

---

# **Kivun hoito ja arviointi naistentautien vuodeosastolla**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu Hämeenlinna 21.9.2012

Meri-Tuuli Saarela

Johanna Vainio

Camilla Väänänen



## LAHDENSIVU

## Hoitotyö

**Tekijät**Meri-Tuuli Saarela, Johanna Vainio,  
Camilla Väänänen**Vuosi** 2012**Työn nimi**

Kivun hoito ja arviointi naistentautien vuodeosastolla

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka kirurgisen potilaan kivunhoito ja kivunhoidon arviointi toteutuu hoitajan näkökulmasta synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Kanta-Hämeen keskussairaalan kipuhoitajat olivat tilanneet kivunhoitoa ja kivunhoidon arviointia selvittäviä opinnäytetöitä Hämeenlinnan ammattikorkeakoululta.

Tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli saada käsitys siitä, kuinka tärkeäksi hoitajat kivunhoidon ja kivunhoidon arvioinnin kokevat, sekä selvittää, kuinka hyvin hoitajat kokevat hallitsevansa kivunhoidon ja olisiko lisäkoulutukselle mahdollisesti tarvetta.

Opinnäytetyö sisältää teoreettisen viitekehyksen, tutkimustulosten yhteenvedon sekä johtopäätökset ja pohdinnan. Teoriaosuuteen koottiin tietoa kivun eri muodoista, kivunhoidosta, kivunarvioinnista sekä yleisimmistä naistentauteihin liittyvistä kirurgisista toimenpiteistä. Tutkimusaineisto kerättiin paperisella kyselylomakkeella, jossa oli sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Kyselyyn vastattiin osastolla työaikana anonymisti. Vastauksia saatiin yhteensä 14 kappaletta, joten vastausprosentiksi tuli 56 %.

Tulosten mukaan kivunhoito naistentautien vuodeosastolla toteutuu hyvin ja monipuolisesti ja kivunhoidon vaikuttavuutta arvioidaan lähes joka kerta. Vastauksista käy ilmi myös, että hoitajat toivoisivat yhtenäisempiä linjoja kivunhoidon toteutukseen sekä sen arviointiin. Lisäksi kivunhoidon koulutusta tulisi tulosten mukaan työelämässä lisätä.

Tätä työtä voidaan hyödyntää kivunhoidon ja kivunhoidon arvioinnin kehittämässä eri osastoilla. Jatkotutkimuksena voisi selvittää, miten kivunhoitoa voisi lisää kehittää tai minkä tyyppinen koulutus kivunhoidosta koetaan kaikkein tehokkaimmaksi. Lisäksi voitaisiin selvittää hoitajien todellinen tietämys kivunhoidosta ja sen arvioinnista. Kivunhoidon onnistumista voitaisiin kysyä myös potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat kivunhoitotaitonsa hyväksi, joten olisi mielenkiintoista selvittää esimerkiksi havainnoimalla, kuinka tämä toteutuu käytännössä.

**Avainsanat** Kipu, kirurgia, naistentaudit, arviointi.**Sivut** 30 s + liitteet 4 s

HÄMEENLINNA  
Degree Programme in Nursing  
Nursing

---

**Authors** Meri-Tuuli Saarela, Johanna Vainio, Camilla Väänänen **Year** 2012

**Subject of Bachelor's thesis** Assessment and Treatment of Pain on the Gynaecological Diseases Ward

---

## ABSTRACT

The purpose of the thesis was to study how assessment of pain is achieved on the gynaecological diseases ward from the nurses' point of view. The subject of the thesis was commissioned by the central hospital of Kanta-Häme.

The aim of this study was to find out, whether the nurses find the pain assessment important and to examine if there is need for more education of pain treatment.

This thesis includes a theoretical framework, summary of the research and the conclusions. The theoretical framework consists of different kinds of forms of pain, the assessment of pain, the treatment of pain and of the most common surgical operations of the gynaecological diseases. The research material was collected with a questionnaire, where there were both multiple choice and open ended questions. The questionnaire was answered on the ward anonymously and by 14 nurses and mid-wives.

According to the results the assessment and treatment of pain on the ward is achieved well and is diverse. The results also revealed, that more education of pain treatment in the working life is needed and that the nurses wish for more uniform ways to both treat and assess pain.

This study can be used on different kinds of wards to improve the pain treatment and assessment. As a further research, one could study for example how the treatment of pain could be developed and what kind of education is the most effective. Also the nurses' real knowledge of taking care of pain could be researched. The study about taking care of pain could also be done from the patient's point of view. According to this study, the nurses find their pain treating skills to be quite good, so it would be interesting to find out how this comes true in the practical nursing, using for example observation.

**Keywords** Pain, surgery, gynaecological diseases, assessment  
**Pages** 30 p + appendices 4 p

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KIPU JA KIVUN ERI MUODOT .....	2
3	KIRURGISEN POTILAAN KIVUNHOITO.....	3
3.1	Preoperatiivinen kivunhoito .....	3
3.2	Intraoperatiivinen kivunhoito .....	3
3.3	Postoperatiivinen kivunhoito .....	4
3.4	Lääkkeetön kivunhoito .....	5
4	KIVUN ARVIOINTI JA KIPUMITTARIT .....	6
4.1	Kivunhoidon suunnittelu ja toteutus .....	7
4.2	Arviointimenetelmät.....	8
5	SYNNYTYIS- JA NAISTENTAUTIEN VUODEOSASTON ESITTELY JA KIRURGISET TOIMENPITEET.....	11
5.1	Kohdunpoisto kirurgisesti .....	11
5.2	Sektio.....	12
5.3	Kaavinta .....	12
6	KIRJALLISUUSKATSAUS .....	13
7	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	13
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	14
8.1	Kvalitatiivinen tutkimus .....	14
8.2	Aineiston keruu ja analysointi.....	15
9	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	16
9.1	Vastaajien taustatiedot.....	16
9.2	Hyvä kivunhoito.....	17
9.3	Koulutuksen riittävyys .....	19
9.4	Kivunhoidon kehittäminen naistentautien vuodeosastolla.....	20
9.5	Kivunhoidon arvioinnin toteutuminen naistentautien vuodeosastolla .....	21
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	22
10.1	Opinnäytetyön luotettavuus.....	23
10.2	Johtopäätökset .....	25
10.3	Opinnäytetyöprosessin oppimiskokemukset .....	26
	LÄHDELUETTELO .....	28

Liite 1 Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Kivun arviointi ja hoito ovat hyvin olennainen osa laadukasta hoitotyötä. Jotta kivunhoitoa voidaan tehokkaasti suunnitella ja toteuttaa, tulee kivun arvioinnin olla säännöllistä ja systemaattista. Sairaanhoidajalla on keskeinen rooli sekä potilaan kivun tunnistamisessa, arvioinnissa että sen hoitamisessa. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Kivun fysiologiset seuraukset lisäävät erilaisten komplikaatioiden määrää, joten leikkaustoimenpiteeseen liittyvä kipu on tärkeä kliininen terveysongelma. Kipu voi estää tai pitkittää potilaan leikkauksenjälkeistä kuntoutumista ja näin pidentää sairaalassaoloaikaa. Kivunhoito on siis tärkeä osa potilaan hoitoa. (Kauppila 2006.)

Tämän työn tarkoituksena on selvittää, kuinka hoitajan tekemä kivunhoidon arviointi toteutuu Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla. Työn aihe, kivunhoidon arviointi, on valittu Hämeen ammattikorkeakoulun aihepankista. Aihe on tekijöiden yhteisen kiinnostuksen myötä rajattu juuri synnytys- ja naistentautien vuodeosastolle ja sieltä on valittu kohderyhmäksi kirurgiset potilaat, jotta tarkasteltava ryhmä olisi yhtenäinen ja selkeä kokonaisuus.

Aiheena kivunhoito ja erityisesti sen arviointi on melko paljon tutkittu, mutta naistentautien näkökulma on vähäinen. Kivunhoidon arviointia käsitellään sairaanhoidajan koulutuksessa melko vähän, joten siihen syventyminen edistää omaa oppimista ja kehittymistä sairaanhoidajana. Lisäksi on havaittavissa, että työelämässä kivunhoitoa toteutettaessa itse arviointi monesti jää tekemättä.

Teoriaan on koottu yleistietoa kivusta, sen eri muodoista sekä kivun arviointimenetelmistä. Lisäksi teoriaosuudessa kerrotaan kipumittareista ja naistentautien osaston yleisimmistä toimenpiteistä. Naistentautien vuodeosasto on esitelty työn teoriaosuudessa. Kirjallisuuskatsaukseen on koottu aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Opinnäytetyön tavoitteet –osiossa kerrotaan työtä ohjaavista tutkimuskysymyksistä. Johtopäätöksissä ja pohdinnassa käydään läpi myös työn luotettavuutta. Työn tutkimuksellinen osuus koostuu synnytys- ja naistentautien vuodeosastolle suunnitellusta ja annettusta kyselylomakkeesta, johon hoitajat ovat vastanneet ja joka on analysoitu. Työn loppuun on kerätty oppimiskokemuksia.

## 2 KIPU JA KIVUN ERI MUODOT

Kipu on epämiellyttävältä tuntuva aistimus. Se on seurausta kudonsvauriosta tai kudonsvaurion uhasta. Eri kudoksiin kohdistuvissa vaurioissa kipu tuntuu erilaiselta, sillä niissä on kipureseptoreita vaihteleva määrä. (Kipu 2006.)

Kipua ei voi todeta kokeilla, vaan se on yksilöllinen kokemus, joka on olemassa silloin, kun henkilö itse sen kokee. Kivun arviointiin on olemassa erilaisia mittareita. (Kipu 2006.)

Kipua on olemassa sekä lyhytaikaista eli akuuttia, että pitkäaikaista eli kroonista. Näiden kahden syntyvät ja hoitokeinot poikkeavat toisistaan. Elimelliset tekijät, kuten haavat, luunmurtumat, synnytys, leikkaus tai tulehdus aiheuttavat akuuttia kipua, joka yleensä lievittyy ja katoaa samalla kun vaurio paranee. Kun kipu jatkuu kudosten paranemisen jälkeen, voidaan sitä pitää kroonisena kipuna. Se voi johtua esimerkiksi keskushermoston kivunsäätelymekanismien viasta tai erilaisista hermosolujen viestitshäiriöistä, joiden taustalla saattaa olla biologisia, psykologisia tai sosiaalisia tekijöitä. (Akuutti ja krooninen kipu 2009.)

Neuropaattinen eli hermoperäinen kipu syntyy, kun ääreishermoston tai keskushermoston alueella oleva hermovaurio aiheuttaa hermosoluissa pysyviä kemiallisia muutoksia. Muutokset voivat johtaa hermojen toiminnan muuttumiseen tai tuntehäiriöihin. Usein häiriöt ilmenevät sekä ääreis- että keskushermostossa, vaikka vaurio alun perin olisikin vain ääreishermoston puolella. Hermovaurion sattuessa alkavat hermosolut toimia miten sattuu. Hermosolut saattavat lauetta omia aikojaan, jolloin aivot tulkitsevat niistä lähtevät sähköiset ärsykkeet tuleviksi hermojen alkuperäisestä lähtökohdasta, kuten iholta tai sisäelimestä. (Hermovaurion aiheuttama kipu 2009.)

Kudonsvauriokipu eli nosiseptiivinen kipu syntyy kudonsvauriosta eli ihmisen satuttaessa itsensä. Vaurio voi syntyä mekaanisesti, esimerkiksi kaatuessa tai lämmön aiheuttamana palovammoissa, tai kemiallisesti kuten tulehduksissa. Kipuhermopäätteitä, jotka ovat kudosta vahingoittaville ärsykkeille herkkiä, kutsutaan nosiseptoreiksi. Niitä löytyy runsaasti sisäelimiä ympäröivästä kalvosta, sidekudoksesta, ihosta ja luukalvosta. Nosiseptorit reagoivat mekaaniseen, kemialliseen sekä lämpö- ja kylmä-ärsytykseen. (Kipu ja kudonsvaurio 2009.)

Iskeeminen kiputila, eli heikosta verenkierrosta johtuva kipu syntyy, kun kudoks ei saa riittävästi happea, minkä seurauksena hermopäätteet aktivoituvat. Mekaaninen kipu on kuormituksen tai rasituksen aiheuttamaa hermopäiden ärtymistä. Idiopaattiseksi kipu luokitellaan, kun selvää nosiseptiivistä syytä tai aistilajin järjestelmävauriota ei löydetä. Esimerkiksi fibromyalgia on idiopaattinen kiputila. Sekamuotoisessa kiputilassa on piirteitä kaikista edellä mainituista kiputyypeistä. (Kipu n.d.) Psykogeeninen kipu on psyykkisistä syistä ilmenevä kiputila. (Neuropaattisen kivun hoito-opas 2007.)

### 3 KIRURGISEN POTILAAN KIVUNHOITO

Kirurgisen potilaan kivunhoito koostuu pre-, intra- ja postoperatiivisesta kivunhoidosta. Tässä työssä korostuu postoperatiivisen kivunhoidon näkökulma. Seuraavissa kappaleissa käsitellään perioperatiivista kivunhoitoa tarkemmin.

#### 3.1 Preoperatiivinen kivunhoito

Noin tuntia ennen leikkausta potilaalle annetaan esilääke, jonka tarkoitus on rauhoittaa potilasta ja vähentää leikkaukseen liittyvää jännitystä tai pelkoa. Esilääkkeenä käytetään yleisimmin bentsodiatsepiinia (Diapam®) ja oksatsepaamia, sekä opioideja (esimerkiksi Petidin®). Potilas, jolla on kipuja ennen leikkausta, saa kipuja vähentävää lääkettä. (Iivanainen, Jauhainen & Syväoja 2010, 478.)

Joissain sairaaloissa toteutettavan preoperatiivisen hoitokäynnin on tutkusti todettu vähentävän leikkauksenjälkeistä pahoinvointia, oksentelua sekä kipulääkkeen tarvetta. Preoperatiivisella hoitokäynnillä potilas tapaa sairaanhoitajan, joka kertoo potilaalle tulevasta operaatiosta ja vastaa potilaan mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Näin saadaan vähennettyä myös potilaan pelkoa, kun potilas tietää, mistä on kyse ja mihin varautua. (Iivanainen ym. 2010, 473.)

#### 3.2 Intraoperatiivinen kivunhoito

Leikkauksen aikana potilas on joko nukutettu tai puudutettu, mikä takaa operaation kivuttomuuden. Anestesia muodostuu eri lääkkeillä saatavasta kokonaisuudesta, jossa saavutetaan turvallisesti uni, kivuttomuus ja tarvittaessa myös lihasrelaksaatio. (Iivanainen ym. 2010, 483.)

Anestesiassa lääkitys voidaan antaa suoraan suoneen, jolloin lääkkeellä on nopea vaikutus. Pelkkää i.v.- anestesiaa käytetään lyhyissä toimenpiteissä. Mahdollista lihasrelaksaatiotasoa ja -syvyyttä seurataan koko anestesian ajan. (Iivanainen ym. 2010, 483.)

Kipulääkkeinä käytetään vahvoja euforisoivia kipulääkkeitä eli opioideja, joiden vaikutus on morfiinin kaltainen. Lisäksi käytössä on fentanyyli, petidini ja lyhytvaikutteinen alfentaniili. Anestesian aikana potilas myös hengittää happea ja ilokaasua tai ilmaa. (Iivanainen ym. 2010, 483.)

Puudutusaineella saadaan hetkellisesti tunto katoamaan operoitavalta alueelta. Spinaalipuudutuksessa puudutusaine ruiskutetaan selkäytimenalaiseen tilaan. Se on erittäin yleinen ja sitä käytetään vyötärönalapuolen leikkauksiin. (Iivanainen ym. 2010, 484.)

Epiduraalipuudutuksessa aine ruiskutetaan kovakalvon ja luukalvon väliin tilaan, jolloin puudutus saadaan kehon tietyille vyöhykkeelle. Sitä käytetään erityisesti postoperatiivisena kivunhoitona ja synnytyskivuissa. (Iivanainen ym. 2010, 484.)

### 3.3 Postoperatiivinen kivunhoito

”Tehokas ja korkeatasoinen leikkauksen jälkeinen kivun hoito vaatii runsaasti työtä – jatkuvaa koulutusta, seurantaa ja järjestelmän ylläpitoa – mutta se antaa myös paljon vähentäessään potilaiden turhaa kärsimystä.” (Salomäki & Nuutinen 2011.)

Postoperatiivinen kivunhoito on jatkuva haaste sekä Suomessa että muuallakin maailmassa. Se on erittäin tärkeä osa potilaan hoitoa, koska asianmukaisella kivunlievityksellä voi olla myös sairastavuutta ja kuolleisuutta vähentävä vaikutus. (Salomäki ym. 2011.)

Postoperatiivista kivunhoitoa parantaa huomattavasti, jos leikkausyksikössä ja vuodeosastolla on organisaatio, joka huolehtii hyvän kivunhoidon ohjauksesta ja koulutuksesta, sekä potilaiden valvonnasta, konsultaatioista ja jatkuvasta laadunvarmistuksesta. Nykyään on olemassa paljon tehokkaita keinoja hoitaa postoperatiivista kipua. Lääketiede ja tekniikka ovat kehittyneet koko ajan ja tätä tulisikin hyödyntää enemmän kivunhoidossa. (Salomäki ym. 2011.)

Postoperatiiviseen kivunhoitoon kuuluu aina lääkehoito. Kipulääkettä tulisi antaa jo ennen kivun ilmaantumista, ettei kipu pääsisi yltyämään sietämättömäksi. Kovinta kipu on yleensä heti leikkauksen jälkeen, ja se helpottaa muutaman päivän kuluessa. Opioideja annetaan kipulääkkeenä suurempien leikkausten jälkeen. Pienemmissä leikkauksissa käytetään tulehduskipulääkkeitä. Kipulääke voidaan antaa suun kautta, ihon alle, lihakseen, laskimoon tai epiduraalitilaan. (Iivanainen ym. 2010, 500.)

Kun peruselintoiminnot ovat leikkauksen jälkeen vakiintuneet, siirretään potilas heräämöstä takaisin vuodeosastolle. Leikkaushaava on aina kipeä, ja kipua tulisikin hoitaa tehokkaasti. Hyvä kivunhoito edistää paranemista, sillä kivuttomuus mahdollistaa levon ja riittävän keuhkotuuletuksen. Kipua lievitetään vuodeosastolla usein lihaksensisäisellä injeksiolla. Suuren leikkauksen yhteydessä potilaalle on saatettu asentaa epiduraalikatetri, joka vie kipulääkettä suoraan epiduraalitilaan. Toinen yleinen kivunlievityskeino on PCA-pumppu, jolla potilas saa itse annettua itselleen kipulääkettä asetettujen rajojen sisällä. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 82–83.)

Postoperatiivista kipua voidaan hoitaa paikallisesti leikkauskohdassa, selkäydintasolla ja aivojen kipumekanismiin vaikuttamalla. Kun yhdistetään eri vaikutuspaikkoihin kohdistuvia hoitoja, voidaan kipua lievittää erittäin tehokkaasti. (Salomäki ym. 2011.)

Parasetamoli on tehokas kipulääke, mutta sen anti-inflammatorinen, eli tulehdusta poistava vaikutus on hyvin heikko. Sitä ei näin ollen voida lukea tulehduskipulääkkeisiin. Se ei myöskään ole yhtä tehokas postoperatiivisessa kivussa kuin tulehduskipulääkkeet. Parasetamolia voidaan antaa joko suun kautta, peräsuolen kautta tai suoneen annosteltuna. (Salomäki ym. 2011.)



Koska leikkaus aiheuttaa elimistössä inflammaation eli tulehduksen, tehoavat tulehduskipulääkkeet hyvin kirurgisen potilaan kipuun. Tavallisia tulehduskipulääkkeitä ovat ibuprofeini, ketoprofeini, diklofenaakki, naprokseeni ja mefenaamihappo. (Iivanainen ym. 2010, 500.)

Opioidit vaikuttavat pääasiassa selkäyttimeen ja aivoihin. Niitä voidaan antaa ihon alle, lihakseen, laskimoon, kielen alle tai laastarina. Tavallisimpia opioideja ovat morfiini, petidiini, oksikoni, metadoni, buprenorfiini ja tramadoli. Opioidit voivat aiheuttaa riippuvuutta. (Iivanainen ym. 2010, 500.)

### 3.4 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeetön kivunhoito on olennainen osa hyvää kivunhoitoa ja hoitotyötä. Kipu ei saisi aiheuttaa stressiä tai rajoittaa liikkumista. Kivunhoidon tulisi edistää aktiivista kuntoutumista ja ehkäistä kivun pitkittymistä. Kipulääkitystä voidaan vähentää parantumisen edetessä ja kivun vähentyessä. Jokainen potilas kokee kivun yksilöllisesti ja siksi samanlaisenkin leikkauksen jälkeinen kipu voi olla eri ihmisillä hyvin erilainen. (Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta 2010.)

Ennen leikkausta potilaalle tulisi kertoa postoperatiivisesta kivunhoidosta ja – arvioinnista. Kivun voimakkuutta tulee mitata sekä levossa, liikkeessä että yskiessä. (Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta 2010.)

Kipua tulee hoitaa sekä sijainnin että voimakkuuden mukaan niin lääkkeillä kuin lääkkeettömästäkin. Hoitomenetelmien valitsemiseen vaikuttavat potilaan mahdolliset muut sairaudet, lääkitys ja yliherkkyydet. (Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta 2010.)

Lääkkeettömässä kivunhoidossa leikkausalueen kipua voidaan lievittää asentohoidolla ja kylmäpakkauksella. Kylmäpakkauksen voi kääriä pyyhkeeseen ja laittaa kipeän kohdan päälle. (Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta 2010.)

Muita lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat rentoutumisharjoitukset, mielikuva- ja hengitysharjoitukset sekä musiikin kuuntelu. Myös hieronnasta voi olla apua. Lisäksi potilaiden kipua voi helpottaa hoitajan kanssa keskusteleminen, kosketus, huumori ja riittävä lepo sekä uni. Nämä kivunhoitomenetelmät ovat helposti toteutettavissa jokapäiväisessä hoitotyössä. (Raappana 2001, 41–42.)

Kivunhoitoon voidaan käyttää myös erilaisia lämpöhoitomuotoja, joita ovat pintalämpöhoito (lämpöpakkaukset, parafiini, savihoito ja infrapuna) ja syvälämpöhoito. Lämpöhoidossa verenkierto ja aineenvaihdunta vilkastuvat, pehmytosien jäykkyys alenee ja lihasjännitys laukeaa. Lämpöhoitoa ei kuitenkaan voida antaa potilaille, joilla on hoitoalueella ihottumaa, tulehdusta, muita vaurioita tai vammoja, verenvuotoa tai tuntopuutoksia. Kylmähoidossa (kylmäpakkkaus, kylmäsuihke ja kylmävoide) hermoärsyksen johtumisnopeus hidastuu aiheuttaen ihon tunnottomuutta, jolloin kipu

lievitty. Eräs helposti toteutettavissa oleva lääkkeetön kivunhoitomuoto on hieronta. Käsien avulla voidaan sivellä, hangata, pusertaa, taputella, täriseyttää, ravistella ja venyttää kipualuetta. (Iivanainen & Syväoja 2009, 475.)

Plasebo eli lumelääke voi myös helpottaa kipua edellyttäen, että potilas ei tiedä saavansa plaseboa. Plasebon vaikutus perustuu ilmeisesti osaksi elimistön omien opioidien vapautumiseen. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2009.)

#### 4 KIVUN ARVIOINTI JA KIPUMITTARIT

Marjo Kauppila kirjoittaa Kipuviestissä ilmestyneessä artikkelissaan Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? (2006), että laadukkaan kivunhoidon toteutuminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä, jossa kaikilla hoitoon osallistuvilla on yhteinen tavoite. Potilaiden kivunhoidon laatua on pystytty parantamaan ja sairaalassaoloaikoja lyhentämään tehostamalla eri ammattiryhmien yhteistyötä. (Kauppila 2006.)

Kivun fysiologiset seuraukset lisäävät erilaisten komplikaatioiden määrää, joten leikkaustoimenpiteeseen liittyvä kipu on tärkeä kliininen terveysongelma. Kipu voi estää tai pitkittää potilaan leikkauksenjälkeistä kuntoutumista ja näin pidentää sairaalassaoloaika. Kivunhoito on siis tärkeä osa potilaan hoitoa. (Kauppila 2006.)

Kädentaidot, havainnointi- ja kommunikointitaidot, hyvä potilaan ohjaaminen sekä psykososiaalinen tuki ovat kaikki kivunhoitotaitoja. Näiden lisäksi sairaanhoitajan vastuulla on myös lääketieteellinen kivunhoito. (Kauppila 2006.)

Kivun hoitotyössä tehtävän päätöksenteon perusta on kivun tunnistaminen. Lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tarpeet sekä kokemus kivusta. Tavallisimmin kivun tunnistaminen tapahtuu hoito- ja lääkekiertojen yhteydessä kysymällä potilaalta hänen kivuistaan. Potilaan todellisen kuulemisen estää tehtäväkeskeinen asennoituminen. Asialle ei välttämättä tehdä mitään, vaikka potilas kertoisikin kivuistaan. Potilaalle ei tarjota lisälääkitystä, eikä kivuista kysytä tarkemmin. Toisaalta taas hoitajan tehtäväkeskeinen asennoituminen saattaa näyttäytyä potilaalle kiireenä, eikä tämä halua vaivata henkilökuntaa kertomalla kivuistaan. Kuitenkin hoitajat odottavat potilaiden olevan omassa hoidossaan aktiivisia ja kertovan kivuista, sekä pyytävän lääkitystä niihin. Jotta potilaat voisivat osallistua paremmin omaan hoitoonsa, tarvitsisivat he tarkempaa tietoa siitä, millaisesta kivusta pitää kertoa. Mikäli potilasta ei ole ohjattu kipumittarin käytössä, hän ei ehkä tiedä, milloin kivusta pitää kertoa ja millaiseen kipuun voi pyytää lääkettä. (Kauppila 2006.)

### 4.1 Kivunhoidon suunnittelu ja toteutus

Kivun arviointi ja hoito ovat hyvin olennainen osa laadukasta hoitotyötä. Jotta kivunhoitoa voidaan tehokkaasti suunnitella ja toteuttaa, tulee kivun arvioinnin olla säännöllistä ja systemaattista. Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli sekä potilaan kivun tunnistamisessa, arvioinnissa että sen hoitamisessa. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Kivunhoidolle tulisi laatia suunnitelma, jossa olisi asetettu sekä tavoite, että käytettävät hoitomenetelmät. Analysoitaessa potilasasiakirjoja on havaittu, että tavoitteita kivunhoidolle ei yleensä kirjata, tai sitten tavoitteet eivät ole mitattavissa tai täsmällisiä. Potilasasiakirjoissa tavoite on usein ilmaistu ylimalkaisesti, kuten ”kipu lievittyi”. Epämääräisesti ilmaistujen tavoitteiden toteutumista on vaikea arvioida. (Kauppila 2006.)

Tieto kivun syntymisen normaaleista mekanismeista on lähtökohta hyvälle kivunhoidolle. Kivunhoitoon kuuluu niin kivun olemassaolon tunnistaminen, sen arviointi kuin hoitovasteen seuranta. Viime vuosien aikana kivunhoito ja ylipäätään tieto kivusta on kehittynyt valtavasti, mutta tutkimusten mukaan kivun hoitamisessa on edelleen puutteita, eikä toiminta ole välttämättä yhteydessä olemassa olevaan tietoon. Yksi syy riittämättömään kivunhoitoon ovat hoitajien vajavaiset tiedot farmakologiasta ja kivunhoidosta yleensä. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Sairaanhoitaja tarvitsee kipupotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa tietoa kivun mekanismeista, etiologiasta ja tekijöistä, jotka estävät tai mahdollistavat kivun hallintaa. Lisäksi sairaanhoitaja tarvitsee tietoa kivun ilmeneemisestä, luotettavista kivun arviointimenetelmistä, sekä tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan kivun aistimiseen ja sen sietoon. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Monesti iäkkäät potilaat saavat nuorempia potilaita vähemmän vahvoja kipulääkkeitä postoperatiivisesti. Varsinkin kognitiiviselta tasoltaan heikentyneiden potilaiden leikkauksen jälkeisessä lääkehoidossa on todettu puutteita. (Kauppila 2006.)

Vaikka sairaanhoitajat pitävät hyvin suunniteltua peruslääkitystä tärkeänä postoperatiivisessa kivunhoidossa, aina se ei kuitenkaan toteudu käytännössä. Syitä tähän voivat olla vaikkapa rutiininomainen kivunhoito tai ajanpuute, jonka takia kukaan ei ehdi tarkastaa hoidon riittävyyttä. Sairaanhoitajille on järjestetty koulutusta kivunhoidon tehostamiseksi. Keskeinen sisältö koulutuksessa on painottunut tietoon kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksista. Koulutuksissa on korostettu lääkehoidon perustuvan kipumittarin käyttöön säännöllisesti kivun voimakkuuden mittaamisessa. Koulutuksilla on todettu olevan välitöntä vaikutusta kivunhoidossa. Lääkkeitä on koulutuksen jälkeen käytetty enemmän ja potilaiden kokema kipu on lievittänyt. Kuitenkin koulutuksen pitkäaikaisvaikutusta tutkittaessa on havaittu sairaanhoitajien palaavan vanhoihin rutiineihin kivunhoidossa noin viiden kuukauden kuluttua koulutuksesta. Samalla myös kipumittarin käyttö jäi usein pois. Koska sairaanhoitaja ei tee päätöksiä potilaan lääke-

hoidosta, ei hoitajien koulutuksen painottuminen kipulääkkeisiin välttämättä paranna kivunhoidon laatua. (Kauppila 2006.)

Kivunhoitoa toteutettaessa sairaanhoitajan päätöksentekoon vaikuttavat aina ympäristötekijät. Hoitotyön määrä voi vaihdella vuorosta tai päivästä toiseen huomattavasti. Kiire voi olla kova, eikä hoitaja ehdi toteuttaa kivunhoitoa niin hyvin kuin haluaisi. Kiireessä myös kivunhoidon kirjaaminen jää helposti vajaaksi, jolloin kivunhoidolle asetetut tavoitteet ovat riskitaitaisia tai puutteellisia. Eri tahoilta tulevien vaateiden vuoksi sairaanhoitajan työ keskeytyy jatkuvasti, mikä voi rajoittaa päätöksentekoa kivunhoidossa. Keskeytykset voivat johtua esimerkiksi tiedonvaihdosta, opiskelijan tai työtoverin ohjeistuksesta tai toisen potilaan ohjaamisesta ja neuvomisesta. Hoitovälineet ja lääkkeet sijaitsevat yleensä potilashuoneen ulkopuolella, joten niiden hakeminen vie aikaa. Sairanhoitajalla ei ole yleensä mahdollisuutta keskittyä vain yhteen asiaan kerrallaan potilasta hoitaessaan. Kivun arviointi tapahtuu samassa yhteydessä muiden hoito- ja hoitomenetelmien kanssa, eikä sen arviointia yleensä tehdä erillisenä hoitotyön toimintona. Usean tehtävän yhtäaikaista suorittamista sekä jatkuvat keskeytykset hankaloittavat vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä. (Kauppila 2006.)

### 4.2 Arviointimenetelmät

Kivun arviointia ja mittausta on alettu systemaattisesti toteuttaa monissa paikoissa vasta viime vuosina. Kuitenkin kivun mittaus on erittäin tärkeää ja sen tulisi olla rutiininomaisesti muun työn ohessa tapahtuvaa, aivan kuten peruselintoimintojen mittaus. (Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito 2010.)

Potilaan ilmaisemaan kipuun tulee aina suhtautua vakavasti. Useiden tutkimusten mukaan hoitaja enemmän ali- kuin yliarvioi potilaan kipukokemusta. Myös kivun kirjaamisessa on puutteita. (Anttila ym. 2007, 133.)

Hyvä kivunlievitys edellyttää kivun mittaamista. Potilaan oma arvio kivusta esimerkiksi numeromuodossa selkeyttää ja helpottaa hoitoa ja tiedonkulkua hoitoon osallistuvien hoitajien ja yksiköidenkin välillä. Kivun arviointi on tärkeää myös kirjata potilaan papereihin, mikä turvaa kivunhoidon jatkuvuuden ja auttaa hoidon vasteen arvioinnissa. (Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito 2010.)

Tietoa kivun laadusta ja voimakkuudesta hoitaja saa paitsi kipumittareilla, myös tarkkailemalla potilasta ja mittaamalla tiettyjä elintoimintoja. Potilaan ilmeistä ja eleistä voi havainnoida ja arvioida kivun mahdollista pahenemista. Kireä leuka, laajentuneet silmäterät, tiukasti suljetut suu ja silmät, sierainten laajeneminen ja otsan rypistäminen merkitsevät usein kivun voimakkuuden kasvamista. Potilas voi olla epätavallisen levoton tai hakeutua asentoon, jossa kipu helpottuu. Potilas voi palella tai täristä, tai keinuttaa vartaloaan. Tavallisesti kivuliaan potilaan vartalo on jäykkä ja käsittelylle arka. Iho on kalpea ja potilas voi huonosti. (Anttila ym. 2007, 134.)

Elintoiminnoista kohoava syke, verenpaine ja hengitystiheys kertovat kivun pahenemisesta. Lisäksi elimistön lämpötila usein laskee kivun lisääntyessä. (Anttila ym. 2007, 134.)

Kivun voimakkuuden lisäksi kivusta tulee arvioida sen laatu, sijainti ja esiintyvyys. Kipua voi kuvata erilaisilla sanoilla, esimerkiksi pistävä tai aaltoileva, jolloin voidaan päästä selville kivun aiheuttajasta, mikäli se on vielä epäselvä. Yleensä potilas osaa itse paikallistaa kivun. Kuitenkin esimerkiksi sisäelinkipu voi aiheuttaa kipua muualla kuin elimen paikalla. Esiintyvyydellä voidaan kartoittaa koska ja missä tilanteissa kipu tuntuu. Tärkeää on tietää esimerkiksi onko kipua koko ajan tai seuraako se aina jotain tiettyä toimintaa, kuten ruokailua. (Iivanainen ym. 2009, 471.)

Syynä riittämättömään kivun lievitykseen voi olla puuttuva kivun arviointi tai henkilökunnan arvion eroaminen potilaan omasta arviosta. Koska vain potilas itse tuntee kipunsa, on henkilökunnan hyväksyttävä arvio kivusta ja hoidettava sitä asianmukaisesti. (Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito 2010.)

Potilaan ja hoitohenkilökunnan asenteet ja ennakkoluulot vaikuttavat olennaisesti kivunhoitoon ja sen arviointiin. Kivun voimakkuuden arviointi on yleensä vuorovaikutustilanne potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Potilas voi olettaa kivun kuuluvan asiaan tai vastaavasti hoitohenkilökunta arvella, ettei kipu oikeasti ole niin voimakasta kuin potilas antaa ymmärtää. (Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito 2010.)

Kivun synnyn ja voimakkuuden kokemiseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten mielentilat, joista erityisesti masennus, pelko ja jännittyneisyys lisäävät kivun tunnetta. Myös aikaisemmat kokemukset kivusta, kudoksen reaktio, tulehdukset ja niitä seuraavat turvotukset vaikuttavat kivun aistimiseen. Ihmisillä on myös yksilöllisiä eroja, joiden takia yksi kokee kivun toista voimakkaampana. Leikkaushaavan sijainti, leikkaustekniikka ja toimenpiteen laatu vaikuttavat myös kivun tuntemuksiin. (Iivanainen ym. 2010, 498.)

Kipu voi johtua leikkaushaavan aiheuttamasta pinta- tai syväkivusta tai dreerien ja sidosten aiheuttamasta kivusta ja hankalasta olosta. Toimenpiteen aikaiset asennot voivat aiheuttaa lihaskipua. Perussairaudet voivat myös aiheuttaa kipua. Lisäksi potilaan kääntäminen ja nostaminen voi olla potilaalle kivuliasta. (Iivanainen ym. 2010, 498-499.)

Leikkauksen jälkeen kipu voi vaihdella voimakkuudeltaan suuresti. Se voi olla hädän tuskin tuntuva tai sietämätöntä. Kipu voi kestää vain hetken, olla ajoittaista tai jatkua muutamaan viikkoon asti. Yleensä kipu on kovimmillaan kolmen ensimmäisen päivän aikana leikkauksen jälkeen. (Iivanainen ym. 2010, 499.)

Potilas on itse paras kipunsa kuvaaja. Objektiivinen kivun mittaaminen on mahdotonta. Kivun kuvaamisessa potilas voi käyttää joko kipusanastoa, kipujanoja tai numeerista kivunarviointiasteikkoa. Numeerisella asteikolla

saa parhaan kuvan kivun voimakkuudesta. Kipumittareiden käyttö tulee opettaa potilaalle. (Iivanainen ym. 2010, 499.)

Kipusanastossa on erilaisia kivun laatua kuvaavia sanoja. Niitä ovat esimerkiksi aaltoileva, kohtauksittainen, jatkuva, tykyttävä, jyskyttävä, pinnallinen, toispuoleinen, säteilevä, syvä, pistävä, puristava, vyömainen, riuhtova, kuumottava, tulinen, ärsyttävä, kuvottava, tainnuttava, kauhea, karmiva, lievä, kiusallinen, kova, hellä, polttava. Potilaalta kysytään, mikä tai mitkä sanoista kuvaavat parhaiten hänen tuntemaansa kipua. (Iivanainen ym. 2010, 499.)

Visuaalinen analogiasteikko, VAS- mittari eli kipujana, on yleisimmin käytössä oleva kipumittari. VAS- mittari on 10 cm pitkä jana tai kipukiila. Janan vasen pää kuvaa kivuttomuutta ja mitä enemmän oikealle mennään, sitä kovempi kipu on. Asteikolta potilas valitsee sopivimman kohdan kuvaamaan kivun voimakkuutta. Mittarissa voi olla kääntöpuolella asteikko, josta saadaan suoraan kipua kuvaava numero yhdestä kymmeneen. Luku voidaan myös mitata janalta. VAS- mittarista on olemassa myös toinen versio, jossa kipua kuvaa punainen kipukiila. Vasemmassa päässä kiila on ohut ja paksunee oikealle, kohti kovempaa kipua. Kipukiilaa käytetään samalla tavalla kuin edellistä, mutta kiila on ehkä helpompi ymmärtää ja sopii paremmin esimerkiksi huononäköisille. (Kivun arviointimenetelmät 2010.)

Numeerisella asteikolla potilas voi kuvata kivun voimakkuutta valitsemalla asteikolta 0–10 kivun voimakkuutta kuvaavan numeron. 0 tarkoittaa ei kipua, 10 pahinta mahdollista kipua. Numeerista asteikkoa voi käyttää myös suullisesti, ilman konkreettista mittaria. (Iivanainen ym. 2010, 499.)

Kivun arviointi on ratkaiseva ja tärkeä osa tehokasta kivunhoitoa. Systemaattista kivunhoitoa ja arviointia toteuttamalla potilas välttyy pahimmilta kivuilta. Kipu ei ole yksinkertainen, helposti arvioitava ja mitattava aistimus, sillä siihen vaikuttavat monet tekijät. (Wood 2008.)

Kommunikointiin kykenemättömien potilaiden kivut ovat hankalasti hoidettavissa. Riskiryhmään kuuluvat esimerkiksi dementiaa sairastavat, aivohalvauksen saaneet tai kehitysvammaiset. Myös potilaiden, joilla on esimerkiksi vahva rauhoittava lääkitys, voi olla vaikea kertoa kivuistaan. (Wilner & Arnold 2009.)

Keinoja kivun arviointiin kommunikaation kannalta haastavissa tilanteissa kuitenkin löytyy. Ensimmäiseksi kannattaa kysyä potilaalta. Moni kommunikointikyvyiltään vajavainen potilas pystyy kuitenkin jollain tapaan antamaan tietoa tilastaan kipuun liittyen, esimerkiksi silmiä räpyttämällä. Myös potilaan perheen tai läheisten haastattelu voi antaa oleellista tietoa, sillä läheisimmät tuntevat potilaan ja osaavat tämän käytöksen perusteella kertoa potilaan tuntemuksia hänen puolestaan. Potilaan sairaskertomuksesta voi myös löytyä hyödyllistä tietoa aikaisemmista kipukokemuksista. Lisäksi tulee mitata peruselintoimintoja, joiden muutokset voivat kieliä kivuista. (Wilner ym. 2009.)

## 5 SYNNYTYS- JA NAISTENTAUTIEN VUODEOSASTON ESITTELY JA KIRURGISET TOIMENPITEET

Kanta-Hämeen keskussairaalan osasto 1 on synnytys ja naistentautien vuodeosasto. Yhteensä osastolla on 33 potilaspaikkaa. Osasto on jaettu kahtia; naistentauteihin ja synnyttäneisiin. Synnyttäneiden vuodeosastolla ovat kaikki synnyttäneet äidit lapsineen, sekä osastoseurantaa vaativat raskaana olevat naiset. (Vasankari, sähköpostiviesti 25.10.2011.)

Naistentautien vuodeosastolla on 8 potilaspaikkaa naistentautien erikoisalan potilaille, mutta tarpeen tullen potilaspaikkojen määrässä joustetaan. Osastolle kuuluvat kaikki naistentautien erikoisalan potilaat, joita ovat esimerkiksi gynekologiset leikkauspotilaat, kuten avoleikkaukset, tähtystyleikkaukset ja alatieleikkaukset, gynekologiset infektiopotilaat, raskaudenkeskeytykset ja kaavinnat, gynekologiset syöpäpotilaat sekä solunsalpaajahoidon saavat gynekologiset syöpäpotilaat. Kesäisin osastolla hoidetaan myös rintasyöpäpotilaita sekä pienempiä kirurgisia toimenpiteitä tarvitsevia potilaita osastosulkujen vuoksi. Lisäksi osastolla voi olla hoidossa potilaita, joille on tehty avanne gynekologisesta sairaudesta johtuen. (Vasankari, sähköpostiviesti 25.10.2011.)

Osastolla on yhteinen osastonhoitaja, joka toimii osaston lisäksi myös synnytyslinjan ja äitiyspoliklinikan osastonhoitajana. Lisäksi osastolla työskentelee yksi apulaisosastonhoitaja. Yhteensä osastolla työskentelee 25 hoitajaa. Molempien osastojen hoitajat työskentelevät kummallakin osastolla. Lisäksi kätilöt käyvät työnkierrossa synnytyslinjassa. Työryhmässä työskentelee lääkäreitä, kätilöitä, terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, lastenhoitajia ja lähihoitajia, sairaalahuoltajia sekä osastonsihteereitä. (Vasankari, sähköpostiviesti 25.10.2011.)

### 5.1 Kohdunpoisto kirurgisesti

Yksi yleisimmistä gynekologisista leikkauksista on kohdunpoisto. Kohdunpoistoon johtavia syitä ovat esimerkiksi kohdun lihaskasvaimet eli myoomat, erilaiset vuotohäiriöt sekä endometrioosit. Lisäksi kohtu voidaan joutua poistamaan esimerkiksi pahanlaatuisen kasvaimen tai sen esiasteen takia. Tarvittaessa voidaan kohdunpoistoleikkauksen yhteydessä korjata myös kohdun, virtsarakon ja peräsuolen laskeumia. Myös munasarjat voidaan poistaa samalla tarpeen vaatiessa. Kohtu voidaan poistaa joko laparoskooppisesti, abdominaalisesti tai vaginaalisesti. (Ihme & Rainto 2008, 227.)

Laparoskooppisessa kohdunpoistossa kohtu ja tarpeen mukaan myös munasarjat irrotetaan tähtystysinstrumenteilla vatsanpeitteiden läpi kannattimistaan ja sitten poistetaan emättimen kautta. Operaatiosta jää vain pienet haavat, tulehdusriski on melko pieni ja potilas toipuu nopeasti. (Ihme ym. 2008, 230.)

Abdominaalinen kohdunpoisto tehdään avaamalla vatsanpeitteet. Operaatio on laparoskooppista ja vaginaalista kohdunpoistoa isompi ja sitä käyte-

tään, mikäli kohtu on kookas ja kiinnikkeitä on runsaasti. Kipua on postoperatiivisesti enemmän, haavainfektioiden riski suurempi sekä sairausloma pidempi. (Ihme ym. 2008, 230.)

Leikkaustavoista suositelluin on vaginaalinen kohdunpoisto. Leikkaushaava tehdään emättimen pohjaan. Emättimen kautta tehtävään hysterektomiaan päädytään, kun kohtu on normaalin kokoinen ja munasarjat voidaan säästää. Vaginaalisen kohdunpoiston yhteydessä voidaan tehdä myös kohdunlaskeuman korjaus. (Ihme ym. 2008, 230.)

## 5.2 Sektio

Noin 16 prosenttia suomalaisista lapsista syntyy keisarileikkauksella. Yleisimmät sektioon johtavat syyt ovat vaikea synnytys, virhetarjonnat ja sikiön ahdinko. Sektio voidaan tehdä myös elektiivisesti, mikäli taustalla on aiempi keisarinleikkaus, äidin sairaus tai pelko alatiesynnytystä kohtaan. Muita syitä ovat virhetarjonta ja epäsuhta. (Uotila & Tuimala 2011, 472-473.)

Keisarinleikkaus tehdään yleensä spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa ja poikkeustapauksissa yleisanestesiassa. Vatsanpeitteet avataan ja rakko irrotetaan kohdusta. Kohtuun tehdään pieni viilto jota laajennetaan sormin. Sikiökalvot puhkaistaan ja sikiö otetaan ulos. Napanuora katkaistaan välittömästi. Kohtuhaava suljetaan yhdessä tai kahdessa kerroksessa ja vatsanpeitteet ommellaan kerroksittain. (Uotila ym. 2011, 472-473.)

Verenvuoto ja tulehdukset ovat yleisimmät sektioon liittyvät komplikaatiot. Komplikaatoriski on aina suurempi sektiossa kuin normaalissa alatiesynnytyksessä. (Uotila ym. 2011, 472-473.)

## 5.3 Kaavinta

Yleisimmät syyt kohdunkaavintaan ovat vuoto-ongelmat kuten runsaat tai epäsäännölliset kuukautiset ja ylimääräinen vuoto. Kaavinta voidaan tehdä myös keskenmenon yhteydessä tai raskauden keskeyttämiseksi. (Kohdun kaavinta n.d.)

Kaavintaa varten potilas nukutetaan. Kohtuontelon limakalvo poistetaan tai raskaana olevan potilaan kohtuontelo tyhjennetään. Toimenpide on lyhyt ja kestää noin 10 minuuttia. Toimenpiteen jälkeen anestesiasta toipuminen on yksilöllistä, mutta vie yleensä yhdestä kahteen tuntiin. Potilas saa yhdestä kolmeen päivän pituisen sairausloman, jonka aikana vältetään raskaita töitä. Kivun hoitoon riittää yleensä ilman reseptiä saatavat kipulääkkeet. Toimenpiteen jälkeen sovitaan jälkitarkastus. (Kohdun kaavinta n.d.)



## 6 KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyötä varten kerättiin aikaisempia tutkimuksia kivunhoidosta ja siihen liittyvistä asioista. Tutkimuksia etsittiin niin hoitoalan julkaisuista kuin internet-lähteistäkin. Haussa hyödynnettiin sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä tutkimustuloksia. Tutkimusten haku rajattiin koskemaan tämän työn kanssa samankaltaisia tutkimuksia. Kivunhoidosta yleensä oli saatavilla jonkin verran tutkimuksia, mutta naistentautien näkökulmasta ei löytynyt ainuttakaan. Tämän takia varsinaista vertailua ei voitu tehdä, mutta muita kivunhoitoon kohdistuvia tutkimuksia hyödynnettiin.

Taina Lahti, Riitta Nordberg ja Sari Ruhtila tekivät kesällä 2005 tutkimuksen, joka toteutettiin tekemällä kysely Töölön sairaalan neurokirurgisen ja ortopedisen vuodeosaston perus- ja sairaanhoitajille. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan asenteita ja tietoja kivusta ja kivunhoidosta. Tulosten perusteella hoitajien tiedot opioideista olivat selkeästi huonommat kuin NSAID-lääkkeistä. Lisäksi vastauksista kävi ilmi, että kivun arviointi koettiin yleisesti vaikeaksi. (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007.)

Päivi Hakala teetti kyselyn vuonna 2004 Hyvinkään sairaalassa. Kyselyssä kartoitettiin sairaan- ja perushoitajien mielipiteitä, tietoja ja koulutustarvetta kivusta ja kivunhoidosta. Keskeisimmiksi tuloksiksi kyselyssä nousi hoitajien huonot tiedot opioideista ja hengityslamanhoidosta, kivun voimakkuuden arvioinnin vähäisyys sekä vastuunjaon epäselvyys hoitajien ja lääkärin kesken. (Hakala 2004.)

Eeva-Riitta Ylinen teki väitöskirjan aiheesta Potilaan kivun arviointi ja hoito lääkkeettömän kolonoskopian aikana. Väitöskirjan mukaan hoitajilla oli käytäntöön perustuvaa tietoa kivunhoidosta, mutta silti kipumittarien käyttö oli vähäistä. Lisäksi kävi ilmi, että sekä hoitajat että lääkärit aliarvioivat lievästi potilaan kivun voimakkuutta. Tilanteeseen liittyvä ahdistus ja potilaan hermostuneisuus olivat omiaan lisäämään toimenpiteen kivuliaisuutta. (Ylinen 2010.)

Britannialaisessa lehdessä *British Journal of Nursing* julkaistussa artikkelissa kerrotaan tutkimuksesta, jossa selvitettiin hoitajien tietotaitoa sekä asenteita kivunhoidossa. Vastausten mukaan hoitajan ja potilaan arvioiman kivun välillä oli hyvin usein ristiriitoja. Kuitenkin valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että potilas itse on oman kipunsa paras asiantuntija. (Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *British Journal of Nursing* 2007.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, kuinka kivunhoito ja sen arviointi toteutuu synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, kuinka hoitajat kokevat hallitsevansa kivunhoidon ja olisiko kivunhoidon koulutukselle tarvetta

vielä enemmän työelämässä. Tavoitteena oli myös oppia itse samalla kivunhoidosta ja sen arvioinnista.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeella, joka sisältää suljettuja ja avoimia kysymyksiä sekä muutaman aloitetun lauseen. Seuraavaksi esitellään tutkimuskysymykset. Tutkimusta ohjaa neljä tutkimuskysymystä:

1. Mitä on hyvä kivunhoito synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla?  
Kysymyksellä haluttiin selvittää, onko kivunhoito synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla kokonaisvaltaista, potilasta yksilöllisesti huomioivaa, kipua tehokkaasti lieventävää, riittävää sekä arvioidaanko kivunhoidon tehokkuutta riittävästi.
2. Ovatko hoitajat saaneet riittävästi koulutusta kivunhoidosta?  
Kysymyksellä haluttiin selvittää, onko koulutusta kivunhoidosta riittävästi saatavilla.
3. Miten kivunhoitoa voisi kehittää synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla?  
Kysymyksellä haluttiin selvittää, kuinka paljon kipuvastaavia ja kipuhoitajia hyödynnetään sekä sitä, kuinka kivunhoitoa hoitajien mielestä tulisi edelleen kehittää.
4. Miten kivunhoidon arviointi toteutuu osastolla?  
Arvioidaanko kivunhoitoa ja hoidon tehokkuutta tarpeeksi, käytetäänkö kivunarvioinnissa kipumittareita tai muita arviointia tukevia keinoja.

## 8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tekeminen alkoi keväällä 2011 ja ideaseminaari pidettiin samana syksynä. Alku eteni nopeasti ja väliseminaari pidettiin myöhemmin samana syksynä. Kyselylomakkeet olivat vastattavina osastolla tammikuussa 2012. Samana keväänä koostimme ja analysoimme vastaukset. Loppuseminaari pidettiin syksyllä 2012.

Opinnäytetyö on tehty kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusperiaatteen mukaan. Kvalitatiivinen lähestymistapa valittiin, koska sen katsottiin olevan luontevin tällaista tutkimusta tehdessä. Työtä ei olisi voinut tehdä pelkästään jo olemassa olevaa tietoa käyttäen.

### 8.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus tarkoittaa kokonaista joukkoa erilaisia tutkimuskäytäntöjä, jotka ovat tulkinnallisia ja tapahtuvat luonnollisissa olosuhteissa. (Metsämuuronen 2008, 9.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittäminen on vaikeaa, koska sillä ei ole täysin omaa teoriaa eikä paradigmaa. Paradigmalla tarkoitetaan peruskomusten joukkoa, joka edustaa tutkijan maailmankuvaa. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei myöskään ole täysin omia metodeja. Metodilla tarkoitetaan erityistä tutkimustekniikkaa. (Metsämuuronen 2008, 9–10.)

Eräiden näkemysten mukaan laadullisen ja määrällisen eli kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen erona on se, että kvantitatiivinen tutkija pyrkii saamaan kovia, toistettavia ja luotettavia tutkimustuloksia, kun taas kvalitatiivisella metodologialla saadaan pehmeitä, rikkaita, syvällisiä ja ilmiötä aidosti kuvaavia tuloksia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 8.)

Chinnin ja Kramerin (1991) mukaan laadullista tutkimusta pidetään oleellisenä vaiheena hoitotieteellisen teorian kehittämässä. (Janhonen ym. 2003, 7.)

## 8.2 Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyön aihe tuli Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöaihepankista. Kanta-Hämeen keskussairaalaan oli pyydetty opiskelijoita tekemään tutkimusta kivunhoidon arvioinnista eri osastoilla hoitajan näkökulmasta. Valittuamme aiheen ja rajattuamme sen, otimme opettajan välityksellä yhteyttä synnytys- ja naistentautien vuodeosastolle ja sovimme tapaamisen apulaisosastonhoitajan kanssa. Näin saimme kuvan myös siitä, mitä osasto työltä odottaa. Ajatuksena oli tehdä työ mahdollisimman työelämälähtöisesti ja vastata osaston tarpeisiin.

Opinnäytetyö toteutettiin ensin hakemalla ja kokoamalla teoriapohja lähdekirjallisuudesta. Teoriapohjaan sisällytettiin asiat, jotka katsottiin olennaisesti liittyvän tutkittavaan asiaan. Teoreettiseen viitekehykseen koottiin tietoa kivusta ja sen eri muodoista, kirurgisen potilaan kivunhoidosta, kivun arvioinnista ja kipumittareista, lääkkeettömästä kivunhoidosta sekä naistentautien yleisimmistä kirurgisista toimenpiteistä.

Teoriaa kootessa valmisteltiin myös kyselylomaketta, jonka avulla tutkimusmateriaali kerättiin. Kyselylomaketta valmisteltiin yhteistyössä osastonhoitajan kanssa, joka kertoi oman mielipiteensä siitä, minkä tyyppiset kysymykset olisivat olennaisia osaston kannalta ja mihin asioihin he haluaisivat vastauksia. Lomakkeessa kysyttiin taustatiedoista ammatti, ikä ja työvuodet hoitajana. Itse tutkimukseen liittyen lomakkeessa oli sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä, koskien kivunarvioinnin hallintaa, kipumittareiden käyttöä, laadukkaan kivunhoidon kriteereitä ja kivunhoidon koulutuksen riittävyttä. Lisäksi hoitajilta kysyttiin, tulisiko kivunhoitoa osastolla edelleen kehittää ja millaista lääkkeetöntä kivunhoitoa osastolla käytetään.

Kyselylomaketta laadittaessa pyrittiin tekemään sellaisia kysymyksiä, joista saa vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kysymykset pyrittiin asettelemaan niin, että vastaukset olisivat runsaita ja monipuolisia ja niistä saisi hyvin materiaalia tutkimukseen.

Ennen kyselylomakkeiden luovuttamista osastolle lomake hyväksyttiin osastonhoitajalla, joka oli lomakkeeseen tyytyväinen. Lisäksi haettiin tutkimuslupaa Kanta-Hämeen keskussairaalan ylihoitajalta, joka hyväksyi tutkimussuunnitelman.

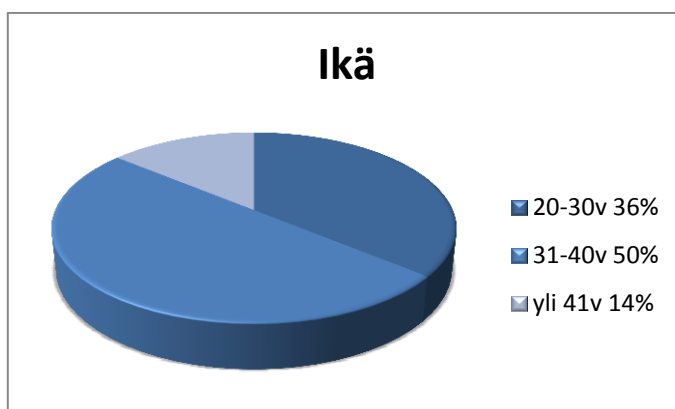
Kyselylomakkeet vietiin Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytys- ja naistentautien vuodeosastolle vuoden 2012 tammikuussa muutamaksi viikoksi. Ensimmäisellä kierroksella vastauksia tuli kahdeksan kappaletta. Vastaus-  
ten vähäisen määrän vuoksi lomakkeet vietiin helmikuussa takaisin osas-  
tolle lisävastauksien toivossa. Toisella kierroksella vastauksia tuli kuusi  
kappaletta, jolloin vastauksia oli yhteensä 14 kappaletta. Tämä koettiin  
riittäväksi, koska aikaa vastaamiseen oli annettu reilusti ja osastolla kui-  
tenkin työskentelee osastonhoitajan mukaan 25 hoitajaa. Vastausprosen-  
tiksi tuli näin ollen 56 %.

Kvalitatiivinen lähestymistapa tulee esille siten, että työ perustuu kysely-  
lomakkeeseen, jonka pohjalta uutta tietoa on kerätty. Aihealueesta oli vain  
vähän tietoa, joten kvalitatiivinen tutkimus nousi oikeaksi lähestymista-  
vaksi.

## 9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

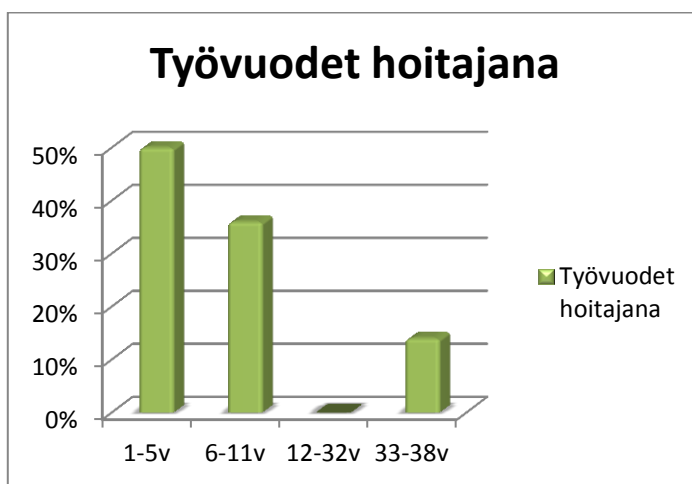
Tässä kappaleessa käsitellään opinnäytetyön kyselylomakkeesta analysoi-  
tuja tietoja. Vastaajien taustatiedot on avattu diagrammeina ja kivunhoi-  
toon liittyvät vastaukset on avattu sanallisesti.

### 9.1 Vastaajien taustatiedot



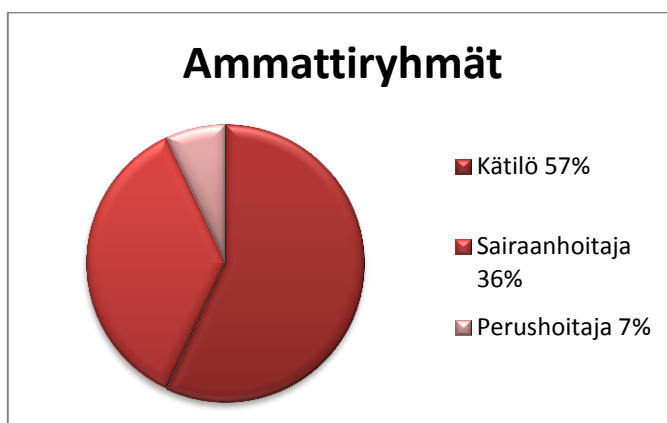
Kuva 1. Vastaajien ikäjakauma.

Ikäjakaumasta käy ilmi, että osaston hoitajat ovat iältään nuorehkoja.



Kuva 2. Vastaajien työvuodet hoitajana.

Koska ikäjakaumaltaan osaston hoitajat ovat melko nuoria, se näkyy myös työvuosissa. Suurin osa hoitajista on siis työskennellyt alle 6 vuotta hoitoalalla.



Kuva 3. Ammattiryhmien jakauma.

Ammattiryhmien jakaumasta nähdään, että suurin osa osaston hoitajista on ammattinimikkeeltään kättilöitä.

## 9.2 Hyvä kivunhoito

Tämän opinnäytetyön kyselyn mukaan 79 % vastaajista koki yksilöllisen kivunhoidon toteutuvan osastolla erittäin hyvin tai hyvin. Kohtalaisesti yksilöllisen kivunhoidon arvioi toteutuvan 14 % ja loput 7 % arvioi sen toteutuvan huonosti.

Hyvään kivunhoitoon vastaajien mielestä kuuluu ennen kaikkea yksilöllisyys, jolloin huomioidaan muun muassa potilaan ikä, perussairaudet, kipukynnys ja muu lääkitys. Hoidon tulee olla ennakoivaa ja potilaskeskeistä. Vastaajat nostivat esiin sen, että kivun kokeminen on aina yksilöllistä ja hoitajalla tulee olla aikaa sekä perehtyä asiaan, että seurata kivunhoidon tehoa. Yksilöllisyys korostuu myös siinä, että kivunhoito ei ole kaava-

maista eikä rutiininomaista. Jokaisen potilaan kohdalla tulee erikseen arvioida kivun ja lääkkeiden sietokyky, sekä yksilöllinen annostus.

Vastaajien mielestä hyvä kivunhoito on tärkeää, sillä se vaikuttaa kokonaiskuvaan hoidosta ja sairaalassaoloajasta yleensä. Onnistuneesta kivunhoidosta jää potilaalle tunne, että häntä on kuunneltu ja hoidettu. Olennaista kivunhoidossa on saada kivut hallintaan ja parantaa potilaan oloa ja toimintakykyä. Hyvä kivunhoito on joustavaa, toipumista edistävää, riittävä ja tehokasta.

Hyvään kivunhoitoon kuuluu moniammatillisuuden hyödyntäminen. Hoitajilta kysyttiin, missä tilanteessa he tekevät yhteistyötä sairaalan kipuhoitajan kanssa. Suurin osa vastaajista ilmoitti konsultoivansa kipuhoitajaa silloin, kun mikään ei tunnu auttavan tai jos kyseessä on erityisen kivulias potilas, kuten syöpäpotilas. Muita syitä olivat potilaan useat lääkeaineallergiat tai käytössä olevat erikoisemmat kivunhoitomenetelmät, kuten kipupumppu tai epiduraalipumppu.

Osastolla toimivat kipuvastaavat, joita vastaajien mukaan hyödynnetään hyvin vähän. Osa vastaajista ei tiennyt keitä he ovat ja suurin osa teki yhteistyötä heidän kanssaan vasta kun lääkitykselle ei saatu muuten vastetta tai ei konsultoinut heitä ollenkaan.

Lääkkeetön kivunhoito on tärkeä osa hyvää kokonaisvaltaista kivunhoitoa. Lääkkeettömiksi kivunhoitomenetelmiksi mainittiin muun muassa aquarakkulat, jääpussit, lämpöpussit ja kylmägeelit. Osastolla hyödynnetään myös fysioterapeuttien osaamista. Lääkkeettömässä kivunhoidossa tärkeää on asentohoito ja potilaan mobilisointi huomioiden hengityksen ja liikuttamisen ohjaus. Muita osastolla käytettyjä keinoja hoitajien mukaan ovat esimerkiksi lämmin suihku, vyöhyketerapia, hieronta, ajan antaminen potilaalle sekä keskusteleminen potilaan kanssa.

Kivunhoitoa voidaan pitää asennekysymyksenä. Kuitenkin kipu on usein luonnollinen osa sairautta, joten yleisesti on hyväksytty, että esimerkiksi syöpäpotilaalla on sairauden loppuvaiheessa kipuja. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan kuitenkin jopa 97 % kaikista syöpäkivuista voidaan saada hoidettua, joten hallitsematonta kipua ei tämän mukaan juurikaan olisi olemassa. (Sailo & Qvick 2000, 63.)

Kipu viestii aina jostakin ihmisen elimistössä. Viestin ymmärtäminen vaatii tulkintaa. Kipu on viesti vaarasta, ja se on tutkittava ja hoidettava pois. Mikäli kipua ei saada hoidettua, saattaa se kroonistua. (Sailo ym. 2000, 63.)

Kivunhoitoon tärkeänä osana liittyy myös etiikka. Eettisyys tulee huomioida jokapäiväisessä hoitotyössä. Koska kipua ei pysty mittareilla todentamaan, on kivunhoito ja arviointi myös hoitajan etiikan varassa.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (2012) sairaanhoitajan tehtäväksi määritellään väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Ihmisiä hoitaessaan sairaanhoita-

jan tulisi pyrkiä tukemaan ja lisäämään potilaiden omia voimavaroja sekä parantamaan potilaiden elämän laatua.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa ohjeistetaan sairaanhoitajaa kohtelemaan toista ihmistä lähimmäisenä. Sairaanhoitajan tulee kuunnella potilasta ja eläytyä tämän osaan. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Lisäksi sairaanhoitajan tulee toimia tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2012.)

Lahden ym. (2007) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kaipasi enemmän moniammatillisen työryhmän sekä osaston omien lääkäreiden suurempaa vastuunottoa kivunhoidosta. Lisäksi toiveeksi nousi myös kipuryhmätoiminta ja klinikalle oma kipuhoitaja. Saman tutkimuksen mukaan vaikeimpana kivunhoidossa pidettiin sitä, etteivät potilaat kerro kivuistaan, eivät osaa pyytää kipulääkettä tai sitä, ettei tiedetä voiko potilaan sanaan luottaa eli, onko kipu todellista vai ei.

Brittiläisessä lehdessä *British Journal of Nursing* (2007) julkaistussa artikkelissa *Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice* (Elizabeth Matthews & Colette Malcolm) kerrotaan Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan 69 % vastanneista hoitajista olleen tietämättömiä sen suhteen, että lääkkeetön kivunhoito voisi olla tehokasta kovan kivun hoidossa ja vain puolet vastanneista oli tietoisia kuuma- ja kylmähoidon eduista. (*Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. British Journal of Nursing 2007.*)

### 9.3 Koulutuksen riittävyys

64 % vastaajista oli saanut työpaikka- tai muuta koulutusta kivunhoidosta. Loput 36 % vastaajista ilmoitti, ettei ollut saanut mitään kivunhoidon koulutusta. Ne, jotka olivat koulutusta saaneet, mainitsivat saaneensa koulutusta kivunhoidon ajokortin hankkimisen yhteydessä, kipuluonnoilla, lääkekoulutuksen yhteydessä tai opintojen ohessa.

Suurin osa vastaajista (72 %) koki saaneensa liian vähän kivunhoidon koulutusta. Vain 21 % vastaajista oli sitä mieltä, että oli saanut riittävästi koulutusta kivunhoidosta. 7 % jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Moni vastaaja ilmoitti saaneensa kivunhoidon koulutusta viimeksi muutama vuosi sitten. Toiset olivat kerranneet kivunhoitoa Love-koulutuksen yhteydessä ja yksi vastaaja ilmoitti saaneensa kivunhoidon koulutusta viimeksi sairaanhoitajakoulussa.

Merkillepantavaa vastauksissa oli se, että työntekijän oma aktiivisuus tiedon haussa ja itsenäinen tiedon keruu on erittäin tärkeää. Tietoa ei kukaan tule tarjoamaan, vaan se on itse hankittava.

Tärkeimmiksi tiedonlähteiksi mainittiin työkaverit, lääkärit, lääke-edustajat ja kipuhoitaja. Muita hyviä tietolähteitä oli Käypä hoito – suositukset, oman alan lehdet, Internet ja osastotunnit. Joidenkin vastaajien mielestä itse työ on paras opettaja.

Britannialaisessa Nursing Times- lehdessä julkaistussa artikkelissa The nurses improving pain management (1/2004) pohditaan sitä, miksi kipu eri muodoissaan on edelleen ongelma terveydenhuollossa. Artikkelissa peräänkuulutetaan yhteisiä ohjeita ja linjoja kivunhoitoon. Useampien hoitajien tulisi tuntea kipupumpun käyttö, jotta kivunhoito saataisiin mahdollisimman tehokkaaksi. Myös potilailla olisi hyvä olla mahdollisimman paljon tietoa omasta kivunhoidostaan sekä siihen liittyvistä mahdollisuuksista. Lisäksi artikkelissa muistutetaan postoperatiivisen kivunhoidon tärkeydestä; jos potilas ei kipujen takia pysty hengittämään kunnolla, on hän altis erilaisille komplikaatioille, kuten laskimotukoksille, kun ei kivultaan kykene liikkumaan.

Artikkelin mukaan hyvä kivunhoito edellyttää, että hoitajat tuntevat kivun syntymekanismit voidakseen ymmärtää potilasta ja tämän käytöstä. Parantamisen varaa olisi myös hoitajien asenteissa, sillä kivun aliarviointia tapahtuu erittäin usein. Hoitohenkilökunta tuntuu ajattelevan, ettei potilaalla voi olla kipuja kun tämä istuu katsomassa TV:tä. (The nurses improving pain management 2004.)

Samaisessa artikkelissa mainitaan vielä, että sanojensa asettelu on hyvä ottaa huomioon potilaan kivusta kysyessä. Potilaalta kannattaa ennemmin kysyä kivun kovuutta asteikolla yhdestä kymmeneen, tai jollain muulla kipumittarilla kuin kysyä esimerkiksi että ”eihän ole kipuja”, mikä johdattelee potilasta vastaamaan kieltävästi. (The nurses improving pain management 2004.)

#### 9.4 Kivunhoidon kehittäminen naistentautien vuodeosastolla

Huomattavan suuri osa vastaajista tähän opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn mukaan (79 %) oli sitä mieltä, että synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla tulisi edelleen kehittää kivunhoitoa ja sen arviointia. Loput 21 % olivat tyytyväisiä nykyiseen kivunhoidon tasoon.

Kehittämisehdotuksina vastaajat mainitsivat koulutuksien lisäämisen ja helpomman tiedon saannin uusista kivunhoidon menetelmistä ja eri lääkevalmisteista. Hoitajat toivoivat myös lääkäreiltä enemmän yhdenmukaista kipulääkkeiden määräämisissä.

Useampi hoitaja nosti esille tarpeen peruskipulääkkeiden laittamisesta suoraan lääkelistoille, kun ne nyt ovat vain tarvittavissa lääkkeissä ja läpi-lyöntikipuun olisi vahvempia lääkkeitä määrätty tarvittaviin lääkkeisiin.

Muita kehittämisajatuksia olivat yhtenäisen kipumittarin ja yhtenäisten arviointimenetelmien käyttöönotto osastolla hoitajien kesken sekä erilaisten lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien laajempi huomioiminen.



Myöskään Töölön sairaalassa tehdyn tutkimuksen (Lahti, Nordberg & Ruhtila, 2007) mukaan kivusta ja kivunhoidosta ei ole tarpeeksi helposti saatavilla tietoa. Tätä mieltä oli 66 % vastaajista. Neljäsosa vastaajista ilmoitti seuraavansa uusimpia kipuun ja kivunhoitoon liittyviä julkaisuja ja vain vajaa neljäsosa tunsi olevansa asiantuntija arvioidessaan potilaan kipua ja sen laatua. Kyselyyn osallistuneiden mukaan kivunhoidosta vastasivat joko sairaanhoitajat yksinään tai sairaanhoitajat yhteistyössä lääkäreiden kanssa. Lääkemääräyksiin toivottiin myös enemmän selkeyttä ja johdonmukaisuutta sekä tarkkuutta. Lisäksi kaivattiin enemmän tietoa eri kipulääkkeiden yhdistelemisestä, kun arkipäiväiset keinot ovat riittämättömiä. Lisäksi koettiin, että resurssipulan takia ei kyetä tarpeeksi nopeasti vastaamaan potilaan tarpeisiin. (Lahti ym. 2007.)

Kirurgisen potilaan lääkehoidossa huonoja toimintatapoja ovat esimerkiksi kipulääkkeiden antaminen vain tarvittaessa vasta silloin, kun potilas jo välittää kipua ja joutuu kokemaan kivun tunteen. Tämän vuoksi olisi tärkeää tehdä kipulääkityksestä säännöllistä, jolloin vältettäisiin potilaan kivuntuntemus. Muita huonoja toimintatapoja ovat potilaan kivun aliarvioiminen ja alilääkitseminen liian miedoilla kipulääkkeillä. Lisäksi hoitohenkilökunnan ammattitaidottomuus vaikuttaa negatiivisesti potilaan kivunhoitoon. (Jäntti 2000, 123.)

### 9.5 Kivunhoidon arvioinnin toteutuminen naistentautien vuodeosastolla

Synnytys- ja naistentautien vuodeosaston hoitajista 79 % vastanneista koki hallitsevansa kivunhoidon hyvin. Loput 21 % ilmoitti osaamisensa kivunhoidon osalta kohtalaiseksi. Kukaan vastaajista ei mielestään hallinnut kivunhoitoa erittäin hyvin tai huonosti.

Vastaajista 93 % ilmoitti käyttävänsä kivunhoidossa ja sen arvioinnissa jonkinlaista kipumittaria. Kaikki kipumittaria käyttävät ilmoittivat hyödyntävänsä VAS-mittaria. Lääkkeenannon jälkeen lääkkeen vaikuttavuutta ja potilaan kipua arvioi joka kerta 86 % vastanneista. 14 % vastaajista ilmoitti arvioivansa kivunhoidon tehoa lääkkeenannon jälkeen toisinaan. Tasan puolet vastaajista ilmoitti, että aikaa toteuttaa laadukasta kivunhoitoa on aina, ja toinen puoli oli sitä mieltä, että aikaa on toisinaan riittävästi laadukkaan kivunhoidon toteutukseen.

Kysyttäessä, millä tavoin hoitajat arvioivat potilaan kipua, suurin osa ilmoitti kysyvänsä potilaalta tarkentavia kysymyksiä ja havainnoivansa potilaan ilmeitä ja eleitä. Hieman yli puolet mainitsi mittaavansa vitaalielin-toimintoja arvioitaessa potilaan kipuja.

Potilaan pyytäessä kipulääkettä hoitajat ilmoittivat ensin arvioivansa tilanteen pohtimalla, olisiko tilanteessa sopivin hoitomuoto lääkkeellinen vai lääkkeetön, sekä huomioimalla potilaan omat toiveet lääkityksen suhteen. Vastaajat ilmoittivat myös tarkistavansa, koska potilas on viimeksi saanut kipulääkettä ja kysyvänsä kivun voimakkuudesta kipumittarin avulla. Osa hoitajista vastasi kysyvänsä tarkentavia kysymyksiä kivun laadusta ja pai-

kasta, sekä siitä, onko edellisistä lääkityksistä ollut apua ja mittaamalla verenpainetta ja pulssia.

Eeva-Riitta Ylisen väitöskirjassa (2010) tutkittiin kolonoskopiahoitajien tietoa kivunhoidosta sekä kivunhoidon arviointia. Tulosten mukaan suurin osa sairaanhoitajista käytti lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, kuten potilaan ohjausta ja neuvontaa, asentohoitoa ja miellyttävän ilmapiirin luomista. (Ylinen 2010.)

Tuloksista käy ilmi, että vain harvoin hoitajat hakivat aktiivisesti uutta tietoa ja koulutusta kivunhoidosta. Suurin osa vastaajista ei käyttänyt kipumittaria kivunarvioinnissa, ja usein sekä hoitajat että lääkärit aliarvioivat lievästi potilaan kipua. (Ylinen 2010.)

Hyvinkään sairaanhoitoalueen kipupoliklinikan sairaanhoitajan Päivi Hakalan (2004) teettämän kyselyn mukaan vaikein asia kivunhoidossa hoitajien mielestä on kivun arviointi. Muita vaikeuksia kivunhoidossa on sopivan kipulääkkeen löytäminen ja lääkäreiden riittämättömät määräykset. Lähes kaikki hoitajat (99 %) olivat sitä mieltä, että kipumittarin käyttö helpottaa kivunarviointia, mutta silti vain alle puolet (34 %) kertoi käyttävänsä kipumittaria aina arvioidessaan potilaan kivun voimakkuutta. (Hakala 2004.)

Taina Lahden, Riitta Nordbergin ja Sari Ruhtilan Töölön sairaalassa tekemän tutkimuksen mukaan hoitajien asenteet kivunhoidossa olivat ristiriitaisia. Töölössä 91 % vastaajista oli sitä mieltä, että kipumittarin käyttö helpottaa kivun arviointia, mutta vain 4 % käytti kipumittareita. Kaikki osallistujat olivat sitä mieltä, että kivunhoitoa tulee potilaan kanssa suunnitella yhdessä. Kuitenkin vain 65 % hoitajista uskoi potilaan ilmaiseman kivun olemassaoloon. (Lahti ym. 2007.)

Britannialaisen *British Journal of Nursing*-lehden julkaiseman tutkimuksen (Elizabeth Matthews, Colette Malcolm 2007) mukaan 91,2 % vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että potilas on itse oman kipunsa asiantuntija. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että usein hoitajan ja potilaan arvioiman ja raportoiman kivun välillä oli ristiriitoja. (Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *British Journal of Nursing* 2007.)

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Osiassa käsitellään opinnäytetyön luotettavuutta ja pohditaan, toteutuuko se tässä työssä. Johtopäätöksissä kerrotaan, mitä saatujen vastausten perusteella on käynyt ilmi. Oppimiskokemuksissa pohditaan opittuja asioita prosessin aikana niin kivunhoidosta kuin ryhmässä työskentelystä, sekä tiedonhausta ja myös sitä, kuinka tärkeää luotettavuuden kannalta asiakastiedon oikea kirjoitusasu on.

## 10.1 Opinnäytetyön luotettavuus

”Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat”. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231.) Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksessa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja voidaan käyttää tutkimusten luotettavuuden arvioinnissa. Tutkimuksessa on tärkeää ylläpitää sen reliabeliutta, joka tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulisi antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsijärvi ym. 2010, 231.)

Reliabeliutta voidaan todeta esimerkiksi siten, että kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Tällöin tulosta voidaan pitää reliabelina tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja päädytään samaan tulokseen. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa on kehitelty erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joiden avulla mittarien luotettavuutta voidaan arvioida. Mittauksien tason kohottamista on pyritty parantamaan monilla tieteenaloilla, joihin on suunniteltu erilaisia testattuja mittareita. Näiden mittareiden avulla päästään arvioimaan ja vertailemaan myös muissa maissa tehtyjä tuloksia. (Hirsijärvi ym. 2010, 231.)

Validius on toinen arviointiin liittyvä käsite, joka tarkoittaa pätevyyttä. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Jos tutkija kuvittelee tutkivansa jotakin tiettyä asiaa, mittarit ja menetelmät eivät välttämättä aina vastaa todellisuutta, jota toivottaisiin tutkittavan. Kyselylomakkeiden kysymyksiin saatavat vastaukset voivat olla sellaisia, että vastaaja käsittää ne eri tavalla kuin tutkija. Jos tällöin tutkija tarkastelee lomakkeiden vastauksia vain omasta näkökulmastaan, vastauksissa voi olla väärentymiä, koska näkökulma on voinut olla erilainen vastaajan ja tutkijan välillä. Tällöin tutkimuksen vastauksia ei voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsijärvi ym. 2010, 231–232.)

Jotta opinnäytetyötä voitaisiin pitää luotettavana, tulee tiedonkeruumenetelmän olla hyvin suunniteltu ja perusteltu. Mittarin tulee olla sellainen, että sillä saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Mittaria suunniteltaessa tulee miettiä, mitkä taustatiedot on tarpeen saada selville. Aineistonkeruumenetelmä kuvataan tarkasti. Ennen mittarin lähettämistä tulee tarvittavien lupa-asioiden olla kunnossa. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d.)

Tutkimusta suunniteltaessa selvitetään ja määritetään vastaajien perusjoukko. Vastaajia tiedotetaan aineistonkeruumenetelmästä ja aineistonkäsittelystä, huomioiden eettiset asiat, salassapito, luottamus ja luvat. Yhteisö tai organisaatio, jossa aineisto kerätään, kuvataan niin tarkasti kuin mahdollista. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d.)

Aineistoa kerätessä kuvataan käytännön toteutuksen suunnittelu ja järjestelyt. Myös aineistonkeruutilanne kuvataan. Aineistonkeruun onnistumista mahdollistavat tai heikentävät tekijät kuvataan työssä. Kuvauksessa kerrotaan myös, miten varmistettiin vastausten saanti sekä luotettavuus. (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti sekä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa tulee toisistaan erottaa havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Puolueettomuus nousee esille esimerkiksi siinä, pyrkiikö tutkija kuulemaan ja ymmärtämään tiedonantajaa itseään vai suodattuuko tiedonantajan kertomus tutkijan oman kehityksen läpi ja vaikuttaako siihen tutkijan sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus, virka-asema tai muu sellainen ja miten hän kuulee ja havainnoi. Koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija, on laadullisessa tutkimuksessa otettava huomioon nämä seikat ja myönnettävä, että tutkijan oma tausta ja tulkintatapa väistämättä vaikuttavat tulokseen. Tästä syystä tutkimuksen luotettavuuspohdinnoissa tulee ottaa huomioon tutkijan puolueettomuusnäkökulma. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131-133.)

Tässä opinnäytetyössä on teoriaosuudessa käytetty monipuolisesti lähteitä, sekä kirjallisuutta, että verkkodokumentteja ja lehtiartikkeleita. Kaikki lähteet ovat mahdollisimman tuoreita, paitsi mikäli hyvästä ja sinällään muuttumattomasta lähteestä ei ollut saatavilla uudempaa painosta.

Tiedonkeruumenetelmä hyväksyttiin sekä Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla, jossa kyselyyn myös vastattiin, että alueesta vastaavalla ylihoitajalla. Aineistoa kerättiin kyselylomakkeella, joka oli suunniteltu mahdollisimman yksinkertaiseksi. Kysymykset oli muokattu pääasiassa niin, että saadut vastaukset ovat yksiselitteisiä, eivätkä jätä siis tulkinnanvaraa, joten puolueettomuusnäkökulma tuli huomioitua. Analysointivaiheessa yhdessä kysymyksessä tuli esille epäkohta, joka aiheutti sen, että jäi epävarmaksi, olivatko vastaajat ymmärtäneet asian tarkoituksenmukaisesti. Kysymys koski hoitajien saamaa koulutusta ja kysymyksenasettelu olisi tullut harkita tarkemmin.

Vastausten vähyys vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Vastaajien vähäiseen määrään saattoi hieman osaltaan vaikuttaa se, että talvilomakausi oli juuri meneillään lomakkeiden ollessa osastolla, eikä informaatio välttämättä kulkenut niin hyvin kuin olisi voinut. Omalta osaltamme olisimme voineet vaikuttaa runsaampaan vastausten määrään esimerkiksi esittelemällä työn ja tavoitteet koko hoitohenkilökunnalle henkilökohtaisesti paikan päällä. Lisäksi hoitohenkilökuntaa oli 25 henkilöä, joten otantakin oli alun alkaen melko pieni. Osaltaan vastausten määrään saattoi vaikuttaa kyselylomakkeen pituus ja avointen kysymysten määrä, vaikka ne oli pyrittävä tekemään helposti vastattaviksi. Kuitenkaan avoimia kysymyksiä ei olisi voinut jättää poiskaan, sillä se olisi heikentänyt tutkimuksen laatua ja luotettavuutta ja supistanut saatavan tiedon määrää. Kysymykset oli harkittu ja aseteltu niin, että ne olivat yksiselitteisiä ja helposti ymmärrettäviä. Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikuttaa myös se, ovatko hoitajat vastanneet kysymyksiin rehellisesti.

Vastausten luotettavuutta olisi voinut lisätä kyselemällä samaa asiaa hieman eri muodoissa useampaan kertaan. (Eskola & Suoranta 2008, 214-

215.) Toisaalta se olisi lisännyt lomakkeen pituutta ja olisi näin ollen voinut vähentää vastaajien määrää. Mikäli vastauksissa ei olisi tällöin ilmennyt ristiriitoja, olisivat vastaukset olleet luotettavampia.

Kyselyn olisi voinut tehdä myös henkilökohtaisella haastattelulla, mutta emme halunneet siihen ryhtyä, sillä ajattelimme tavoittavamme suuremman vastaajien ryhmän kyselylomakkeella ja näin saada monipuolisempia vastauksia ja laajemman käsityksen tutkittavasta aiheesta. Lisäksi uskoimme hoitajien vastaavan rehellisemmin anonyyminä.

### 10.2 Johtopäätökset

Pidimme kivunhoitoa ja sen arviointia tärkeänä aiheena jo työtä aloittaessamme, mutta työn edetessä olemme todenneet sen vielä tärkeämmäksi, sillä tutkimusten perusteella siinä on paljon puutteita monessa paikassa. Aukkoja on hoitajien tiedoissa kivunhoidosta, mutta etenkin kivun ja sen hoidon kirjaamisessa ja varsinkin hoidon tehon arvioinnissa. Kivunhoito on aiheena aina ajankohtainen ja tulee eteen sairaanhoitajan työssä kaikkialla.

Teoriaosuutta tehdessä kävi ilmi, että tietoa kivunhoidosta, niin lääkkeellisestä kuin lääkkeettömästäkin, löytyy runsaasti. Eri lähteiden tiedot ovat pääasiassa yhteneväisiä toistensa kanssa. Myös kivun ja sen hoidon arvioinnista löytyy paljon tietoa eri lähteistä, mutta vain harvassa korostetaan kirjaamisen ja kivun hoidon tehoamisen arvioinnin tärkeyttä osana potilaan hoidon jatkuvuutta.

Johtopäätöksenä vastauksista voidaan vetää ainakin lisäkoulutuksen tarpeellisuus kivunhoidossa sekä tarve saada helpommin tietoa uusista kivunhoitomenetelmistä. Vastauksista esiin nousi se, että tietoa kivunhoidosta ja eri menetelmistä tulisi itse aktiivisesti hankkia, eikä sitä ole saatavilla välttämättä helposti. Usea vastaaja kertoi saavansa tietoa kollegoiltaan. Kivunhoitoa voisi kehittää edelleen helpottamalla tiedonsaantia. Myös koulutusten säännöllisyys olisi tärkeää, ellei jopa pakollista, ja niistä saatava materiaali tulisi olla kaikkien saatavilla.

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että kivunhoidossa synnytys- ja naistentautien vuodeosastolla olisi vielä kehittämisen varaa. Tästä voidaan päätellä, että lisätilausta kivunhoidon koulutukselle olisi. Lisäksi koulutukset ovat usein lääkeainepainotteisia, eikä niissä useinkaan keskitytä itse arviointiin, mikä olisi kuitenkin hoitajan näkökulmasta tärkeää, koska lääkkeen määrää aina lääkäri ja hoitajan tehtävä on yleensä arvioida sen tarve. Kivunhoitoon kaivataan lisää suunnitelmallisuutta ja yhtenäisiä käytäntöjä. Nämä helpottaisivat kivun arviointia, hoitoa sekä hoidon tehon arviointia.

Saamiemme vastausten mukaan hyvä kivunhoito on monipuolista ja yksilöllistä. Näin ollen jokaisen potilaan kohdalla erikseen tulisi perehtyä potilaan omaan kokemukseen kivusta ja sen laadusta, jotta kivunhoito olisi mahdollisimman tehokasta ja yksilöllistä. Tähän kuuluu myös moniammatillisuuden hyödyntäminen. Lääkäreiden ja kipuhoitajan konsultointi tulisi

olla matalan kynnyksen takana, jolloin välttyttäisiin tilanteilta, joissa potilaalla on turhaan kovia kipuja. Osaston omien kipuvastaavien tietotaitoa ei tulosten mukaan juurikaan hyödynnetty, missä olisi puolin ja toisin parantamisen varaa.

Vastausten mukaan kivunhoidon arviointi toteutuu osastolla hyvin ja on melko säännöllistä. Suurimmaksi osaksi aikaa löytyy lähes aina hyvän ja laadukkaan kivunhoidon toteutukseen sekä toteutumisen arviointiin. Kehittämisaikajatkana voisi olla esimerkiksi yhtenäisten linjojen vetäminen kivunhoidon toteutukseen ja arviointiin. Tätä voisi lähteä toteuttamaan esimerkiksi sopimalla yhteisestä kipumittarista sekä kirjaamisen yhteisistä pelisäännöistä. Kivunhoidon kirjaamisesta voitaisiin sopia, että kipumittaria käytettäisiin aina ennen ja jälkeen kivunhoitamisen ja tämä myös kirjattaisiin joka kerta.

Osastolle voisi laatia ohjekansion, johon on koottu tärkeimmistä kipulääkkeistä olennaisimmat tiedot, kuten vaikutusmekanismit ja -ajat. Tällainen ohjekansio olisi hyvä, sillä vaikka lääkäri määrääkin lääkkeitä, tulee hoitajien kuitenkin tietää lääkkeiden vaikutusmekanismit ja -ajat. Ohjekansiossa voitaisiin huomioida myös lääkkeetön kivunhoito.

Kuten osa vastaajista oli ehdottanut, peruskipulääkityksen voisi lääkäri laittaa leikkauspotilaan lääkelistalle suoraan ilman, että sitä tarvitsisi erikseen pyytää. Kivunhoidon koulutuksia tulisi työelämässä järjestää useammin ja varsinkin hoitajan näkökulmasta. Myös lääkkeettömästä kivunhoidosta voisi järjestää koulutusta ja tuoda enemmän esiin sen hyödyntämistä lääkehoidon rinnalla.

Osaston omien kipuvastaavien kanssa yhteistyötä voisi lisätä. Kipuvastaavat voisivat tuoda omaa osaamistaan esille esimerkiksi osastotunneilla. Kivunhoidossa tulisi huomioida myös potilaiden kanssa tehtävä yhteistyö niin, että potilas saa riittävästi informaatiota jo ennen leikkausta ja hänelle opetetaan esimerkiksi kipumittarin käyttö.

Moniammatillisuutta voisi hyödyntää vielä enemmän, esimerkiksi lääkärin, kipuhoitajien ja fysioterapeuttien ammattitaitoa hyödyntäen. Osastolla voisi järjestää moniammatillisia palavereja, joissa suunniteltaisiin potilaiden yksilöllinen hoito ja kuntoutus. Kivunhoidon arvioinnista tulisi tulla rutiini ja säännöllinen osa hoitotyötä. Kivunhoidolle voisi laatia suunnitelman, johon kirjattaisiin tavoite, keinot ja menetelmät. Tämän lisäksi suunnitelman toteutumista arvioitaisiin.

### 10.3 Opinnäytetyöprosessin oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tekemisessä on ollut iso työ, mutta samalla se on myös antanut paljon. Opinnäytetyömme on merkityksellisempi meille itsellemme, kuin esimerkiksi osastolle, johon tutkimus kohdistui. Halusimme ja saimme opinnäytetyön aiheeksi kivunhoidon, joka oli samalla sekä työelämälähtöinen että myös hyödyksi itsellemme ammatillisen kasvun ja kehityksen kannalta.

Opinnäytetyötä tehtäessä olemme oppineet tiimityötä, tulemaan toimeen erilaisten ihmisten kanssa sekä sietämään stressiä ja paineita. Kolmen ihmisen aikataulujen yhteensovittaminen on välillä ollut vaikeaa ja haasteellista, mutta yhteisellä motivaatiolla ja päämäärällä olemme löytäneet aikaa kokoontua yhteisen pöydän ääreen. Toisaalta kolme tekijää on ollut myös etu, sillä mielipiteitä on tarkasteltu eri suunnilta ja jouduttu pohtimaan sekä perustelemaan puolin ja toisin. Rakentavaa palautetta on opittu niin antamaan kuin saamaan. Lisäksi olemme saaneet toisiltamme vertaistukea urakan tuntuessa joskus loputtomalta.

Ristiriidoilta ei tietenkään ole voitu välttyä, kun kyseessä on opintojen kannalta näin tärkeä ja kaikkia koskettava asia. Olemme kuitenkin oppineet ongelmaratkaisutaitoja sekä tekemään kaikkia tyydyttäviä kompromissiratkaisuja. Jokaisen mielipide on otettu huomioon ja pyritty ratkaisuihin, jotka sopivat kaikille. Olemme oppineet niin kärsivällisyyttä kuin joustavuuttakin. Lisäksi on täytynyt oppia hyväksymään se, ettei oma mielipide olekaan aina ainoa ja oikea vaihtoehto.

Opinnäytetyötä tehdessä olemme oppineet lähdekritiikkiä ja lähteiden keuruuta, sekä tulkintaa ja työstämistä. Ajoittain lähteiden löytäminen ja kerääminen oli haasteellista, sillä kaikista aiheista ei löytynyt tietoa. Erityisesti aiempien tutkimusten soveltaminen työhön tuotti hankaluuksia, koska emme olleet siinä vielä tarpeeksi harjaantuneita. Työn edetessä olemme oppineet, kuinka tärkeää jatkuva työn tarkastaminen ja läpikäyminen on. Vaikeuksia on tuottanut se, että osaisi lukea työtä ikään kuin ulkopuolisen silmin ja löytää sieltä kehittämistarpeet. Ohjaajan tuki ja palaute sekä seminaarit ovat olleet ensiarvoisen tärkeitä opinnäytetyötä tehtäessä, sillä sitä kautta on saanut perspektiiviä työhön. Osviittaa siihen, mitä työstä tulisi löytyä, on saanut myös jo tehtyjä opinnäytetöitä tutkittaessa.

Lisäksi olemme oppineet itse aiheesta eli kivunhoidosta paljon. Itse sairaanhoitajakoulutukseen ei juuri sisälly kivunhoidon ja sen arvioinnin opetusta, joten opinnäytetyö on ollut tärkeä kanava oppia uutta kivunhoidosta sekä kehittää omaa osaamistaan. Harjoittelussa ja työelämässä olemme havainneet, että kivunhoitoon olennaisena osana kuuluva kivunhoidon ja sen tehokkuuden arviointi jää hyvin usein suorittamatta. Tämän opinnäytetyön myötä olemme kuitenkin oppineet, kuinka tärkeä osa myös arviointi on kivunhoitoprosessissa ja miten se vaikuttaa jatkohoidon ja kuntoutumisen toteutumiseen. Lisäksi saimme myös perusvalmiuksia laadullisen tutkimuksen tekoon.

## LÄHDELUETTELO

- Akuutti ja krooninen kipu 2009. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 16.11.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00005&p\\_teos=kha&p\\_osio=107&p\\_selaus=5943](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005&p_teos=kha&p_osio=107&p_selaus=5943)
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. 11. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Bjälje, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö. & Toverud, K. 2009. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Suomenos: Meditrans Oy. WSOY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hakala, P. 2004. Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivunhoidosta. Kivuviesti 2/2004.
- Hermovaurion aiheuttama kipu 2009. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 16.11.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00020&p\\_teos=kha&p\\_osio=107&p\\_selaus=5945](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00020&p_teos=kha&p_osio=107&p_selaus=5945)
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta 2010. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 9.12.2011.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29221>
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammerpaino Oy, 118-126.
- Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d. Opinnäytetyöpakki. Viitattu 29.5.2012.  
<http://193.167.122.14/Opari/ontEmpiirisenKeruu.aspx>



Kauppara, M. 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? Kipuviesti 1/2006.

Kipu 2006. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 16.6.2011.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,1941>

Kipu ja kudosaatio 2009. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 16.11.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00015&p\\_teos=kha&p\\_osio=107&p\\_selaus=5944](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00015&p_teos=kha&p_osio=107&p_selaus=5944)

Kipu n.d. Therapia Fennica. Viitattu 18.9.2011.  
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Kipu>

Kivun arviointimenetelmät. 2010. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 16.6.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00170](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170)

Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito. 2010. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 16.6.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00169](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00169)

Kohdun kaavinta n.d. Vaasan keskussairaala. Viitattu 3.11.2011  
[http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRhot/1013451/Potilasohje/Kohdun kaavinta.pdf](http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRhot/1013451/Potilasohje/Kohdun%20kaavinta.pdf)

Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1/2007.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Neuropaattisen kivun hoito-opas. 2007. Duodecim. Viitattu 19.9.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086)

Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. 2007. British Journal of Nursing. Vol 16 no 3.

Raappana, M. 2001. Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.

Sailo, K. & Qvick, L. 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammerpaino Oy.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2012. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 13.4.2012.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Salomäki, T. & Nuutinen L. 2011. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo80350&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=haku&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_hakusana=kivunhoito](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo80350&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=kivunhoito)>12.9.2011

Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010. Suositus sairaanhoitajakoulutuksen kivunhoitotyön osaamistavoitteista. Pdf-tiedosto. Viitattu 12.6.2012. [www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/.../shops%2022\\_8\\_2010.pdf](http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/.../shops%2022_8_2010.pdf)

The nurses improving pain management 2004. Nursing Times. 1/2004. Vol 100 No 1.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 29.5.2012. [http://193.167.122.14/Opari/lomakkeet/tukim\\_TENK\\_menettelyohjeet\\_2002.pdf](http://193.167.122.14/Opari/lomakkeet/tukim_TENK_menettelyohjeet_2002.pdf)

Uotila, J. & Tuimala R. 2011. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Vasankari, H. 25.10.2011. Osastonesittely. Vastaanottaja Camilla Väänänen. [Sähköpostiviesti]. Viitattu 27.10.2011

Wilner, L. & Arnold, R. 2009. Pain assessment in the cognitively impaired. Viitattu 16.6.2011. [http://www.eperc.mcw.edu/fastFact/ff\\_126.htm](http://www.eperc.mcw.edu/fastFact/ff_126.htm)

Wood, S. 2008. Assessment of pain. Viitattu 16.6.2011. <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-specialisms/pain-management/assessment-of-pain/1861174.article>

Ylinen, E-R. 2010. Potilaan kivun hoito ja arviointi lääkkeettömän kolonoskopian aikana. Kipuviesti 2/2010.

## KYSELYLOMAKE

### **SAATE**

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta kirurgisen potilaan kivunhoito naistentautien vuodeosastolla hoitajan näkökulmasta. Keskitymme erityisesti gynekologisen potilaan postoperatiivisen kivunhoitoon sekä sektiopotilaiden postoperatiiviseen kivunhoitoon. Tavoitteenamme on selvittää, kuinka kivunhoidon arviointi toteutuu naistentautien vuodeosastolla.

Olemme tehneet kyselylomakkeen koskien kivunhoitoa ja sen arviointia osastollanne, johon toivomme osastonne hoitajien vastaavan määräaikaan mennessä. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Kysymykset liittyvät kivunarviointiin, arviointimenetelmiin sekä mahdolliseen kivunhoidon arvioinnin kehittämiseen. Vastauksia pyydämme nimettöminä eikä niitä voida yhdistää vastaajiin.

Pyydämme Sinua vastaamaan \_\_\_\_\_ mennessä. Tämän jälkeen koostamme vastaukset ja analysoimme ne SPSS-ohjelmalla, joka on tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltu ohjelmisto. Analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet hävitetään.

Kiitos jo etukäteen vastauksistanne. Vastauksenne ovat meille tärkeitä.

Terveisin Meri-Tuuli Saarela, Johanna Vainio ja Camilla Väänänen  
Sähköposti: etunimi.sukunimi@student.hamk.fi

Ohjaava opettaja Paula Vikberg – Aaltonen  
Sähköposti: paula.vikberg-aaltonen@hamk.fi

## KYSELYLOMAKE

### Perustiedot

1. Minkä ikäinen olet? \_\_\_\_\_ vuotta
2. Kuinka monta vuotta olet toiminut hoitajana? \_\_\_\_\_ vuotta
3. Mikä on ammattinimikkeesi?  
  
\_\_\_\_\_

### Kivunarviointi

4. Mielestäni hallitsen kivunhoidon. Ympyröi.

1. Erittäin hyvin
2. Hyvin
3. Kohtalaisesti
4. Huonosti
5. Erittäin huonosti

5. Millä tavoin arvioit potilaan kipua?  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Käytätkö kipumittareita kivun arvioinnissa?

1. Kyllä
2. Ei

Jos vastasit kyllä niin mitä?  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Kuinka usein arvioit kipua ja lääkkeen vaikuttavuutta lääkkeenannon jälkeen?

1. Joka kerta
2. Toisinaan
3. En koskaan

8. Koetko, että sinulla on tarpeeksi aikaa muiden töiden ohella toteuttaa laadukasta kivunhoitoa?

1. Kyllä
2. Toisinaan
3. Ei

9. Oletko saanut työpaikkakoulutusta/muuta koulutusta kivunhoidosta?

1. Kyllä
2. Ei

a) Jos vastasit kyllä, niin millaista?

---

---

b) Koska viimeksi olet saanut työpaikkakoulutusta/muuta koulutusta kivunhoidosta?

---

c) Koetko, että olet saanut tarpeeksi työpaikkakoulutusta/muuta koulutusta kivunhoidosta?

- 
1. Kyllä
  2. Ei

10. Koetko, että osastollasi tarvitsee kehittää kivunhoitoa ja sen arviointia?

1. Kyllä
2. Ei

Jos vastasit kyllä, niin miten kehittäisit kivunhoitoa ja sen arviointia osastollanne?

---

---

---

---

---

11. Mitä on mielestäsi yksilöllinen kivunhoito?

---

---

---

12. Miten koet yksilöllisen kivunhoidon toteutuvan osastollasi?

1. Erittäin hyvin
2. Hyvin
3. Kohtalaisesti
4. Huonosti

13. Miten saat tietoa uusista kivunhoidon menetelmistä?

---

---

14. Osastollanne toimivat kipuvastaavat. Miten paljon hyödynnät heidän tietouttaan työssäsi?

---

---

15. Minkälaisissa tilanteissa teet yhteistyötä sairaalan kipuhoidajan kanssa?

---

---

16. Millaista lääkkeetöntä kivunhoitoa osastolla käytetään?

---

---

17. Mitä mieltä olet lääkkeettömästä kivunhoidosta?

1. Hyvin tärkeää
2. Tärkeää
3. Ei kovin tärkeää
4. Ei yhtään tärkeää

**Jatka lauseita**

18. Mielestäni hyvä kivunhoito on...

---

---

19. Kun potilas pyytää kipulääkettä, minä...

---

---

20. Tärkeintä kivunhoidossa on...

---

---

