

Heidi Huttunen  
Sari Lönnqvist  
Netta Riikonen

## APS-hoitajien näkemyksiä

Kirurgisen potilaan postoperatiivisen kivun  
lääkkeettömästä hoidosta

Tekijä(t) Otsikko	Heidi Huttunen, Sari Lönnqvist, Netta Riikonen Lääkkeettömät kivunhallintamenetelmät, haastattelututkimus APS-hoitajien näkemyksistä
Sivumäärä Aika	38 sivua + 2 liitettä 13.9.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	TtM Minna Elomaa-Krapu TtM Tuija Uski-Tallqvist
<p>Opinnäytetyömme on osa projektia ” Potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisen potilaan ja tehohoitopotilaan hoitotyössä”. Projektin tarkoituksena on potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisilla vuodeosastoilla ja teho-osastoilla kivunhoitoon ja hoitotyöhön liittyen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, selvittää millaisia lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä on käytössä akuutin leikkauksen jälkeisen kivunhoidossa ja mitkä ovat APS-hoitajien näkemykset niiden käytöstä. Tavoitteena oli kehittää lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien käyttöä tulevaisuudessa.</p> <p>Aineisto kerättiin teemahaastattelemalla viittä APS-hoitajaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2012 teemahaastatteluina. Millaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on käytössä? Millaisia kokemuksia APS-hoitajilla on lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä? Minkälaisia haasteita lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyy? Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat osa lähes jokaisen kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeistä hoitoa. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään yleisimmin yhdessä lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien kanssa. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ei aina mielletä kivunhoidoksi vaan ne ovat osa potilaan saamaa perushoitoa. Vuorovaikutus, läsnäolo sekä ohjaus ja neuvonta nähtiin tärkeinä potilaan leikkauksen jälkeistä kipua lieventävinä tekijöinä.</p> <p>Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä tulevaisuudessa tulisi kehittää kouluttamalla hoitajia erilaisten kivunhallintatekniikoiden käyttöön sekä lisäämällä potilaiden tietoisuutta lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä kertomalla niistä jo tulohaastatteluiden yhteydessä.</p>	
Avainsanat	kipuhoitaja, lääkkeetön kivunhoito, akuutti postoperatiivinen kipu

Author(s) Title Number of Pages Date	Heidi Huttunen, Sari Lönnqvist, Netta Riikonen Aps-nurses' perceptions Nondrug complementary methods in postsurgical pain relief 38 pages + 2 appendices 13 September 2011
Degree	Bachelor Of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Minna Elomaa-Krapu Master of Health Science Tuija Uski-Tallqvist Master of Health Science
<p>Our final project was a part of the project called "Improving the patient safety in nursing of the surgical and intensive care patients". Purpose of the project is to develop surgery patients' safety during nursing.</p> <p>The purpose of our final project was to describe nondrug complementary methods, to examine what kind of nondrug complementary methods are used in postsurgical pain relief and what are aps-nurses' perception of using nondrug complementary methods. The aim of the study was to develop the use of nondrug complementary methods in the future.</p> <p>The data was gathered through theme interviews of five aps-nurses in the hospital district of Helsinki and Uusimaa. The theme interviews were carried out in March 2012 and the collected data was analysed with inductive content analysis.</p> <p>Based on the outcomes of this final project nondrug complementary methods are mostly used with medical pain relief and they are often part of the patients' basic care; interaction, presence and guidance are experienced as important factors in postsurgical pain relief.</p> <p>In the future, the use of nondrug complementary methods could be increase by educating nurse.</p>	
Keywords	acute pain service, non drug complementary methods, acute postsurgical pain

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kipu	2
2.1	Kivun määritelmä	2
2.2	Akuutti postoperatiivinen kipu	4
3	Lääkkeetön kivunhoito	5
3.1	Asentohoito ja puhalluspallon käyttö	6
3.2	Lämpö- ja kylmähoitot	7
3.3	Hieronta	9
3.4	Akupunktio	10
3.5	Hermostimulointi	11
3.6	Rentoutuminen, mielikuvaharjoitukset ja hypnoosi	12
3.7	Musiikki	13
4	Aps-hoitaja (acute pain service)	14
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kysymykset	16
5.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	16
6	Opinnäytetyön toteutus	17
6.1	Teemahaastattelu ja aineiston keruu	17
6.2	Aineiston analysointi	18
7	Opinnäytetyön luotettavuus	20
8	Opinnäytetyön eettisyys	22
9	Opinnäytetyön tulokset	23
9.1	Kipuhoitajien näkemys käytössä olevista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä	24
9.2	Kipuhoitajien kokemukset lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä	27
9.3	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvät haasteet	28
10	Pohdinta	30

10.1 Kipuhoitajien näkemys käytössä olevista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä	31
10.2 Kipuhoitajien kokemukset lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä	33
10.3 Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvät haasteet	34
10.4 Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys	35
Lähteet	37
Liitteet	
Liite 1. Analyysitaulukko	
Liite 2. Haastattelun saatekirje ja teema-alueet	

## 1 Johdanto

”Kivun hoitotyö on kipua kokevan potilaan ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin” (Salanterä – Hagelberg – Kauppila – Närhi 2006: 9). Kansanterveyden näkökulmasta kipu on ongelma. Hoitamaton kipu johtaa usein työkyvyttömyyteen sekä lisää kustannuksia lääkärikäyntien, pitkien sairaalahoitojen ja lääkekustannusten takia. Parhaimmillaan hoitamaton kipu voi aiheuttaa potilaan kannalta haitallista käyttäytymistä. Kivunhoito on siis tärkeä osa potilaan hoitoa. Kipua voidaan hoitaa monin eri tavoin. Tärkeää olisi ennaltaehkäistä kivun syntymistä ja pyrkiä estämään jo syntyneen kivun kroonistumista. Olemassa olevaa ja esimerkiksi kirurgisen toimenpiteen aiheuttamaa kipua tulisi hoitaa tehokkaasti. Hoitajalta vaaditaan kykyä tunnistaa potilaan kipua ja käyttää erilaisia kivunhoitomenetelmiä tilanteeseen sopivalla tavalla. Parhaimmillaan kivunhoitoa toteuttaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat esimerkiksi sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja aps-hoitajat. Näin saadaan laaja näkökulma kivunhoitoon. (Salanterä ym. 2006: 3, 9; Sailo – Vartti 2000: 9, 48.)

Kipu on kansanterveydellisesti ja yksilötasolla vakava ongelma, joka aiheuttaa päivittäin haittoja monelle suomalaiselle. Kipu voi aiheuttaa työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisiä ja ennenaikaisia kuolemia. Monet hoitavat kipuaan lääkkeillä. Silti myös lääkkeettömille kivunhallintamenetelmille on kysyntää ja tarvetta. Potilaat sitoutuvat paremmin hoitoonsa, kun he käyttävät lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä. Sairaanhoitajilla on mahdollisuus käyttää lääkkeettömiä menetelmiä helpottamaan potilaan oloa. Hyvän asennon järjestäminen, kylmä- ja lämpöpakkaukset, huomion suuntaaminen muualle ja läsnäolo lääkehoidon lisänä lievittävät potilaan kokemaa kipua. (Sailo – Vartti 2000: 39–45; Salanterä ym. 2006: 177.)

Opinnäytetyömme on osa projektia ”Potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisen potilaan ja tehohoitopotilaan hoitotyössä”. Projektin tarkoituksena on potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisilla vuodeosastoilla ja teho-osastoilla kivunhoitoon ja hoitotyöhön liittyen. Tämä opinnäytetyö keskittyy kuvaamaan lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyössä haastatellaan viittä aps-hoitajaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkkeettömiä kivunhoitomene-

telmiä, selvittää millaisia lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä on käytössä ja mitkä ovat APS-hoitajien näkemykset niistä. Tavoitteena on kehittää lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien käyttöä tulevaisuudessa.

## 2 Kipu

### 2.1 Kivun määritelmä

Kansainvälisen kivuntutkimusjärjestön (IASP) määritelmä kivusta: "Kipu on epämiellyttävä aistimus tai tunnekokemus, joka liittyy kudonsvaurioon tai jota kuvaillaan kudonsvaurion käsittein." Hoitotyössä kipu on määritelty myös seuraavasti: " Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän". Kipua on siis mikä tahansa sellainen kokemus, jonka ihminen määrittelee kivuksi. Kun ihminen ilmaisee kipua, kyseessä on kipuongelma, ja sitä ei voida kyseenalaistaa. Psykologi C. Richard Chapman määrittelee kivun seuraavasti: Vaikka kipua voidaan kuvata aistihavaintona, se on ennen kaikkea voimakas negatiivinen tunnetila. Kipu jaotellaan akuuttiin ja krooniseen. Mekanismit, hoitokeinot ja kivunmerkitys ovat erilaisia akuutissa ja kroonisessa kivussa. Kiputilat saattavat kuitenkin sisältää piirteitä sekä akuutista että kroonisesta kivusta. (McCaffery – Pasero 1999; Sailo – Vartti 2000: 30; Estlander 2003: 9, 16; Vainio 2004: 17; Salanterä – Hagelberg – Kauppila – Närhi 2006: 7.)

Akuutilla kivulla on elimistöä suojaava merkitys. Se varoittaa kudonsvauriosta ja väistöheijasteen avulla ehkäisee lisävaurioiden syntyä. Tuki- ja liikuntaelinten sekä sisäelinten vauriot aiheuttavat lihasspasmeja, jotka pyrkivät immobilisaation avulla antamaan vaurioituneelle kudokselle paranemisen mahdollisuuden. Voimakas akuutti kipu aiheuttaa lisäksi neurohumoraalisia vasteita, joiden ansiosta elimistö kompensoi elintärkeitä toimintojaan kriittisissä tilanteissa, esimerkiksi ylläpitämällä verenpainetta hypovolemiasa. Kivun seurauksena myös hengitys voimistuu, mutta kudoksien hapensaanti huonontuu. Voimakas kipu estää rintakehän tai vatsan alueen vammojen yhteydessä kunnollisen hengittämisen ja yskimisen ja kerryttää näin eritteitä hengitysteihin. Hormonaalisista vasteista antidiureettisen hormonin erityksen lisääntyminen aiheuttaa oligouriaa eli

vähävirtsaisuutta. Glukagonin ja kortisolin erityksen lisääntyminen häiritsee gluukoositasapainoa. Kivulla on vaikutuksia myös ruoansulatuskanavaan sitä lamaannuttan. Akuutille kivulle on yleensä elimellinen, kliinisesti todettava tekijä, joka voidaan hoitaa ja tulee hoitaa tehokkaasti. (Kalso – Vainio 2002: 24–25.)

Akuutti ja krooninen kipu erotetaan toisistaan kivun keston perusteella. Kivun katsotaan kroonistuneen, jos sen kesto on yli 3–6 kuukautta. Krooninen kipu voidaan määrittellä myös kipuna, joka kestää pitempään, kuin kudoksen odotettu paranemisaika on. Kivun pitkittyessä se alkaa rasittaa potilasta myös psykososiaalisesti. Kiputiloista riippuen kivun pitkittymisen mekanismit painottuvat eri tavalla. Kudosvauriosta johtuvan pitkäaikaisen kivun taustalla on perustauti, jota ei saada hallintaan hoidosta huolimatta. Jos kipu johtuu hermovauriosta, sen syyt saattavat olla hyvinkin erilaisia. Hermoston osan vaurio aiheuttaa kipuviestiä siirtäviin ratoihin pysyviä muutoksia. Erilaisilla tutkimuksilla on yritetty selvittää krooniseen kipuun johtavia riskitekijöitä. Akuutin kudosvaurion laajuus ja kivun voimakkuus, leikkauskomplikaatiot ja potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat ennen leikkausta voivat olla mahdollisia tekijöitä. (Kalso – Vainio 2002: 24–25.)

Kivun biologinen tehtävä on viestittää kudosvauriosta. Kipuradaksi kutsutaan hermoston sitä osaa, jossa kudosvaurion aiheuttaman ärsykkeen ja sen seurauksena välittyvän kiputuntemuksen välillä on joukko monimutkaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia. Kipurata alkaa hermopäätteistä, jotka sijaitsevat kudoksissa ja kulkevat hermorunkoja pitkin kohti selkäydintä. Kipurata jatkuu kipujuosteena kohti aivokeskusta ja aivokuorta. Selkäytimen takasarvessa sijaitsevista synapseista tapahtuu kivun muuntelua, ja nämä lähettävät kipurataan informaatiota keskushermostosta ja ruumiin kudoksista. Tämä informaatio voi olla joko ekskitaatorista eli kipua lisäävää tai inhibitorista eli kipua estävää. Kipua välittävät hermoradat kulkevat selkäytimessä, sen etuosassa, ja nousevat kohti aivoja. Osa radoista päättyy keskiaivoihin ja osa jatkaa aivokuorelle. Toinen tärkeä informaatiokanava kulkee aivorungon kautta. Aivokuorella tapahtuu kivun havaitseminen ja kokeminen. (Vainio 2004: 25–26.)



## 2.2 Akuutti postoperatiivinen kipu

Akuutilla eli äkillisellä kivulla on fysiologisia seurauksia hengitykseen, verenkiertoon, ruoansulatuskanavaan, virtsateihin ja lihasspasmeihin. Kivulla on lisäksi psyykkisiä vaikutuksia. Kipu on voimakas hengityskeskukseen stimuloija ja se toimii opioidien hengitystä lamaavan vaikutuksen vastavaikuttajana. Kipu aiheuttaa takykardiaa, ääreisverenkierron vastuksen nousua, hypertensiota, sydämen työmäärän lisääntymistä ja sydämen hapenkulutuksen kasvamista. Tämä voi johtaa sydänlihaksen hapenpuutteeseen eli iskemiaan. Kivusta aiheutuva verisuonten supistuminen voi huonontaa kudoksen hapensaantia ja siten hidastaa haavan paranemista. Selkäytimen ja aivojen kautta reflektionisesti välittyvä lihaksen aktiiviteetti voi johtaa lihasspasmeihin ja aiheuttaa kivun lisääntymisen. Lihasspasmit saattavat esimerkiksi ylävatsan kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä vaarantaa hengityksen. Postoperatiivisella ohjauksella voidaan opettaa potilaita aktiivisesti rentouttamaan lihaksiaan. (Kalso 2004: 227–229; St. Marie 2002: 240.)

Lisääntynyt parasympaattisen hermoston aktiiviteetti lisää ruoansulatuskanavan eritteiden määrää ja laskee mahanesteen pH:ta. Sileiden sulkijalihasten vastus nousee ja suolen toiminta lamaantuu. Kipu voi pysäyttää mahalaukun tyhjenemisen ja aiheuttaa virtsaretenttiota. Kivun aiheuttama sympaattisen hermoston ja hypotalamuksen stimuloituminen johtaa esimerkiksi kortisolin, adrenaliinin ja glukagonin lisääntyneeseen erittymiseen. Stressitilanteeseen liittyy siten hyperglykemiaa, lipolyysiä eli rasvojen pilkkoutumista, proteiinien hajoamista ja oliguriaa eli virtsan vähäisyyttä. (Kalso 2004: 227–229; St. Marie 2002: 240.)

Voimakkaat postoperatiiviset kivut voivat aiheuttaa akuutteja, psyykkisiä kriisejä, mutta myös pitkäkestoisia emotionaalisia muutoksia. Riittämätön kivunlievitys aiheuttaa monelle potilaalle turhaa pelkoa ja ahdistusta ennen mahdollisia leikkauksia. (Kalso 2004: 227–229; St. Marie 2002: 240.)

### 3 Lääkkeetön kivunhoito

Tavoitteena kivunhoidossa tulisi olla kivun lieventyminen ja elämänlaadun sekä toimintakyvyn koheneminen. Hyvässä hoitosuhteessa on tärkeää kipupotilaan perusteellinen tutkiminen. Potilaan tilanne on hyvä kartoittaa kokonaisvaltaisesti. Kivun syynmukainen hoito on ensisijaista. Ohella voidaan käyttää oireiden mukaan lääkettä tai muita menetelmiä. (Arokoski ym. 2009: 67–68.)

Lääkkeetöntä kivunhoitoa voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Kivuntuntemus on yksilöllistä ja näin ollen kivunhoitokin on yksilöllistä. Kivunhoitomenetelmän valinta määräytyy kivun sijainnin perusteella. Sairaanhoitajilla on mahdollisuus käyttää lääkettä kivunhoitomenetelmiä helpottamaan potilaan oloa. Hyvän asennon järjestäminen, kylmä- ja lämpöpakkaukset, huomion suuntaaminen muualle ja läsnäolo lääkehoidon lisänä lievittävät potilaan kokemaa kipua. (Salanterä – Särkioja 2006: 177.)

Potilaat, jotka joutuvat kirurgiseen toimenpiteeseen, saattavat ajatella menettävänsä itsehallintansa. Tämä saattaa aiheuttaa potilaille jännitystä ja toivottomuuden tunnetta, joka saattaa hidastaa toipumista. Potilailla voi olla kipuja ja pahoinvointia toimenpiteen jälkeen, jotka myös vaikuttavat toipumisen hidastumiseen. Nämä kaikki voivat vaikuttaa potilaan sydän- ja verisuonijärjestelmään sekä immuunipuolustukseen. (Ikonomidou – Rehnström – Naesh 2004: 269–278.)

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat edullisia. Lääkkeisiin verrattuna niillä ei ole sivuvaikutuksia. Usein postoperatiivista kipua hoidetaan opiaateilla, jotka voivat aiheuttaa huimausta altistaen potilaan kaatumisille. Potilaat saavat paremman kuvan itsestään ja sairaudestaan käytettäessä lääkettä kivunhallintakeinoja. Potilaat ottavat paremmin vastuuta omasta hoidostaan. On tutkittu, että naiset ovat innokkaampia käyttämään lääkettä kivunhoitomenetelmiä. Menetelmän valinta riippuu kivun sijainnista. Esimerkiksi lievään lihaskipuun käytetään liikuntaa tehokkaasti apuna. (Turunen 2007: 79.)

Vuonna 2007 tehdyssä tutkimuksessa syöpäpotilaista 44 % käytti lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. (Wells ym. 2007: 50). Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö on kasvussa Amerikassa, vaikka sairausvakuutus ei näitä hoitoja korvaa. Yli 40 % amerikkalaisista käyttää lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. (Good ym. 2000: 208–215; Gaylord – Crotty 2002: 63; Tracy ym. 2006: 57 Turunen 2007: 79; Wells ym. 2007: 50.) Tutkimuksia lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä Suomessa kolonoskopioiden, synnytysten ja syöpäkipujen yhteydessä löytyy. Sitä vastoin tietoa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttäjämääristä Suomessa ei ole saatavilla.

Kivun kroonistumista tulisi pyrkiä estämään. Akuutin kivun tehokas hoito on tällöin tärkeää. Vaihtoehtoiset kivunhoitomenetelmät ovat saaneet kiinnostusta postoperatiivisen kivun ja jännityksen hoidossa perinteisen lääkehoidon rinnalla. Perinteisenä lääkehoitona on käytetty bentsodiatsepiineja ja opiaatteja. Sivuvaikutuksina näillä lääkkeillä on ollut pahoinvointi ja sedatiivisuus. Näiden sivuvaikutusten takia voi potilaan toipuminen hidastua. Onkin tärkeää kehittää postoperatiivista lääkehoitoa. (Salanterä – Särkioja 2006: 147; Ikonomidou ym. 2004: 269–278.)

Tässä opinnäytetyössä kuvataan yleisimpiä käytettyjä lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja. Näitä ovat asentohoito, lämpö- ja kylmähoidot, hieronta, akupunktio, rentoutus ja musiikki.

### 3.1 Asentohoito ja puhalluspallon käyttö

Asentohoitoa voidaan käyttää leikkauspotilaalle leikkauksen jälkeen. Asennon muutos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Tarkoituksena on, että potilas ei olisi koko ajan samassa asennossa vuodelevossa. Näin estetään keuhkojen ahtautuminen ja saadaan hengitys toimivaksi. Potilaan asentoa muutetaan usein, 1–2 tunnin välein, mikäli hänen tilansa sen sallii, tai kehoitetaan potilasta itseään oikaisemaan itsensä. Apukeinoina käytetään tynyjä ja muita pehmusteita. Tynyjen asettelulla tuetaan selkää, povitaiteita, nilkkoja ja kyynärvarsia sekä asetetaan potilas kylkiasentoon. Potilaalle on hyvä saada mahdollisimman rento asento leikkausalueelle. Kipu pysyy poissa rennossa asennossa ja leikkausalueen parantuminen edistyy. (Sailo – Vartti 2000: 124, 135.)

Kirurgisen toimenpiteen jälkeen potilas joutuu yleensä olemaan levossa. Tällöin potilaan hengitys voi olla pinnallista, kun keuhkojen alaosat jäävät käyttämättä. Potilas voi kärsiä hapen puutteesta ja keuhkoihin voi nousta limaa, joka taas aiheuttaa kipua. Eri-tyisesti jos toimenpide on tehty vatsan tai rinnan alueelle, voi potilas arkailla yskiä limaa pois ja hengitys on tuolloin pinnallista. Potilaalle voidaan opastaa PEP-pullon (puhalluspullo) käyttö. Puhalluspullon käyttöön tarvitaan litran pullo, johon laitetaan  $\frac{3}{4}$  osaa vettä ja 40 cm:n pituinen muoviletku, jonka halkaisija on n. 1 cm. Muoviletku asetetaan vesipulloon. Potilasta ohjataan vetämään keuhkot nenän kautta täyteen ilmaa, suu pidetään kiinni koko ajan. Potilas puhaltaa ilman suun kautta pulloon letkua pitkin. Vesi poreilee pullossa puhallettaessa. Tätä voidaan toistaa muutamia kertoja peräkkäin. Käytettäessä päivittäin (3–4 kertaa), potilaan hengitys syvenee, limaa poistuu ja yleis-tila paranee. (Sailo – Vartti 2000: 125.)

### 3.2 Lämpö- ja kylmähoitot

Kylmä- ja lämpöhoitomenetelmiä on käytetty lääketieteessä jo antiikin ajoista lähtien. Kivun hoidossa käytettiin lämmitettyä hiekkaa, vettä ja hierontaa. Nykyään lämpöhoitoja käytetään pääasiallisesti fysioterapiamenetelmien esihoidossa, koska lämpö vähentää kipua sekä rentouttaa potilaan. Lämpö aiheuttaa kudoksissa verenkierron vilkastumista, kudosten verenkierron lisääntymistä ja lihasjännityksen laukeamista. Lämmin suihku tai kylpy ovat hyviä keinoja tuottaa lämpöä. Lämmön käytössä on tärkeää huolehtia, ettei se ole liian kuuma. Lämmön tulisi tuntua miellyttävältä. Potilasta tulisi tarkkailla palovammojen ehkäisemiseksi. Esimerkiksi neuropatiaa sairastavilla tai verenkierto ongelmista kärsivillä voi olla vaara saada huomaamatta palovamma. Lämpöhoitoa ei tule käyttää hoitoalueilla, joissa on ihottumaa, tuore kudosvamma, tulehdus tai metallinen vierasesine. Lämpöpakkausten lämpötilan tulisi olla ihokontaktissa n. 40–45 astetta. Potilaan ihon ja lämpöpakkauksen väliin laitetaan pyyheliina tms. ja potilas peitellään lämmön säilymiseksi. Hoitokerta kestää 20–30 minuuttia. Samalla seurataan potilaan tuntemuksia ja ihon kuntoa. (Arponen ym. 2001: 181–184; Oliver – Ryan 2004: 49; Danter 2009: 46; Arokoski ym. 2009: 398–399.)

Pintalämpöhoitoja ovat esimerkiksi lämpöpakkaukset, parafiinikylvyt, savi- ja parafangohoidot sekä lämpölamput. Niiden vaikutus kohdistuu lähinnä ihoon, jossa lämpö saa aikaan hyperemiaa eli lisääntyneitä verekkyyttä. Potilaan vaivan laatu ja tapa reagoida

lämpöön vaikuttavat pinalämpöhoitojen annosteluun. Tavallisimmin pinalämpöhoitoja käytetään hieronnan, liikehoitojen ja vetohoitojen esihoitona. Pinalämpöhoitojen tavoitteena on saada lihakset rentoutumaan ja lisätä nivelsiteiden venyvyyttä. Syvälämpöhoitoja ovat lyhytaaltohoito, mikroaaltahoito ja ultraäänihoito. Niissä on tavoitteina hoitaa verenkierron vilkastumista, paikallista analgesiaa, lisätä kudosten venyvyyttä ja rentouttaa lihaksia. Vaikka lämpöhoitoja käytetään paljon, niiden käytöstä on tehty vähän kokeellisia hoitotutkimuksia. Ei ole varmaa näyttöä menetelmän tehokkuudesta, mutta ei myöskään tehottomuudesta. Ultraääntä on tutkittu, että se saattaa vähentää kipua nilkan nivelsidevammoissa ja kyynärpään epikondyliitissä. Lämpöhoito taas vähentää lyhytkestoisesti kipua ja lisää toimintakykyä esimerkiksi akuutissa selkäkivussa. (Kalso – Vainio 2002: 203; Kalso ym. 2009: 237.)

Kylmähoitoa käytetään kivun ja turvotuksen hoidossa. Kirurgiassa ja neurokirurgiassa kylmää käytetään kudosten aineenvaihduntaa hidastavan vaikutuksen takia. Kylmähoitoa toteutetaan yleisimmin käyttämällä kylmäpakkauksia tai kylmiä pyyhkeitä. Myös kylmää tuottavaa geeliä käytetään kipukohtaan tai esimerkiksi hieronnan yhteydessä. Kylmän käyttö kipeään kohtaan auttaa tulehduksen oireisiin, vähentää kipua ja laskee turvotusta. Kylmän vaikutus on tarkoitus rauhoittaa ärtyneitä hermopäitä ja sitä voidaan käyttää erilaisiin lihaskipuihin. Käsittely kestää normaalisti 20–30 minuuttia. Kipua välittävien hermoratojen johtumisnopeus hidastuu ja kipu lievittyy. Jotta ihoon ei tule paleltumia, on tärkeä huolehtia, että ihon ja kylmäpakkausten välissä on esimerkiksi tekstiili. Jos potilaalla on verenkierron tai neurologisia ongelmia, kylmähoitoa ei saa käyttää. Muita vasta-aiheita ovat potilaan tunnoton ihoalue, kylmäallergia ja urtikaria eli nokkosihottuma. (Arokoski ym. 2009: 399–400; Oliver – Ryan 2004: 49; Kalso ym. 2009: 238–239; Danter 2009: 46; Sailo – Vartti 2000: 125.)

Pinnallinen kylmäkäsittely vähentää verenkiertoa ja laukaisee lihasjännitystä. Kylmähoitoa käytetään myös hidastamaan kudosten aineenvaihduntaa. Kylmä, kompressio ja kohoasento, urheilulääketieteen kolme K:ta, vähentävät turvotusta ja kipua sekä pienentävät kudosten vaurion määrää. Kliinisissä tutkimuksissa on todettu, että kylmähoito vaikuttaa positiivisesti kivunlievityksessä ja vammoista toipumisessa. Kylmähoito on edullinen, turvallinen ja tehokas hoitovaihtoehto. (Kalso – Vainio 2002: 204; Kalso ym. 2009: 239; Mikkelsson – Leppäluoto 2005: 462–464.)

### 3.3 Hieronta

Hieronta on tehokas ja turvallinen kivunhoitokeino. Hieronta lievittää levottomuutta ja poistaa kipua. Hieronta on tunnettu ja käytetty menetelmä vuosisatojen ajan maailmanlaajuisesti. Hieronnan vaikutuksia postoperatiivisen kivun hoidossa on selvitetty sydänleikkauksen läpikäyneille potilaille tehdyssä tutkimuksessa. Leikkausasento ja pitkä vuodelepo voivat aiheuttaa potilaille toimenpiteen jälkeen selkä-, hartia- ja niska-kipuja. Myös yleistä stressiä ja jännitystä voi ilmetä potilaalla. Näistä syistä potilaan liikkuminen saattaa vähentyä ja toipuminen hidastua. (Anderson – Cutshall 2007: 161–165.)

Hierontaa, jonka avulla pyritään edistämään tai estämään erilaisten kudosten toimintoja tavoitteellisesti, pidetään psykofyysisenä hoitotapahtumana. Käsin suoritettulla hieronnalla vaikutetaan pehmeisiin kudoksiin rytmisesti painaen ja voimakkuutta vaihdellen. (Arponen – Airaksinen 2001: 25.)

Hieronalla on tarkoitus vaikuttaa ihoon, verenkiertoon, imunesteen kiertoon, hermoihin, lihaskudokseen ja heijastemekanismien kautta myös sisäelimiin. Fyysisen kosketuksen merkitys on tärkeä. Hieronnalla saadaan aikaan miellyttäviä tuntemuksia, joka voi olla osa tekijä hieronnan kipua lievittävää vaikutusta. Hieronnassa on tarkoitus käsitellä potilaan pehmytkudoksia. Tavallisimmat paikat mitä hierotaan, ovat potilaan jalat, olkapäät, selkä ja kädet. Hieronta on turvallinen ja tehokas kivunlievityskeino. Se lisää parasympaattisen hermoston toimintaa, jolloin sillä hyviä vaikutuksia verenpaineeseen, pulssiin ja hengitystiheyteen. Hieronnan käyttäminen potilaan postoperatiivisessa hoidossa saattaa vähentää kipulääkkeiden tarvetta, helpottaa potilaan liikkumista, vähentää jännitystä stimuloimalla endorfiinin erittymistä. (Sailo – Vartti 2000: 137–138; Kalso – Vainio 2004: 204; Anderson – Cutshall 2007: 161–165.)

Hierontaotteita on monia. Sivelyote on perusotteista helpoin. Sivelyotteen aikana hierojan käsi liukuu ihon pintaa pitkin mukautuen käsiteltävän alueen muotoon. Tarpeen mukaan voi käyttää apuna öljyä, voidetta tai talkkia. Sivelyote voidaan tehdä koko kädellä, kämmenellä, kämmenen tyvellä, päkiällä, sormenpäillä tai peukalolla. Yleensä hieronta aloitetaan laajoilla koko kädellä tehtävillä sivelyillä, joiden tarkoitus on totuttaa potilas kosketukseen. Sivelyotteilla pyritään edistämään laskimoverenkiertoa ja imunes-  
tekiertoa. Rauhalliset ja rytmiset sivelyotteet rauhoittavat, rentouttavat ja lievittävät

kipua. Hieronta ei tarjoa parannusta, mutta se on toimiva tukikeino levottomuuden, jännityksen ja kivun vähentämiseen ja kohentaa potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia toipumisprosessin aikana. (Arponen – Airaksinen 2001: 96–98; Anderson – Cutshall 2007: 161–165.)

Hierontaa tulisi välttää paikallisesti terveydellisistä syistä, jos potilaalla on esimerkiksi ihoinfektioita, suonikohjuja, tuore laskimotukos, vaikea ateroskleroosi tai tuore vamma. Hieronta voi irrottaa verihyytymiä, jotka verivirran mukana keuhkoihin kulkeutuessaan voivat aiheuttaa vahinkoa. (Salanterä – Särkioja 2006:16; Kalso – Vainio 2002: 205.)

### 3.4 Akupunktio

Akupunktuuri on kiinalaisen lääketieteen hoitomenetelmä, joka hyväksyttiin Suomen Lääkintöhallituksessa vuonna 1975 lääketieteelliseksi fysikaaliseksi hoitomenetelmäksi. Akupunktiota saivat käyttää laillistetut lääkärit ja hammaslääkärit. Vuodesta 1996 lähtien menetelmää on saanut käyttää myös koulutuksen saanut perinteisen kiinalaisen lääketieteen terapeutti. Akupunktio on Suomessa ensimmäinen viralliseksi hoitomuodoksi hyväksytty menetelmä, joka on lähtöisin ns. länsimaisen koululääketieteen ulkopuolelta. Akupunktiossa käytetään erilaisia neuloja sairauksien ja kiputilojen hoidossa. Neulat pistetään akupisteisiin, jotka ovat tarkoin määritellyjä. Akupisteiden ajatellaan sijaitsevan energiakanavien eli meridiaanien varrella. Länsimaiset lääketieteelliset tutkimukset ovat osoittaneet akupunktion tehon erityisesti kivunlievityksessä. (Saarinen 1998: 157–158.)

Nykyisin yli 1500 suomalaista lääkäriä on ilmoittanut käyttävänsä akupunktiota. Myös fysioterapeutit käyttävät akupunktiota hoitomuotona ja heitä on koulutautunut akupunktioon yli 400 henkilöä. Akupunktiohoito kestää 30 minuuttia ja hoitoja voidaan toistaa 3–10 kertaa. Yleensä hoitojen tiheys on yksi tai kaksi kertaa viikossa. Hoidossa neuloja voidaan stimuloida pyörittelemällä, värisyttämällä tai kytkemällä neuloihin matalataajuinen sähkövirta. Akupunktiota käytetään selkä- ja niskavaivoissa, päänsäryissä ja migreenin hoidossa. Myös postoperatiivisen kivun hoidossa akupunktio on käytetty keino. (Kalso ym. 2009: 241–242.)

Postoperatiivisen kivun hoidossa akupunktion on todettu vähentävän tulehduskipulääkkeen tarvetta. Potilaat, jotka saivat akupunktiohoitoa, kokivat tarvitsevansa vähemmän ibuprofeiinia, vaikka heidän toimenpiteen jälkeinen kipunsa VAS:lla mitattuna oli samaa luokkaa kuin potilailla, jotka eivät saaneet akupunktiohoitoa. Akupunktion, kuten muidenkin postoperatiivisen kivun lääkkeettömien hoitomuotojen, eduksi voidaan katsoa, että ne auttavat potilaita pärjäämään pienemmillä kipulääkeannoksilla. Tulehduskipulääkkeiden ruoansulatuskanavaan kohdistuvat haitat aiheuttavat Yhdysvalloissa vuosittain arviolta 100 000 sairaalahoitoon joutumista ja 16 000 kuolemaa. (Asher ym. 2010; Usichenko ym. 2007: 1097–1108.)

Akupunktion haittavaikutuksia voivat olla mustelmat pistoalueella, verenpaineen lasku ja pyörtyminen. Akupunktiossa voi käydä myös niin, että kipu pahentuu ja hoito aiheuttaa väsymystä. Vakavat sivuvaikutukset aiheutuvat neulan osuessa suoniin tai thoraxonteloon. Akupunktiossa on sterilitteetti erittäin tärkeää. Suositeltavaa on käyttää kertakäyttöisiä neuloja, jotta vältetään neulojen kautta tarttuvilta virustaudeilta (hepatiitit, HIV). Tutkimukset akupunktiohoidosta ovat heikkolaatuisia. Katsausten mukaan akupunktio voi auttaa täydentävänä tai yksinään kroonisen selkäkipun lyhytaikaisessa kivunlievityksessä. Muissa hoitokohteissa tulokset ovat ristiriitaisia. (Kalso ym. 2009: 242.)

### 3.5 Hermostimulointi

Sähköhoidot jaetaan sähkökipuhoitoihin ja sähköärsytyshoitoihin. Transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio (TENS) on eniten käytetty sähkökipuhoito. Hoidossa johdetaan elimistöön ulkoisesta virtalähteestä elektroneja, jolloin keho toimii virtapiirin osana. Sähkökipuhoidon tavoitteena on saada aikaan lihassupistus. Sähkökipuhoidossa käytetään matalajaksovirtoja, joissa virran voimakkuus on useimmiten 1–50 mA, jännite 10–100 V. TENS:in vaikutusmekanismia on selitetty kahdella eri teorialla. Näistä toinen on porttikontrolliteoria, jossa hermosyiden ärsytys estää spinaalitasolla ohuiden säikeiden kautta kulkevan kipuviestin. Toinen teoria on sitä mieltä, että TENS:illä voidaan vaikuttaa suotuisesti opioidimekanismien kautta. Tätä kutsutaan matalataajuiseksi TENS-hoidoksi. Kipupotilas voi käyttää laitetta itse, ja se on mukana kannettava. Fyysioterapeutti aloittaa normaalisti hoidon. (Arokoski ym. 2009: 400.)



Hoitoa ei saa käyttää raskaana oleville ja sydämentahdistimen käyttäjille. Elektrodeja ei saisi asettaa kaulan etu- ja sivuosaan. Jos potilaalla on ihollaan tunnottomuutta, iho-  
muutoksia, tulehdus tai avohaava tai jos potilaalla on kasvaimia, nämä on otettava huomioon elektrodien asettelussa. TENS-hoitoa on käytetty tuki- ja liikuntaelinten kroonisten kiputilojen, hermovaurioiden ja neuropatioiden hoidossa. TENS on edullinen ja helppokäyttöinen menetelmä. TENS:in vaikuttavuutta on tutkittu ja saatu vankkaa tutkimusnäyttöä polven nivelrikkokivun lievityksestä. (Arokoski ym. 2009: 400; Kalso ym. 2009: 231.)

### 3.6 Rentoutuminen, mielikuvaharjoitukset ja hypnoosi

Rentoutumista ja mielikuvaharjoituksia voidaan käyttää apuna saamaan potilas suuntaamaan ajatuksensa pois kivusta. Tutkimusten mukaan pelkoa, kipua ja ahdistusta ennen leikkausta voidaan hillitä käyttämällä rentoutusmenetelmiä. Äkillinen kipu voi aiheuttaa potilaassa lihasjännitystä ja pelkoa, joka taas voi lisätä kipua leikatussa tai vaurioituneessa kudoksessa. Potilasta autetaan rentoutumaan rentoutustekniikoilla. Esimerkiksi potilas voi jännittää yhden lihasryhmän kerrallaan ja rentouttaa sen sitten. Mielikuvaharjoitukset voidaan liittää rentoutumiseen. Esimerkiksi voidaan kuvitella, että puristava kipu on kiristävä vyö, joka aukaistaan. Leikkaushaavapotilasta pyydetään käännettäessä olemaan rentona. Näin jännitys laukeaa lihaksissa, ja haavassa oleva kipu vähenee. Rentoutus ei korvaa kipulääkitystä vaan täydentää sitä. (Sailo – Vartti 2000: 136.) Usein rentoutusta ja hypnoosia käytetään muun hoidon ohella. Menetelmillä voidaan tähdätä kipuun liittyvän lihasjännityksen ja negatiivisten tunnereaktioiden alenemiseen, nukahtamiseen ja kivunhallinnan tunteen parantamiseen. (Kalso ym. 2009: 248.)

Hypnoosilla voidaan usein vaikuttaa kipuun. Kun kipupotilaalle aiotaan aloittaa hypnoosihoito, on tärkeää, että kivun syy on selvitetty. Hypnoosihoitojen merkitys akuutin kivun hoidossa on tällä hetkellä käytännössä pieni. Hypnoosin vaikuttavuutta kudosa-  
vaurioiden rauhoittamiseen ei ole tutkittu tarpeeksi. Hypnoosihoitoa on käytetty palovammapotilailla ja akuutin kivun hoidossa päivystystilanteissa. Tällöin on voitu vaikuttaa osalla potilaista kivun voimakkuuteen ja kivun haitallisiin oheisvaikutuksiin. Tutkimusten perusteella on todettu, että hypnoosi on lapsipotilailla akuutin kivun hoidossa laaja-alaisempi kuin aikuispotilaiden hoidossa. (Kallio – Lauerma 2004: 174.)

The American Psychological Association (APA, Division 30) on määritellyt hypnoosin seuraavasti: "Hypnoosi on menettely, jonka aikana terveydenhuollon ammattilainen tai tutkija antaa suggestioita asiakkaalle, potilaalle tai koehenkilölle muutoksista tunteuksissa, havainnoissa, ajatuksissa tai käyttäytymisessä." Hypnoottinen tila aikaansaadaan erilaisia tekniikoita käyttämällä. Useimmat ovat suggestioita, jotka tähtäävät rentouteen, tyyneyteen ja yleiseen hyvänolon tunteeseen. Potilasta voidaan myös ohjeistaa kuvittelemaan miellyttäviä kohtauksia hypnoottisen tilan aikaansaamiseksi. Esimerkiksi voidaan käyttää hämärää huonetta, jossa on mukava lepotuoli sekä jokin piste, johon hypnotisoitava voi keskittää katseensa. Hypnotisoitavaa pyydetään rentoutumaan ja kuuntelemaan ainoastaan hypnotisoijan puhetta. Näin saadaan aikaan tila, jossa hypnotisoitavan tajunnansisältö on muodostunut vain induktion kuuntelemisesta. (Kallio – Lauerma 2004: 14–15.)

Hypnoosia kuvaillaan eri lailla ja ihmiset reagoivat siihen eri lailla. Toiset ihmiset reagoivat herkemmin hypnoosiin. Joskus ihminen voi pelätä sitä, että itsekontrolli häviää hypnoosissa, vaikka näin ei ole. Normaalisti hypnotisoitu tietää, kuka on ja missä on. Hypnoosia on kuvailtu muuntuneeksi tajunnantilaksi tai toisten mielestä normaaliksi keskittymiseksi, jolloin tunne on rentoutunut ja tyyni. Monien mielestä hypnoosikokemus on miellyttävä. (Kallio – Lauerma 2004: 14.)

Hypnoosin vaikutusta kipukokemukseen on tutkittu jo pitkään. Raporttien mukaan epäherkät hypnoosikoehenkilöt hyötyvät hypnoosista siten, että he ovat kokeneet vähemmän tuskaa mutta edelleen tuntevat kipua. Hypnoosiherkät ihmiset ovat saattaneet saada tunteen vähemmästä kivusta. (Kallio – Lauerma 2004: 117.)

### 3.7 Musiikki

Rentoutustekniikoiden ja musiikin käyttö saattavat rohkaista potilaita aikaisempaan liikkeellelähtöön leikkauksen jälkeen, koska ne ovat tehokkaita ja miellyttäviä keinoja potilaalle postoperatiivisen kivun hallintaan. Useat potilaat kokevat, etteivät saa riittävästi helpotusta kipuihinsa PCA:sta (patient controlled analgesia) huolimatta. Musiikin ja rentoutuksen yhdistäminen PCA:han on vähentänyt kipuja enemmän kuin pelkkä kipulääkitys. (Good ym. 2010: 259–269; Good 2000: 208–215; Ikonomidou ym. 2004: 269–278.)

Käytettäessä rentoutusta ja musiikkia potilaat saivat kipuihinsa suuremman helpotuksen kuin pelkästään lääkkeillä kipua hoidettaessa. Musiikin kuuntelun vaikutusta potilaan kokemaan postoperatiiviseen pahoinvointiin ja kipuun sekä vaikutuksia vitaalielin toimintoihin selvittäneessä tutkimuksessa todettiin musiikkiterapian vähentäneen oipiaattien käyttöä. Tutkimuksessa selvisi myös, että rauhallinen ja häiriötön lepo heti leikkauksen jälkeen laskee potilaan verenpainetta ja hengitystiheyttä sekä vähentää potilaan kivun kokemusta riippumatta siitä, kuunneltiinko musiikkia vai. Musiikin ja rentoutustekniikoiden käytön on todettu alentavan merkittävästi potilaiden pulssia ja hengitystiheyttä ensimmäisenä ja toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Leikkauspäivänä kivun ollessa kovimmillaan ei vastaavaa vaikutusta todettu. (Good ym. 2010: 259–269; Good 2000: 208–215; Ikonomidou ym. 2004: 269–278.)

#### **4 Aps-hoitaja (acute pain service)**

Tässä opinnäytetyössä käytämme nimitystä aps-hoitaja kuvaamaan kivunhoitoon erikoistunutta sairaanhoitajaa. Asiantuntijasairaanhoitajan toimenkuva jaetaan yleensä neljään osa-alueeseen. Perinteisesti 1960-luvulta lähtien nämä ovat olleet välitön hoitotyö, koulutus, konsultointi ja tutkimus. Jossain tilanteissa hallinnollinen toiminta on vielä erotettu omaksi osa-alueekseen. Välitön hoitotyö käsittää kliinisen hoitotyön, potilasopetuksen, neuvonnan sekä hoitotyön dokumentoinnin. Koulutusta annetaan muille hoitajille, opiskelijoille, potilaille ja omaisille omassa sairaalassa, mutta myös ulkopuolisena koulutuksena. Konsultoinnissa tarjotaan muiden käytettäväksi omaa ammattiosaamista sekä hyödynnetään muiden ammattitaitoa potilaan hoidossa ja omassa kehittämisessä. Konsultointia tapahtuu muiden kipuhoidtajien ja muiden ammattiryhmien välillä omassa työyksikössä ja muiden sidosryhmien kesken. Tutkimuksen alueella hoitajan rooli voi olla joko itsenäisen tutkimuksen tekeminen tai avustajana toimiminen muiden tutkimuksissa. (Koivusalo 2006: 30–33.)

Kivun hoitoon keskittyneissä yksiköissä moniammatillisen työryhmän jäsenenä työskentelevän sairaanhoitajan asiantuntijuus etenkin pitkäaikaisesta kivusta kärsivän potilaan hoitamisessa ja tukemisessa on merkityksellistä, mutta siitä on vähän tutkittua tietoa. Kipupotilaan hoitotyö on haasteellista ja vaatii sairaanhoitajalta asiantuntijuutta. (Sär-

kioja – Salanterä 2003: 1.) Lääkehoidot ja puudutukset voivat olla osa kokonaishoitoa. Psykologisilla menetelmillä on mahdollista vaikuttaa kipukokemukseen ja kipukäyttämiseen. Hoitomuotoina käytetään myös rentoutusta ja mielikuvaharjoituksia. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen mukaan kivun hoitoa toteuttavat yksiköt on jaettu neljään ryhmään, joita ovat monialainen kipukeskus, monialainen kipuklinikka, kipuklinikka ja menetelmän mukaan suuntautunut klinikka. Monialaisessa kipukeskuksessa terveydenhuollon ammattien edustus on laaja ja tutkimus sekä opetus ovat keskeisessä asemassa. Kipuklinikassa tutkitaan ja hoidetaan pitkäaikaisia kipupotilaita ja se voi olla erikoistunut tiettyihin tauteihin tai kiputiloihin. (Vainio 1999.)

Välittömään hoitotyöhön käytetään eniten aikaa. Vastaanotolla laaditaan yhdessä potilaan, hoitavan lääkärin ja kipuhoitajan kanssa hoitosuunnitelma. Keskustelut potilaan, omaisten ja muiden asiantuntijoiden kanssa koettiin tärkeiksi ja asiantuntijuutta vaativiksi. Suurin osa kliiniseen hoitotyöhön käytetystä ajasta menee potilaan valmistamiseen erilaisia puudutuksia ja niihin liittyviä lääkehoitoja varten sekä toimenpiteiden jälkeiseen seurantaan, kotiutuksen ohjaamiseen ja lääkityksiin liittyvään neuvontaan. Lääkkeettömiä hoitomuotoja koskeva opastus ja neuvonta koettiin tärkeäksi. (Särkioja – Salanterä 2003: 1.)

Myös konsultointi nostettiin esille tutkimuksessa, jossa selvitettiin muun muassa sairaanhoitajan näkemyksiä kivunhoitotyön asiantuntijuudesta. Kivunhoitotyön ollessa moniammatillista toimintaa, katsottiin konsultoinnin liittyvän oleellisesti päivittäiseen työhön ryhmän jäsenten kanssa. Omaisten ohjaaminen kivunhoitotyön auttamismenetelmien osalta ja myös keskustelut suhtautumisesta kipuun nähtiin tarpeellisiksi. Sairaanhoitajan tärkeimpiä ominaisuuksia ovat kiinnostus kipupotilaiden hoitamiseen ja sitoutuminen tähän työhön. Kyky kohdata ihminen, keskustelutaito ja kyky kuunnella toisen ihmisen viestiä ovat tärkeitä. Kivunhoitotyötä tekevällä sairaanhoitajalla pitää olla riittävä koulutus ja myös laaja-alainen työkokemus. Hoidon onnistumisen ehdoton edellytys on hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde. Perustana on, että potilasta uskotaan ja häntä kohdellaan hyvin. Kunnioittava kohtelu ja mielipiteiden huomioiminen kuuluvat mukana olleiden potilaiden selviytymisstrategioihin. (Särkioja – Salanterä 2003: 1.)

Ammatillinen keskustelu esimiesten kanssa auttaa kipuhoitajaa kehittymään työssään. Henkilökohtainen työnohjaus oli tutkimuksessa haastateltujen sairaanhoitajien mielestä edellytys työssä jaksamiselle. Tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat nimesivät useita tekijöitä, joita onnistunut kivunhoitotyö edellyttää. Sitoutuminen, kouluttautuminen, vuorovaikutustaidot ja kyky kantaa vastuuta ovat tärkeitä henkilökohtaisia ominaisuuksia sairaanhoitajalle kivunhoitotyössä. Välitön hoitotyö edellyttää potilaan kuunteleminen ja uskomista. Myös omaiset tulee huomioida hoitokokonaisuudessa. Hoitajat korostivat riittävien hoidon apuvälineiden tarpeellisuutta. (Särkioja – Salanterä 2003:1.)

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kysymykset**

### 5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kirurgisen potilaan postoperatiivisen kivun hoidossa sairaanhoitajien näkökulmasta.

Tavoitteena on selvittää lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä postoperatiivisen kivun hoidossa sekä potilaiden niistä saamaa hyötyä aps-hoitajien näkökulmasta ja tätä kautta kehittää lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä potilaan postoperatiivisen kivun hoidossa.

Opinnäytetyön kysymykset:

1. Millaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä aps-hoitajat käyttävät?
2. Minkälaisia kokemuksia aps-hoitajilla on lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä?
3. Minkälaisia haasteita lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyy?

## 6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön menetelmänä käytetään laadullista tutkimusta. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineisto kerätään todellisissa tilanteissa käyttäen ihmistä tiedon keruun välineenä. Aineistoa analysoitaessa käytetään induktiivista analyysia, jolloin lähtökohdانا on kerätyn aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Aineiston hankinnassa suositaan laadullisia metodeja, kuten haastattelua ja havainnointia. Näitä keinoja käytettäessä mahdollistetaan tutkittavien näkökulman esillepääsy. Kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2000: 156.) Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan pyritään ymmärtämään tiettyä toimintaa, antamaan jollekin ilmiölle mielekäs tulkinta. Tällöin on tärkeää, että tietoa kerätään henkilöiltä, joilla on tutkittavasta ilmiöstä tietoa tai omakohtaista kokemusta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85.) Laadulliselle tutkimukselle on myös ominaista, että tutkimussuunnitelma muokkautuu tutkimuksen edetessä (Hirsijärvi – Remes – Sajavaara 2000: 156).

### 6.1 Teemahaastattelu ja aineiston keruu

Teemahaastattelun kysymysten tekemisessä ja muotoilussa auttaa, kun tietää minkälaiselle kohderyhmälle kysymykset tehdään. Haastattelukysymyksiä määrää kannattaa pitää suppeana. Tarkoitus on, että haastateltava kertoo käytännön esimerkein kokemuksistaan ja vertailee ja kuvailee niitä. Haastattelussa tulee välttää sellaisia kysymyksiä, joihin voi vasta kyllä ja ei. Hyvät kysymyssanat alkavat sanoilla mitä, miten, millainen ja miksi. (Vilkkä 2005: 105–109.)

Teemahaastattelu etenee etukäteen valittujen teema-alueiden varassa. Kysymysjärjestyksellä ja niiden muodoilla ei ole väliä. Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymyksiin niin, että haastateltava voi antaa omat kuvauksensa kysymyksiin. Ideana haastattelu on yksinkertainen, on järkevää kysyä asiaa ihmiseltä itseltään, kun halutaan tietää mitä ajatellaan tai miksi toimitaan tietyllä tavalla. Saturaatiolla eli kylläntymisellä arvioidaan aineiston riittävyyttä. Tällä tarkoitetaan sitä, että aineisto alkaa toistaa itseään, koska haastateltavat eivät anna enää tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Haastattelun etuna on joustavuus. Haastattelijal-

la on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa ja keskustella haastateltavan kanssa. Tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2001: 191–192, 195; Vilka 2005: 101–102; Tuomi – Sarajärvi 2009: 72–75; 87–90.)

Aineisto kerättiin kevään 2012 aikana haastattelemalla viittä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivaa aps-hoitajaa. Aps-hoitajille lähetettiin sähköpostitse saatekirje, jossa kerrottiin haastattelun toteutus, tavoite ja tarkoitus. Saatekirjeen mukana haastateltaville lähetettiin teemahaastattelurunko, josta kävi ilmi haastattelun kolme teemaa. Liitteenä (Liite 2.) olevassa laatimassamme teemahaastattelurungossa on mukana myös vain haastattelijoille tarkoitettut apukysymykset. Haastatteluihin saatiin tutkimuslupa ja Aps-hoitajilta pyydettiin suullisesti lupa haastattelun alussa. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista.

Haastattelussa kysymykset esitettiin suullisesti ja vastaukset nauhoitettiin. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Haastattelut tehtiin yksitellen. Kaikki hoitajat olivat naisia ja ikäluokiltaan he olivat 39 – 52-vuotiaita. Kaikilla haastatelluilla sairaanhoitajilla oli kivunhoidon erikoistumisopintoja ja osa suoritti niitä parhaillaan. Työkokemusta heillä oli 5 viikkoa – 6 vuotta. Haastattelut toteutettiin kahtena eri päivänä, hoitajien työvuorojen aikana. Haastattelut tehtiin hoitajien työhuoneissa ja yksi haastattelu tehtiin sairaalan ala-aulassa. Haastattelut kestivät keskimäärin 20 minuuttia – 1 tunnin.

## 6.2 Aineiston analysointi

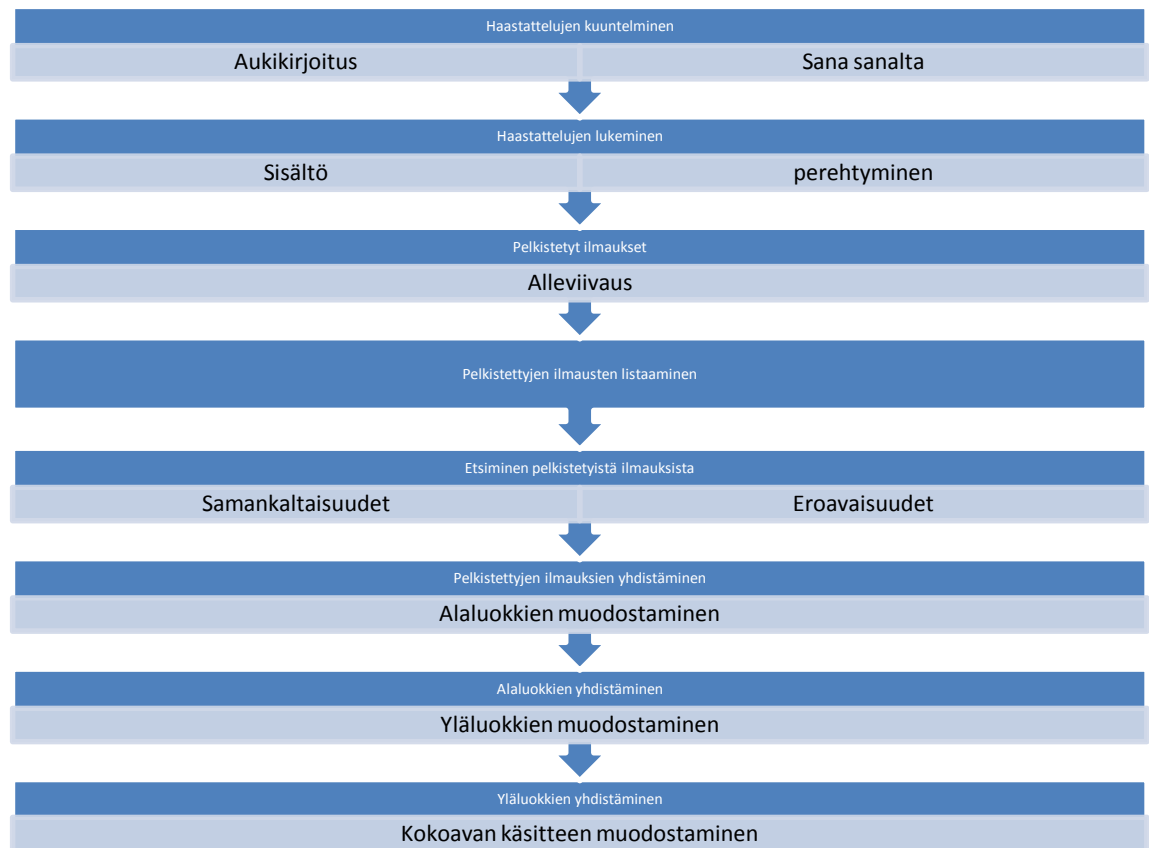
Haastattelun jälkeen aineisto litteroidaan eli aukikirjoitetaan ja analysoidaan induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Litteroinnissa ei saa muuttaa tai muokata haastateltavien puhetta. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95, 103–104; Vilka 2005: 115–116.)

Induktiivinen aineiston analyysi jaetaan karkeasti kolmevaiheiseen prosessiin. Aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja abstrahointiin

eli teoreettisen käsitteiden luomiseen. Pelkistämässä analysoitava tieto eli tässä työssä litteroitu haastatteluaineisto pelkistetään niin, että siitä karsitaan opinnäytetyön kannalta epäolennainen pois. Aineistoa pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Litteroidusta aineistosta etsitään ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkimuskysymyksiä. Ilmaisut merkitään ja listataan. Ennen analyysin aloittamista on määritelty analyysiyksikkö eli yksittäinen sana tai lause, joka on pelkistetty ilmaus alkuperäisilmauksista. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–110; Vilka 2005: 140.)

Aineiston ryhmittelyssä koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti. Tarkoituksena on etsiä samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokat nimetään sisältöään kuvaavalla käsitteellä. Luokittelun tarkoitus on, että aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi, alaluokat ryhmitellään yläluokiksi ja nämä taas pääluokiksi. Aineiston abstrahointi tarkoittaa, että olennainen tieto tutkimuksen kannalta erotetaan ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineiston ryhmittelyn eli klusteroinnin katsotaan olevan osa abstrahointiprosessia. Luokitusten yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. Lopputuloksena saadaan yhdistävä luokka. Yleiskäsitteiden avulla muodostetaan kuva tutkimuskohteesta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110 –112; Vilka 2005: 140.) Kuviossa 1 esitetään analyysin eteneminen vaiheittain.





KUVIO 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.)

Haastattelut kuunneltiin useaan kertaan ja purettiin sanasta sanaan tekstiksi haastattelun jälkeen. Purettua aineistoa tuli 25 sivua Tahoma fontilla ja fonttikoko oli 11. Rivinvälitys 1,5. Aukikirjoitetut haastattelut luettiin moneen kertaan sisältöön perehtyen. Tekstistä etsittiin ja alleviivattiin teemoittain yksittäisiä sanoja ja lauseita. Alleviivatuista sanoista ja lauseista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Nämä yhdistettiin ja niistä muodostettiin alaluokkia. Yläluokat muodostettiin alaluokista. Yläluokista muodostui kolme pääluokkaa, joista muodostui yksi yhdistävä luokka. Analyysitaulukko on esitelty liitteessä 1.

## 7 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimus on luotettava, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia. Luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat tutkimuksessa, vaikka virheitä pyritään välttämään. Siksi pyritään arvioimaan tehdyn työn luotettavuutta. Apuna voidaan käyttää

erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen arviointiin liittyy kaksi käsitettä, reli-aabelius ja validius. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata eli tutkimuksessa on tutkittu, mitä on luvattu. Näitä termejä käytetään yleisimmin määrällisessä tutkimuksessa. Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi arvioida jollakin tavoin, vaikka mainittuja termejä ei haluaisi käyttää. (Hirsjärvi ym. 2001: 213–215; Tuomi – Sarajärvi 2009; 136–141; Vilkkä 2005: 158–162.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta nostaa tarkka selostus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta. Työssä kerrotaan työn tarkoitus, kohde sekä paikat, missä haastattelut tehdään. Samalla kerrotaan aineiston keruumenetelmä ja tekniikka sekä haastatteluihin käytetty aika, häiriötekijät, virhetulkinnat ja tutkijan itsearviointi tilanteesta. Aineiston analyysistä kerrotaan, miten on analysoitu ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on tultu sekä luokittelujen tekemisestä ja niiden perusteista. Tulosten tulkin-nassa kerrotaan perusteet päätelmille. Työn tekijät ja heidän rehellisyytensä ovat luotettavuuden kriteeri. Opinnäytetyössä arvioinnin kohteena ovat tekijöiden teot, valinnat ja ratkaisut. (Hirsjärvi ym. 2001: 213–215; Tuomi – Sarajärvi 2009; 136–141; Vilkkä 2005: 158–162.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta ja pätevyyttä arvioitiin laadullisin menetelmin. Opinnäytetyön teoriaan käytetty kirjallisuus ja tutkimukset ovat luotettavia ja laadullisia. Lähteinä on käytetty tutkittua tietoa. Analysointimenetelmä on kuvattu aikaisemmin tässä työssä. Opinnäytetyössä kerrotaan työn tarkoitus, kohde sekä paikat, missä haastattelut toteutettiin. Luotettavuutta lisää se, että haastatteluista saatua aineistoa litteroi ja luokitteli kolme henkilöä. Haastattelutilanteissa paikalla oli vähintään kaksi opinnäytetyön tekijää, jolloin toisen oli mahdollista keskittyä havainnoimaan haastattelutilannetta ja kirjoittamaan muistiinpanoja. Haastattelujen luotettavuutta heikensivät huonolaatuiset nauhoitusvälineet ja tämän työn tekijöiden kokemattomuus tehdä haastatteluja. Haastattelujen purkaminen nauhalta oli ajoittain haastavaa huonon kuuluvuuden vuoksi.

## 8 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksessa luotettavuuden toinen puoli on eettisyys. Työtä täytyy ohjata eettinen sitoutuneisuus eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Hyvä tieteellinen käytäntö on sitä, että työn tekijät noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Eettisyys tulee ottaa huomioon heti tutkimuksen aloituksessa. Tutkimusaiheen valinnassa tulee miettiä, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla aihe valitaan. Haastattelututkimuksessa tutkimus kohdistuu ihmisiin ja silloin täytyy selvittää, miten henkilöiden suostumus hankitaan ja millaista tietoa heille annetaan. Tutkimustyössä vältetään epärehellisyyttä kaikissa sen vaiheissa. Toisten tekstiä ei saa plagioida, mikä merkitsee sitä, että jos lainaa tekstiä, se on osoitettava lähde-merkinnöin. Tutkimustyössä on mainittava kaikki jäsenet, jotka sitä tekevät. Tutkijan on toimittava rehellisesti ja kunnioittavasti toisia tutkijoita kohtaan. (Hirsjärvi ym. 2001: 26–28; Tuomi – Sarajärvi 2009: 125–132; Vilkkä 2005: 29–41.)

Tälle opinnäytetyölle haimme tutkimusluvan Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä. Opinnäytetyössä haastateltiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin apsohoitajia. Opinnäytetyön suunnitelma lähetettiin luettavaksi kipuklinikan osastonhoitajalle. Aps-hoitajille lähetettiin etukäteen sähköpostitse saatekirje (Liite 2) ja haastattelun teemat (Liite 2), joissa kerrottiin haastattelun toteutus, tavoite ja tarkoitus. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja siihen oli saatu tutkimuslupa.

Haastattelut suoritettiin haastateltavien työpaikoilla. Ajankohdat sovittiin etukäteen. Haastateltavilta kysyttiin vielä suullisesti ennen haastattelua lupa haastatteluun sekä nauhoitukseen. Haastateltaville kerrottiin, ettei heidän henkilöllisyytensä tule esiin missään vaiheessa opinnäytetyötä ja että haastattelunauhut tuhotaan kun opinnäytetyön tekeminen on päättynyt. Haastateltaville kerrottiin myös, että aineiston alkuperäisilmaukset muokataan yleiskielelle niin, ettei niistä voi tunnistaa haastateltavaa.

Tässä opinnäytetyössä on merkitty lähdeviitteet ja lainaukset asianmukaisesti. Opinnäytetyön kaikki tekijät ovat mainittu kansilehdellä. Opinnäytetyön tulokset esitellään avoimesti ja valmis opinnäytetyö on lainattavissa Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastosta sekä luettavissa Theseus-julkaisuarkistossa. Valmis opinnäytetyö toimitetaan Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloihin, joissa haastattelut tehtiin. Tar-

koituksena on, että he voivat kehittää omaa toimintaansa opinnäytetyön tuloksiin perustuen.

## 9 Opinnäytetyön tulokset

APS-hoitajat kuvasivat kokemuksiaan postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen kivun lääkkeettömästä hoidosta. Tuloksista käy ilmi, mitä lääkkeettömiä keinoja käytetään, miten ne koetaan ja mikä estää tai edistää niiden käyttöä. Vastaukset opinnäytetyön kysymyksiin saatiin, kun aineistolle tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi. Alkuperäisilmaisut selventävät pelkistettyjä ilmaisuja ja ne ovat tekstissä lainausmerkkien sisällä. Alkuperäisilmaisut muutettiin yleiskielelle haastateltavien henkilöllisyyden suojaamiseksi. Tuloksista muodostimme viisi yläluokkaa ja kolme tutkimuskysymysten mukaista pääluokkaa, joista muodostui yksi yhdistävä luokka. Tämä on kuvattu kuviossa 2. Yläluokat muodostuivat kahdestatoista alaluokasta, jotka saatiin haastatteluista poimituista pelkistetyistä ilmaisuista. Koko sisällönanalyysi on kuvattu liitteessä 1.

Kuvio 2. Haastattelujen perusteella muodostuneet yläluokat, pääluokat ja kokoava käsite

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	KOKOAVA KÄSITE
Emotionaalinen tuki	Käytössä olevat lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	Aps-hoitajien näkemyksiä kirurgisen potilaan postoperatiivisen kivun lääkkeettömästä hoidosta
Fyysiset keinot		
Potilaan kokonaisvaltaista hoitoa	Aps-hoitajien kokemukset lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä	
Käyttöä edistävät tekijät		
Käyttöä estävät tekijät	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvät haasteet	

Opinnäytetyön tuloksia tarkastellaan kolmen eri pääluokan mukaan, jotka olivat myös haastattelujen teemat.

## 9.1 Kipuhoitajien näkemys käytössä olevista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä

APS-hoitajien näkemykset vastaavat opinnäytetyön ensimmäiseen kysymykseen millaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on käytössä kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidossa. Näkemykset jakaantuivat kahteen yläluokkaan ja kuuteen alaluokkaan. Ensimmäinen yläluokka nimettiin *emotionaaliseksi tueksi* ja se muodostui neljästä alaluokasta. Tämä on esitelty taulukossa 1.

Ensimmäinen alaluokka on vuorovaikutus potilaan kanssa. Kaikissa haastatteluissa nousivat esiin potilaiden yksilöllinen kohtaaminen, keskustelu, kuuntelu, tukeminen, luottamuksen luominen ja uskonvahvistus. Näillä nähtiin olevan merkityksellinen kipua lieventävä vaikutus.

*"Aina ei tule ajatelleeksi, että sehän on yksi hoitomuoto ja voisin sanoa, että se on suurin näistä lääkkeettömistä, on se potilaan kanssa käymä vuorovaikutus eli sen hoitosuhteen luominen, luottamuksen luominen ja kaikki se vuorovaikutus mitä siinä tehdään".*

*"Näen ne meidän lääkkeettömät semmoisina keskusteluina ja tukemisina".*

Toinen alaluokka on informaation jakaminen potilaalle. Informaation antaminen koettiin tärkeäksi kivunhoitomenetelmäksi. Realistisella tiedolla kyetään helpottamaan potilaan oloa. Kipua ei koeta niin vaikeana, kun tiedostetaan mistä kipu johtuu ja millä sitä voidaan lievittää. Ohjaus ja neuvonta ovat oleellinen osa leikkauspotilaan lääkkeetöntä hoitoa.

*"Yksi mielestäni tärkeä kivunhoitomenetelmä on se, että potilas saa oikeaa, realistista informaatiota".*

*"Neuvonnalla ja ohjauksella on merkitystä, tavallaan sillä lailla kannustaen, että potilas löytää niitä omia voimavaroja".*

Kolmas alaluokka on huomionsiirto pois kivusta. Yhtenä lääkkeettömänä kivunhoitomenetelmänä käytetään huomionsiirtämistä pois kivusta. Potilaat käyttävät mielikuvaharjoituksia, meditointia ja musiikkia. Nykypäivänä monet potilaat tuovat osastolle mukanaan tietokoneita ja musiikinkuuntelulaitteita. Osastoilla on potilaiden käytössä myös televisioita. Hoitaja voi omalla läsnäolollaan, huumorilla ja arkisista asioista keskustelemalla suunnata potilaan ajatuksia pois kivusta.

*"Kun osastolla tulee Kauniit ja Rohkeat, ei kukaan pyydä kipulääkettä".*

*"Jos on nuorempi, niin on ne läppärit. Sieltähän saa musiikkia ja kaikkea muuta. Nämä on niitä tekniikan myötä mahdollistuneita muita keinoja huomion siirtämissä muualle".*

Neljäs alaluokka on hoivavaikutus. Tähän liittyy hoitajien asiantuntijuus ja turvallisen, ammatillisen ilmapiirin luominen. Tärkeänä koetaan peruslääkitys potilaiden luona ja se, että kiireen keskellä keskitytään potilaaseen aidosti.

*"Voidaan luoda plasebovaikutus".*

*"Sitten se mitä olen nähnyt, mikä on hirveän tärkeätä, mikä vaikuttaa kipuun enemmän, en tiedä onko tästä tutkimuksia, mutta se, että potilas saa nukkua leikkauksen jälkeen".*

Taulukko 1. Emotionaalinen tuki

PELKISTETTY KUVAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Yksilöllinen kohtaaminen Keskustelu Tukeminen Luottamuksen luominen Uskon vahvistaminen	Vuorovaikutus potilaan kanssa	Emotionaalinen ja tiedollinen tuki
Tiedotus Ohjaus Neuvonta	Informaation jakaminen potilaalle	
Mielikuvaharjoitukset Meditointi Peruslääsnäolo Arkisista asioista jutteleminen Huumori CD-soittimet Televisio	Huomionsiirto pois kivusta	
Yöunen turvaaminen Kädestä kiinni pitäminen Rauhoittelu Kiireetön ilmapiiri Ammatillisuus Asiantuntijuus Potilaat saavat olla potilaan roolissa	Hoivavaikutus	

Toinen yläluokka nimettiin *fyysisiksi keinoiksi*, joka jaettiin kahteen alaluokkaan, hoitotoimenpiteisiin ja erikoismenetelmiin. Tämä on esitelty taulukossa 2. Hoitotoimenpiteet ovat usein potilaan perushoidon yhteydessä tehtäviä asentohoitoja, kääntöjä, hierontaa, rasvausta ja lämpöhoitoja. Rentoutumisen ja syvähengityksen ohjaaminen vähentää huomattavasti potilaan kipuja ja tämä koettiin erityisen tehokkaaksi, kun odotetaan lääkkeen vaikutuksen alkamista. Potilaat kokivat hyötyvänsä tästä.

*”Niitä käytetään siellä osastoilla niin, että siellä on jalka kohollaan, kylmää, kompressiota ja sellaista”..*

*”Tietysti asentohoidot... kylmää ja lämmintä”.*

*”Tarvittaessa tulee vielä nämä pulloon puhallukset”.*

Erikoismenetelminä mainittiin TENS-hoito, korva- ja viispisteakupunktio sekä peilitera-  
pia. Haastattelemamme APS-hoitajat eivät käytä näitä menetelmiä akuutin kivun hoi-  
dossa, mutta ovat tietoisia menetelmistä ja he voivat ehdottaa muille ammattiryhmille  
niiden käyttöä potilaan hoidossa.

*”Jonkun verran olen siellä terveyskeskuksen osastolla muutamalle selkäpotilaalle  
laittanut akuneuloja korviin”.*

*”Amputaatiopotilaille ehdotetaan peiliterapiaa jonkun verran, että tämmöistä voi olla”.*

Taulukko 2. Fyysiset keinot

PELKISTETTY KUVAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Jalka koholla Kylmähoito Kompressi Rentoutus sängyssä Asentohoidot Käännöt Lastojen, kipsien ja sidosten tarkistus ja löysäminen Lastan käyttö Hieronta Rasvaus Lämmitetty pyyhe / lämpöhoito Pulloon puhallukset Kävely / liikkuminen	Hoitotoimenpiteet	Fyysiset keinot
TENS (transkutaaninen elektroninen hermostimulaatio) Korva-akupunktio Viisipisteakupunktio Peiliterapia	Erikoismenetelmät	

## 9.2 Kipuhoitajien kokemukset lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä

APS-hoitajien kokemukset vastaavat kysymykseen, millaisia kokemuksia kipuhoidajilla on lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Kokemusten perusteella nimettiin yksi yläluokka *potilaan kokonaisvaltaista hoitoa* ja se muodostui kahdesta alaluokasta. Tämä on esitelty taulukossa 3. Ensimmäinen alaluokka on lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö. Lääkkeetön hoito on keskeinen osa kivunhoitoa, mutta ei ensisijainen. Harvoin käytetään vain lääkkeetöntä kivunhoitoa. Yleensä käytetään sekä lääkkeetöntä että lääkkeellistä kivunhoitoa yhdessä. Lääkkeetön kivunhoito on käytössä osastoilla ja sitä pidetään itsestään selvänä, sitä ei huomioida ja se jää usein kirjaamatta. Lääkkeetön kivunhoito on osana melkein kaikkien potilaiden hoitoa leikkauspäivän jälkeen. Se on iso osa työtä ja erittäin tärkeää ja tehokasta.

*”Varmaan jää paljon kirjaamatta. Sitä ei edes noteerata, että tehdään hoitotyötä tai kivunhoitoa, sitä ei noteerata”.*

*”Lääkkeetön hoito on keskeinen osa laadukasta kivunhoitoa. Jos kivunhoito perustuu ainoastaan lääkkeelliseen hoitoon, niin mielestäni se on silloin todella huonosti hoidettu”.*



Toinen alaluokka on potilaan näkemykset. Kipuhoitajien näkemysten mukaan potilaat eivät aina miellä lääkkeetöntä hoitoa kivunhoidoksi. Lääkkeetön kivunhoito vähentää kipulääkkeen tarvetta, auttaa rentoutumaan, helpottaa unensaantia ja lisää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon.

*”Potilaat eivät ehkä aina tiedosta, kylmäpussi tiedetään. Potilas ei tiedosta sitä asentohoitoakaan, mutta kyllä siitä tulee palautetta, jos hoitaja ei ole ehtinyt yöllä kääntämään ja sitten on kipua”.*

*”Potilaat eivät varsinaisesti osaa nimetä tai kysyä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä”.*

Taulukko 3. Potilaan kokonaisvaltaista hoitoa

PELKISTETTY KUVAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Lääkkeetön hoito ei ensisijainen Harvoin vain lääkkeetön hoito Lääkkeetön hoito keskeinen osa kivunhoitoa Lääkkeetön hoito käytössä osastoilla ”perusjuttuja” Lääkkeettömien kivunhoitokeinojen tarjoaminen rajattua Osana melkein kaikkien potilaiden hoitoa leikkauspäivän jälkeen Potilaita ohjataan käyttämään Niitä ei noteerata, jäävät usein kirjaamatta Pidetään itsestäänselvänä Iso osa työtä Erittäin tärkeää ja tehokasta Niistä keskustellaan eri ammattiryhmien kanssa Sairaanhoitajat tekevät paljon, fysioterapeutit tekevät enemmän	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö	Potilaan kokonaisvaltaista hoitoa
Rentouttaa Unensaanti helpottuu Auttaa Lisää tyytyväisyyttä Vähentää kipulääkkeen tarvetta Potilaan odotukset Potilaat haluavat kokeilla ensin muuta Potilaat haluavat pärjätä ilman lääkkeitä	Potilaan odotukset	

### 9.3 Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvät haasteet

Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvät haasteet jaettiin kahteen yläluokkaan, joita ovat *lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä edistävät tekijät* ja *lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä estävät tekijät*. Tämä on esitelty

taulukossa 4. Yläluokka edistävät tekijät muodostui kahdesta eri alaluokasta moniammatillinen yhteistyö ja hyvin organisoidut osastot. Moniammatillista yhteistyötä tehdään osastoilla fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa sekä tarvittaessa on mahdollisuus konsultoida psykiatrista sairaanhoitajaa potilaan suostumuksella. Hyvin organisoiduilla osastoilla ja hyvän työnsuunnittelun johdosta hoitajilla on enemmän aikaa perehtyä potilaan lääkkeettömään kivunhoitoon. Tiedonjakaminen ja kouluttautuminen lisäävät hoitajien positiivista asennoitumista lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin.

*”Meidän ei tarvitse olla kaikkivoipia”.*

*”Viedään se kylmäpussi niin, että kerrotaan sen vähentävän turvotusta ja sitä myötä sitten kiristys siellä leikkausalueella vähenee ja kipu helpottuu”.*

Taulukko 4. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä edistävät tekijät

PELKISTETTY KUVAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Voidaan konsultoida psykiatrisia sairaanhoitajia Jutellaan kirugin kanssa, saako lastan teetättää ja sitten meidän toimintaterapeutti tekee sen Sairaanhoitajat tekevät paljon, fysioterapeutit tekevät enemmän Niistä keskustellaan eri ammattiryhmien kanssa Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa Pyydettiin sairaalapastoria käymään	Moniammatillinen yhteistyö	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä edistävät tekijät
Tiedon jakaminen osastotunneilla / hoitotyön meetingeissä Koulutus Hoitajien positiivinen asennoituminen lääkkeettömään kivunhoitoon	Hyvin organisoidut osastot	

Yläluokka *lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä estävät tekijät* muodostui kahdesta alaluokasta potilaaseen liittyvät tekijät ja hoitajiin/organisaatioon liittyvät tekijät. Estävät tekijät on esitelty taulukossa 5. Potilaaseen liittyvinä estävinä tekijöinä mainittiin potilaan ennakoasenteet ja ahdistuneisuus sekä yhteisen kielen puute. Nämä vaikeuttavat tai jopa estävät lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä. Myös potilaan vammat, leikkaushaavat ja traumavammat voivat estää menetelmien käytön. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät saattavat itsessään aiheuttaa epämukavuutta ja huonoa oloa.

*”Haasteen luo myös se, että jos meillä ei ole yhteistä kieltä potilaan kanssa”.*

*”Joskus voi olla, että kylmää ei voi laittaa leikkausalueelle, jos siellä on avohaava tai TENS-hoitoa heti amputaation jälkeen”.*

Hoitajiin tai organisaatioon liittyvinä estävinä tekijöinä mainittiin kiire, resurssipula, työn huono suunnittelu ja akuutin hoidon luonne, jossa potilasvaihtuvuus on suuri. Ongelmana nähtiin myös se, että monet potilaista ovat päivystyspotilaita eikä leikkausta tehdä suunnitellusti. Hoitajien koulutuksen puutteellisuus ja välineistön vähyyts osastoilla estää lääkkeettömän kivunhoidon toteuttamista.

*”Musiikkia voisi olla osastoilla enemmän tarjolla”.*

*”Varmaan paljon resurssipulaa, että meillä ei yksinkertaisesti ole aikaa tai meillä ei ole osaajia akupunktioihin ja rentoutuksiin. On ne radiot tuolla osastoilla, mutta ei mitään sellaisia korvalappuvälineitä”*

Taulukko 5. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä estävät tekijät

PELKISTETTY KUVAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Potilaan negatiiviset ennakoasenteet Ei yhteistä kieltä Potilaan ahdistuneisuus Avohaavat, traumavammat Hoidot aiheuttavat epämukavuutta / huonoa oloa	Potilaaseen liittyvät tekijät	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä estävät tekijät
Akuuttihoito Potilaat vaihtuvia Nopeita kontakteja Päivystyspotilaat Potilaiden nopea siirto toisille osastoille Ei ennakko-opastusta potilaille, ei tulohaastattelua Resurssipula Ei välineitä Huono työsuunnittelu Kiire	Hoitajiin / organisaatioon liittyvät tekijät	

## 10 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata APS-hoitajien näkemyksiä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä kirurgisen potilaan postoperatiivisessa hoidossa. Tavoitteena oli kehittää lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien käyttöä tulevaisuudessa.

Opinnäytetyömme oli osa projektia ”Potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisen potilaan ja tehohoitopotilaan hoitotyössä”. Projektin tarkoituksena on potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisilla vuodeosastoilla ja teho-osastoilla kivunhoitoon ja hoitotyöhön liittyen. Tässä pohdinnassa tarkastelimme tämän opinnäytetyön tuloksia ja pohdimme tulosten hyödynnettävyyttä.

Aloittaessamme opinnäytetyön teoriaosuuden tekemisen, oletimme, että käytössä olevista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä suurimman osan muodostaisivat rentoutus, hieronta, akupunktio ja TENS-hoidot. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, että yksi tärkeimmistä oli potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät olivat yleisesti käytössä osastoilla päivittäisessä hoitotyössä. Itsekään emme olleet mieltäneet perushoitotyötä lääkkeettömäksi kivunhoidoksi.

#### 10.1 Kipuhoitajien näkemys käytössä olevista lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä

Haastatteluista saadun tiedon mukaan tuli esille, että aps-hoitajat tiesivät erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja, mutta he painottivat pääpainon olevan lääkkeellisessä kivunhoidossa. Kaikissa haastatteluissa nousivat esiin potilaiden yksilöllinen kohtaaminen, keskustelu, kuuntelu, tukeminen, luottamuksen luominen ja uskonvahvistus. Näillä nähtiin olevan merkityksellinen kipua lieventävä vaikutus. Esille nousivat musiikki, mielikuvaharjoitukset, hieronta, rentoutus, kylmä- ja lämpöhoidot ja asentohoidot. Rentoutustekniikoiden ja musiikin käyttö saattavat rohkaista potilaita aikaisempaan liikkeelleläähtöön leikkauksen jälkeen, koska ne ovat tehokkaita ja miellyttäviä keinoja potilaalle postoperatiivisen kivun hallintaan (Good ym. 2010: 259–269; Good 2000: 208–215; Ikonomidou ym. 2004: 269–278).

Postoperatiivisen kivun hoidossa akupunktion on todettu vähentävän tulehduskipulääkkeen tarvetta. Potilaat, jotka saivat akupunktiohoitoa, kokivat tarvitsevansa vähemmän ibuprofeiinia, vaikka heidän toimenpiteen jälkeinen kipunsa VAS:lla mitattuna oli samaa luokkaa kuin potilailla, jotka eivät saaneet akupunktiohoitoa. Akupunktion, kuten muidenkin postoperatiivisen kivun lääkkeettömien hoitomuotojen, eduksi voidaan katsoa, että ne auttavat potilaita pärjäämään pienemmillä kipulääkeannoksilla. Tulehduskipulääkkeiden ruoansulatuskanavaan kohdistuvat haitat aiheuttavat Yhdysvalloissa vuosittain

tain arviolta 100 000 sairaalahoitoon joutumista ja 16 000 kuolemaa. (Asher ym. 2010; Usichenko ym. 2007: 1097–1108.) Akupunktio tiedettiin ja siihen oli yhdellä aps- hoitajalla koulutus, mutta sitä ei käytetty kirurgisen potilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa. Hypnoosia ei käytetty missään. Tutkimusten perusteella on todettu, että hypnoosi on lapsipotilailla akuutin kivun hoidossa laaja-alaisempi kuin aikuispotilaiden hoidossa (Kallio – Lauerma 2004: 174.). TENS-hoito ja peiliterapia mainittiin ja niitä saatiin ehdottaa toiselle ammattiryhmälle, joille kyseiset hoitomuodot kuuluvat. Fysioterapeutti aloittaa normaalisti hoidon (Arokoski ym. 2009: 400).

Käytössä olevat lääkkeettömät kivunhoitokeinot olivat pääsääntöisesti asentohoidot, kylmä- ja lämpöhoidot sekä vuorovaikutus potilaan kanssa. Kliinisissä tutkimuksissa on todettu, että kylmähoito vaikuttaa positiivisesti kivunlievityksessä ja vammoista toipumisessa. (Kalso – Vainio 2002: 204; Kalso ym. 2009: 239; Mikkelsson – Leppäluoto 2005: 462–464).

Potilaan kohtaamista ja hänen kanssaan keskustelua pidettiin erittäin tärkeänä. Tärkeänä pidettiin myös realistisen informaation antoa sekä potilaan ohjausta. Lääkkeettömiä hoitomuotoja koskeva opastus ja neuvonta koettiin tärkeäksi (Särkioja – Salanterä 2003: 1). Haastateltavat toivat esille sen, että lääkkeetöntä kivunhoitoa tehdään, mutta sitä ei aina mielletä sellaiseksi. Potilaiden huomio siirretään pois kivusta hoitajien läsnäololla ja arkisista asioista juttelemalla. Monilla potilailla on mukanaan sairaalassa omia teknisiä laitteita, joihin heidän huomionsa kiinnittyvät. Potilaat saattavat myös itse tehdä mielikuvaharjoituksia tai harrastaa meditointia. Näitä Aps-hoitajat eivät suoranaisesti itse tee potilaiden kanssa. Musiikin ja rentoutuksen yhdistäminen PCA:han on vähentänyt kipuja enemmän kuin pelkkä kipulääkitys (Good ym. 2010: 259–269; Good 2000: 208–215; Ikonomidou ym. 2004: 269–278).

Haastateltavat kertoivat haastattelussa, että potilaiden kivunhoidossa on tärkeää luoda rauhallinen ja kiireetön ilmapiiri. Aps-hoitajat puhuivat haastatteluissa plasebovaikutuksesta eli lumelääkityksestä. Aps-hoitajat mielsivät tekevänsä lumehoitoa paljon ollessaan vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Joskus pidetään potilasta kädestä kiinni ja rauhoitetaan häntä olemalla potilaan luona. Sairaanhoidajan tärkeimpiä ominaisuuksia ovat kiinnostus kipupotilaiden hoitamiseen ja sitoutuminen tähän työhön (Särkioja – Salanterä 2003: 1). Aps-hoitajat toivat esille rauhallisen yön turvaamisen. Yleensä

ensimmäisenä yönä leikkauksen jälkeen potilas ei saa nukutuksi, mutta heti kun potilas saa ensimmäisen hyvän yöunen, niin hän jaksaa kipuakin paremmin. Aps-hoitajat kiinnittävät huomiota siihen, että potilaan yöuni turvataan. He voivat ehdottaa lääketiputuksen ajankohtien siirtämistä jos ne on ajastettu tippumaan yöaikaan. Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa selvisi, että rauhallinen ja häiriötön lepo heti leikkauksen jälkeen laskee potilaan verenpainetta ja hengitystiheyttä sekä vähentää potilaan kivun kokemusta riippumatta siitä, kuunneltiinko musiikkia vai. Musiikin ja rentoutustekniikoiden käytön on todettu alentavan merkittävästi potilaiden pulssia ja hengitystiheyttä ensimmäisenä ja toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Leikkauspäivänä kivun ollessa kovimmillaan ei vastaavaa vaikutusta todettu. (Good ym. 2010: 259–269; Good 2000: 208–215; Ikonomidou ym. 2004: 269–278.)

Haastattelun yhteenvedona voisi pitää, että tärkeää on potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen, johon kuuluu potilaan ohjaus, tiedon anto, potilaan kuunteleminen, kiireettömän sekä turvallisen ilmapiirin luominen. Perustana on, että potilasta uskotaan ja häntä kohdellaan kunnioittavasti ja hänen mielipiteensä huomioidaan (Särkioja – Salanterä 2003: 1). Varsinaisia muita lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja käytetään yleisesti niin, että ne kuuluvat kaikkien sairaanhoitajien perustyöhön, ei ainoastaan aps-hoitajien. Rentoutusta käytettiin yhdessä sairaalassa enemmän, koska heillä oli siihen koulutettua henkilöstöä, mutta sitä käytettiin enemmänkin kroonisen kivun hoidossa. Nopeaa rentoutustekniikkaa saatettiin käyttää erittäin kivuliailla potilailla lääkityksen vaikuttavuutta odotellessa. Haastatteluissa nousi esiin tärkeänä tekijänä moniammatillinen yhteistyö, jota tehdään osastoilla. Kivunhoitotyön ollessa moniammatillista toimintaa, katsottiin konsultoinnin liittyvän oleellisesti päivittäiseen työhön ryhmän jäsenten kanssa (Särkioja – Salanterä 2003: 1).

## 10.2 Kipuhoitajien kokemukset lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä

Haastatteluista nousi selkeästi esille, että lääkkeetöntä kivunhoitoa tehdään paljon, mutta niin hoitajat kuin potilaatkin mieltävät sen usein perushoidoksi, eivät niinkään kivunhoidoksi. Akuutissa leikkauksen jälkeisessä kivussa lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät harvoin riittävät yksinään pitämään potilaan kivuttomana, mutta auttavat potilasta pärjäämään pienemmillä lääkeannoksilla. Hyvässä kivunhoidossa yhdistetään

sekä lääkkeettömät että lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät potilaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla.

Aps-hoitajien mukaan on myös potilaita, jotka oman vakaumuksensa tai jonkin henkilökohtaisen syyn vuoksi kieltäytyvät lääkkeellisestä kivunhoidosta. Tällaisille potilasryhmille tulisi olla tarjolla lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja sekä ohjausta niiden käyttöön. Hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa ja ammattitaitoa, jotta hän pystyy perustellusti selittämään potilaalle leikkauksen jälkeisten kipujen olevan usein niin kovia, että kipulääkkeistä kieltäytyminen saattaa hidastaa potilaan toipumista. Omaisten ohjaaminen kivunhoitotyön auttamismenetelmien osalta ja myös keskustelut suhtautumisesta kiipuun nähtiin tarpeellisiksi (Särkioja – Salanterä 2003: 1).

Tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat nimesivät useita tekijöitä, joita onnistunut kivunhoitotyö edellyttää. Sitoutuminen, kouluttautuminen, vuorovaikutustaidot ja kyky kantaa vastuuta ovat tärkeitä henkilökohtaisia ominaisuuksia sairaanhoitajalle kivunhoitotyössä. Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan välitön hoitotyö edellyttää potilaan kuuntelua ja uskomista. Myös omaiset tulee huomioida hoitokokonaisuudessa. Hoitajat korostivat riittävien hoidon apuvälineiden tarpeellisuutta. (Särkioja – Salanterä 2003:1.)

### 10.3 Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvät haasteet

Haastatteluista esiin nousivat aps-hoitajien ja potilaiden näkökulmiin liittyvät haasteet. Aps-hoitajat mainitsivat lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin kuluvan ajan puutteen ja resurssipulan. Aps-hoitajat nostivat esiin moniammatillisen yhteistyön merkityksen ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvän ohjauksen ja koulutuksen osastolla työskenteleville sairaanhoitajille. Kivunhoitotyötä tekevällä sairaanhoitajalla pitää olla riittävä koulutus ja myös laaja-alainen työkokemus (Särkioja – Salanterä 2003: 1). Hoitajien ennakoasenteet saattavat estää tuloksellisen lääkkeettömän kivunhoidon osastolla, mutta tieto menetelmistä ja niistä saatavista hyödyistä sekä koulutus näiden menetelmien käyttöön saattaisivat poistaa turhia ennakkoluuloja. Kipupotilaan hoitotyö on haasteellista ja vaatii sairaanhoitajalta asiantuntijuutta (Särkioja – Salanterä 2003: 1).

Akuutin hoitotyön luonne ja potilaiden nopea vaihtuvuus rajoittavat lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä jonkin verran. Aps-hoitajat nostivat esiin myös potilaisiin liittyvän näkökulman, jonka mukaan kaikki potilaat eivät usko riittävästi lääkkeettömän kivunhoidon tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. Aikaisemmat kokemukset kivusta ja sen hoidosta saattavat perustua lääkkeelliseen kivunhoitoon, jolloin muilla menetelmillä ei uskota olevan tehokasta vaikutusta. Aps-hoitajat korostivat potilasohjauksen ja tiedottamisen merkitystä, jolloin potilaat tavallisesti ovat halukkaampia kokeilemaan lääkkeetöntä kivunhoitoa osana kokonaisuhoitoa. Potilaiden kivuliaisuus ja ahdistuneisuus saattavat heikentää lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä saatavaa hyötyä. Keskusteleminen, rauhoittelu ja tiedonjakaminen lieventävät potilaan ahdistusta plasebovaikutuksin. Terveystieteiden tutkimusten asiakaskunta on kansainvälistynyt ja yhteisen kielen puuttuminen saattaa vaikeuttaa kommunikointia potilaan kanssa ja osaltaan näin estää lääkkeettömän kivunhoidon toteuttamista. Ammatillinen keskustelu esimiesten kanssa ja henkilökohtainen työnohjaus auttavat kipuhoitajaa kehittymään ja jaksamaan työssään (Särkioja–Salanterä 2003; 1).

#### 10.4 Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tulosten perusteella lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa tulisi kehittää kirurgisilla vuodeosastoilla potilaiden niistä saamaan hyödyn vuoksi. Hoitajille tulisi järjestää mahdollisuuksia kouluttautua rentoutus-, hengitys- mielikuvaharjoitustekniikoiden käyttöön. Syvähengitys ja pikarentoutus ovat keinoja, jotka eivät vie kohtuuttomasti aikaa hoitajalta ja auttavat potilasta. Aps-hoitajiksi kouluttautuville olisi hyvä tarjota osana kivunhoidon erikoistumisopintoja myös tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Elektiivisiin leikkauksiin tulevien potilaiden kohdalla jo tulohaastatteluissa voisi lisätä tiedon jakamista lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä. Ennen leikkausta järjestettävät ryhmät, joissa potilaille kerrottaisiin niistä keinoista, joita he itsekin voivat käyttää kivun lieventämiseen, olisivat varmasti hyödyllisiä. Opinnäytetyön haastatteluissa tuli esille, että vaikka lääkkeetöntä kivunhoitoa tehdään, niin sitä ei aina tiedosteta. Aps-hoitajat olivat sitä mieltä, että tämän vuoksi paljon näistä toimenpiteistä jää kirjaamatta. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin laatia kyselytutkimus lääkkeettömän kivunhoidon kirjaamisesta tai haastattelututkimus lääkkeettömän kivunhoidon kirjaamisesta.





## Lähteet

Anderson, P.G & Cutshall, S.M. 2007. Massage therapy – Acomfort intervention for cardiac surgery patients. *Clinical Nurse Specialist*. 21 (3). 161–165.

Arokoski, Jari – Alaranta, Hannu – Pohjolainen, Timo – Salminen, Jouko – Viikari–Juntura, Eira 2009. *Fysiatría*. Helsinki: Duodecim.

Arponen, Ritva – Airaksinen, Olavi 2001. *Hoitava hieronta*. Helsinki. Wsoy.

Asher, G. – Jonas, D. – Coeytaux, R. – Reilly, A. – Loh, Y. – Motsinger-Reif, A. – Winham, S. 2010. Auriculotherapy for Pain Management: A Systemic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 16 (10). 1097–1108.

Danter, Joyce, H. 2009. Alleviating the pain of arthralgias. *The nurse Practitioner*. Vol. 34 (9). 40–46.

Estlander, Ann-Mari 2003. *Kivun psykologia*. Juva. WSOY.

Flinkman, Tiina – Salanterä, Sanna 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede*. Vol. 16. 16.

Gaylord, Susan – Crotty, Nuala 2002. Enhancing function with in complementary therapies in geriatric rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 18 (2). 63–79.

Good, M – Stanton-Hicks, M – Grass, J.A – Cranston, G – Lai, H.-L – Roykulcharoen, V – Adler, P.A 2001. Relaxation and music to reduce postsurgical pain. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (2). 208–215.

Good, M. – Albert, J.M. – Anderson, G.C. – Wotman, S. – Cong, X. – Lane, D. – Ahn, S. 2010. Supplementing relaxation and music for pain after surgery. *Nursing Research*. 59 (4). 259–269.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2001. *Tutki ja kirjoita*. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino oy.

Ikonomidou, E. – Rehnström, A. – Naesh, O 2004. Effect of music on vital signs and postoperative pain. *journal of Association of perioperative Registered Nurses*. 80 (2). 269–278.

Kallio, Sakari – Lauerma, Hannu 2004. *Hypnoosi ja suggestio*. Hämeenlinna. Duodecim. Kalso, Eija – Haanpää, Maija– Vainio, Anneli 2009. *Kipu*. Helsinki. Duodecim.

Kalso, Eija – Vainio, Anneli 2002. *Kipu*. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kalso, Eija – Vainio, Anneli 2004. *Kipu*. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Koivusalo, Anna - Maija 2006. Kipusairaanhoitajina työskentelevien sairaanhoitajien toimenkuvat. Kipuviesti (2). 30–33.

Mikkelsson, Marja – Leppäluoto, Juhani 2005. Kylmä ja terveys. Duodecim. 121 (4). 462–464.

Oliver, S – Ryan, S 2004. Effective pain management for patients with arthritis. Nursing Standard.18 (50). 43–52.

Pohjolainen, Timo 2009. Kivun hoitomuodot. Fysioterapeuttiset menetelmät. Duodecim. Kipu. Keuruu. Otavan kirjapaino oy.

Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Tampere. Tammi.

Salanterä, Sanna – Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Salanterä, Sanna – Särkioja, Tarja 2003. Hoitotyön edellytykset ja toteutuminen kipuklinikassa sairaanhoitajan ja potilaan näkökulmasta. Tutkiva hoitotyö. Vol. 1. 16–23.

St. Marie, Barbara. 2002. Core Curriculum for Pain. Management Nursing. American Society of Pain Management Nurses. Printed States of America. 240.

Tracy, Susanne – Dufault, Marlene – Kogut, Stephen – Martin, Valerie – Rossi, Susan – Willey- Temkin, Cynthia 2006. Translating best practices in non drug postoperative pain management. Nursing Research. 55 (2). 57–67.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Latvia: Tammi.

Turunen, Juha 2007. Pain and management in Finnish general population. Kuopion Yliopiston julkaisuja. Kuopio. Kopiojyvä.

Usichenko, T. – Kuchling, S. – Witstruck, T. – Pavlovic, D. – Zach, M. – Hofer, A. – Merk, H. – Lehmann, C. – Wendt, M. 2007. Auricular acupuncture for pain relief after ambulatory knee surgery: a randomized trial. CMAJ. 176 (2). 179–183.

Vainio, A.1999. Monialainen kipuklinikkatoiminta, kokemuksia ja näkemyksiä. Kipuviesti 1. 7–9.

Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim.

Vainio, Anneli 2007. Nimeä vailla – kohtaamisia kivun kanssa. Hämeenlinna. Kirjapaja Oy.

Vainio, Anneli 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Luettu 1.12.2011.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Wells, Marjorie – Sarna, Linda – Cooley, Mary. E – Brown, Jean. K – Chernecky, Cynthia – Williams, Roma. D – Padilla, Geraldine – Danao, Leda Layo 2007. Use of complementary and alternative medicine therapies to control symptoms in women living with lung cancer. *Cancer Nursing*. 30 (1). 45–54.

## Analyysitaulukko

ESIMERKKEJÄ PELKISTE- TYISTÄ KUVAUKSISTA	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	KOKOAVA KÄSITE
Yksilöllinen kohtaaminen Keskustelu, tukeminen	Vuorovaikutus potilaan kanssa	Emotionaalinen tuki	Käytössä olevat kivunhoitomenetelmät	Aps-hoitajien näkemyksiä kirurgisen potilaan postoperatiivisen kivun lääkkeettömästä hoidosta
Tiedotus Ohjaus, neuvonta Neuvonta	Informaation jakaminen potilaalle			
Mielikuvaharjoitukset Musiikki Huumori Peruslänäolo	Huomionsiirto pois kivusta			
Ammatillisuus Asiantuntijuus Kiireetön ilmapiiri Rauhoittelu	Hoivavaikutus			
Kylmähoito/Lämpöhoito Asentohoidot Hieronta Pulloon puhallukset	Hoitotoimenpiteet	Fyysiset keinot		
TENS (Transkutaaninen elektroninen hermostimulaatio) Korva-akupunktio Viisipisteakupunktio	Erikoismenetelmät			

2 (2)

Lääkkeetön hoito ei ensisijainen Erittäin tärkeää ja tehokasta Lääkkeetön hoito keskeinen osa kivunhoitoa Iso osa työtä	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö	Potilaan kokonaisvaltaista hoitoa	Aps-hoitajien kokemukset lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä
Rentouttaa Unensaanti helpottuu Vähentää kipulääkkeen tarvetta Lisää tyytyväisyyttä	Potilaan saama hyöty		
Pyydettiin sairaalapastoria käymään Niistä keskustellaan eri ammattiryhmien kanssa Jutellaan kirurgin kanssa, saako lastan teetättää ja sitten meidän toimintaterapeutti tekee	Moniammatillinen yhteistyö	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä edistävät tekijät	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvät haasteet
Tiedon jakaminen osastotunneilla/hoitotyön meetingeissä Koulutus Hoitajien positiivinen asenne	Hyvin organisoidut osastot		
Potilaan ahdistuneisuus Avohaavat/traumavammat Hoidot aiheuttavat epämukavuutta ja huonoa oloa	Potilaaseen liittyvät tekijät	Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä estävät tekijät	
Akuutti hoito Potilaat vaihtuvia Ei tulohaastattelua tai ennako-opastusta Resurssipula	Hoitajiin/organisaatioon liittyvät tekijät		

## Haastattelun saatekirje

Metropolia Ammattikorkeakoulu 1.12.2011

SAATE

Terveys- ja hoitoala; hoitotyön koulutusohjelma

Hyvä haastatteluun osallistuva kipuhoitaja,

Haluaisimme kuulla kokemuksiasi, tietojasi ja ajatuksiasi lääkkeettömästä kivunhoidosta kirurgisen potilaan postoperatiivisessa kivun hoidossa.

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolia ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, joka on osa projektia "Potilasturvallisuuden kehittäminen kirurgisen potilaan ja tehohoitopotilaan hoitotyössä". Tavoitteena opinnäytetyössämme on selvittää lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä postoperatiivisen kivun hoidossa sekä potilaiden niistä saamaa hyötyä kipuhoitajien näkökulmasta ja tätä kautta kehittää lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä potilaan postoperatiivisen kivun hoidossa.

Aineiston keräämme haastatteleamalla kipuhoitajia. Osallistuminen on vapaaehtoista. Sinulla on oikeus kieltäytyä haastattelusta. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja.

Haastatteluun kuluu aikaa ½-1 tuntia. Haastattelut nauhoitetaan, litteroidaan ja analysoidaan opinnäytetyötämme varten. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule esille missään työn vaiheessa. Valmis opinnäytetyö toimitetaan osastollenne keväällä 2012.

Kiitos osallistumisesta ja yhteistyön tekemisestä jo etukäteen!

Lisätietoa projektista voit kysyä opinnäytetyön ohjaajalta:

TtM Minna Elomaa- Krapu puh. 0207835626

TtM Tuija Uski-Tallqvist puh. 0207835688

[minna.elomaa-krapu@metropolia.fi](mailto:minna.elomaa-krapu@metropolia.fi)

[tuija.uski-tallqvist@metropolia.fi](mailto:tuija.uski-tallqvist@metropolia.fi)

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ystävällisin terveisin,

Heidi Huttunen

[heidi.huttunen@metropolia.fi](mailto:heidi.huttunen@metropolia.fi)

Netta Riikonen

[netta.riikonen@metropolia.fi](mailto:netta.riikonen@metropolia.fi)

Sari Lönnqvist

[sari.lonnqvist@metropolia.fi](mailto:sari.lonnqvist@metropolia.fi)

## Haastattelun teema-alueet

Tutkimukseen osallistuvien kuvaavat tiedot

- koulutus, lisäkoulutus
- työkokemus
- syntymävuosi
- sukupuoli
- mistä kiinnostus lääkkeettömään kivunhoitoon on herännyt

Teema 1

Kipuhoitajien käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

- Millä perusteella käytetyt menetelmät valitaan?

Teema 2

Kipuhoitajien kokemukset lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä

- Millaista palautetta potilaat ovat antaneet?
- Millaisia ennakko-odotuksia potilailla on lääkkeettömistä hoidoista?
- Kerrotaanko potilaille mahdollisuudesta lääkkeettömään kivunhoitoon?
- Missä hoidon vaiheessa potilaille tulisi kertoa lääkkeettömistä hoitomenetelmistä?

Teema 3

Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön liittyvät haasteet

- Mitkä tekijät estävät lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä?
- Mitkä tekijät edistävät lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä?  
( hoitoympäristö, henkilökunnan valmiudet, resurssit )