan perustellessa kivun hoitamatta jättämisen negatiiviset vaikutukset ja kipulääkkeen hyödyn potilaan toipumiselle. (Hänninen & Pätäri 2008.)

Opinnäytetyöhön haastatellut sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä kivunhoidon tilaan päivystyspoliklinikalla. He kokivat, että kivunhoidon toteutukseen kiinnitettiin enemmän huomiota kuin aikaisemmin. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä Korvaklinikan päivystyspoliklinikan koulutusmahdollisuuksiin. Haastatteluihin osallistuneet sairaanhoitajat kaipasivat lisää kirjallista materiaalia kivunhoidosta, esimerkiksi kipukansiota johon olisi kootuna ja linjattuna kivunhoidon yhtenäiset ohjeet. Myös kipuhoidon tuomaa asiantuntijuutta kaivattiin tukemaan käytännön työtä esimerkiksi osastotuntien muodossa. Sairaanhoitajat halusivat kehittää ja parantaa yksikössään kivun voimakkuuden kysymistä potilailta, joilla on nielupaise, sekä lisäkipulääkkeen antamista suonensisäisesti osastolle jäävällä potilaalle. He toivat esille, että osastosihteeri voisi kysyä potilaan kivun voimakkuutta tämän tullessa ilmoittautumaan päivystyspoliklinikalle. Sairaanhoitajat kertoivat, että pääasiainen kivun arviointitapa on kysyä potilaalta kivun voimakkuudesta verbaalisesti. Kivun arviointia ilmeiden ja eleiden pohjalta pidettiin myös tärkeänä. Käytössä ovat lisäksi NRS- ja VAS-mittarit. VAS-mittarin käyttö on koettu vaikeana asiana yksikössä, mutta viimeisen vuoden aikana mittaria on yritetty käyttää enemmän. Vaikeaksi mittareiden käytön tekee haastateltujen mukaan se, että kaikki sairaanhoitajat eivät erota VAS ja NRS-mittareiden tarkoitusten eroja. Esille tuli myös, että monet potilaat eivät osanneet realistisesti arvioida kipua mittareiden avulla. (Hänninen & Pätäri 2008.)

Hänninen & Pätäri: Sairaanhoitajien näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta, 2008		
Yläkategoria	Alakategoria	Tutkimustulos

Kivun tunnistaminen ja arviointi	Kivun arvioinnin menetelmät ja haasteet	<p>Kipua arvioidaan potilaan ilmeistä ja eleistä. Yksinkertaisin tapa arvioida kipua oli kysymällä sitä potilaalta. VAS/NRS-mittarit, päivystyspoliklinikalla sovittu että käytetään samaa mittaria koko potilaan hoitosuhteen ajan.</p> <p>Kaksi viidestä haastatellusta sairaanhoitajasta kertoi, että yleinen ongelma yksikössä on kivun arviointi kipulääkkeen annon jälkeen.</p> <p>Arvioinnin puutteellisuuden syiksi epäiltiin lyhyet hoitoajat sekä kiire.</p> <p>Sairanhoitajista kolme kertoi, että lyhyiden hoitoaikojen vuoksi kipulääkkeen vaikutus ei ole välttämättä ehtinyt alkaa ennen potilaan kotiin pääsyä.</p> <p>Kaikkien haastateltujen sairaanhoitajien näkemys oli, että potilaan jäädessä osastolle kivun arviointi ja seuranta tehostuvat.</p>
Kivun hoitotyö	Kivun lääkkeellinen hoito	Kipua hoidetaan useimmiten lääkkeellisellä menetelmällä. Käytössä ovat ensisijaisesti miedot kipulääkkeet.
	Kivunhoidon haasteet	Moni potilas kieltäytyy ensin ottamasta kipulääkettä. Hoitajan perustellessa kivunhoidon tarpeellisuutta, potilaat yleensä ottavat lääkkeen.
Kivun hoitotyön kehittäminen	Moniammatillinen yhteistyö	<p>Kipuhoidajan toivottiin välittävän tietoa nykyistä enemmän poliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien käyttöön esimerkiksi osastotuntien muodossa.</p> <p>Kipukansiota katsottiin myös olevan hyötyä hoitohenkilökunnalle, tämä turvaisi yksikön yhteisen kivunhoidon linjan.</p> <p>Sairanhoitajat halusivat kehittää ja parantaa yksikössään kivun voimakkuuden kysymistä potilailta, joilla on nielupaise, sekä lisäkipulääkkeen antamista suonensisäisesti osastolle jäävällä potilaalle.</p> <p>Osastosihteeri voisi kysyä potilaan kivun voimakkuutta tämän tullessa ilmoittautumaan päivystyspoliklinikalle.</p>

Taulukko 3: Hänninen & Pätäri: Sairanhoitajien näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta opinnäytetyön analyysitaulukko

9.3 Ewa Heiskanen & Riina Liimatainen: Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sairaanhoitajien näkökulmasta, 2010

Opinnäytetyössä on selvitetty Korvaklinikan kirurgisilla vuodeosastoilla 24 ja 25 työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeettömien menetelmien käytöstä postoperatiivisessa kivunhoidossa. Tavoitteena opinnäytetyössä on myös ollut mahdollisten kehittämiskohteiden löytäminen kivunhoitoon liittyen. Heiskanen ja Liimatainen haastattelivat viisi Korvaklinikan kirurgisilla vuodeosastoilla työskentelevää sairaanhoitajaa ryhmähaastattelun muodossa. Sairaanhoitajat kertoivat omia näkemyksiä lyhytkirurgisessa toimenpiteessä olleen aikuisen potilaan postoperatiivisesta lääkkeettömästä kivunhoidosta. (Heiskanen & Liimatainen 2010.)

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat käyttivät monipuolisia lääkkeettömiä menetelmiä kivunhoidossa. Potilaan kivunhoidossa huomioitiin niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin ulottuvuus. Sairaanhoitajien käyttämät menetelmät ja niistä saadut kokemukset olivat kaikilla haastatelluilla sairaanhoitajilla lähes samanlaisia. Hoitoympäristöä huomioitiin säätämällä valaistusta sekä turvaamalla riittävä lepo ja rauha. Meluun sairaanhoitajat eivät kyenneet vaikuttamaan. Lisäksi sairaanhoitajat lisäsivät potilaiden viihtyvyyttä ja käyttivät apuna moniammatillista yhteistyötä ja koulutusta. Sairaanhoitajat kertoivat osastoilla olevan kipuvastaavat, jotka osallistuivat koulutuksiin ja jakoivat muille saamaansa tietoa, jota sovellettiin käytäntöön. Sairaanhoitajille oli järjestetty myös auditointitilaisuuksia, joissa pyrittiin yhdenmukaistamaan sairaanhoitajien antamaa tietoa sekä ohjeistusta. (Heiskanen & Liimatainen 2010.)

Vuorovaikutuksellisista menetelmistä kivunhoidossa käytettiin emotionaalista tukemista sekä huumoria. Huumorin käytön koettiin olevan yksilöllistä ja vaativan tuntosarvia. Huumori koettiin sopivan vain joillekin potilaille ja tiettyihin tilanteisiin. Ammatillisen, eli rauhallisen ja varman käytöksen koettiin myös tuovan turvallisuuden tunteen potilaalle ja vähentävän tätä kautta kipua. Tiedon antaminen ja ohjaus rauhoitti potilasta ja vähensi tätä kautta kivun tunnetta. Sairaanhoitajat huomioivat kivunhoidossa myös omaisen hätää, jonka kohtaamisen ainakin osa sairaanhoitajista koki haastavaksi. Kognitiivis-behavioraalista menetelmistä sairaanhoitajat käyttivät huomion kiinnittämistä kivusta toisaalle TV:n, musiikin, lukemisen sekä keskustelun avulla. Fysikaalisista menetelmistä olivat käytössä kylmähoito, asento- ja liikehoito sekä nestehoito. Hierontaa, kosketusta, rentoutusta ja hengitysharjoituksia käytti vain osa sairaanhoitajista ja niiden käyttö koettiin osittain haastavaksi lyhytkirurgisen potilaan kivunhoidossa. (Heiskanen & Liimatainen 2010.)

Opinnäytetyön tekijät olivat tulleet siihen tulokseen, että kivunhoidon kehittämiseksi Korvaklinikalla voitaisiin vähemmän käytettyihin lääkkeettömiin menetelmiin kiinnittää lisää huomioita. Tutkimukseen haastatellut sairaanhoitajat olivat kiinnostuneita lääkkeettömien mene-

telmien käytöstä, kokivat aiheen mielenkiintoiseksi ja olivat innostuneita uusien ideoiden löytämisestä. Kehittämisehdotuksina tulivat esiin, että rentoutus- ja hengitysharjoituksista lyhytkirurgisille potilaille voitaisiin antaa suullista ja kirjallista tietoa. Kosketuksen käyttöä taas saattaisi lisätä asiasta keskustelu potilaiden kanssa. Sairaanhoitajat voisivat hyötyä myös hierontaan liittyvästä lisäkoulutuksesta. Opinnäytetyön mukaan kivunhoidossa on tärkeää huomioida myös käytettyjen lääkkeettömien menetelmien kirjaaminen. (Heiskanen & Liimatainen 2010.)

Heiskanen & Liimatainen: Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sairaanhoitajien näkökulmasta, 2010		
Yläkategoria	Alakategoria	Tutkimustulos
Kivun hoitotyö	Kivun lääkkeettömän hoito	<p>Hoitoympäristö huomioimalla, esim. säätämällä potilashuoneen valaistusta hämärämmäksi - vähensi kokemuksen mukaan kipulääkityksen tarvetta.</p> <p>Kontrolloimalla vierailijoiden määrää huoneessa ja ohjaamalla hyväkuntoisen potilaan vierailut päiväsaliiin.</p> <p>Potilaiden viihtyvyydestä huolehtiminen, esim. ohjaamalla heitä kesäisin osaston lasitetulle parvekkeelle.</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö sekä kouluttautuminen, osastolla toimivat kipuvastaavat ja järjestetyt auditoinnit -> tavoitteena mm. yhdenmukaistaa potilaalle annettuja ohjeita.</p> <p>Asento- ja liikehoidot fysioterapian ohjeiden mukaan. Rentouttaminen asento- ja hengitysharjoituksilla.</p> <p>Olon tekeminen mukavaksi esim. rasvaamalla potilaan huulia.</p> <p>Kylmähoidot esim. jääpalat tai jäätelö, puuduttavat kipeää aluetta, vähentävät turvotusta.</p> <p>Nestehoidot, kosteuttavat kurkkua ja vähentävät kipua.</p> <p>Huumori, keskustelu, tiedon antaminen, rauhoittelu, kannustaminen ja joissakin tapauksissa kosketus.</p> <p>Sairaanhoitajat kertoivat myös potilaille, ettei potilaan tarvinnut kestää kipuaan tai selviytyä sen kanssa yksin.</p> <p>Turvallisuuden tunteen luominen -> ammatillisen, eli rauhallisen ja varman käytöksen koettiin lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta.</p> <p>Kipulääkkeen vieminen ennakkoon, jolloin potilas saattoi ottaa kipulääkkeen, kun hänestä itsestään siltä tuntui.</p> <p>Hyvä hoitosuhde potilaan ja hoitajan välillä vähensi kipulääkkeen tarvetta.</p> <p>Huomion kiinnittämistä kivusta toisaalle, keinoina mainittiin TV:n</p>

		katselu, musiikki, lukeminen sekä keskustelu. Omaisten hädän koettiin lisäävän potilaan kipukokemusta, jolloin pyrittiin saamaan omaisen huomio kivusta toisaalle.
Kivun hoito- työn kehittä- minen	Lääkkeettömän kivunhoidon kehittäminen	Lisää huomiota lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmien käyttöön. Rentoutus- ja hengitysharjoituksista lyhytkirurgisille potilaille voitaisiin antaa suullista ja kirjallista tietoa. Sairaanhoitajat saattaisivat hyötyä hierontaan liittyvästä lisäkoulutuksesta. Kivunhoidossa on tärkeää huomioida käytettyjen lääkkeettömien menetelmien kirjaaminen.

Taulukko 4: Heiskanen & Liimatainen: Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sairaanhoitajien näkökulmasta opinnäytetyön analyysitaulukko

9.4 Sanna-Maria Juurioksa & Tiina Korhonen: Sairaanhoitajan näkemyksiä lapsen kivun mittaamisesta ja arvioinnista, 2010

Opinnäytetyön aineisto on kerätty Korvaklinikan yksiköistä vuodeosasto 24, päiväkirurginen osasto, päivystyspoliklinikka ja heräämö. Tutkimukseen haastateltiin neljää sairaanhoitajaa, yksi sairaanhoitaja vastasi kysymyksiin kirjallisesti. Aineisto kerättiin teemahaastattelurungon avulla, joka oli jaettu kahteen pääteemaan: sairaanhoitajan näkemyksiä lapsen kivun mittaamisesta ja sairaanhoitajan näkemyksiä lapsen kivun arvioinnista. Sairaanhoitajien näkemyksistä ilmeni, että tärkeimpiä välineitä lapsen kivun mittaamisessa ja arvioinnissa olivat sairaanhoitajan työkokemus, käytösmittarit ja lapsen oma arvio. (Juurioksa & Korhonen 2010.)

Sairaanhoitajien mukaan käytösmittarit ovat ensisijaisia kivun arvioinnissa. Ilmeet, eleet, aktiivisuus, itkuisuus, syömättömyys sekä juomattomuus ovat nopeasti näkyviä muutoksia lapsen käyttäytymisessä. Myös hikoiluun ja kalpeuteen kiinnitettiin huomiota kipua arvioidessa. Piristynyt, iloisesti leikkivä lapsi, joka jo suostuu syömään, on merkki kipulääkityksen riittävydestä. Haastatteluista ilmeni, että fysiologisilla mittareilla ei lapsia hoidettaessa ole niinkään suurta merkitystä. Kivusta kertoivat tosin tiheä sydämen syke ja tiheä hengitysfrekvenssi, verenpainetta mitataan lapsipotilailla harvoin. (Juurioksa & Korhonen 2010.)

Haastateltavat toivat esille, että lapsen ikä ja kehitys vaikuttavat VAS-asteikon ja esimerkiksi kasvomittarin luotettavuuteen lapsen kivun arvioinnissa. Kipumittareita käytettiin harvoin pienten lapsipotilaiden kohdalla. Sairaanhoitajien mukaan mittareita käytetään isommilla lapsilla enemmän. Kivun mittaamiseen käytetään lapsen ikä huomioiden erilaisia mittareita, joilakin potilailla kivun mittaaminen onnistuu hyvin jo 5-vuotiaasta lähtien VAS-asteikolla. Sairaanhoitajat myös kokivat mittareiden erilaisuuden ja käytön vähyyden hankaloittavana teki-

jänä kivun arvioinnissa. Leikkaussalissa ja osastolla pitäisi heidän mukaan käyttää samaa asteikkoa. (Juurioksa & Korhonen 2010.)

Sairaanhoitajien näkemys on, että lapsen oma arvio kivusta on erittäin tärkeä. Lapsen oman arvion luotettavuuteen vaikuttavat lapsen ikä ja kehitys. Potilaan iän, kehityksen sekä ymmärryksen kasvaessa myös kivun arvioinnin luotettavuus kasvaa. Lapsen oma arvio kivusta saadaan esille yhteistyössä sairaanhoitajan kanssa, esittämällä lapselle tarkkoja kysymyksiä kivun voimakkuudesta ja sijainnista. Myös vanhempien arvio lapsen kivusta tulee ottaa huomioon, koska he tuntevat lapsensa hyvin ja poikkeava käytös on aina merkki jostakin. Haastattelussa ilmeni, että jos lapsi ei ole kykenevä käyttämään kivun ilmaisussa tarvittavia abstrakteja käsitteitä, on hän usein kuitenkin kykenevä osoittamaan muutoksen parempaan tai pahempaan suuntaan kipumittarin avulla. Osa sairaanhoitajista toi haastattelussa ilmi kokemuksen sekä ammattitaidon suuren merkityksen lapsen kivun arvioinnissa. (Juurioksa & Korhonen 2010.)

Sairaanhoitajat toivat esille, että jokaisella osastolla on omat toimintamallit koskien lapsen kivun mittaamista ja arviointia. Lapsen kivun mittaaminen ja arvioiminen toteutuu osittain, mutta se on puutteellista, koska toimintamallit eivät ole yhtenäisiä, vaikka osastojen välinen toiminta on jatkuvaa yhteistyötä. Jokaisen haastatellun sairaanhoitajan mukaan olisi tarpeen yhtenäistää käytännöt. Tällä tavoin lapsipotilaan kivunhoitoa voidaan heidän mukaansa seurata paremmin. (Juurioksa & Korhonen 2010.)

Juurioksa & Korhonen: Sairaanhoitajan näkemyksiä lapsen kivun mittaamisesta ja arvioinnista, 2010		
Yläkategoria	Alakategoria	Tutkimustulos
Kivun tunnistaminen ja arviointi	Lapsipotilaiden kivun mittaaminen ja arviointi	Tärkeimpiä välineitä lapsen kivun mittaamisessa ja arvioinnissa ovat haastateltavien mielestä sairaanhoitajan työkokemus, käytösmittarit ja lapsen oma arvio kivusta. Haastatteluista ilmeni, että fysiologisilla mittareilla ei lapsia hoidettaessa ole niinkään suurta merkitystä. Lapsilla ei sairaanhoitajien mukaan mitata verenpainetta kovin usein, mutta pulssin seuranta on olennainen asia ja kertoo kivusta enemmän kuin verenpaine. Arvioinnissa käytettiin isommilla lapsilla kipukiilaa ja kasvomitaria. Kivun arvioinnissa käytettiin apuna lapsen ilmeitä, eleitä, aktiivisuutta, syömättömyyttä tai juomattomuutta, hikoilua, kalpeutta, vanhempien arviota, käytöksen muutosten seuraamista sekä lapselle suoraan esitettyjä ky-

		<p>symyksiä.</p> <p>Lapsen oma arvio kivusta on erittäin tärkeä. Arvion luotettavuuteen vaikuttavat lapsen ikä ja kehitys</p>
Kivun hoitotyön kehittäminen	Kivun arvioinnin kehittäminen	<p>Kipumittareiden erilaisuus ja käytön vähyys nähtiin kivun määrittämisestä hankaloittavina tekijöinä.</p> <p>Opinnäytetyössä tuli esille tarve yhtenäistää osastojen lapsipotilaiden kivun mittaamisen ja arvioinnin toimintamalleja.</p>

Taulukko 5: Juurioksa & Korhonen: Sairaanhoitajan näkemyksiä lapsen kivun mittaamisesta ja arvioinnista opinnäytetyön analyysitaulukko

9.5 Emmi Tiittanen & Satu Örnberg: Sairaanhoitajan ja vanhemman yhteistyösuhde lapsen kivun tunnistamisessa sairaanhoitajan näkökulmasta, 2011

Opinnäytetyössä on haastateltu neljää osasto 24:n sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat kokivat yhteistyösuhteen vanhempiin tärkeänä ja olennaisena leikki-ikäisen lapsen kivun tunnistamisessa. Sairaanhoitajien kokemukset yhteistyösuhteesta lapsen kivun tunnistamisessa liittyivät lapsen kipukäyttäytymiseen, kivun tunnistamisen menetelmiin sekä vuorovaikutukseen. Hyvä yhteistyösuhde edellytti hyvää vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja vanhemman sekä osittain lapsipotilaan välillä, vanhemman läsnäoloa sairaalassa sekä vanhemman kokonaisvaltaista osallistumista lapsensa hoitoon. Hyvä yhteistyösuhde edellytti myös sairaanhoitajilta vahvaa ammattitaitoa. Sairaanhoitajat kokivat hyvän yhteistyösuhteen vanhempien kanssa menetelmäksi päästä tavoitteeseen, jossa lapsen paraneminen mahdollistui ja lapsipotilaan kokonaisvaltainen hoito oli onnistunutta. (Tiittanen & Örnberg 2011.)

Lapsen kipukäyttäytyminen ilmeni haastateltavien sairaanhoitajien mukaan sekä fysiologisina että psykologisina muutoksina elimistössä. Fysiologisia kiputuntemuksia olivat mahakipu, pahoinvointi, oksentaminen sekä yleishuono olo. Lapsen itkuinen ja levoton oleminen sekä hiljaa kätkeytyneenä makaaminen viestittivät sekä fysiologisesta että psykologisesta kiputuntemuksesta ja -käyttäytymisestä. Lapsen kipu paikallistui usein mahaan, vaikka esimerkiksi nielurisoja olisi operoitu. Psykologisina kipukokemuksina sairaanhoitajat pitivät kiukuttelua, känkkäränkkää ja kätkeytyä. Lapsen yleishuono olo johtui itse kivusta, mutta myös surusta sekä ikävästä poissaolevaa vanhempaa kohtaan. Kiukuttelu, känkkäränkkä ja levottomuus sekä kätkeytyminen kuvattiin mielenosoittamisena fyysisen kivun lisäksi. Sairaanhoitajat kertoivat haastatteluissa lapsen osoittavan usein mieltään tuntemattomalle ja pelottavalle hoitohenkilökunnalle juuri kiukuttelemalla. (Tiittanen & Örnberg 2011.)

Lapsen kivun tunnistamisessa tärkeäksi ja hyödylliseksi asiaksi nousi kanssakäyminen ja yhteistyösuhde sekä lapsen että vanhemman kanssa. Sairaanhoidajat kokivat yhteistyösuhteen auttavan lapsen kivun tunnistamisessa. Vanhempien koettiin tuntevan omat lapset parhaiten ja tästä johtuen osaavan tulkita lapsen normaalista poikkeava käyttäytymistä paremmin kuin sairaanhoidajat. Haastatellut hoitajat kokivat toimivansa yhteistyössä lapsen vanhemman kanssa lapsen terveydentilan edistämiseksi. Yhteistyötä edesauttaa luottamus, keskustelu, avoimuus, arvostus ja kuuntelu, tällä tavoin myös lapsen vanhempi otetaan huomioon lapsen hoidossa. Haastateltavien mukaan yhteistyöstä muodostui hoitosuhde, johon hoitajat tuovat oman persoonallisuutensa ja ammatillisuutensa. Yleisesti ottaen haastateltavat kokivat yhteistyösuhteen toimivan hyvin. Niissä tilanteissa, joissa kommunikaatio vanhemman kanssa oli haastavaa, taustalla oli yleensä vanhemman pelko lapsen tilanteesta. Vuorovaikutustaitoja pidettiin tärkeänä yhteistyösuhteen luomiseksi vanhempiin. (Tiittanen & Örnberg 2011.)

Sairaanhoidajat kokivat siis työkokemuksen pituuden ja ammattitaidon olennaisena asiana lapsen kivun tunnistamisessa, sekä hyvän hoito- ja yhteistyösuhteen luomisessa vanhempiin. Lapsen kivun tunnistamisen menetelmiä olivat mm. lapsen ilmeiden, eleiden, yleistilan, käyttäytymisen ja peruselintoimintojen, kuten pulssin ja hengityksen tarkkailu sekä diagnosointi. Sairaanhoidajat kertoivat, että kokemuksen myötä lapsesta vaistoa kivun, sen oppii näkemään päältäpäin ja kivunhoitoon saa näppituntuman, sen jälkeen kun työtä on tehnyt pitkään. Sairaanhoidajat kokivat, että ammatillinen tietotaito oli tärkeää kaikessa toiminnassa ja oli kaiken toiminnan perusta. Ammatilliseen tietotaitoon kuului esimerkiksi ammatillinen käyttäytyminen, vahvempana persoonana ja ammattilaisena oleminen haastavissa tilanteissa. Jos lapsi huutaa ja vanhempia pelottaa, hoitajan pitäisi pystyä pysymään rauhallisena ja perustella ja selvittää vanhemmille mistä lapsen itkuisuus saattaa johtua. Sairaanhoidajien mukaan vanhemmat kokivat heidän ja lapsensa arvostuksen erittäin tärkeäksi ja sairaanhoidajan ammatillisuuteen liittyväksi. (Tiittanen & Örnberg 2011.)

Tiittanen & Örnberg: Sairaanhoidajan ja vanhemman yhteistyösuhde lapsen kivun tunnistamisessa sairaanhoidajan näkökulmasta, 2011		
Yläkategoria	Alakategoria	Tutkimustulos
Kivun tunnistaminen ja arviointi	Lapsen kipukäyttäytyminen	Mahakipu, pahoinvointi, oksentaminen sekä yleishuono olo. Lapsen itkuinen ja levoton oleminen sekä hiljaa käpertyneenä makaaminen viestittivät myös kivusta. Sairaanhoidajat kertoivat lapsen osoittavan usein mieltään tuntemattomalle ja pelottavalle hoitohenkilökunnalle kiukuttelemalla. Lapsen kipu paikallistui usein mahaan, vaikka operoitu

		alue olisi nielurisoissa. Sanaton viestintä, kuten ilmeet ja eleet viestittivät myös kivusta.
	Lapsen kivun tunnistaminen, yhteistyö vanhempien kanssa	Kokemus ja ammattitaito olivat sairaanhoitajien mukaan tärkeä keino tunnistaa lapsen kipu. Sairaanhoitajat kertoivat, että lapsesta vaistoa kivun, sen oppii näkemään päältäpäin ja kivunhoitoon saa näppituntuman, kun kivunhoitotyöstä on paljon kokemusta. Sairaanhoitajat kertoivat tunnistavansa lapsen kipua diagnosoinnilla ja kokonaisvaltaisen tilan tarkkailulla. Peruselintoimintojen, kuten pulssin ja hengityksen seuranta, nousivat haastattelussa keskeisiksi kivun tunnistamisen menetelmiksi. Kanssakäymistä lasten vanhempien kanssa sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, koska vanhemmat tuntevat lapsensa, he osaavat myös kertoa milloin lapsen käytös poikkeaa normaalista ja lapsi kokee mahdollisesti kipua.
Kivun hoitotyön kehittäminen	Kivunhoidon arvioinnin kehittäminen ja koulutus	Opinnäytetyössä tuli esille ammattitaidon kehittämisen ja työkokemuksen olennainen rooli kivun arvioinnissa ja vuorovaikutussuhteiden luomisessa.

Taulukko 6: Tiittanen & Örnberg: Sairaanhoitajan ja vanhemman yhteistyösuhde lapsen kivun tunnistamisessa sairaanhoitajan näkökulmasta opinnäytetyön analyysitaulukko

10 Tutkimustulokset

Korvaklinikan kipuhankkeessa kipua on pääsääntöisesti tutkittu sairaanhoitajan näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä läpikäydyissä viidessä tutkimuksessa, kaikissa on tutkittu kivunhoitoa sairaanhoitajien näkemysten kautta. Korvaklinikan kipuhankkeeseen tehtyjen opinnäytetöiden tutkimustuloksia on tähän opinnäytetyöhön kartoitettu kivun tunnistamisen ja arvioinnin, kivun hoitotyön ja kivunhoidon kehittämisen näkökulmasta. Opinnäytetöissä, joiden tutkimustuloksia on tarkasteltu ja koottu yhteen, on tutkittu kivunhoitoa ja sen arviointia Korvaklinikan eri yksiköissä. Sairaanhoitajan näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta on tutkittu kirurgisella vuodeosastolla 25. Yhdessä hankkeeseen tehdyssä opinnäytetyössä on tutkittu aikuispotilaiden kivunhoitoa päivystyspoliklinikalla. Postoperatiivista lääkkeetöntä kivunhoitoa on tutkittu lyhytkirurgisilla aikuispotilailla vuodeosastoilla 24 ja 25. Lisäksi sairaanhoitajien näkemyksiä lapsipotilaiden kivun arvioinnista on tutkittu Korvaklinikan kirurgisella vuodeosasto 24:llä, päiväkirurgisella osastolla, päivystyspoliklinikalla ja heräämössä. Sairaanhoitajien ja vanhempien yhteistyötä lapsipotilaan kivun tunnistamisessa on tutkittu Korvaklinikan kirur-

gisella vuodeosastolla 24. Organisaatiomuutoksen vuoksi vuodeosastoja 24 ja 25 ei ole enää olemassa, vaan ne ovat integroitu yhdeksi vuodeosastoksi. Kipuhankkeeseen osallistuneet muut Korvaklinikan yksiköt ovat vielä toiminnassa.

Korvaklinikan kipuhanke – tutkimustulokset		
Yläkategoria	Alakategoria	Tutkimustulos
Kivun tunnistaminen ja arviointi	Kivun arvioinnin menetelmät	<p>Kivun ennaltaehkäisyn ja lääkityksen toimivuuden arvioinnin ja säätelyn katsottiin olevan olennaisin osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista.</p> <p>Erilaisten arviointiasteikkojen käyttäminen.</p> <p>Potilaan kanssa keskusteleminen.</p> <p>Ilmeiden ja eleiden seuraaminen.</p> <p>Yksinkertaisin tapa arvioida kipua oli kysymällä sitä potilaalta.</p>
	Lapsipotilaiden kivun arvioinnin menetelmät	<p>Sairaanhoitajat kertoivat tunnistavansa lapsen kipua diagnosoinnilla ja kokonaisvaltaisen tilan tarkkailulla.</p> <p>Tärkeimpiä välineitä lapsen kivun mittaamisessa ja arvioinnissa ovat haastateltavien mielestä sairaanhoitajan työkokemus, käytösmittarit ja lapsen oma arvio kivusta.</p> <p>Kivun arvioinnissa käytettiin apuna lapsen ilmeitä, eleitä, aktiivisuutta, syömättömyyttä tai juomattomuutta, hikoilua, kalpeutta, vanhempien arviota, käytöksen muutosten seuraamista sekä lapselle suoraan esitettyjä kysymyksiä.</p> <p>Lapsen kipu paikallistui usein mahaan, vaikka operoitu alue olisi nielurisoissa.</p> <p>Sairaanhoitajat kertoivat lapsen osoittavan usein mieltään tuntemattomalle ja pelottavalle hoitohenkilökunnalle kiukuttelemalla.</p> <p>Lapsen oma arvio kivusta on erittäin tärkeä. Arvion luotettavuuteen vaikuttavat lapsen ikä ja kehitys.</p> <p>Haastatteluista ilmeni, että fysiologisilla mittareilla ei lapsia hoidettaessa ole niinkään suurta merkitystä.</p> <p>Lapsilla ei sairaanhoitajien mukaan mitata verenpainetta kovin usein, mutta pulssin seuranta on olennainen asia ja kertoo kivusta enemmän kuin verenpaine.</p> <p>Arvioinnissa käytettiin isommilla lapsilla kipukiilaa ja</p>

		<p>kasvomittaria.</p> <p>Kanssakäymistä lasten vanhempien kanssa sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, koska vanhemmat tuntevat lapsensa, he osaavat myös kertoa milloin lapsen käytös poikkeaa normaalista ja lapsi kokee mahdollisesti kipua.</p>
	Kivun arvioinnin haasteet	<p>Hoitajat kokivat ajanpuutteen suurimmaksi haasteeksi.</p> <p>Kivun arviointi haastavaa, potilaiden yksilöllisyydestä johtuen.</p> <p>Psyykkisen kivun erottaminen fyysisestä kivusta.</p> <p>Potilaan oma arvio kivusta ristiriidassa hoitajan arvioiden kanssa.</p> <p>Kaksi viidestä haastatellusta sairaanhoitajasta kertoi, että yleinen ongelma yksikössä on kivun arviointi kipulääkkeen annon jälkeen. Arvioinnin puutteellisuuden syiksi epäiltiin lyhyet hoitoajat sekä kiire.</p> <p>Sairaanhoitajista kolme kertoi, että lyhyiden hoitoaikojen vuoksi kipulääkkeen vaikutus ei ole välttämättä ehtinyt alkaa ennen potilaan kotiin pääsyä.</p> <p>Kaikkien haastateltujen sairaanhoitajien näkemys oli, että potilaan jäädessä osastolle kivun arviointi ja seuranta tehostuvat.</p> <p>Lapsipotilaiden kohdalla kipumittareiden erilaisuus ja käytön vähyys nähtiin kivun määrittelemistä hankaloittavina tekijöinä.</p> <p>Opinnäytetyössä tuli esille tarve yhtenäistää osastojen lapsipotilaiden kivun mittaamisen ja arvioinnin toimintamalleja.</p>
Kivun hoitotyö	Kivun lääkkeellinen hoito	<p>Lääkehoito on säännöllistä, kipuklinikan ammattitaitoa käytetään apuna osastolla.</p> <p>Käytössä ovat ensisijaisesti miedot kipulääkkeet.</p>
	Kivun lääkkeetön hoito	<p>Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen.</p> <p>Ajan antaminen potilaalle keskustelemiseen.</p> <p>Potilaan rohkaiseminen osallistumaan omaan kivunhoitoon, kuunteleminen. Yksilöllinen huomioiminen.</p> <p>Ohjaus ja informaation antaminen.</p> <p>Henkisen kivun huomioiminen.</p> <p>Sairaanhoitajat kertoivat myös potilaille, ettei poti-</p>

		<p>laan tarvinnut kestää kipuaan tai selviytyä sen kanssa yksin.</p> <p>Turvallisuuden tunteen luominen -> ammatillisen, eli rauhallisen ja varman käytöksen koettiin lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta.</p> <p>Kipulääkkeen vieminen ennakkoon, jolloin potilas saattoi ottaa kipulääkkeen, kun hänestä itsestään siltä tuntui.</p> <p>Asento- ja liikehoidot fysioterapian ohjeiden mukaan. Rentouttaminen asento- ja hengitysharjoituksilla.</p> <p>Olon tekeminen mukavaksi esim. rasvaamalla potilaan huulia.</p> <p>Kylmähoidot esim. jääpalat tai jäätelö, puuduttavat kipeää aluetta, vähentävät turvotusta.</p> <p>Nestehoidot, kosteuttavat kurkkua ja vähentävät kipua.</p> <p>Huomion kiinnittämistä kivusta toisaalle, keinoina mainittiin TV:n katselu, musiikki, lukeminen sekä keskustelu.</p> <p>Hoitoympäristö huomioimalla, esim. säätämällä potilashuoneen valaistusta hämärämmäksi - vähensi kokemuksen mukaan kipulääkityksen tarvetta.</p> <p>Omaisten hädän koettiin lisäävän potilaan kipukokemusta, jolloin pyrittiin saamaan omaisen huomio kivusta toisaalle.</p>
	Kivunhoidon haasteet	<p>Yksilöllinen kivunhoito ja riittävän lääkityksen löytäminen haastavaa.</p> <p>Potilaan kuuntelemiselle, ohjaamiselle ja emotionaaliseksi tuelle ei katsottu olevan riittäviä ajallisia resursseja.</p> <p>Epävarmuus oman ammattitaidon riittävydestä.</p> <p>Potilaan motivoiminen kivunhoitoon.</p> <p>Potilaan kanssa keskusteleminen arkaluontoisista ja vakavista aiheista.</p>

Kivun hoitotyön kehittäminen	Moniammatillinen yhteistyö	<p>Kipulääkityksen suunnittelemine on klinikalla moniammatillista.</p> <p>Yhteistyö lääkärin, syöpäsairaanhoitajan ja kipuklinikan kanssa katsottiin toimivan hyvin.</p> <p>Moniammatillisuus koettiin olennaiseksi osaksi kivunhoidon onnistumista ja sitä haluttiin vielä kehittää.</p>
	Organisointi ja koulutus	<p>Osastokeskustelujen järjestäminen kivunhoitoon liittyen. Asiantuntijoiden esim. kipuhoidajan tiedon siirtämistä sairaanhoitajille.</p> <p>Enemmän keskustelua case-tilanteiden pohjalta.</p> <p>Info-tilaisuuksia kivunhoitoon liittyen.</p> <p>Lisää aikaa lääkärin ja potilaiden kanssa keskustelemiseen potilaiden tilanteesta.</p> <p>Kivunhoitoon toivottiin yleistä mallia, sapluunaa, jonka pohjalta yksilöllinen kivunhoito voitaisiin suunnitella kullekin potilaalle.</p> <p>Ammattitaidon kehittämisen ja työkokemuksen olennainen rooli kivun arvioinnissa ja vuorovaikutussuhteiden luomisessa.</p>
	Lääkkeetön kivunhoito	<p>Lisää huomiota lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmien käyttöön.</p> <p>Rentoutus- ja hengitysharjoituksista lyhytkirurgisille potilaille voitaisiin antaa suullista ja kirjallista tietoa.</p> <p>Sairaanhoitajat saattaisivat hyötyä hierontaan liittyvästä lisäkoulutuksesta.</p> <p>Kivunhoidossa on tärkeää huomioida käytettyjen lääkkeettömien menetelmien kirjaaminen.</p>

Taulukko 7: Korvaklinikan kipuhanke – tutkimustulosten analyysitaulukko

10.1 Kivun tunnistaminen ja arviointi

Kivun ennaltaehkäisyyn, lääkityksen toimivuuden arvioinnin ja säätelyn katsottiin olevan yksi olennaisin osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Hoitajat pitivät potilaiden omaa sanallista arviota kivun voimakkuudesta tärkeimpänä työvälineenä kivun arvioinnissa. Lisäksi kipua arvioitiin ilmeitä ja eleitä seuraamalla. Erilaisia kipumittareita ja arviointiasteikkoja, kuten VAS (Visual Analogue Scale) ja NRS (Numerical Rating Scale) käytettiin myös kivun arvioinnis-

sa. Kaikkien haastateltujen sairaanhoitajien näkemys oli, että potilaan jäädessä osastolle, eli silloin kuin hoitoaika pitenee, kivun arviointi ja seuranta tehostuvat.

10.1.1 Lapsipotilaiden kivun tunnistaminen ja arviointi

Tärkeimpiä välineitä lapsen kivun mittaamisessa ja arvioinnissa ovat haastateltavien mielestä sairaanhoitajan työkokemus, käytösmittarit ja lapsen oma arvio kivusta. Sairanhoitajat kertoivat, että lapsesta vaistoa kivun, sen oppii näkemään päältäpäin ja kivunhoitoon saa näppituntuman, silloin kun kivun hoitotyöstä on paljon kokemusta. Sairanhoitajat kertoivat tunnistavansa lapsen kipua diagnosoinnilla ja kokonaisvaltaisen tilan tarkkailulla. Lapsilla ei sairaanhoitajien mukaan mitata verenpainetta kovin usein, mutta pulssin seuranta on olennainen asia ja kertoo kivusta enemmän kuin verenpaine. Peruselintoimintojen, kuten pulssin ja hengityksen seuranta, nousivat haastattelussa keskeisiksi kivun tunnistamisen menetelmiksi. Arvioinnissa käytettiin isommilla lapsilla kipukiilaa ja kasvomitaria.

Kivun arvioinnissa käytettiin apuna myös lapsen ilmeitä, eleitä, aktiivisuutta, syömättömyyttä tai juomattomuutta, hikoilua, kalpeutta, vanhempien arviota, käytöksen muutosten seuraamista sekä lapselle suoraan esitettyjä kysymyksiä. Yleisempiä kipukäyttäytymisen muotoja lapsella ovat mahakipu, pahoinvointi, oksentaminen sekä yleishuono olo. Lapsen kipu paikallistui usein mahaan, vaikka operoitu alue olisi esimerkiksi nielurisoissa. Lapsen itkuinen ja levoton oleminen, sekä hiljaa käpertyneenä makaaminen viestittivät myös kivusta. Sairanhoitajat kertoivat lapsen osoittavan usein mieltään tuntemattomalle ja pelottavalle hoitohenkilökunnalle kiukuttelemalla. Yhteistyötä ja vuorovaikutusta lasten vanhempien kanssa sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, koska vanhemmat tuntevat lapsensa, he osaavat myös kertoa milloin lapsen käytös poikkeaa normaalista ja lapsi kokee mahdollisesti kipua.

10.1.2 Kivun tunnistamisen ja arvioinnin haasteet

Kivun arviointi oli sairaanhoitajien näkemysten mukaan haastavaa juuri potilaiden yksilöllisyydestä johtuen. Potilaan oma arvio kivusta saattoi joissakin tilanteissa olla ristiriidassa hoitajan arvion kanssa. Näissä tilanteissa potilas arvioi kivun pienemmäksi kuin hoitaja. Myös psyykkisen kivun erottaminen fyysisestä kivusta saattoi olla hoitajien näkemysten mukaan hankalaa vaikeissa kivunhoitotilanteissa. Näissä tilanteissa lääkkeet eivät auttaneet potilaan kipuun ja tällöin sairaanhoitajien tuli arvioida, onko kyse potilaan peloista ja psyykkisestä oireilusta, vai onko kipu fysiologinen oire, jonka hallintaan auttaa kipulääkityksen tehon nostaminen. Tutkimuksissa tuli myös esiin, että kivun arviointi kipulääkkeen annon jälkeen on yleinen ongelma. Kipulääkkeen vaikutusta ei juurikaan arvioida. Arvioinnin puutteellisuuden syiksi epäiltiin lyhyet hoitoajat sekä kiire. Haastatteluissa kävi ilmi, että lyhyiden hoitoaiko-

jen vuoksi kipulääkkeen vaikutus ei ole välttämättä ehtinyt alkaa ennen potilaan kotiin pääsyä, joten kipulääkkeen tehoa ei tästäkään syystä pystytty arvioimaan.

10.2 Kivun hoitotyö

Vuodeosastoilla tapahtuvan kivunhoidon katsottiin haastateltujen sairaanhoitajien näkökulmasta olevan pääsääntöisesti säännöllistä lääkkeellistä hoitoa. Käytössä ovat ensisijaisesti miedot kipulääkkeet. Kipuklinikan ammattitaitoa käytetään apuna osastoilla ja eri yksiköissä.

10.2.1 Kivun lääkkeetön hoito

Fysioterapian ohjeiden mukaan tehdyt asento- ja liikehoidot paransivat sairaanhoitajien näkemysten mukaan potilaan oloa. Muutama haastatelluista sairaanhoitajista kertoi ohjaavansa potilaita kivun hallintaan kehon rentouttamisella asento- ja hengitysharjoitusten avulla. Kylmähoitoja ja nesteitä tarjottiin myös potilaille. Jääpalat tai jäätelö puuduttavat kipeää aluetta ja vähentävät kipua ja turvotusta. Nesteen nauttiminen kosteuttaa kurkkua ja vähentää tällä tavoin kipua.

Kivunhoidossa hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde vähensi sairaanhoitajien kokemuksen mukaan kipulääkkeen tarvetta. Turvallisuuden tunteen luominen potilaalle, eli ammatillisen, rauhallisen ja varman käytöksen koettiin rauhoittavan potilasta. Sairanhoitajat myös kannustivat potilasta kivuliaassa tilanteessa ja kertoivat, ettei heidän tarvitse jäädä kivun kanssa yksin ja hoitajat ovat tavoitettavissa ratkomaan vaikeita tilanteita kivun kokemiseen liittyen. Monesti kipulääkkeen vieminen etukäteen auttoi potilasta myös psyykkisesti, tällöin potilas saattoi ottaa kipulääkkeen, kun hänestä itsestään siltä tuntui.

Psyykkiseen tukeen ja kivunhoitoon kuului ajan antaminen potilaalle keskustelemiseen, potilaan rohkaiseminen osallistumaan omaan kivunhoitoon ja kuunteleminen. Huumoriakin käytettiin joissakin tapauksissa, mutta haastatteluissa kävi ilmi, että huumorin käyttämiseen täytyy olla herkäät tuntosarvet ja huumorikommentit eivät sopineet käytettäväksi kaikkien potilaiden kohdalla. Huomion kiinnittämistä kivusta toisaalle käytettiin myös apuna, keinoina mainittiin TV:n katselu, musiikki sekä lukeminen. Lisäksi esille tuli panostaminen ohjaukseen ja informaation antamiseen, tämän koettiin rauhoittavan ja antavan potilaalle lisää mahdollisuuksia osallistua omaan kivunhoitoon. Sairanhoitajat toivat esille, että potilaan yksilöllinen huomiointi ja henkisen kivun huomioon ottaminen on myös tärkeää. Omaisten hädän koettiin lisäävän potilaan kipukokemusta, jolloin myös omaisille pyrittiin antamaan lisätietoa kivusta tai kiinnittämään omaisen huomio kivusta toisaalle, jolloin potilaankin kipu helpottui.

10.2.2 Kivunhoidon haasteet

Tutkimuksissa kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat haasteelliseksi yksilöllisen kivunhoidon ja riittävän lääkityksen löytämisen kullekin potilaalle. Opinnäytetöissä tuli esille, että potilaan kuuntelemiselle, ohjaamiselle ja emotionaaliselle tuelle ei katsottu olevan riittäviä ajallisia resursseja. Myös epävarmuus oman ammattitaidon riittävydestä oli sairaanhoitajien näkökulmasta haastavaa. Potilaan motivoiminen kivunhoitoon sekä potilaan kanssa keskusteleminen arkaluontoisista ja vakavista aiheista saattoi olla haastateltavien mielestä vaikeaa.

10.3 Kivun hoitotyön kehittäminen

Opinnäytetöissä tuli esille, että kivunhoidon ja kipulääkityksen suunnitteleminen Korvaklinikalla on moniammatillista. Yhteistyö lääkärin, syöpäsairaanhoitajan ja kipuklinikan kanssa katsottiin toimivan hyvin. Moniammatillisuus koettiin niin olennaiseksi osaksi kivunhoidon onnistumista, että sitä haluttiin vielä kehittää. Ammattitaidon kehittämisen koettiin olevan olennaisessa roolissa kivunhoidon onnistumiselle. Hoitotyön laadun edistämiseksi toivottiin lisää osastokeskusteluja ja -tunteja kivunhoitoon liittyen. Yleensä ottaen toivottiin enemmän keskustelua esimerkiksi case-tilanteiden pohjalta ja info- ja koulutustilaisuuksia ammattitaidon kerryttämiseksi. Asiantuntijoiden, kipuhoitajan ja syöpäsairaanhoitajan tiedon siirtämistä sairaanhoitajille kaivattiin nykyistä enemmän. Lisäksi toivottiin lisää aikaa lääkärin ja potilaiden kanssa keskustelemiseen potilaiden tilanteesta. Kivunhoitoon toivottiin myös yleinen malli, kivunhoidon sapluuna, joka helpottaisi kivunhoitoa ja jonka pohjalta yksilöllinen kivunhoito voitaisiin suunnitella kullekin potilaalle. Kivunhoitoon liittyvää materiaalia toivottiin enemmän, esille tuli myös kipukansion kokoaminen kaikille yhteiseen käyttöön. Erityisesti lapsipotilaiden kohdalla kipumittareiden erilaisuus ja käytön vähyys nähtiin kivun määrittämisestä hankaloittavina tekijöinä. Haastatteluissa tuli esille tarve yhtenäistää osastojen kivunmittaamisen ja arvioinnin toimintamalleja. Tällä tavoin potilaiden kivunhoitoa voidaan seurata paremmin ja kivunhoidon laatua pystytään nostamaan.

Lääkkeettömään kivunhoidon kehittämiseen ja käyttöön toivottiin lisää huomiota. Rentoutus- ja hengitysharjoituksista lyhytkirurgisille potilaille voitaisiin antaa sekä suullista että kirjallista tietoa. Sairaanhoitajat saattaisivat myös hyötyä esimerkiksi hierontaan liittyvästä lisäkoulutuksesta. Kivunhoidossa on tärkeää huomioida myös käytettyjen lääkkeettömien menetelmien kirjaaminen.

11 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella valideetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa tutkittu ja mitattu juuri sitä

asiaa, mitä on ollut tarkoitus tutkia. Ulkoisessa validiteetissa otetaan huomioon kuinka hyvin tulokset voidaan yleistää kattamaan tutkimuksen ulkopuolista perusjoukkoa. Esimerkiksi kuinka hyvin kansainvälisten tutkimusten tuloksia voidaan yleistää suomalaiseen terveydenhuoltoon. Reliabiliteetillä tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin voidaan käyttää arvioinnin kriteerejä. Näitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tutkimuksen arvioinnissa uskottavuus määritellään sillä, miten selkeästi tutkittavat tulokset on tuotu esille ja miten analyysi on tehty. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, voidaanko tutkimustulokset siirtää muuhun tutkimusympäristöön. Riippuvuus on tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavin perustein. Vahvistettavuudessa erilaisilla tekniikoilla varmistetaan tutkimuksen totuusarvo ja sovellettavuus. Laadullisissa tutkimuksissa käytetään usein pitkiä lainauksia alkuperäisestä tekstistä. Tutkimuskohtaisesti tulee miettiä, miten pitkiä lainauksia käytetään ja käytetäänkö niitä ollenkaan. Pitkien tekstilainauksien käyttö voi myös ilmaista puutteellisesta ja jäsentymättömästä analyysistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.)

Laadullista tutkimusta arvioidaan yleensä neljän seikan kautta. 1) Kuvauksen elävyys. Tällä tarkoitetaan, että aineistoa kuvataan mahdollisemman tarkasti ja elävästi. Aineistoa täytyy kuvata uskottavasti ja syvällisesti. Kuvailu täytyy tehdä täsmällisesti ja tarkasti. 2) Metodologinen sopivuus. Valitun metodin täytyy olla sopiva tutkittavaan ilmiöön. Dokumentointi ja menettelytavat täytyy olla täsmälliset. Prosessin aika tehdyt päätökset täytyy tuoda selkeästi esiin. 3) Analyttinen täsmällisyys. Kategorioiden täytyy olla loogisia, niin että tulkintaprosessia ei jää epäselväksi. 4) Teoreettinen loogisuus. Tutkimuksen lopputuloksessa tulee käydä ilmi teoria, malli tai käsitteellinen kehys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 199-201.)

Tässä opinnäytetyössä aineistona on ollut Korvaklinikan kipuhankkeeseen aikaisemmin tehdyt opinnäytetyöt. Opinnäytetyöissä esiintuodut tutkimustulokset on pyritty siirtämään tähän tutkimustyöhön niin tarkasti kuin mahdollista, muuttamatta niiden alkuperäistä merkitystä. Tutkimustuloksia on tarkasteltu alkuperäisistä töistä poikkeavien käsitteiden avulla, mutta itse asiasisältö on sijoitettu viitekehukseen niin, ettei sen sisältöä ole muutettu.

Aineiston laatu, sen analyysi ja tulosten esittäminen ovat laadullisen tutkimuksen keskeisiä luotettavuuskysymyksiä. Aineiston keräämisen yhteydessä saatu informaatio on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Tästä johtuen aineisto laatu on keskeisessä roolissa luotettavuutta arvioidessa. Aineiston analysoinnissa tulee esille tutkijan taidot, arvot ja oivalluskyky. Yleisen laadulliseen tutkimukseen liittyvän luotettavuuden lisäksi analyysin haasteena on, miten tutkittava aineisto pystytään pelkistämään niin, että se kuvaa mahdollisemman hyvin tutkittavaa ilmiötä. Luokittelun luotettavuus nousee olennaiseen roo-

liin, koska muuten aineistosta ei voida tehdä luotettavia päätelmiä. Analyysin luotettavuuden kannalta on olennaista, että tutkija pystyy osoittamaan selvän yhteyden tutkimustuloksen ja aineiston välillä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36-37.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan usein edelleen validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän ja -kohteen yhteensopivuutta: miten menetelmä sopii juuri sen ilmiön tutkimiseen, jota sillä on tarkoitus tutkia. Validiteetin käsite perustuu korrespondenssiteoriaan. Totta on sellainen väite tai kuvaus, joka vastaa tosiasioiden tilaa eli on vastaavuussuhteessa tosiasioihin. Reliabiliteetin eli toistettavuuden avulla arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja alttiutta satunnaisvaihtelulle. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 147.)

Tässä opinnäytetyössä pyrkimyksenä on ollut alkuperäisen aineiston pelkistäminen niin, että se vastaa mahdollisimman hyvin alkuperäistä tutkimustulosta ja tutkittua ilmiötä. Aineiston pelkistämässä on pyritty tarkkuuteen ja loogisuuteen siirrettäessä aineistoa tarkasteltavaksi teoreettisen viitekehyksen analyysirungon avulla. Tavoitteena on ollut luotettavuus alkuperäisen aineiston ja tämän opinnäytetyön tutkimustulosten välillä.

Tutkimusraportin laatimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ovat esimerkiksi plagiointi, tulosten sepittäminen, puutteellinen raportointi ja toisten tutkijoiden vähättely. Plagiointi tarkoittaa toisen kirjoittaman tekstin suoraa lainausta ilman lähdeviitteitä sekä omien tulosten toistamista. Omien tulosten toistaminen tarkoittaa, että tutkija käyttää samaa aineistoa useamman tutkimusraportin lähteenä. Tulosten sepittämisen ollessa kyseessä, voi olla ettei tutkittavaa aineistoa ole ollenkaan olemassa ja tutkija keksii tutkimustulokset. Tutkimuksen eettisyydelle on tärkeää, että tutkimuksen kulku ja sen eri vaiheet kuvataan tarkasti. Myös mahdolliset tutkimuksen kannalta kielteiset tulokset ja puutteet tulee julkaista. Eettisyyden kannalta on olennaista, ettei tutkimustuloksia kaunistella tai muuteta. Toisten tekemää työtä ei myöskään voi vähätellä tai omia. Eettisyys ja hyvä tieteellinen käytäntö toimii ohjenuorana esimerkiksi useiden tutkijoiden roolien erittelyyn. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224-226.)

Tässä opinnäytetyössä on lähdeviitteisiin kiinnitetty erityistä huomiota, koska opinnäytetyön aineistona ovat kipurahankkeen opinnäytetyöt. Opinnäytetyön tutkimustuloksia referoitaessa on aina käytetty lähdeviitettä. Tutkimuksen eteneminen on myös pyritty esittämään mahdollisimman selkeästi sekä sanallista raportointia että kaavioita käyttäen, joissa opinnäytetyön tulokset esitetään pelkistämällä.

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisutavat ovat yhteneväisiä. Uskottavuus saavutetaan noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu esimerkiksi tiedeyhteisön toimintatapojen noudattaminen. Näitä ovat rehellisyys, yleinen

huolellisuus ja tarkkuus. Lisäksi tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen mukaisia kriteerejä ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132.)

12 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut Korvaklinikan kipuhankkeeseen tehtyjen opinnäytetöiden tutkimustulosten ja kehittämisehdotusten tarkasteleminen. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kivun hoitotyön kehittäminen Korvaklinikalla. Tutkimustuloksia on tarkasteltu kipuhankkeen tavoitteista muodostettujen käsitteiden kautta. Tekijän näkökulmasta katsottuna opinnäytetyön tulokset ovat sopineet luontevasti niille luotuun viitekehukseen. Käsitteistä on luotu teoreettinen viitekehys, jota on käytetty analyysirunkona tutkimustuloksia tarkasteltaessa, muu rungon ulkopuolelle jäävä materiaali on rajattu pois. Jäljelle on jäänyt olennaiset asiat kivun tunnistamisen ja arvioinnin, kivun hoitotyön ja kivunhoidon kehittämisen näkökulmasta katsottuna.

Useammassa opinnäytetyössä tuli esille resurssien riittämättömyys riittävän hoidollisen laadun toteuttamiselle kivunhoidossa. Hoitotyön suorittamiseen huolellisesti alusta loppuun ja potilaan kanssa vuorovaikutussuhteen solmimiseen ei katsottu olevan sairaanhoitajien näkemysten mukaan ajallisia resursseja. Moniammatillisen yhteistyön toteuttamista käytännön työssä toivottiin tehostettavan vielä enemmän, vaikka sen koettiin toimivan tutkimusten tekohehkellä hyvin. Sairaanhoitajat pitivät moniammatillisuutta olennaisena osana kivunhoidon onnistuneelle toteuttamiselle. Kivun hoitotyöhön toivottiin yhtenäistä toimintatapaa ja linjaa, jota toteutettaisiin samalla tavoin eri yksiköissä. Tämän katsottiin nostavan kivunhoidon laatua ja tehoa. Yhtenäisten toimintamallien luominen voisi jopa sujuvoittaa toimintaa ja vapauttaa hoitohenkilökunnan resursseja käytettäväksi tehokkaammin hoitotyöhön.

Suurin ongelma leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa on hoidon epätasaisuus. Samassa sairaalassa tai jopa samalla osastolla voi olla suuria eroja eri potilaiden saamassa kivunhoidon laadussa. Erityisesti kivunhoidon organisoimattomuus voi aiheuttaa epätasaista hoidon laatua. Päiväkirurgisia toimenpiteitä tehdään yhä enemmän ja tämä haastaa hoitohenkilökunnan uuteen tilanteeseen. Hyvä kivunhoito edellyttää ammattitaitoa ja erilaisten kivunhoitomenetelmien hallintaa. Tehokas ja turvallinen kivunhoito ulottuu koko hoitoketjun alusta loppuun, eli leikkaussalista osaston kautta potilaan kotiin. Jotta saavutettaisiin korkealaatuinen kivunhoito hoitoketjun alusta loppuun, on toiminnalle asetettava useita laatuvaatimuksia. (Rosenberg ym. 2014, 872, 879.)

Kansainvälisessä tutkimuksessa moniammatillista yhteistyötä peräänkuulutetaan akuutin kivunhoidon laadun parantamisessa. APS-ryhmien koordinoivaa työtä pidettiin olennaisena osa-

na laadukasta hoidon organisaatiota. Kivunhoitoon liittyvät eri ammattiryhmät huomioiva verkostomainen toiminta tukee APS-työtä. Amerikkalaisessa tutkimuksessa tuli esille, että moniammatillinen ryhmätyö edesauttoi potilaiden nopeampaa toipumista, lyhempiä sairaalassaoloaikoja ja vähensi postoperatiivista kuolleisuutta. (White & Kehlet 2010.)

Ammattitaidon kehittämistä ja erilaisia koulutus- ja informaatiotilaisuuksia toivottiin vieläkin enemmän opinnäytetöihin haastateltujen sairaanhoitajien mielestä. Ammatillisuuden ja tietotaidon kehittämistä pidettiin tärkeänä. Korkea ammattitaito ja osaaminen koettiin olennaiseksi asiaksi erityisesti potilaan hoidon onnistuneessa toteutuksessa ja vaikeissa kivunhoidon tilanteissa. Osa haastatelluista sairaanhoitajista koki riittämättömyyttä ja epävarmuutta omasta osaamisestaan haastavissa hoitotyön tilanteissa. Kivunhoitoon toivottiin parempaa organisointia ja täsmällisempää ohjeistusta. Esille tuli esimerkiksi yhteinen kivunhoidon malli, jonka pohjalta yksilöllistä kivunhoitoa voitaisiin toteuttaa sujuvammin. Täsmällisemmän kivunhoidon mallin tulisi sisältää myös kivunhoidon tunnistamisen ja arvioinnin sekä kirjaamisen toimintatapojen terävöittäminen. Sairaanhoitajat esittivät toimintamallien linjan täsmentämistä ja yhdenmukaistamista kaikissa Korvaklinikan yksiköissä. Tällä tavoin kivunhoitoa pystyttäisiin seuraamaan ja sen laatua ylläpitämään potilaan siirtyessä osastolta toiselle.

Akuutin kivunhoidon laadun vahvistaminen tarkoittaa huolehtimista kivunhoidon seurannasta, koulutuksesta ja ohjeistuksesta. Tutkimuksessa on tullut ilmi, että kivunhoidon laatua on pystytty nostamaan täsmentämällä akuutin kivunhoidon ohjeistusta, auditoimalla kipuvastuuhoitajien akuutin kivunhoidon tietoja ja asenteita, sekä laatimalla koulutussuunnitelma hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamiseksi. Uudelle tehokkaammalle organisoinnille on ominaista tiivis ja jatkuva verkostomainen yhteistyö kipuvastuuhoitajien, klinisten toimijoiden (lääkärit, hoitohenkilökunta), klinisen hoitotyön asiantuntijoiden sekä akuutin kivun hoitoon liittyvien muiden asiantuntijoiden kanssa. (Ervast & Kuusisto 2013, 31-34.)

Myös hoitohenkilökunnan henkilökohtaisella asian harrastuksella ja tietotaidoilla on suuri merkitys, koska terveydenhuollon ammattilaisilla on suuri vastuu kivunhoidossa. Pelkkä tieto ei riitä varmistamaan hoidon laadun yhtenäistä tasoa. Erilaiset kivunhoidon organisaatiot on otettava hoidon tueksi. Pohjoismaissa on kehitetty sairaanhoitajapainotteinen kivunhoitomalli, jossa osastojen henkilökunnan koulutukseen panostamalla on päästy kustannustehokkaasti hyviin tuloksiin kivunhoidossa. Erityisen toimivaksi on osoittautunut osastoilla työpari, johon kuuluu akuuttiin kivunhoitoon perehtynyt sairaanhoitaja ja hänen tukenaan akuutin kivun hoidosta vastaava anestesia lääkäri. Päiväkirurgisten yksiköiden on rakennettava kotiin asti ulottuva neuvontaorganisaatio. Tehokas ja laadukas postoperatiivinen kivunhoito vaatii runsaasti koulutusta, seurantaa ja järjestelmän ylläpitoa. Sillä vähennetään potilaiden kärsimystä ja edistetään heidän toipumistaan. Tämä onnistuu vain silloin, jos kivunhoito on organisoitu tehokkaasti ja omaa toimintaa korjaavasti. (Rosenberg ym. 2014, 872, 879.)

Osastojen ja yksiköiden kipuvastuuhoitajat ovat akuutin kivunhoidon kehittämisen kannalta tärkeä asiantuntijaryhmä. Kipuvastuuhoitajan toimenkuvaan kuuluu henkilökunnan opastaminen, perehdyttäminen ja oman osaamisen jatkuva ylläpito liittyen kivun hoitotyöhön. Kivun hoitotyön osaaminen voidaan luokitella vastuualueisiin joita ovat esimerkiksi kivun hoidon toteutus, ajoitus, erilaiset kivunlievitysmenetelmät, seuranta, arviointi, kirjaaminen ja raportointi. Tutkimuksen mukaan kivunhoidon tehokkuutta ja laatua oli saatu nostettua kohdentamalla toimintaan varattuja hoitajaresursseja tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin. Näyttöön perustuva toiminta edistää merkittävästi tasalaatuista osaamista akuutin kivun hoitotyössä, vahvistaen tietoutta akuutin kivun arvioinnista, menettelytavoista, seurauksena on ollut myös toimintaan kohdennettujen henkilöresurssien tehokkaampi käyttö. (Ervast & Kuusisto 2013, 31-34.)

Tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajat toivoivat tehokkaampaa ja organisoidumpaa kivunhoitoa. Vaikeisiin tilanteisiin tulisi olla ennalta mietittyjä toimintamalleja ja -tapoja, joiden pohjalta kivunhoitoa voitaisiin toteuttaa potilaskohtaisesti ja -lähtöisesti. Tällä tavoin kivunhoidon laatu pysyisi tasaisena hoitoketjun kaikissa vaiheissa. Kipuhoitajan ja syöpäsairaanhoitajan ammattitaidon tehokkaampaa hyödyntämistä toivottiin haastatteluisissa. Opinnäytetöiden tutkimustuloksissa kävi ilmi, että sairaanhoitajat halusivat tilaisuuksia parantaa omaa ammattitaitoaan esimerkiksi kipuhoitajan ja syöpäsairaanhoitajan vetämien osastotuntien, keskustelujen ja auditointien muodossa.

Laure- ammattikorkeakoulun ja Korvaklinikan välinen kipuhanke on tuottanut monenlaisia tutkimustuloksia, joista voi tehdä johtopäätöksiä Korvaklinikan kehittämishaasteista kivun hoitotyöhön liittyen. Monessa tapauksessa ennen kehittämistyöhön ryhtymistä on hyvä kartoittaa organisaation nykyinen tilanne, jotta kehittämiskohteet tulevat esille. Tässä kipuhanke on toiminut osaltaan selvittämällä sairaanhoitajien näkemyksiä kivun hoitotyöstä Korvaklinikalla. Kivunhoidon laadun kehittämisprojektia voidaan jatkaa tunnistamalla nykyhetken kehittämistarpeet käyttämällä hoitohenkilökunnalle ja erityisesti kipuvastuuhoitajille suunnattuja auditointeja, joilla saadaan informaatiota liittyen hoitohenkilökunnan tietoihin, taitoihin ja asenteisiin akuutin kivunhoidon alueella.

Erilaiset auditoinnit voisivat olla hyödyllisiä myös Korvaklinikan koulutustarpeiden selvittämiseksi. Auditointeja on terveydenhuollon yksiköissä tehty esimerkiksi 21-väittämällä PAK-mittarilla (Pain Knowledge and Attitudes Questionnaire). Mittaria on käytetty kansainvälisesti sisätautien, kirurgian, anestesiologian ja ensihoidon konteksteissa keräämään tietoa hoitohenkilöstön ja lääkäreiden tietotaidosta ja asenteista liittyen kivunhoitoon (Ervast & Kuusisto 2013, 31-34). Saadun informaation pohjalta voidaan suunnitella koulutusta ja paikallistaa tarkasti ne asiat ja kohteet, joissa lisäkoulutusta tarvitaan. Opinnäytetöiden

tutkimustulosten perusteella kehittämiskohteena nousee esille koulutuksen ja informaation lisääminen esimerkiksi osastotuntien ja keskustelun avulla ja ammattitaidon ja tiedon lisääminen kivun hoitotyöhön tätä kautta.

Moniammatillisen yhteistyön tehostaminen, yhteistyöedellytyksien luominen esimerkiksi kipuhoitajan, syöpäsairaanhoitajan ja lääkärin kanssa tuli tutkimuksissa esille yhtenä kehittämisehdotuksena. Toiminnan verkostoituminen moniammatillisesti APS-toiminnan kaltaisesti voisi auttaa resurssien hyödyntämisessä. Lisäksi organisaation ja toimintatapojen tehostaminen nousi tutkimustuloksissa esille. Kivun hoitotyön tehokkaampien toimintamallien luominen ja kivunhoidon, kivun tunnistamisen ja arvioinnin yhdenmukaistaminen eri yksiköiden välillä nostaisi tutkimustulosten mukaan kivun hoitotyön laatua Korvaklinikalla. Tehokkaampi hoitotyön organisointi ja sujuvat toimintamallit voisivat osaltaan vähentää sairaanhoitajien kokemaa kiirettä vapauttamalla resursseja hoitotyöhön.

Jatkotutkimusta ajatellen olisi mielenkiintoista selvittää, millä tavoin kivun hoitotyön ja kivun arvioinnin toimintamalleja voisi organisoida tai yhtenäistää sopiviksi juuri Korvaklinikan eri yksiköitä ajatellen. Laurea-ammattikorkeakoulun ja Korvaklinikan välisessä kipuhankkeessa kivun hoitotyötä tutkittiin sairaanhoitajan näkökulmasta. Jatkotutkimuksissa hankkeen tutkimustuloksia voisi syventää tutkimalla kivun hoitotyötä myös potilaan näkökulmasta.

Lähteet

- Arminen, S. 2014. Tutkimussuunnitelma. Sähköpostiviesti 6.2.2014. Vastaanottaja H. Soininvaara. Tutkimussuunnitelman sisällön kommentointia.
- Aro, H., Böstman, O., Kröger, H., Lassus, J. & Salo, J. (toim.) 2010. Traumatologia. 7. painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.
- Delcos, N. & Vianto, S. 2008. Aikuispotilaiden kivun hoidon kirjaaminen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Ekfors, K. & Taimi, P. 2011. Aikuisen postoperatiivinen kivunhoitotyö vuodeosastolla. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Ervast, M. & Kuusisto, P. 2013. APS-koordinaatio vahvistaa akuutin kivunhoidon laatua. Kipuviesti nro 2 10/2013, 31-34. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti.
- Hankesopimus 2007. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon: toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura
- Heiskanen, E. & Liimatainen, R. 2010. Sairaanhoidajien kokemuksia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä HYKS Korvaklinikalla. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Hänninen, J. & Pätäri, J. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Duodecim.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.
- Juurioksa, S.-M. & Korhonen, T. 2010. Sairaanhoidajan näkemyksiä lapsen kivun mittaamisesta ja arvioinnista. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Jämsä, R. & Ojala, K. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim.
- Kalso, E., Haanpää, M & Vainio, A. 2009. Kipu. 3. painos. Helsinki: Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Korpela, M. & Törmänen, M. 2011. Lasten lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Lakanen, T. & Suomela, M. 2012. Kulttuurilähtöinen hoitotyö asiakkaan kohtaamisessa - Aikuisen somalipotilaan kipukäyttäytyminen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.

- Lepistö, I. & Saalamo, A.-E. 2013. Lapsen nielurisaleikkaus - Ohjausvideo vanhemmille. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) 2014. Anestesiologia ja tehohoito. 3. painos. Helsinki: Duodecim.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L.-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 23.11.2014. www.hotus.fi
- Sellgren, K. & Wallendahr, H. 2008. Lasten kivun hoitotyön kirjaaminen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Tiittanen, E. & Örnberg, S. 2011. Sairaanhoidajan ja vanhemman yhteistyösuhde lapsen kivun tunnistamisessa sairaanhoidajan näkökulmasta. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. painos. Helsinki: Tammi
- White, P. F. & Kehlet, H. 2010. Improving Postoperative Pain Management. What Are the Unresolved Issues? *Anesthesiology* 2010; 112:220 -5, 220-225. The American Society of Anesthesiologists.

Taulukot

Taulukko 1: Analyysirungon käsitteet	21
Taulukko 2: Jämsä & Ojala: Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuisen syöpäpotilaan kivunhoidosta opinnäytetyön analyysitaulukko	24
Taulukko 3: Hänninen & Pätäri: Sairaanhoidajien näkemyksiä aikuispotilaiden kivunhoidosta opinnäytetyön analyysitaulukko	26
Taulukko 4: Heiskanen & Liimatainen: Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sairaanhoidajien näkökulmasta opinnäytetyön analyysitaulukko	29
Taulukko 5: Juurioksa & Korhonen: Sairaanhoidajan näkemyksiä lapsen kivun mittaamisesta ja arvioinnista opinnäytetyön analyysitaulukko	31
Taulukko 6: Tiittanen & Örnberg: Sairaanhoidajan ja vanhemman yhteistyösuhde lapsen kivun tunnistamisessa sairaanhoidajan näkökulmasta opinnäytetyön analyysitaulukko	33
Taulukko 7: Korvaklinikan kipuhanke – tutkimustulosten analyysitaulukko	37