

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA ELEKTIIVISEN
LEIKKAUSPOTILAAN KIVUN ARVIOINNISTA JA KIRJAAMISESTA

Valeria Hassinen ja

Shakiba Sofizade

Opinnäytetyö, kevät 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystenhoitaja (AMK)

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hassinen Valeria & Sofizade, Shakiba. Sairaanhoitajien kokemuksia elektiivisen leikkauspotilaan kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Helsinki, kevät 2011, 66 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK ja Terveystieteiden AMK.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kipua arvioidaan ja kirjataan kivunhoidossa elektiivisen leikkauksen jälkeen sekä saada tietoa, miten sairaanhoitajat kokevat kipuhoidajan roolin leikkauspotilaan hoidossa.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin joulukuun 2010 aikana kyselylomakkeella. Kohderyhmänä olivat sairaanhoitajat viiden HUS-sairaalan osastoilta, joissa toteutetaan APS-toimintaa. Kyselylomake koostui 21 strukturoidusta väittämästä ja yhdestä avoimesta kysymyksestä. Strukturoitujen kysymyksen vastaukset käsiteltiin Excel-ohjelmalla ja analysoitiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimuksen kohdeosastoilla työskenteli tutkimuksen toteuttamisen aikana yhteensä 116 sairaanhoitajaa, joista kyselyyn vastasi 78. Vastausprosentiksi muodostui täten 67,2.

Kivun arvioinnin tulosten perusteella 58 prosentilla sairaanhoitajista on omasta mielestään hyvä tietämys kivunhoidosta. Noin joka neljäs hoitaja pitää tietämystään eri kiputyypeistä hyvänä. Lähes kaikki hoitajat pitävät kipumittareiden käyttöä helppona ja kipumittarit ovat käytössä aina 65 prosentilla. Tulokset osoittavat, että kolme neljästä sairaanhoitajasta pitää potilasta oman kipunsa asiantuntijana. Lähes kaikkien hoitajien mielestä kipu on hyvin hallinnassa potilaiden siirtyessä pois osastolta.

Kivun kirjaamisen tulosten perusteella 63 prosenttia sairaanhoitajista kirjaa säännöllisesti kivun arvioinnin. Noin kaksi kolmesta hoitajasta kirjaa kivun määrän. Potilaan oman arvion kivusta kirjaa yli puolet sairaanhoitajista ja epäonnistuneet hoitoyritykset noin kaksi kolmasosaa. Alle puolet hoitajista kirjaa aina ei-lääkkeelliset kivunlievitykset. Kivunhoidon kirjaamisen tulokset lääkehoidon osalta osoittavat, että sairaanhoitajat kirjaavat 88 prosenttisesti, mitä lääkkeitä on käytetty, kuinka paljon sekä, mikä on lääkkeen vaikutus.

Opinnäytetyön tulokset kipuhoidajan roolista osoittavat, että sairaanhoitajat kokevat kipuhoidajan käynnit hyödyllisiksi sekä kipuhoidajan roolin auttavaksi, eikä liian kontrolloivaksi. Lähes kaikkien sairaanhoitajien mielestä kipuhoidajalta saa hyvin apua ongelmatilanteissa. 73 prosenttia hoitajista kokee saavansa riittävästi tilanneopetusta kipuhoidajalta.

Opinnäytetyössä tunnistettiin kivunhoidon kehittämisalueita, joista merkittävimmät olivat koulutus, kivunlievitys ei-lääkkeellisillä hoitomuodoilla sekä moniammatillinen yhteistyö. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää koulutuksien suunnittelussa, sekä kivunhoidon kehittämisessä.

Asiasanat: kivun arviointi, kivun kirjaaminen, elektiivinen leikkaus, APS-kipuhoidaja.

ABSTRACT

Hassinen, Valeria and Sofizade, Shakiba
Elective Surgical Patient's Pain Management: Assessment and Recording
66p, 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Degree Programme: Nurse/ Public Health Nurse.

The purpose of this thesis was to identify how pain was assessed and recorded in pain treatment after elective surgery and gather information how nurses experienced an acute pain nurse's role in surgical patient treatment.

The material was collected during December 2010 with a questionnaire. The target group was nurses in five Helsinki and Uusimaa Hospital District hospital units in which Acute Pain Service is practiced. The questionnaire consisted of 21 structured claims and one open-ended question. Answers of structured claims were processed using Excel program and analyzed using quantitative method. Answers of open-ended question were analyzed using qualitative method. At the time of the research there were 116 nurses working in the target units of which 78 responded. The answering percent was 67.2.

Results gathered on pain assessment revealed that 58 percent of the nurses felt they had good knowledge of pain treatment. Every fourth nurse felt that they had good knowledge of different pain types. Almost all of the nurses felt that the pain assessment tools were easy to use and 65 percent always used them. Results indicated that three out of four nurses felt that the patient was an expert of their own pain. Almost all of the nurses felt that pain was well under control when the patient left the unit.

Results gathered on pain recording revealed that 63 percent of the nurses recorded regularly pain assessment. Two-third of the nurses documented the amount of pain. More than half of the nurses documented the patient's own evaluation of pain, and approximately two-third failed treatments. Less than half of the nurses always recorded non-medical pain treatments. Results concerning medicine treatment indicated that 88 percent of the nurses recorded what medicine had been used, how much, and what effect the medicine had had.

Results gathered on the APS nurses' role indicated that nurses felt APS nurses' visits being useful. APS nurses' role was considered helpful, and not too controlling. Almost all of the nurses responded that they received help from the APS nurse in problematic situations. 73 percent of the nurses felt that they received sufficient amount of bedside training from APS nurses.

In this thesis, some development areas were identified in pain treatment. The most significant are training, pain alleviation with non-medical treatment methods, and cooperation between different occupation groups. Results can be utilized in planning of trainings and the development of pain treatment.

Keywords: pain assessment, pain recording, elective surgery, APS nurse

ESIPUHE

Kiitämme kaikkia, jotka ovat osallistuneet tutkimukseemme.

Eriyiskiitokset kipuhoitaja Kaarina Onkiselle, jolta saimme työmme aiheen.

Suuret kiitokset myös opinnäytetyömme ohjaajille Anna Holmström-Toivolalle ja Minna Partanen-Rytilahdelle, jotka ovat tukeneet meitä sekä antaneet hyviä ehdotuksia tekoprosessin aikana.

Lisäksi haluamme kiittää Timo Hassista teknisestä avusta opinnäytetyössä.

Helsingissä 27.4.2011

Valeria Hassinen ja Shakiba Sofizade

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	10
2.1 Kipu ja kivun tunnistaminen.....	10
2.2 Postoperatiivinen kipu	16
2.3 Kivun arviointi	18
2.3.1 Aikaisemmat tutkimukset.....	20
2.4 Kivun kirjaaminen	20
2.4.1 Aikaisemmat tutkimukset.....	22
2.5 Kivunhoidon menetelmät.....	22
2.5.1 Potilaan itseannostelulaite (PCA - Patient Controlled Analgesia)	22
2.5.2 Suun kautta ja lihakseen annettavat lääkkeet / kivunleivityksen käytettävät lääkkeet.....	23
2.5.3 Ei-lääkkeelliset kivunhoidon menetelmät	24
2.6 Kipuhoitaja.....	24
2.6.1 Akuutti kivunhoitopalvelu (APS).....	25
2.6.2 Aikaisemmat tutkimukset.....	25
2.7 Kivunhoidon kehittämisen aikaisemmat tutkimukset.....	26
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	27
3.1 Tutkimuksen ympäristö	27
3.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmät.....	28
4 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA ARVIOINTI.....	30
4.1 Kivun arviointi	30
4.2 Kivun kirjaaminen	39
4.3 Kipuhoitajan rooli	48
4.4 Kivunhoidon kehittäminen	53
4.5 Avoin kysymys kivunhoidon parantamisesta	54
5 POHDINTA	57
5.1 Tutkimuksen eettisyys	57
5.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	58

5.3 Tutkimuksen johtopäätökset	60
5.4 Ammatillisen kasvun pohdinta	61
5.5 Jatkotutkimusmahdollisuudet	63
LÄHTEET.....	64
LIITE 1: SAATEKIRJE.....	67
LIITE 2: KYSELYLOMAKE.....	68

1 JOHDANTO

Kivunhoito on tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Sairaanhoitaja tarvitsee tietoa kivun anatomiasta, fysiologiasta ja lääkehoidosta. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrää, että hoitohenkilökunnan on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja näyttöön perustuvia menettelytapoja, joita heidän on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Lisäksi sairaanhoitaja on lain mukaan velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 15, 18.) Kivunhoito kehittyy jatkuvasti ja uusia keinoja sekä ohjeita on paljon.

Työssämme käsitellään kivun arviointia ja kirjaamista elektiivisen leikkauspotilaan kohdalla. Elektiivisellä leikkauspotilaalla tarkoitetaan potilasta, joka tulee leikkaukseen suunnitellusti. Työmme aiheita ehdotti kipuhoitaja, joka toimii Kirurgisessa sairaalassa. Kirurginen sairaala kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS), jossa toimivat kivunhoidosta vastaavat sairaanhoitajat, niin sanotut APS-kipuhoitajat. APS (Acute Pain Service) tarkoittaa kivunlievityspalvelua. APS-kipuhoitajan työn painopisteet ovat potilastyö, koulutus, kivunhoidon kehittäminen ja yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa. (HUS 2006.)

Työmme tavoitteena oli tutkia sairaanhoitajan kokemuksia postoperatiivisen kivunhoidon kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajat arvioivat kipua useita kertoja työvuoronsa aikana. Erikoiskivunhoidon menetelmillä, kuten PCA (Patient Controlled Analgesia), epiduraalinen kivunhoito ja perifeerinen puudutuskatetri, on omat kivun seurantalomakkeet. Näihin kirjataan kivun arviointi vähintään kerran työvuorossa. (Onkinen, Kaarina, kipuhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto 27.11.2009.)

Kivun arviointi ja kirjaaminen ovat keskeisessä asemassa kirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Kirjaaminen on tärkeää hoidon suunnittelun, jatkuvuuden ja toteutumisen arvioinnin takia. Kirjaaminen tekee kivun näkyväksi. Kirjaamisessa on tärkeä korostaa kivun arviointia, hoitoa, tulosta. Kirjaamisen pitäisi tapahtua yhteisesti sovituin merkein,

käyttäen potilaan omia sanoja ilman ylimääräisiä ilmaisuja. (Hednäs, Katja, kipuhoitaja, Powerpoint-esitys 18.11.2009.)

Kun erikoiskivunhoitomenetelmästä luovutaan, ei systemaattista kivun arviointia näe enää kirjattavan. Kirjaamisen puuttuminen voi aiheuttaa ongelmatilanteita, joissa potilas ei saa tarvitsemaansa kivunhoitoa. Tämä taas voi johtaa esimerkiksi potilaan paranemisen hidastumiseen, psyykkisiin traumoihin tai sairaalassaoloajan pidentymiseen. (Onkinen, Kaarina, kipuhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto 27.11.2009.)

Lähestyimme kivun arviointia ja kirjaamista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kattavan tiedon saamiseksi toteutimme kvantitatiivisen tutkimuksen HUS-sairaaloissa, joissa on APS-toimintapalvelu. Tutkimuksen kohderyhmäksi valitsimme kirurgisella osastolla täysipäiväisesti työskentelevät sairaanhoitajat. Kipuhoitajat eivät täten itse kuuluneet kohderyhmään. Aineiston keräämiseksi päätimme käyttää anonyymiä strukturoitua kyselylomaketta, joka sisältää avoimen kysymyksen, koska sen avulla voidaan kerätä laajempaa tutkimusaineistoa.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Miten sairaanhoitajat osaavat arvioida potilaan kipua?
- Miten sairaanhoitajat kirjaavat potilaan kivun arviointia potilaskertomuksiin?
- Miten sairaanhoitajat kokevat kipuhoitajan roolin potilashoidossa?

Tutkimuksen tavoitteena on myös parantaa kivunhoidon dokumentointia. Tämä tieto on hyödyllistä kirurgisissa hoitoyksiköissä, koska kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa on puutteita.

Työssä käsitellään vain elektiivisiä leikkauspotilaita, joten päivystysleikkauspotilaat eivät kuulu työn laajuuteen. Elektiivisistä leikkauspotilaista tarkastelu on rajattu vain PCA-kriteerien (Patient-controlled analgesia) mukaisiin potilaisiin. PCA:lla tarkoitetaan itseannostelulaitetta, joka on ruiskupumppu. Laitteen avulla potilas voi itse valita lääkeyksikön ajankohdan. (Kokkinen & Maltari-Ventilä 2008, 157.) PCA-kriteerit täyttävällä potilaalla ei ole kieliongelmaa, dementiaa, sekavuutta tai sairaalloista lihavuutta, eikä potilas ole huumeiden käyttäjä. Vain tietyt uniapnea-potilaat täyttävät PCA-kriteerit. (Hednäs, kipuhoitaja 18.11.2009.) Kivun arviointia ja kirjaamista tarkastellaan vain ki-

rurgisella osastolla työskentelevien sairaanhoitajien näkökulmasta. Muu hoitohenkilökunta ei kuulu työn laajuuteen.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kipu ja kivun tunnistaminen

Aristoteles piti kipua pelkästään tunne-elämyksenä, mielihyvän vastakohtana. Descartes kuvasi vuonna 1664 kipua suorana kanavana iholta aivoihin, kuuluisassa kuvassaan hän kuvaa henkilöä, jonka jalka on tulella, ja miten ”liekit lähettävät jalasta partikkeleita liikkeelle selkää pitkin kohti aivoja, jossa jonkinlainen hälytysjärjestelmä kytkeytyy päälle.” (Kalso & Vainio 2002, 39.)

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi aistimukseksi tai tunteeksi, johon liittyy usein kudosvaurio, tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein. Kivun aistimalla elimistö saa varoituksen sitä uhkaavasta kudosvauriosta. Tämä saa aikaan elimistössä toimintoja, joilla pyritään estämään kudosvaurion synty tai eteneminen. Kipu jakautuu yleensä lääketieteessä joko akuuttiin tai krooniseen kipuun. Perinteinen kivun luokittelu perustuu anatomiaan, ja kipua voidaan myös luokitella elinsysteemin mukaan. Jako somaattiseen ja viskeraaliseen eli sisäelimestä johtuvaan kipuun on perinteinen. Kipua on mahdollista luokitella myös sen aiheuttajan mukaan, kuten syöpä- tai synnytyskipu. (Kalso, Vainio & Estlander 2004, 85–94.)

Kipu on aina henkilökohtainen kokemus ja ihmiset kokevat kipua eri tavoin. Kipu on yhtä aikaa sekä fysiologinen ilmiö että tunne- ja aistikokemus. Kivun kokemiseen vaikuttavat yksilön aikaisemmat kokemukset kivusta, kulttuuriset tekijät, tunteet, ajatukset, sosiaaliset suhteet sekä useat muut tekijät. Yksilöllisillä ominaisuuksilla on myös vaikutusta kivunsietokykyyn ja kipukynnykseen. Lisäksi sama henkilö voi kokea kivun voimakkuuden erilaisissa tilanteissa eri tavalla. Ikä ja sukupuoli vaikuttavat myös kivun kokemiseen. Yleensä naiset kokevat enemmän kipuja kuin miehet ja he myös ilmaisevat kipuaan herkemmin. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7, 9.) Edellä mainittujen asioiden takia kivun tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa ja edellyttää monenlaisia tietoja ja taitoja (Salanterä ym. 2006, 7–8).

Hoitotyössä kipu on määritelty myös seuraavasti: kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän. Tämä määritelmä auttaa ymmärtämään kivun henkilökohtaista luonnetta ja muistuttaa hoitotyöntekijää siitä, että potilas on aina oman kipunsa paras asiantuntija. Määritelmä ei kuitenkaan sovellu kivun yleiseksi määritelmäksi, sillä on olemassa paljon ihmisiä, joiden kyky kommunikoida sanallisesti on puutteellinen, ja silti kivun kokeminen on heille mahdollista. Heitä ovat muun muassa vielä puhekyvyttömät lapset, dementoituneet tai sekavat vanhukset ja erilaisista kehityshäiriöistä kärsivät sekä tajuttomat ja nukutetut potilaat. On myös hyvä muistaa, että kaikki ihmiset eivät halua kertoa kokevansa kipua. Esimerkiksi isot lapset tai aikuiset voivat haluta takaisin kotiin sairaalasta, jolloin he välttävät jopa kovasta kivusta kertomista, koska pelkäävät sen estävän heitä pääsemästä kotiin. (Salanterä ym., 7–9.)

Kipu tarkoittaa fyysistä tuskaa, särkyä, kirvelyä, kivistystä, polttoa, pakotusta tai muuta sellaista. Kipua voi olla myös psyykinen tuska. Kipua on mikä tahansa yksilöllinen epämiellyttävä tunne tai tila, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on aina todellinen kokemus kokijalleen. (Lehtomäki 2002, 17–21.) Margo McCaffery määrittelee kivun seuraavasti: ”kipu on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi, ja on olemassa, kun potilas sanoo kipua olevan” (Lehtomäki 2002, 17).

Kipua tulkitaan eri kulttuureissa eri tavoin. Kristityissä kulttuureissa kipua ja kärsimystä pidetään ikään kuin ihmistä jalostavana voimavarana. Raamatun kertomuksissa ei erotella fyysistä ja henkistä kipua toisistaan, vaan kivun kokemus nähdään kokonaisvaltaisena. Terveystieteiden tutkimuksen tulee kaikessa toiminnassaan pyrkiä tavoitteelliseen kivun poistamiseen sekä sen mahdollisimman tehokkaaseen lievitykseen ja ennaltaehkäisyyn. (Kallio, Korte, Lukkari & Rajamäki 2000, 7.)

Kudosvaurion aiheuttaman stimuluksen ja kivun subjektiivisen tuntemuksen välillä on sarja monimutkaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia ja voidaan jakaa neljään vaiheeseen: transduktioon, transmissioon, modulaatioon ja perseptioon. Eri kudoksissa on hermopäätteitä, jotka vastaavat kudosvaurioita aiheuttaviin ärsykkeisiin. Transduktio on tapahtuma, jossa kudokseen kohdistuva mekaaninen, kemiallinen tai lämpöenergia (är-

syke) johtaa hermopäätteiden sähkökemialliseen aktivoitumiseen eli aktiopotentiaalien syntymiseen. (Kalso, Haanpää & Vainio, 2009, 71–77.)

Transmissioissa kipuviesti siirtyy hermosoluja pitkin niihin keskushermoston osiin, joiden aktivaatio johtaa kivun aistimiseen. Perifeeriset sensoriset hermot välittävät impulsseja perifeerisestä kudoksesta selkäytimessä sijaitseviin päätteisiinsä. Selkäytimen välittäjäneuronien verkosto aktivoituu, ja kuljettaa kipuviestiä selkäytimestä aivorunkoon ja talamukseen sekä edelleen aivokuorelle. (Kalso ym. 2009 71–77.)

Modulaatiolla tarkoitetaan kivun muuntelua hermostossa. Keskushermostossa on inhibitorisia ratoja, jotka estävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Eri-laiset tekijät, kuten stressi tai morfiinin kaltaiset kipulääkkeet, voivat aktivoida hermoradat. Tämä modulaatiojärjestelmä selittää osaltaan, miksi jotkut vaikeasti loukkaantuneet potilaat eivät välittömästi trauman jälkeen koe merkittävää kipua. Toisaalta kroonisten kiputilojen tutkimuksessa on viime vuosina noussut esiin, että sentraalinen modulaatio voi myös vahvistaa kipuaistimusta. Selkäytimen modulatoriset interneuronit (välineuronit) voivat myös olla joko inhibitorisia tai eksitatorisia. (Kalso ym. 2009, 70–71.)

Viimeinen vaihe kivun välittymisessä on perseptio, jolla tarkoitetaan kipua välittävien neuronien aktivoitumisen aiheuttamaa subjektiivista tunnetta. Tämä vaihe on haasteellisin ”kipuradan” tutkimuskohde. Aivoissa tapahtuvia kivun kokemiseen liittyviä toimintoja on aikaisemmin pystytty selvittämään lähinnä yksittäisten potilastapausten valossa. Keskushermoston uudet kuvastamismenetelmät ovat nyt avanneet tutkimukselle uusia mahdollisuuksia. (Kalso ym. 2009, 70–71.)

Nosiseptinen eli kudolvauriosta johtuva kipu jaetaan somaattiseen (lihas, luusto, iho ja sidekudos) ja viskeraaliseen kipuun. Tulehduksen, iskemian ja kasvainten aiheuttamat kiputilat ovat kudolvauriokipuja. Hapenpuute-tila kudoksissa tarkoittaa nosiseptistä kipua. (Vartiainen 2000, 21–22.) Akuutti, postoperatiivinen kipu on myös nosiseptistä kipua. (Lehtomäki 2002, 17). Viskeraalinen kipu tuntuu paljon laajemmalla alueella kuin kipeässä elimessä, ja siksi on vaikea paikantaa, mistä kipu on lähtöisin. Autonominen hermoston toimintoja, kuten kalpeutta, hikoilua, sydämentykytystä ja pahoinvointia voi ilmetä sisäelinkivussa. (Vartiainen 2000, 21.) Neuropaattinen kipu tarkoittaa, että itse vaurio on hermostossa, joka välittää kipua. Siitä syystä syntymekanismi poikkeaa no-

siseptisestä kivusta. Hermovaurio voi tapahtua ulkoisen tekijän tai sisäisen vamman takia. (Vartiainen 2000, 21.)

Kivun kokija tuntee henkistä kärsimystä. Leikkauksen jälkeinen kipu joskus aiheuttaa potilaalle akuutteja psyykkisiä kriisejä sekä pysyviä emotionaalisia muutoksia. Jos aikaisemmin potilas on kokenut kovaa postoperatiivista kipua, se voi aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta ennen tulevia leikkauksia. (Kokki 2004, 30.) Kivun kokemisen voimakkuus ei välttämättä ole järkevässä suhteessa postoperatiivisen kudoksen vaurion suuruuteen (Vartiainen 2000, 21).

Sympaattisen hermoston aktiivisuus lisääntyy kiputilassa. (Kokki 2004, 30). Se johtaa takykardiaan, verenpaineen ja ääreisverenkierron vastuksen nousuun, sydämen työmäärän kasvamiseen ja hapenkulutuksen lisääntymiseen. Tämä tapahtuma voi johtaa sydänlihaksen iskemiaan. (Lehtomäki 2002, 17.) Kipukokemukseen kuuluu myös hikoilu, kalpeus, pupillien laajentuminen sekä lisääntynyt lihasjännitys. Erityisen tärkeä on hoitaa leikkauksen jälkeinen kipu, koska se saattaa kroonistua, jos sitä ei hoideta. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.)

Kipu voi myös pysäyttää parasympaattisen hermoston toiminnan, joka voi johtaa vatsan ja virtsarakon toimimattomuuteen, aiheuttaa myös pahoinvointia ja ruoansulatuskanavan eritteiden määrän lisääntymistä. (Lehtomäki 2002, 17.) Kipu aiheuttaa sympaattisen hermoston aktivoitumisen lisäksi hypotalamuksen stimuloitumisen. Tämä johtaa katabolisten hormonien, kuten ACTH:n, kortisonin, adrenaliinin, glukagonin, ADH:n ja aldosteronin lisääntyneeseen erittymiseen. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.)

Akuutin kivun arviointi peruselintoimintoja mittaamalla on epävarmaa. Fysiologisen arvioinnin perustana ovat akuutin kivun aiheuttamat muutokset elimistössä, ongelma on, että peruselintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi ja samanaikaisesti hyvin monet muut tekijät, kuten potilaan sairaudet, lääkitys, tunnetila ja toiminta sekä hoitoympäristö. Vaikka fysiologisten suureiden muutosten suuruuden yhteyttä kivun voimakkuuteen ei ole osoitettu, niitä joudutaan eräissä tilanteissa käyttämään osana potilaan kivun arviointia. (Salanterä ym. 2006, 75–76.)

Kivun tunnistaminen on terveydenhuollon perustehtävistä. Salanterän mukaan noin puolet sairaalaan tulevista potilaista tulee sairaalaan kivun takia. Lisäksi sairaalassa ollessaan useat potilaat johtuvat kokemaan kipua sairauden, tutkimusten ja hoitojen vuoksi. Kivun tunnistamisessa paras asiantuntija on yleensä kivun kokija. Kivun tunnistamisen lähtökohtana on ihmisen oma näkemys kivustaan. (Salanterä ym. 2006, 75.)

On kuitenkin potilasryhmiä, joiden kohdalla kipu joudutaan tunnistamaan sekä sen voimakkuus ja aiheuttama haitta arvioimaan muulla tavoin. Kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on oleellista, että kivun syy pyritään löytämään. Aina tämä ei ole kuitenkaan mahdollista mutta kipua tulee silti arvioida. Kipua tulee arvioida säännöllisin väliajoin. Kivun arviointitiheys on riippuvainen potilaan kivun syystä, potilaan voinnista ja hoidoista. (Salanterä ym. 2006, 75.)

Kivunhoidon lähtökohtana ovat aina potilaan yksilölliset tarpeet, odotukset ja henkilökohtaiset kokemukset. Kivunhoidossa merkitsevää on se, miten sairaanhoitaja priorisoi kivunhoitoa suhteessa potilaan muihin ongelmiin. Monien ongelmien ratkaiseminen on kuitenkin epärealistista ajattelua nykyisten lyhyiden hoitajaksojen aikana. Täten potilaan kipuongelma jää liian vähälle huomiolle. Kipu on potilaalle subjektiivinen tunne. Objektiiivisesti havainnoimalla kipua on vaikeaa tunnistaa. Usein sairaanhoitaja luokittelee potilaat heidän diagnoosiensa, toimenpiteidensä tai anestesia- ja lääkehoitonsa perusteella vähemmän kivuliaisiin ja kivuliaisiin potilaisiin. (Salanterä ym. 2006, 27.)

Tehtäväkeskeiseen toimintamalliin on havaittu liittyvän objektiivinen tunnistaminen. Tehtäväkeskeinen toimintamalli näyttäytyy potilaalle kiireisenä ja tällöin he eivät ehkä halua vaivata henkilökuntaa. Sairaanhoitajat taas olettavat potilaan kertovan kivusta ja pyytävän kipulääkettä. Kun potilasta ei ohjata arvioimaan kipuaan kipumittarilla, hän ei tiedä millaiseen kipuun pitää pyytää lääkettä. Omaan hoitoonsa osallistuminen vaatii potilaalta tarkempaa tietoa siitä, millaisesta kivusta pitää kertoa hoitohenkilökunnalle. (Salanterä ym. 2006, 27.)

Potilaan saamaan kivunhoitoon vaikuttavat paljon hoitajan kyky ohjata ja neuvoa potilasta sekä antaa psykososiaalista tukea potilaan tarpeiden mukaan. (Kauppila 2006, 26; Lehtomäki 2002, 18.) Kivunhoitotaidot ovat havainnointi- ja keskustelutaidot sekä kä-

dentaidot. Aikaisimmista tutkimuksista kivunhoidosta on tullut ilmi, että hoitajan oma arvio potilaan kivuliaisuudesta vaikutti enemmän kipulääkeannoksen suuruuteen kuin potilaan oma arvio. Muistettava on, että kun potilas itse pystyy kertomaan kivustaan, hänen oman arvion sijasta ei koskaan saa käyttää potilaan käyttäytymistä, vaikka henkilökunnan mielipide olisi erilainen ja fysiologiset arvot normaaleja. (Lehtomäki 2002, 18.)

Kivun tunnistamiseen liittyy seuraavia näkemyksiä. Potilas voi sanallisesti kertoa kivusta ja kivun sijainnista. Myös hoitajan intuitiolla ja näkemyksellä on suuri merkitys kivun tunnistamiseksi. Potilaan olemus, käyttäytyminen, ilmeet ja eleet ovat hyviä kivun tunnistamisen merkkejä. Kivulias potilas voi olla ahdistunut, hikoileva, levoton, äännelevä ja voihkiva. Kasvojen ilmeistä, kuten otsan rypistämisestä voi myös tunnistaa kivuliaan potilaan. Elimistön fysiologiset muutokset kertovat usein kivuliaisuudesta. Näitä muutoksia ovat muun muassa verenpaineen ja pulssin nousu sekä hengityksen lamaantuminen. Näiden lisäksi nukutetun potilaan kipu voi ilmetä kyynelillä. (Kalso ym. 2009, 172–179.)

Kivun tunnistamisessa on otettava huomioon potilaan taustat sekä arvioitava myös potilaan kipukynnys sekä asenne kipulääkkeisiin. Ihmiset suhtautuvat kipuun eri tavalla. Toiset salailevat ja vähättelevät kipua, kun taas toiset ovat erittäin kipuherkkiä. Kivun kokeminen ja sen ilmaiseminen ovat kulttuurisidonnaisia. (Kalso ym. 2009, 172–179.)

Potilaan läheiset ja omaiset ovat tärkeässä roolissa kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa. He pystyvät arvioimaan potilaan käyttäytymistä parhaiten ja osaavat kertoa aikaisemmista kipukokemuksista ja lääkkeiden käytöstä, joista hoitohenkilökunnalla ei ole tietoa. Tutkimusten mukaan monet hoitajat uskovat, että kiputilaan liittyy aina muutoksia vitaalielintoiminnoissa. Potilaiden, jotka eivät itse pysty kertomaan kivustaan, kuten tehopotilaat tai vastasyntyneet, kohdalla kivun tunnistaminen tulee perustua fysiologisiin muutoksiin, kuten sykkeen ja verenpaineen nousuun sekä pupillien laajenemiseen. Monet potilaat, jotka eivät pysty ilmaisemaan kipuaan, kommunikoivat otsan rypistämällä, kyynelillä, rauhattomuudella ja eri lihasten jännittämällä. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 19.)

2.2 Postoperatiivinen kipu

Postoperatiivinen kipu tarkoittaa leikkauksen jälkeistä kipua. Kivun kokeminen vaihtelee suuresti riippuen leikkauksen laajuudesta, tekniikasta, haavan sijainnista ja potilaan kipuherkkyydestä (Kalso ym. 2009, 222–223). Leikkaus-sana on määritetty niin, että se on kirurginen toimenpide, jossa esimerkiksi korjataan tapaturman aiheuttamia vaurioita kudoksessa tai poistetaan sairasta kudosta (Haarala 1992, 43). Potilas-sana tarkoittaa sairasta, varsinaisesti lääkärin hoidossa tai sairaalahoidossa olevaa (Haarala 1992, 514). Käsite elektiivinen tarkoittaa tässä yhteydessä valikoivaa, valinnaista, valittavissa olevaa, valinnaisaikaista tai ei päivystyksellistä (Koskenvuo & Vertio 1998).

Leikkauksen jälkeinen kipu, jonka leikkaushaava välittömästi aiheuttaa, on akuuttia kipua. Kudonvaurion laajuus, leikkaustyyppi ja kudosten käsittelytekniikka vaikuttavat kipujen ilmenemiseen. Limakalvot ja iho ovat tärkeimmät kipua aistivat elimet. Myös muut alueet, kuten hermot ja pleura ovat kipuherkkiä alueita. Koliikkimaista kipua aiheuttavat maksan, peritoneumin, vatsaontelon onttojen elinten sekä virtsateiden reagoiminen venytykseen. Kilpirauhasen, tyrän ja rinta rauhasen leikkauksenjälkeinen kipua on pinnallista haavakipua, koska leikkauksessa ei ole vahingoitettu syviä onteloita eikä laajoja lihaksia ja hermoalueita. Ortopediset toimenpiteet ovat kivuliaimpia, koska silloin on käsitelty suojaavia tukirakenteita sekä nivelpintoja. Ylämahaleikkausten haavakipu aiheuttaa hengitysvaikeutta, koska leikkauksessa on jouduttu avaamaan rintakehä. (Kalso ym. 2009, 278–289.)

Leikkauskivun kokeminen muodostuu kudonvaurion aiheuttamasta nosiseptoreiden stimulaatiosta ja tämän informaation välittymisestä keskushermostoon, jossa kivun kokemiseen vaikuttavat potilaan varhaisemmat muistikuvat ja kipukokemukset. Lopullisen kivun kokemukseen vaikuttavat vielä emotionaaliset tai affektiiviset tekijät, kuten ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys. Nämä selittävät osittain, miksi potilailla on niin suuria eroja kivun kokemisessa, vaikka kivun sensorinen aistiminen olisikin sama. Leikkausta edeltävän ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden on todettu lisäävän leikkauksen jälkeisen kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta. Persoonallisuuseroihin liittyvistä endogeenisten opioidi-tasojen vaihteluista. (Kalso ym. 2009, 278–289.)

Eri leikkausten aiheuttamat kivut vaihtelevat paljon määrällisesti, kestollisesti ja laadullisesti. Leikkausten jälkeisten kipujen voimakkuus ei yksiselitteisesti riipu toimenpiteen kohteena olevan kudoksen kipuherkkyydestä. Iho on tärkein kipua aistiva elin, joten siinä ja myös limakalvoilla, kipureseptorin tiheys on suurin. Iso- ja pikkuaivot (ei hypotalamus), verisuonet, keuhkot ja vatsaontelon elimet eivät ole herkkiä piston tai viillon aiheuttamalle kivulle. Viskeraalinen vatsakalvo, maksan kapseli, vatsaontelon ontot elimet sekä virtsatiet reagoivat venytykseen koliikkimaisella kivulla. (Kalso ym. 2009, 278–289.)

Leikkauksen jälkeinen kipu on akuuttia, nosiseptiivistä kipua. Sitä on raportoitu ilmenevän jopa 80 %:lla potilaista kipulääkityksestä huolimatta. Kivun ilmaantumiseen leikkauksen jälkeen vaikuttavat muun muassa leikkausalueen laajuus, haavan koko ja leikkaustekniikka. Näiden lisäksi anestesia- ja perioperatiivisella kivunhoidolla sekä potilaan yksilöllisillä tekijöillä, kuten kokemuksilla ja kipuherkkyydellä on merkitystä leikkauksen jälkeisen kivun esiintymiselle. Myös leikkausta edeltävä potilasohjaus ja hoitoympäristö vaikuttavat kivun kokemiseen. (Salanterä ym. 2006, 20.)

Voimakas postoperatiivinen kipu voi aiheuttaa erilaisia fysiologisia ja psyykkisiä muutoksia ihmisessä. Kipu lisää sympaattisen hermoston aktiiviteettia, joka lisää sydämen työmäärää ja hapenkulutusta. Verisuonten supistuminen heikentää kudosten hapensaantia ja siten hidastaa haavan paranemista ja leikkauksesta toipumista. Kipu voi aiheuttaa lihasjännitystä, joka voi johtaa lihasspasmeihin ja siten johtaa kivun lisääntymiseen. Kipukierteeseen joutumista voidaan ehkäistä pre- ja postoperatiivisella ohjauksella, jossa potilaita opetetaan aktiivisesti rentouttamaan lihaksiaan. Leikkauksen jälkeisellä kivulla voi olla haitallisia vaikutuksia mahalaukun tyhjenemiseen sekä aiheuttaa virtsaretentioita. Voimakkaat leikkauksen jälkeiset kivut voivat aiheuttaa sekä akuutteja psyykkisiä kriisejä, että pitkäkestoisia emotionaalisia muutoksia. Riittämätön kivun lievitys voi aiheuttaa potilaalle pelkoa ja ahdistusta tulevaisuudessa tapahtuvien leikkausten yhteydessä. (Kalso ym. 2009, 278–289.)

2.3 Kivun arviointi

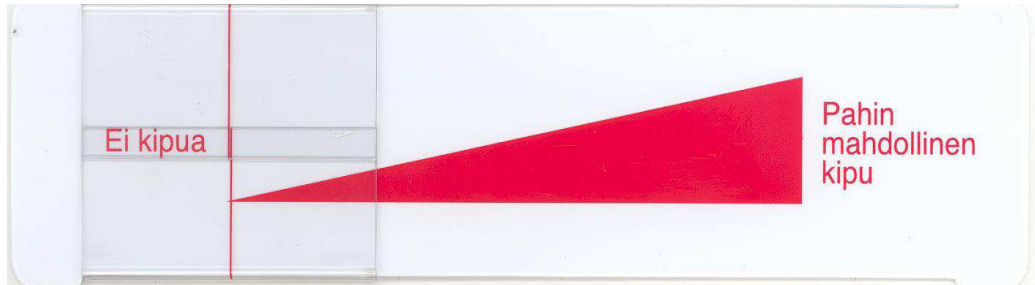
Kivun arvioinnissa on tärkeää, että käytetään jotain yhteisesti sovittua mittaria aina samalle potilaalle. Arvioinnin on oltava säännöllistä ja kipu tulee mitata aina enne kipulääkkeen antoa, että voidaan arvioida kivunhoidon onnistumista. Kipu tulee mitata sekä potilaan ollessa levossa että potilaan ollessa liikkeessä. Vaikka levossa ei ole kipua, sitä voi ilmaantua kävellessä tai yskiessä. (Kokki 2004, 31.) Ennen kipumittareiden käyttöönottoa on henkilökunnalle järjestettävä koulutusta. Tärkeää on myös opastaa potilasta kipumittarin käyttöön ennen ja jälkeen leikkauksen. (Lehtomäki 2002, 19.)

Arvioidessa kivun voimakkuutta käytetään erilaisia mittareita tai sanallisia asteikkoja. Nämä ovat yksiulotteisia kipumittareita, jotka kuvaavat kivun voimakkuutta. Kommunikointiin kykenemättömien potilaiden kivunhoidossa käytetään myös näitä mittareita. (Salanterä ym. 2006, 85–90.) Yleisimmät arviointimittarit ovat kipujana tai kipukiila (Visual Analogue Scale eli VAS), numeerinen kipumittari (Numerical Rating Scale eli NRS) ja sanallinen asteikko (Verbal Rating Scale eli VRS). Lisäksi kipua arvioidaan potilaan oman kuvauksen avulla sekä fysiologisilla kiputuntomerkeillä ja käyttäytymismuutoksilla. (Salanterä ym. 2006, 83; Kalso ym., 2009, 172–179.)

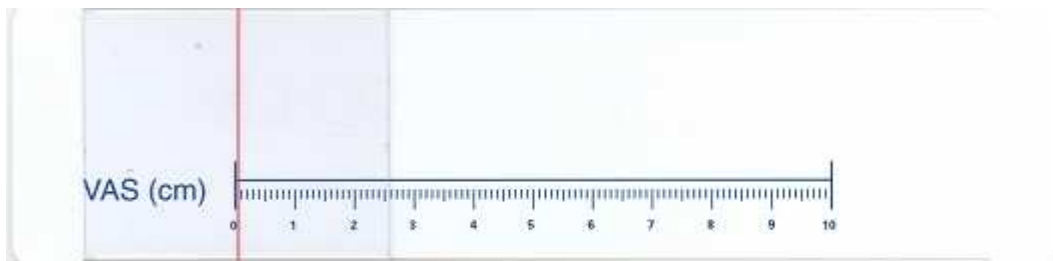
VAS-kipujana on yleisimmin käytetty asteikko kivun voimakkuuden mittaamiseen. VAS-mittari on 10 cm pitkä viivain, jossa on toisella puolella liukuva, vaaleasta tummaan liukuva jana. Toisella puolella on asteikko nollasta kymmeneen. Vaalein kohta eli nolla tarkoittaa ”ei yhtään kipua” ja tummin eli 10 tarkoittaa kovinta mahdollista kipua. Potilaan kipua mitataan säännöllisesti niin kauan, kunnes se on pysyvästi ilman erityishoitoja alle 3. Hyvin hoidetussa kivussa kipu ei saisi toistuvasti ylittää arvoa VAS 7. (Leskinen 2000, 12.) VAS-mittarin eräs huono puoli on se, että potilaan pitää itse olla kykenevä arvioimaan omaa kipuaan (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 19).

VAS-kipumittari on kymmenen senttimetriä pitkä jana. Sen vasen pää kuvaa kivuttomuutta ja oikea pää pahinta mahdollista tai sietämättömän voimakasta kipua. Kipujana on mitta-asteikko, josta voidaan nähdä kipu lukuna asteikoilla 0-10 (senttimetrit) tai 0-100 (millimetrit). Asteikkoa 0-10 käytetään usein kliinisessä työssä. Toisille kivun arvioiminen hahmottuu paremmin kipukiilan avulla. Potilaalle näytetään mittarin puolta,

jossa on punainen kiila. Hoitaja näkee samalla mittarin toiselta puolelta vastaavan numeraalisen arvon, joka määrittää kivun voimakkuuden. (Salanterä ym., 2006, 83–85; Kalso ym. 2009, 172–179.)



KUVIO 1. VAS-kipumittarin potilaalle näytettävä puoli



KUVIO 2. VAS-kipumittarin hoitajalle näkyvä puoli

Visuaalisten asteikkojen sijaan voidaan käyttää myös sanallisia asteikkoja. VRS-mittarilla (Verbal Rating Scale) kipua luokitellaan esimerkiksi asteikolla 0-4 kivuttomuudesta sietämättömän voimakkaaseen kipuun. VRS-asteikkoa eli sanallista asteikkoa käytettäessä potilas kuvailee kivun voimakkuutta sanallisesti. Kipua voidaan kuvata seuraavasti: ei lainkaan (0), lievää (1), kohtalaista (2), voimakasta (3) ja sietämätöntä (4) kipua. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 19.)

Näiden mittarien ohella on myös numeerinen, NRS-mittari (Numeric Rating Scale). Potilaalta voidaan kysyä kipua, niin että hän valitsee numeroista 0-10 sen, joka eniten kuvaa hänen kipuaan. Nolla tarkoittaa ”ei lainkaan kipua” ja kymmenen tarkoittaa ”sietämätöntä kipua”. NRS-kipumittari on yleensä asteikoltaan 0-10 tai 0-100. Asteikolla nolla tarkoittaa ei lainkaan kipua ja korkein numero pahinta mahdollista tai sietämättömän voimakasta kipua. (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 19.)

2.3.1 Aikaisemmat tutkimukset

Sairaanhoitajien osaamista postoperatiivisessa kivunhoitotyössä on tutkittu opinnäytetyössä. Tulokset osoittivat, että valtaosa sairaanhoitajista kokee, että heillä on riittävät tiedot. (Kuusisto & Lehtinen 2008.) Kivun arviointia on käsitelty myös toisessa opinnäytetyössä, jossa tutkittiin sairaanhoitajien kokemuksia leikkauksen jälkeisen kivunarviointimenetelmistä ja kipumittarin käyttöön liittyvistä tekijöistä. Tulosten mukaan sairaanhoitajat arvioivat kipua monipuolisin menetelmin: arvioiden ja seuraten fysiologista muutosta potilaan tilassa sekä käyttämällä arvioinnin apuna potilaan omaa ilmaisua, dokumentteja tai kollegoitaan. Hoitajat eivät yleisesti hyödyntäneet kipumittareita sydänleikkauspotilaan kivun arvioinnissa, eivätkä kokeneet niitä tarpeellisina. Kipumittareiden käytön ja ohjaaminen potilaille edistäisi kivun arviointia kipumittareiden avulla. (Mäkelä & Sjöblom 2008.)

Potilaan postoperatiivista kivunhoitoa heräämössä ja päiväkirurgisella osastolla on myös tutkittu. Tulokset osoittivat, että potilaat olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon. Potilaat saivat mielestään riittävästi tietoa postoperatiivisesta kivunhoidosta. He pitivät saamaansa tietoa selkeänä ja ymmärrettävänä. Kivun arvioinnissa kipumittareiden käyttö oli vähäistä. Kivun arviointi perustui enimmäkseen sanalliseen kivun arviointiin. (Kaakinen 2006.)

Tutkimuksessa aikuisen potilaan kivun arvioinnista ja kirjaamisesta päivystyspoliklinikalla huomattiin, että hoitotyöntekijät osasivat mielestään arvioida hyvin aikuisen potilaan kipua. Tärkeimpänä potilaan kivun arviointimenetelmänä vastaajat pitivät potilaan omaa arviota kivustaan ja sitä pidettiin luotettavana arviointina. Kuitenkin useampi vastaajista mainitsi potilaiden usein liioittelevan kipuaan tai arvioivan kipunsa korkeammaksi kuin hoitotyöntekijä. (Kulju 2008.)

2.4 Kivun kirjaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen(19/2001) potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamisten kannalta tärkeät tiedot. Potilasasiakirjasta tulee selvittää, miten hoitoa on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotain eri-

tyistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä on tehty. Merkinnöistä on myös selvittävä päätösten perusteet. (Salanterä ym. 2006, 102.)

Kokonaisvaltaisessa kivun arvioinnissa tulee saatu tieto kirjata potilasasiakirjoihin. Kirjaaminen on lähtökohtana hoidon suunnitelmalle, jatkuvuudelle, tiedonkululle ja hyvin kirjattu kivunhoito antaa selkeän kuvan potilaan kipuongelmasta sekä hoidon tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Potilasasiakirjoihin kirjataan potilaalta saatu informaatio, potilaan oma kuvaus kivusta, realistiset hoidon tavoitteet, hoitomenetelmät, työnjako, hoidon toteutus ja sen vaikutus potilaaseen, sivuvaikutukset sekä muut hoitoon vaikuttavat seikat. Myös epäonnistuneet yritykset hoitaa kipua kirjataan, jolloin estetään turhat hoitokokeilut. Huolellisella kirjaamisella on lisäksi tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle, potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvalla sekä hoidon laadun kehittämiseksi. (Salanterä ym. 2006, 102.)

Kivun kirjaaminen on tärkeä osa kivunhoitoa. Hyvin kirjattu kivun hoito antaa selkeän kuvan potilaan kipuun liittyvästä ongelmasta, hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Kivun kirjaaminen on myös osa kivun hoidon laadun varmistusta ja kehittämistä. Säännöllinen kirjaaminen takaa hoidon jatkuvuutta ja sillä on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvalla. Kirjaamisessa oleellista on, että kirjataan se mikä on kunkin potilaan kohdalla oleellista, eikä kirjata samoja asioita rutiininomaisesti kaikkien potilaiden kohdalla. Kivunhoidon kirjaamisessa hoidon tarpeen määrittäminen ja tulosten kirjaaminen mahdollistavat hoidon onnistumisen ja vaikuttavuuden arvioinnin. (Kalso ym. 2009, 172–179.)

Kivunhoidon päätöksenteossa käytetään kysymyksiä mitä, miten ja miksi. Mitä-kysymyksellä selvitetään potilaan lähtötilanne ja pyritään tunnistamaan kivunhoidon tarve. Leikkauksen jälkeisen kivun selvittämisessä on oleellista kirjata kivun voimakkuus, laatu sekä sijainti. Miten-kysymykseen vastataan tekemällä suunnitelma hoidon tavoitteista ja toteutuksesta. Lääkehoidon kohdalla kirjataan lääkkeen nimi, määrä, antotapa, ajankohta, sekä kuka lääkkeen antoi ja mihin kipuun lääke on annettu. Miksi-kysymykseen annetaan vastaus kirjaamalla hoidon vaikuttavuus sekä arvioimalla hoidon onnistumista. Tärkeää on myös hoidon onnistumisen lisäksi kirjata mahdolliset hoidon haittavaikutukset. (Salanterä ym. 2006, 102–105.)

2.4.1 Aikaisemmat tutkimukset

Ruotsissa 2002 tehty tutkimus postoperatiivisesta kivunhoidosta osoitti merkittäviä puutteita hoitajien postoperatiivisen kivun kirjaamisessa, joista hoitajat eivät itse olleet tietoisia. Tulokset osoittivat, että kivun arviointi pohjautui pääasiassa potilaan omaan arviointiin, mutta alle 10 prosenttia kivunhoitolomakkeista sisälsi muistiinpanoja systemaattisesta arvioinnista kivunarviointilaitteella. Kivun sijainti oli dokumentoitu 50 prosentissa tapauksista ja kivun luonne 12 prosentissa. Noin 73 prosenttia hoitajista raportoi, että dokumentaatio oli heidän mielestään yhtä nykyisten sääntöjen ja ohjeiden kanssa. (Idvall & Ehrenberg 2002, 734–742.)

Tutkimuksessa aikuisen potilaan kivun arvioinnista ja kirjaamisesta päivystyspoliklinikalla huomattiin, että 56,8 prosenttia hoitajista kirjasi potilaan kivusta potilaan kuvaamalla tavalla. Lisäksi tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat kirjasivat potilaan kivusta säännöllisesti hoitokaavakkeeseen 25 prosenttisesti aina ja 54,5 prosenttisesti joskus. Ennen kipulääkkeen antoa hoitajat kirjasivat potilaan kivun aina 72,7 prosenttisesti. 93,2 prosenttia hoitajista kirjasi aina potilaan kivusta kipulääkkeen annon jälkeen. Lisäksi hoitajat kirjasivat kipulääkkeiden ja hoitojen vaikutuksesta potilaan hoitokaavakkeeseen aina 45,5 prosenttisesti ja joskus 43,2 prosenttisesti. (Kulju 2008, 39–42.)

2.5 Kivunhoidon menetelmät

2.5.1 Potilaan itseannostelulaite (PCA - Patient Controlled Analgesia)

PCA-laitteesta potilas saa itse määräämään hetkenä nappia painamalla ennalta määrätyn kokoisen annoksen opioidia suonen sisäinen, PCA tuottaa paremman kivunlievityksen kuin perinteinen lihaksen sisäinen tai ihonalainen annostelu. PCA-laite ei sovelu potilailla on päihderiippuvuus. Yleensä yli 70-vuotaiden on vaikeampi oppia käyttämään PCA-laitetta leikkauksen jälkeen ja hoito keskeytyy nuorempia potilaita useammin, koska iäkkäiden potilaiden kognitiivinen suorituskyky vaihtelee suuresti. (Kalso ym. 2009. 287–290.)

2.5.2 Suun kautta ja lihakseen annettavat lääkkeet / kivunlievityksen käytettävät lääkkeet

Kipulääkkeitä on monenlaisia, eniten käytettyjä ovat tulehduskipulääkkeet eli NSAID ja parasetamoli. Tulehduskipulääkkeitä käytetään suurienosan leikkauksenjälkeiset ja vammoihin liittyvät kivut, lihasluustoperäiset kipu- ja tulehdustilat erityisesti reuma- ja artroosikivut, syövästä aiheuttavat kivut, migreeni, kuukautiskivut, sekä erät koliikit. Tulehduskipulääkkeet ovat erilaisessa muodossa kuten: peräpuikko, oraalisuspensio, poretabletti, injektio- ja infuusiomuoto, geeli. (Kalso & Vainio 2002, 127–133.)

Opioidit estävät kivun välittymistä aivoissa, selkäytimessä, ääreishermostossa. Suurin osaa syövästä aiheutuvista kivuista lievity opioideilla. Opioidit ovat tehokkaimpia akuutissa kiputiloissa kuten traumat, leikkauksen jälkeiset kivut, jossa kipu johtuu lähinnä kudosaivastusta ja tulehduksesta. Opioidit ovat tehokkaita akuutissa iskeemisessä kivussa kuten sydänlihaksen hapenpuutteen yhteydessä. Myös hermovaurioon kivut lievittyvät. Psykkinen riippuvuus on harvinaista potilailla, jotka käyttävät opioideja niille vastaavaan kipuun. Opioidit ovat erilaisessa muodossa kuten: tabletit/kapselit, laastarit, injektio- ja infuusiomuoto, peräpuikkoina tippoina. (Kalso & Vainio 2002, 137–139.)

Puudutuksia käytetään kiputilojen diagnostiikassa kuin hoidossakin. Puudutuksella pyritään katkaisemaan kiputilaan liittyvä mekanismia (kipu- lihasspasmi- vasokonstriktiolisää kipua). Noin puolella potilaista kivunlievitys kestää puudutteen vaikutusaikana. Yleisemmät muodot ovat geelit rasvat ja injektiot. Epiduraali-, laskimo-, sakraali- ja muut puudutukset vaativat erikoiskoulutusta, erikoistiloja avustavaa henkilökuntaa, jälkiseuranta ja elvytysvalmiutta. Koska puudutus voi aiheuttaa sydämen toimintahäiriöitä ja muita hengenvaarallisia komplikaatioita. (Kalso & Vainio 2002 165–167.)

Muita lääkkeitä, kuten depressio- ja epilepsialääkkeet, käytetään yleisesti kroonisissa kivuissa (Kalso & Vainio 2002, 151–155).

2.5.3 Ei-lääkkeelliset kivunhoidon menetelmät

Ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä on paljon erilaisia. Kivunhoidossa käytetään lämpöhoitoja, kylmähoitoja, erilaisia sähköärsytyshoitoja ja mekaanisia hoitoja, kuten hierontaa. Sen lisäksi käytetään erityisesti kroonisen kivun hoidossa hypnoosia, akupunktiohoitoa sekä rentoutumista ja mielikuvitusharjoituksia. (Kalso & Vainio 2002, 182–203.)

2.6 Kipuhoitaja

Kipusairaanhoitajalla on kivunhoidon asiantuntijuuden erityispätevyys. Kipusairaanhoitajan toimintaan kuuluu kipukartoituksen ja hoitosuunnitelman teko jonka pohjalta hän tekee lausunnon, joka auttaa hoitavaa lääkäriä kivun hoidon suunnittelussa. Kipusairaanhoitaja toteuttaa erilaisia kivunhoito menetelmiä, seuraa hoidon toteutumista ja vaikuttavuutta sekä toimii potilaan tukena. Jokaisella on oikeus hyvään kivunhoitoon! (Koski 2009.)

Kivunhoidossa on tärkeää tehdä kunnan kipukartoitus ja hoitosuunnitelma hyvän hoitotuloksen mahdollistamiseksi. Potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta ja kivun vaikutuksesta elämänlaatuun on ensiarvoisen tärkeää. Kivun hoidon suunnittelu ja toteutus on parhaimmillaan moniammatillista yhteistyötä, jossa lääkäri, kipuhuhoitaja, psykologi, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja mahdollisesti muitakin ammattiryhmiä osallistuu hoitotiimiin. Hyvä kivunhoito on peruspalvelua, joka on perusteltua sekä eettisesti, lääketieteellisesti, taloudellisesti ja juridisesti. Kivunhoitomenetelmiä on runsaasti ja hoito tulee räätälöidä kullekin henkilökohtaisesti. Suomessa kivunhoito perustuu pitkälti lääkkeiden käyttöön. Lääkkeiden lisäksi suositaan fysioterapiaa, kuntoutusta ja muita täydentäviä kivunhoito menetelmiä. (Koski 2009.)

APS-hoitaja (Acute Pain Service) toimii operatiivisen tulosyksikön moniammatillisessa kentässä leikkauksen jälkeisen kivunhoidon asiantuntijana ja kehittäjänä. Hän havainnoi, tulkitsee ja yhdistää kivunhoitoon liittyvää tietoa jatkuvasti. Pyrkii löytämään tulosellisia toimintavaihtoehtoja kirurgisessa toimintaympäristössä. Kipuhoitaja huomioi myös taloudellisuuden näkökohdan. Kipuhoitaja työ edellyttää hyviä vuorovaikutustai-

toja, sillä päivittäisiä kontakteja on runsaasti potilaiden sekä eri ammattihenkilöiden kanssa. APS-kipuhoitajan työ sisältää koulutusta, kivunhoidon kehittämistä, akuutin postoperatiivisen kivunhoidon konsultaatiota, yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa sekä oman ammattitaidon ylläpitoa ja kehittämistä. (Sairaanhoitopalvelu Leena i.a.)

Kivunhoidon kehittäminen sisältää hoitoprosessien luomista, kivunhoidon tulosten ja laadun seuranta. Laitteiston ja materiaalien evaluointi ja tuotekehittely tapahtuu yhteistyössä tuotespesialistien kanssa. Tulevaisuutta on myös kivunhoidon ohjeiden ja tarkkailulomakkeiden ja sähköisen tietojärjestelmän kehittäminen erilaisten työryhmien yhteistyönä. (Sairaanhoitopalvelu Leena i.a.)

2.6.1 Akuutti kivunhoitopalvelu (APS)

Yleensä APS-työryhmään kuuluu anestesiologian erikoislääkäri, joka toimii ryhmässä oman työnsä ohessa sekä yksi tai useampi kokopäiväistä kipuun perehtynyttä sairaanhoitajaa. APS- toimintaa toteutetaan HUS- sairaaloissa Meilahdessa, Töölössä, Jorvissa, Kirurgisessa sairaalassa ja Peijaksessa. (Onkinen, kipuhoitaja, henkilökohtainen tiedonanto 27.11.2009.)

Akuutti kipu ei aiheuta pysyviä muutoksia hermostoon. Akuutti kipu on varoittavaa kipua, joka kertoo elimistölle esimerkiksi kudolvauriosta. Akuutin kivun syy tiedetään, joten se on miellyttävämpää potilaalle, koska siihen voidaan löytää lievennyskeinoja asianmukaiselle hoidolle. Asianmukaisen hoidon aloittaminen ajallaan vähentää riskiä kivun kroonistumiselle. Jos kipu kroonistuu, se on jo sairaus eikä parane ajallaan. Hoitajien riittävä tieto kivusta ja kivunhoidosta mahdollistaa hyvän ja tehokkaan kivunhoidon sekä nopeuttaa potilaan toipumista ja ehkäisee kivun kroonistumista. (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007, 38.)

2.6.2 Aikaisemmat tutkimukset

Nykyisen sairaanhoitaja-pohjaisen ja anestesiologin valvoman APS-mallin kehittivät Rawal ja Berggren. Aikaisemmin APS-toiminta oli lääkärivetoista, joka ei ollut kustan-

nustehokasta. (Rawal & Berggren 1994, 117–123.) Nykyisestä APS-mallista ei löytynyt varsinaisesti suoraan aikaisempia tutkimuksia. Alla olevat tutkimukset kuitenkin osoittavat kipuhoitajan parantaneen selvästi kivunhoidon tuloksia.

Tutkimuksessa kipuhoitajan vaikutuksesta postoperatiiviseen kivunhoitoon havaittiin, että APS-kipuhoitajan suorittama potilaiden säännöllinen tarkkailu ja hoitohenkilökunnan kouluttaminen on vähentänyt huomattavasti epiduraalisen kivunhoidon sivuvaikutuksia ja parantanut PCA:n (Patient-controlled analgesia) tehokkuutta. (Coleman & Booker-Milburn 1996, 1093–1096.)

Mackintoshin ja Bowlesin 1997 suorittamassa tutkimuksessa hoitaja-johtoisen APS:n toiminnasta tutkittiin kipuhoitajan vaikutusta seuraaviin asioihin: ennen leikkausta saatu tieto, potilaiden kivun itsearviointi ja määrätyt kipua lievittävät lääkkeet.

Tulokset osoittivat, että kipuhoitajan toiminta on tuonut selvää vähennystä raportoidun kivun määrään ja kipulääkkeiden määräämisen toimintatapoihin. (Mackintosh & Bowles 1997, 25: 30–37.)

2.7 Kivunhoidon kehittämisen aikaisemmat tutkimukset

Teoksessa sairaanhoitajan kokemuksia postoperatiivisen kivun lääkehoidosta 2008 selvitettiin sairaanhoitajan kokemuksia postoperatiivisen kivun lääkehoidosta. Tuloksena oli, että hoitajat halusivat lisää koulutusta kivun anatomiasta ja fysiologiasta, sekä kipulääkkeistä. (Tirkkonen, Vepsäläinen, & Rissanen 2008.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuksen ympäristö

Tutkimuksen toteuttamiseen valitsimme viisi kirurgista osastoa HUS:in sairaaloista, joissa toteutetaan APS-toimintaa. Jokaisen osaston yhteyshenkilönä toimi kipuhoitaja, joten teimme yhteistyötä viiden kipuhoitajan kanssa. Osastot ovat keskittyneet preoperatiiviseen ja postoperatiiviseen hoitoon. Kaikkiin osastoihin potilaat tulevat sekä elektiivisesti että päivystyspotilaina. Tutkimuksessa vastaajien ikä pyydettiin kolmella tasolla: alle 30 vuotta, 30–40 vuotta ja yli 40 vuotta. Kysyimme myös työkokemusta, jossa vaihtoehdot olivat: alle 5 vuotta, 5–10 vuotta ja yli 10 vuotta. Tutkimuksissa kysyimme myös vastaajien sukupuolta. Vastaajista oli yksi mies ja muut naisia. Kaikilla viidellä osastolla oli tutkimuksen toteuttamisen aikana yhteensä 116 sairaanhoitajaa töissä. Näistä kyselyyn vastasi 78.

Kirurgisen sairaalan osastolla 1 on yhteensä 23 sairaanhoitajaa. Osastolla suoritetaan sappileikkauksia, tyräleikkauksia, peräaukon onkalohaava leikkauksia. Lisäksi siellä suoritetaan suolileikkauksia. Osastolla on lyhyet hoitoajat: suurin osa n. 80 prosenttia kotiutuu leikkausta seuraavana päivänä, suolileikkauspotilaat kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Töölön sairaalan osastolla 5 hoidetaan käsikirurgisia ja ortopedistä hoitoa tarvitsevia elektiivisiä ja traumatologisia potilaita. Päivystyspotilaita tulee osastolle vuorokaudenajasta riippumatta. Osastolla on töissä 18 sairaanhoitajaa. Osastolla on 25 hoitopaikkaa, joiden käyttö vaihtelee potilaiden erityistarpeiden mukaan. Hoitoajat vaihtelevat yhdestä päivästä pariin viikkoon ja potilasvaihtuvuus on suuri.

Jorvin sairaalan päiväkirurgisella osastolla on 36 sairaanhoitajaa töissä. Leikkaussaleja on päivittäin käytössä viisi. Sairaalassa suoritetaan monenlaisia mm. ortopedisiä, pehmytosa- ja verisuonikirurgisia, naisten tauteihin liittyviä sekä plastiikka- ja lastenkirurgisia leikkauksia. Hoitoajat vaihtelevat potilaan tilanteen mukaan, mutta pidempiaikais- ta hoitoa tarvitsevat potilaat siirretään toiselle osastolle.

Peijaksen sairaalan osastolla 4 on töissä 24 sairaanhoitajaa. Osastolla leikataan polven- ja lonkanteikonivelleikkauksia, sekä näiden uusintaleikkauksia. Keskimääräinen hoitoaika primaariproteeseilla 3 päivää ja uusintaleikkauksissa 4 päivää.

Meilahden sairaalan osasto 41 on 23-paikkainen gastroenterologisen kirurgian vuodeosasto, joka on keskittynyt suolistosairauksien kirurgiseen hoitoon. Osastolla on töissä 15 sairaanhoitajaa. Elektiivisten leikkausten määrä on 40 prosenttia. Tyypillisiä hoidettavia sairauksia ovat suolistosyövät ja tulehdukselliset suolistosairaudet. Keskimäärin hoitoaika osastolla on 7-10 vrk. Hoitotyössä korostuu potilaiden ohjaus ja neuvonta.

3.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmät

Opinnäytetyömme tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus poimii aineistosta erilaisia ilmiöiden välisiä yhteyksiä tai ryhmien välisiä eroja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on myös aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset ja teoriat. Keskeistä on myös käsitteiden määrittely, tutkimussuunnitelman tekeminen, mittarin esitestaaminen ja tutkittavien henkilöiden valinta. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 20–21.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä, että muuttujat muodostetaan taulukkoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 137; Leino-Kilpi 1997, 223–228.)

Toteutimme määrällisen tutkimuksen survey-menetelmällä, joka tarkoittaa etukäteen strukturoitua aineiston keruuta kyselylomakkeen avulla. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1999, 118.). Vastausvaihtoehdot olivat kyselylomakkeessa valmiina. Liitimme lomakkeeseen myös yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomake löytyy liitteestä 2. Laadimme kyselylomakkeen teoreettisen tiedon pohjalta. Esitetasimme kyselylomakkeen kipuhoitajien avulla, jotka olivat yhteyshenkilöitä kyseisiin sairaaloihin. He antoivat kommentteja kysymysten selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. Saadun palautteen pohjalta teimme korjauksia.

Kyselylomakkeen viimeinen kysymys oli avoin kysymys, jonka vastaukset analysoimme laadullisella menetelmällä. Käytimme sisällön analyysi -menetelmää, joka analysoi ihmisen tuotteen, oli se sitten piirrettyä, puhuttua tai kirjoitettua materiaalia. Kerättyä

tietoaineistoa tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan jaotella ryhmiin, ja tarkastella niiden välisiä suhteita. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–23.) Sisällön analyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–4, 10.)

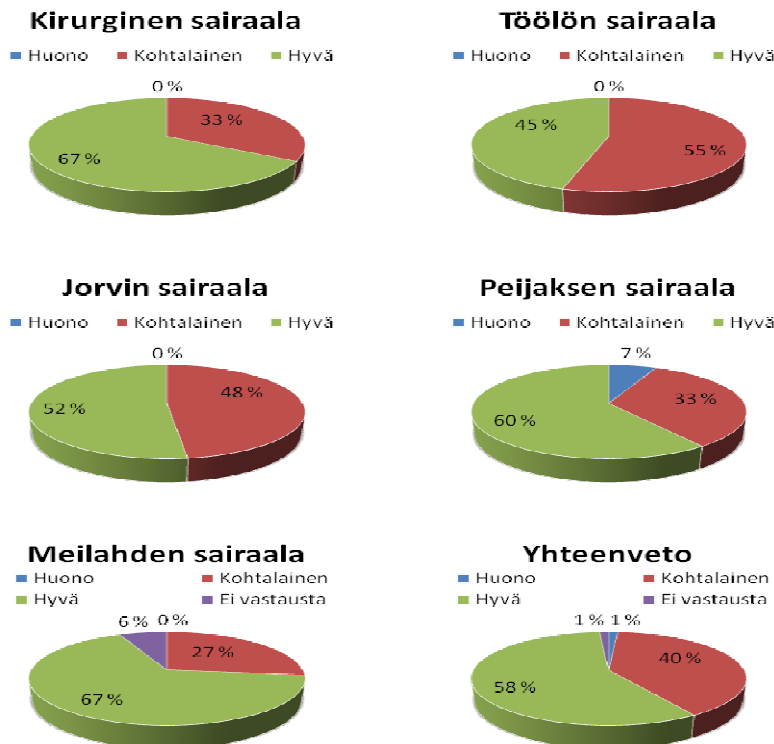
Päätimme käyttää tutkimuksessamme määrällistä menetelmää, koska halusimme saada monipuolista ja kattavaa tietoa kivun kirjaamisesta ja arvioinnista. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, kuinka paljon sairaanhoitajat tietävät kivunhoidosta, ja miten usein he käyttävät noita tietoja. Lisäksi otimme mukaan yhden avoimen kysymyksen, koska halusimme saada tarkennusta sairaanhoitajien mielipiteisiin. Sairanhoitajilla oli mahdollisuus antaa oman kokemuksen kautta ehdotuksia siitä, miten kivunhoitoa on mahdollista parantaa.

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA ARVIOINTI

Opinnäytetyön tulokset käsiteltiin Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla. Tulokset esitettiin prosenttiosuuksina ympyrätaulukoiden avulla, koska ne havainnollistavat mieles-
tämme selkeimmin prosenttiosuuksia.

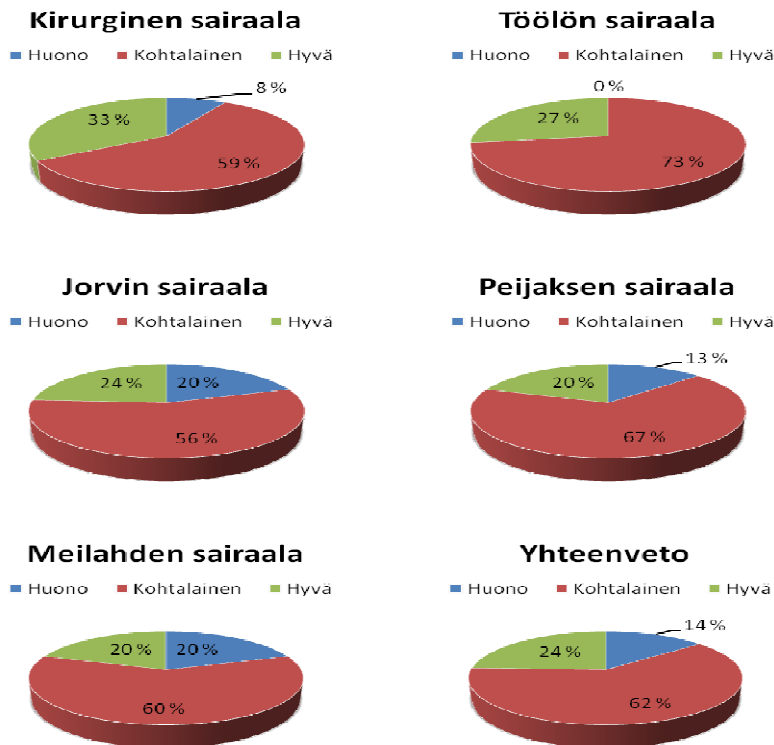
4.1 Kivun arviointi

Kysymykseen 1 ”Minkälainen on mielestäsi tietämyksesi kivunhoidosta?” vastattiin seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa 67 prosenttia vastaajista piti omaa tietämystään hyvänä ja 33 prosenttia kohtalaisena. Töölössä hyvän arvosanan itselleen antoi 45 ja kohtalaisen 55 prosenttia. Jorvissa vastaavat lukemat olivat 52 hyvä ja 48 kohtalainen. Peijaksessa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 60 prosenttia hyvä, 33 prosenttia kohtalainen, seitsemän prosenttia huono. Meilahdessa hyvän prosenttiosuus oli 67 ja kohtalaisen 27. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 58 prosenttia vastasi hyvä ja 40 prosenttia kohtalainen. Huonon ja vastaamatta jättäneiden osuus oli molempien yksi prosentti.



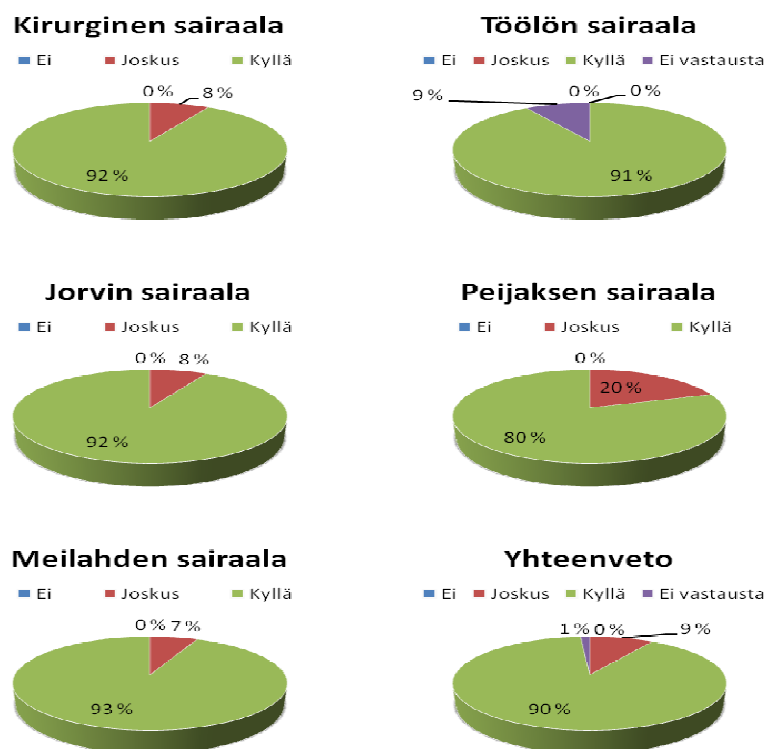
KUVIO 3. Kysymyksen 1 ”Minkälainen on mielestäsi tietämyksesi kivunhoidosta?” tulokset.

Kysymyksen 2 ”Minkälainen on mielestäsi tietämyksesi eri kiputyypeistä (kudosvaurio, hermovaurio, idiopaattinen)?” tulokset olivat seuraavanlaisia. Kirurgisessa sairaalassa hyvän arvosanan itselleen antoi 33, kohtalaisen 59 ja huonon kahdeksan prosenttia. Töölössä hyvän prosenttiosuus oli 27 ja kohtalaisen 73. Jorvissa 24 prosenttia vastaajista piti omaa tietämystään hyvänä, 56 kohtalaisena ja 20 prosenttia huonona. Peijaksessa 20 prosenttia vastasi hyvä ja 67 prosenttia kohtalainen. Huonon osuus oli 13 prosenttia. Meilahdessa vastaavat lukemat olivat 20 hyvä, 60 kohtalainen ja 20 huono. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista vastaukset jakautuivat seuraavasti: 24 prosenttia hyvä, 62 prosenttia kohtalainen, 14 prosenttia huono.



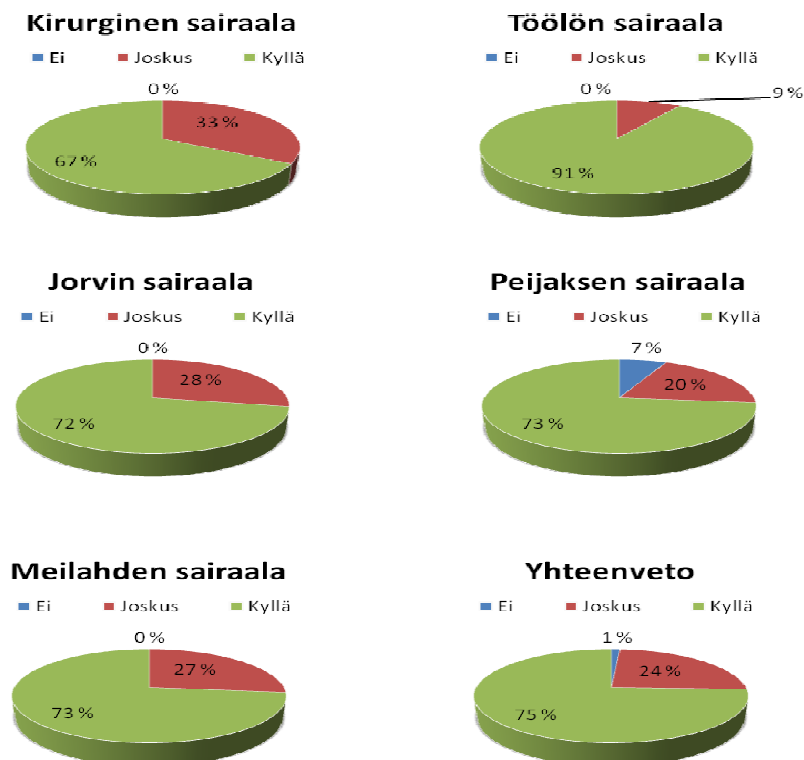
KUVIO 4. Kysymyksen 2 ”Minkälainen on mielestäsi tietämyksesi eri kiputyypeistä (kudosvaurio, hermovaurio, idiopaattinen)?” tulokset.

Kysymys 3 oli ”Onko kipu hyvin kontrollissa(hallittavissa) potilaan lähtiessä jatkohoitopaikkaan/kotiin?” Kirurgisessa sairaalassa 92 prosenttia vastasi kyllä ja 8 prosenttia joskus. Töölössä kyllä-vastauksen antoi 91 prosenttia ja loput yhdeksän prosenttia jätti vastaamatta kysymykseen. Jorvissa vastattiin seuraavasti: 92 prosenttia kyllä, kahdeksan prosenttia joskus. Peijaksessa vastaavat prosentit olivat 80 kyllä ja 20 joskus sekä Meilahdessa 93 kyllä ja seitsemän joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 90 prosenttia vastasi kyllä ja yhdeksän prosenttia joskus. Vastaamatta jättäneiden osuus oli yksi prosentti.



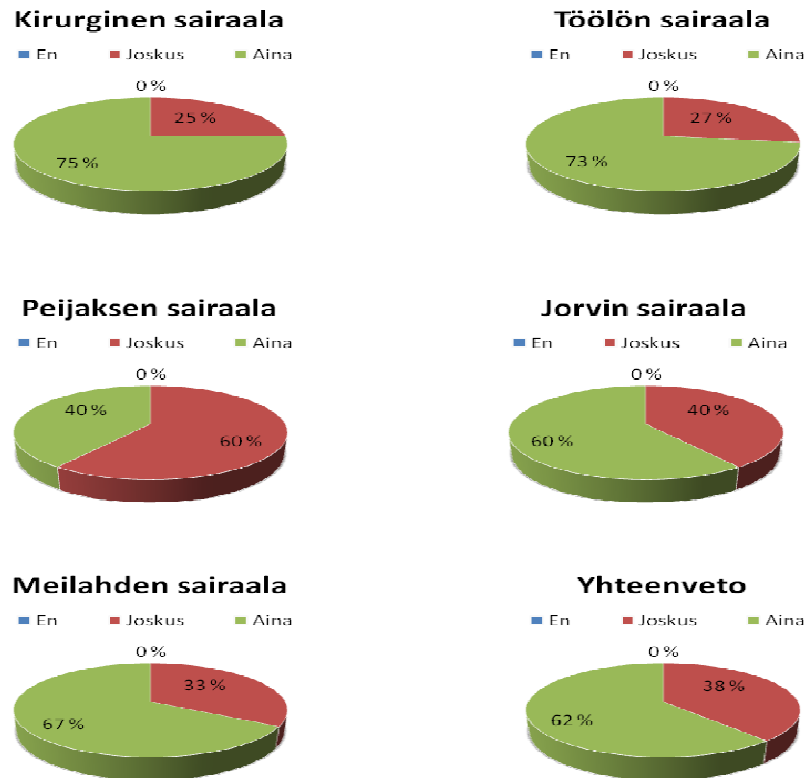
KUVIO 5. Kysymyksen 3 ”Onko kipu hyvin kontrollissa(hallittavissa) potilaan lähtiessä jatkohoitopaikkaan/kotiin?” tulokset.

Kysymykseen 4 ”Onko potilas mielestäsi oman kipunsa asiantuntija?” vastattiin seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa vastattiin seuraavasti: 67 prosenttia kyllä, 33 prosenttia joskus. Töölössä 91 prosenttia vastasi kyllä ja loput yhdeksän prosenttia joskus. Jorvissa vastaavat prosentit olivat 72 kyllä ja 28 joskus. Peijaksessa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 73 prosenttia kyllä, 20 prosenttia joskus ja seitsemän prosenttia ei. Meilahdessa kyllä-vastauksen antoi 73 prosenttia ja loput 27 prosenttia vastasi joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 75 prosenttia vastasi kyllä, 24 prosenttia joskus. Ei-vastauksen antaneiden osuus oli yksi prosentti.



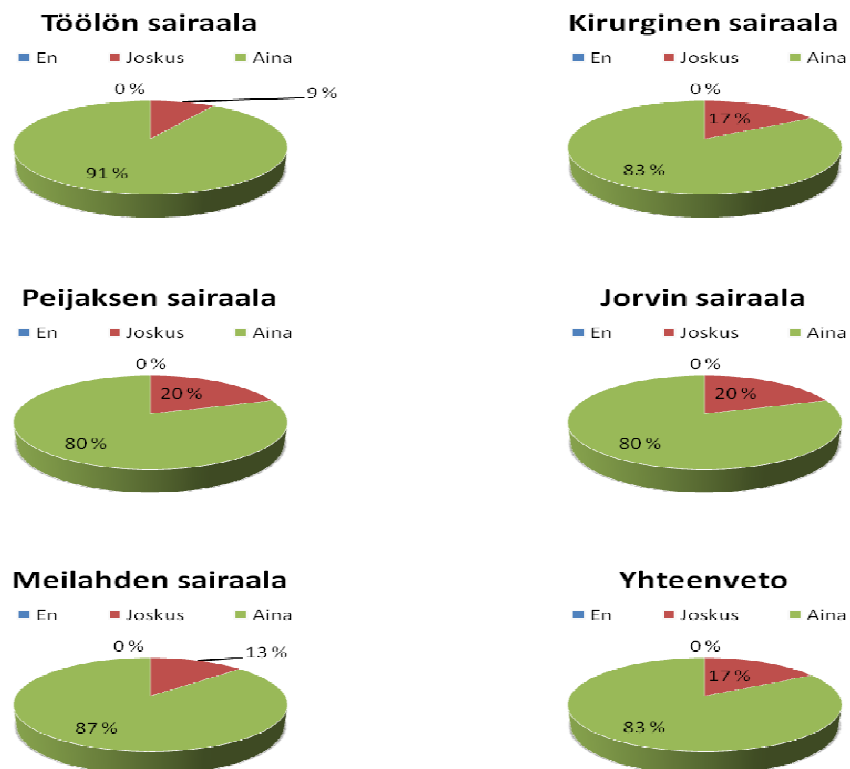
KUVIO 6. Kysymyksen 4 ”Onko potilas mielestäsi oman kipunsa asiantuntija?” tulokset.

Kysymyksen 5 ”Otatko huomioon potilaan entiset kipukokemukset?” tulokset olivat seuraavia. Kirurgisessa sairaalassa 75 prosenttia ottaa aina huomioon potilaan entiset kipukokemukset ja 25 prosenttia joskus. Töölössä vastaavat prosentit ovat 73 aina ja 27 joskus, Jorvissa 60 aina ja 40 joskus, Peijaksessa 40 aina ja 60 joskus sekä Meilahdessa 67 aina ja 33 joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 62 prosenttia vastasi aina ja 38 prosenttia joskus.



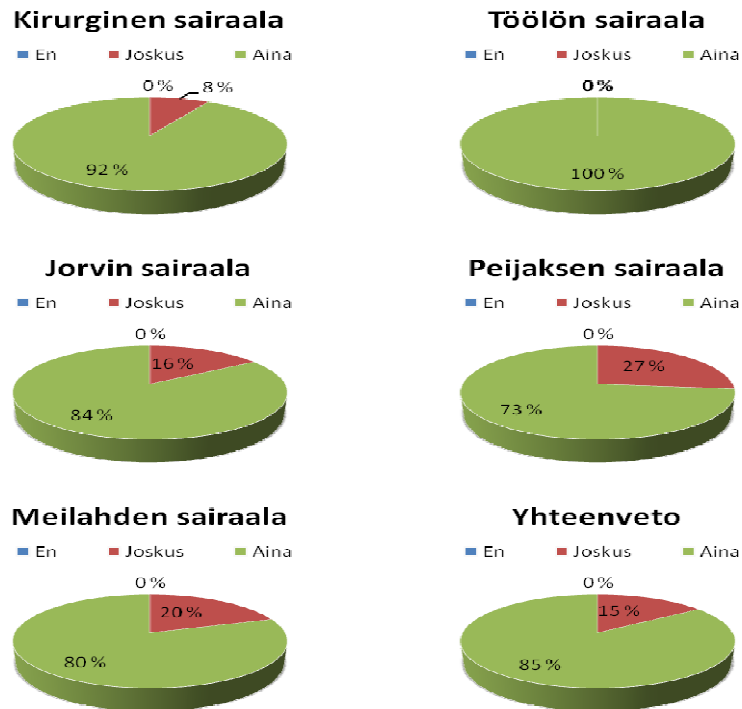
KUVIO 7. Kysymyksen 5 ”Otatko huomioon potilaan entiset kipukokemukset?” tulokset.

Kysymykseen 6 ”Otatko huomioon potilaan ahdistuksen?” annettiin seuraavanlaisia vastauksia. Kirurgisessa sairaalassa potilaan ahdistuksen ottaa aina huomioon 83 prosenttia vastaajista. 17 prosenttia vastaajista ottaa huomioon ahdistuksen joskus. Töölössä vastaavat prosentit ovat 91 aina ja 9 joskus, Jorvissa 80 aina ja 20 joskus, Peijaksessa 80 aina ja 20 joskus sekä Meilahdessa 87 aina ja 13 joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 83 prosenttia vastasi aina ja 17 prosenttia joskus.



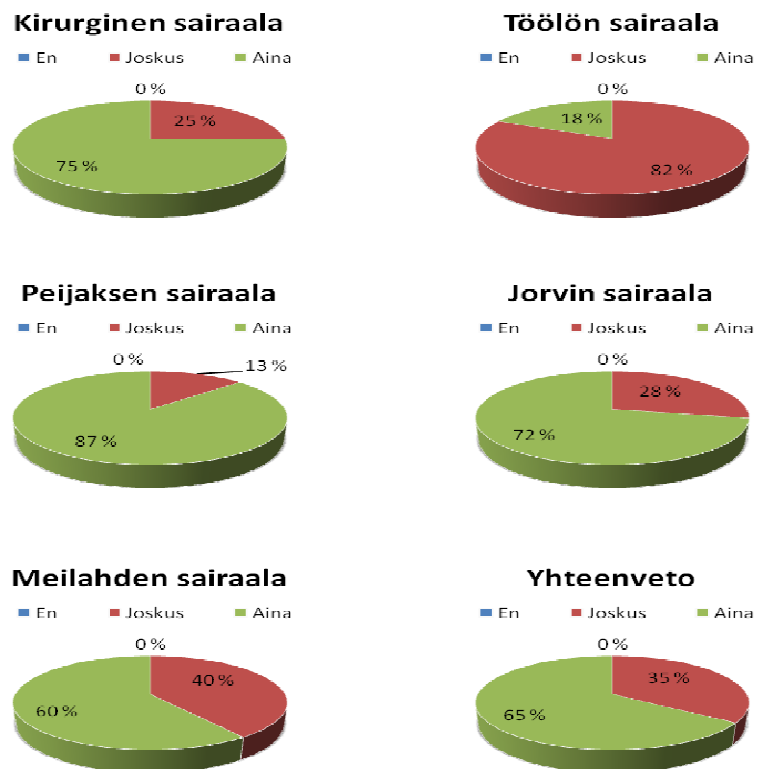
KUVIO 8. Kysymyksen 6 ”Otatko huomioon potilaan ahdistuksen?” tulokset.

Kysymys 7 ”Otatko huomioon potilaan pelot?” tuotti seuraavat vastaukset. Kirurgisessa sairaalassa 92 prosenttia ottaa aina huomioon potilaan pelot ja kahdeksan prosenttia joskus. Töölössä 100 prosenttia vastaajista ottaa aina huomioon potilaan pelot. Jorvissa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 80 prosenttia aina ja 20 prosenttia joskus. Peijaksessa vastaavat prosentit olivat 80 aina ja 20 joskus sekä Meilahdessa 87 aina ja 13 joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 83 prosenttia vastasi aina ja 17 prosenttia joskus.



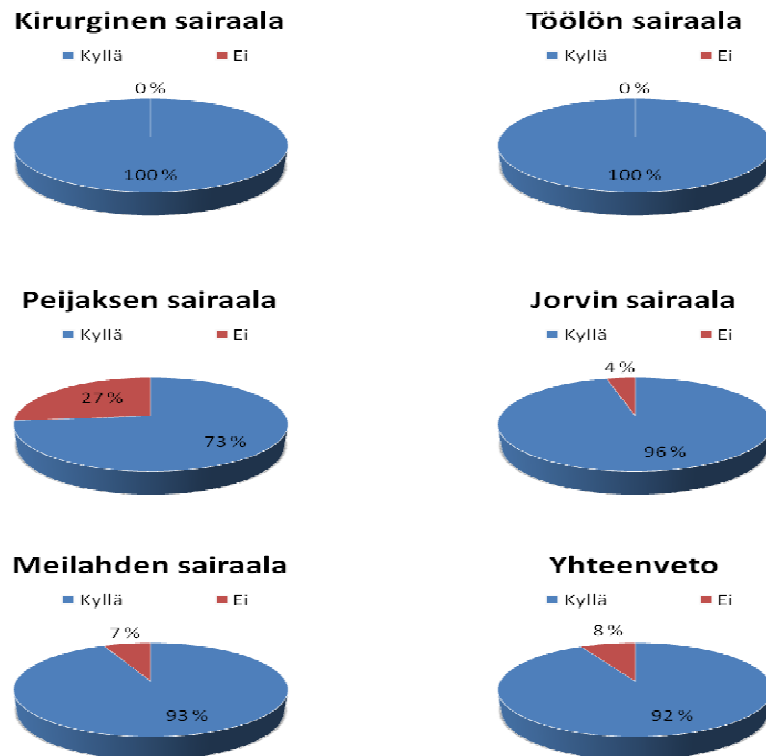
KUVIO 9. Kysymyksen 7 ”Otatko huomioon potilaan pelot?” tulokset.

Kysymyksen 8 ”Käytätkö VAS/NRS/VRS-asteikkoa arvioidessasi kipua?” vastaukset on esitetty alla. Kirurgisessa sairaalassa VAS/NRS/VRS-asteikkoa käyttää aina 75 prosenttia vastaajista, kun taas 25 prosenttia käyttää asteikkoa joskus. Töölössä VAS/NRS/VRS-asteikkoa käyttää aina vain 18 prosenttia käyttäjä. Loput 82 prosenttia vastaajista käyttävät sitä joskus. Jorvissa vastattiin seuraavasti: 72 prosenttia aina, 28 joskus. Peijaksessa vastaavat prosentit ovat 87 aina ja 13 joskus sekä Meilahdessa 60 aina ja 40 joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 65 prosenttia käyttää aina VAS/NRS/VRS-asteikkoa ja 35 prosenttia joskus arvioidessaan kipua.



KUVIO 10. Kysymyksen 8 ”Käytätkö VAS/NRS/VRS-asteikkoa arvioidessasi kipua?” tulokset.

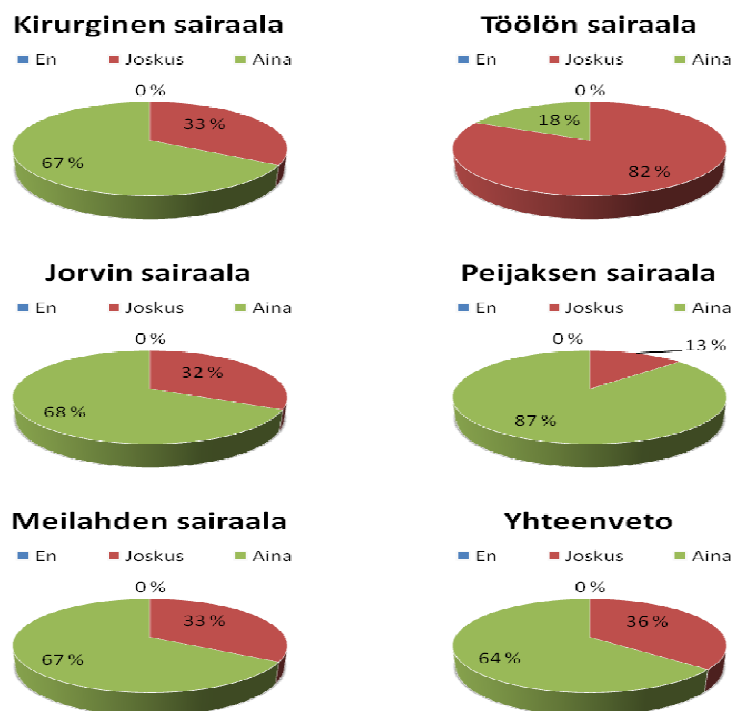
Kysymyksessä 9 kysyttiin seuraavaa: ”Onko kipumittareiden käyttö helppoa?” Vastaukset jakautuivat seuraavasti. Kirurgisessa ja Töölön sairaaloissa 100 prosenttia vastanneet pitivät kipumittareiden käyttöä helppona. Jorvissa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 96 prosenttia kyllä, neljä prosenttia ei. Peijaksessa vastaavat prosentit olivat 73 kyllä ja 27 ei sekä Meilahdessa 93 kyllä ja 7 ei. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 92 prosenttia vastasi kyllä ja kahdeksan prosenttia ei.



KUVIO 11. Kysymyksen 9 ”Onko kipumittareiden käyttö helppoa?” tulokset.

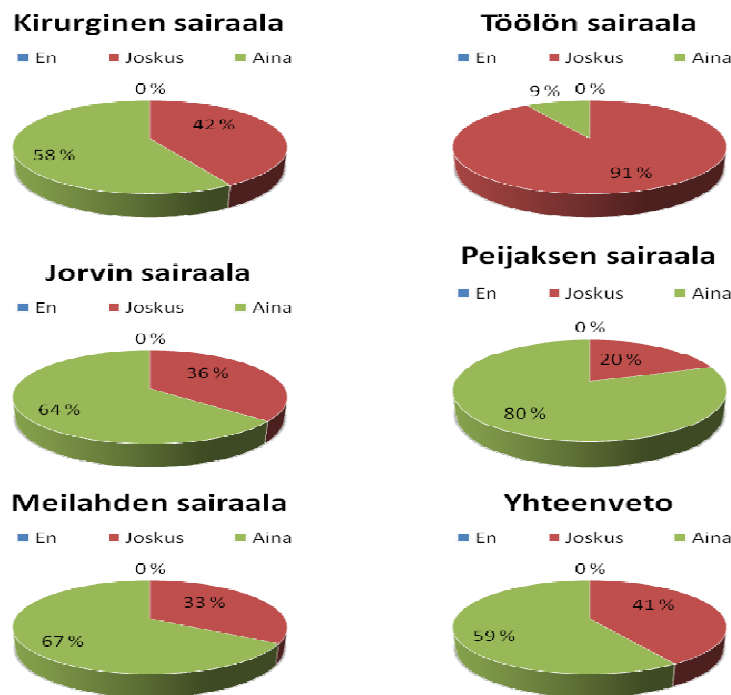
4.2 Kivun kirjaaminen

Kysymykseen 10 ”Kirjaatko kivun määrän potilaspapereihin?” vastattiin seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa 67 prosenttia kirjaa aina kivun määrän potilaspapereihin ja 33 prosenttia joskus. Töölössä tilanne on päinvastainen: vain 18 prosenttia kirjaa aina ja 82 prosenttia joskus. Jorvissa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 68 prosenttia aina ja 32 prosenttia joskus. Jorvissa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 68 prosenttia aina ja 32 prosenttia joskus. Peijaksessa vastaavat prosentit olivat 87 aina ja 13 joskus sekä Meilahdessa 67 aina ja 33 joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 64 prosenttia vastasi aina ja 36 prosenttia joskus.



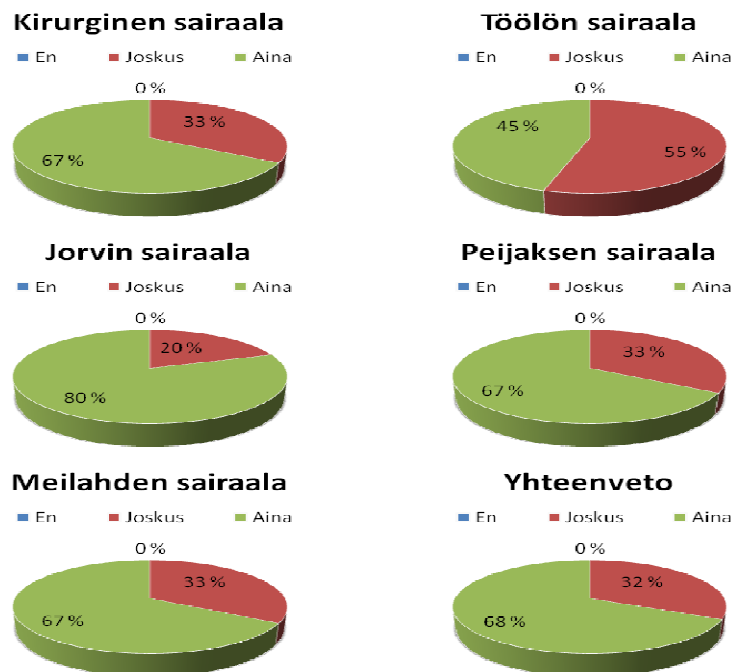
KUVIO 12. Kysymyksen 10 ”Kirjaatko kivun määrän potilaspapereihin?” tulokset.

Kysymykseen 11 ”Kirjaatko potilaan oman arvion kivusta?” annettiin vastauksia seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa potilaan oman arvion kivusta kirjaa aina 58 prosenttia vastaajista, kun taas 42 prosenttia kirjaa joskus. Töölössä potilaan oma arvio kivusta tulee kirjatuksi aina 9 prosentissa tapauksista ja 91 prosentissa joskus. Jorvissa vastattiin seuraavasti: 62 prosenttia aina, 36 joskus. Peijaksessa vastaavat prosentit olivat 80 aina ja 20 joskus sekä Meilahdessa 67 aina ja 33 joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 59 prosenttia kirjaa aina potilaan oman arvion kivusta ja 41 prosenttia joskus.



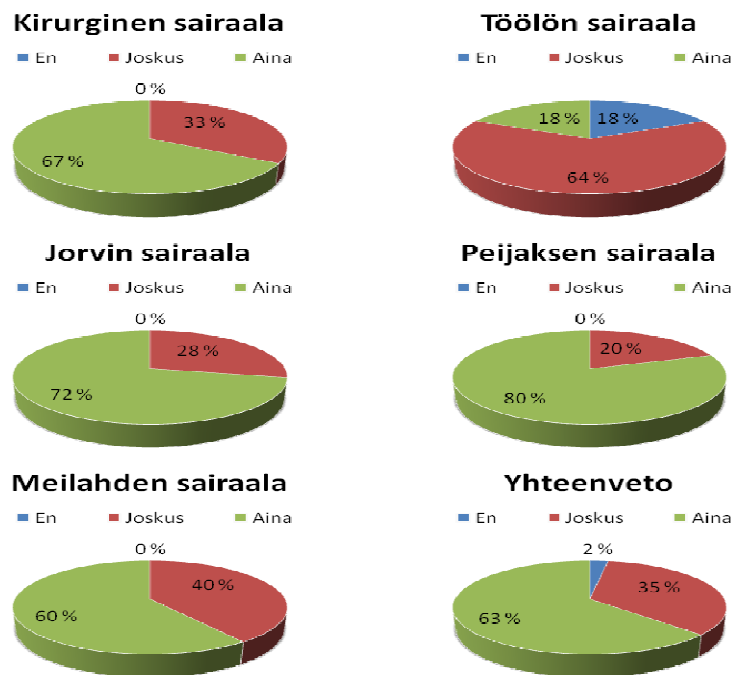
KUVIO 13. Kysymyksen 11 ”Kirjaatko potilaan oman arvion kivusta?” tulokset.

Kysymyksen 12 ”Kirjaatko epäonnistuneet hoitoyritykset?” tulokset ovat seuraavat: Epäonnistuneita hoitoyrityksiä kirjataan 67 prosenttisesti aina ja 33 prosenttisesti joskus Kirurgisessa sairaalassa. Töölössä 45 prosenttia vastaajista kirjaa aina ja 55 prosenttia joskus. Jorvissa vastaavat prosentit ovat 80 aina ja 20 joskus. Peijaksessa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 67 prosenttia aina ja 33 prosenttia joskus. Meilahdessa epäonnistuneet hoitoyritykset tulevat kirjatuksi aina 67 prosentilla ja joskus 33 prosentilla vastaajista. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 68 prosenttia vastasi aina ja 32 prosenttia joskus.



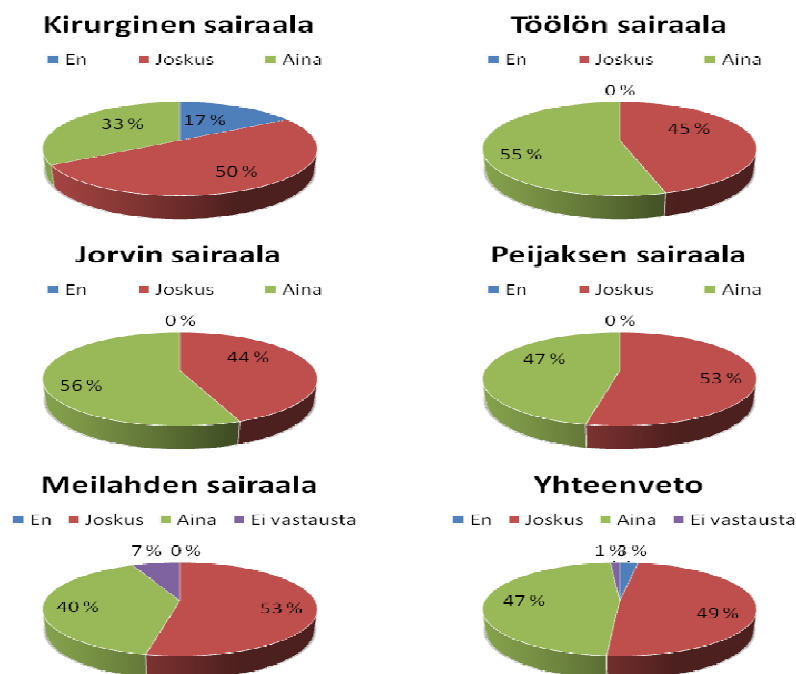
KUVIO 14. Kysymyksen 12 ”Kirjaatko epäonnistuneet hoitoyritykset?” tulokset.

Kysymykseen 13 ”Kirjaatko säännöllisesti kivun arvioinnin?” vastattiin seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa 67 prosenttia kirjaa säännöllisesti aina kivun arvioinnin ja 33 prosenttia joskus. Töölössä prosenttiosuudet ovat seuraavia: aina 18, joskus 64 ja en 18. Jorvissa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 72 prosenttia aina ja 28 prosenttia joskus. Peijaksessa vastaavat prosentit olivat 80 aina ja 20 joskus sekä Meilahdessa 60 aina ja 40 joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 63 prosenttia vastasi aina, 35 prosenttia joskus sekä kaksi prosenttia en.



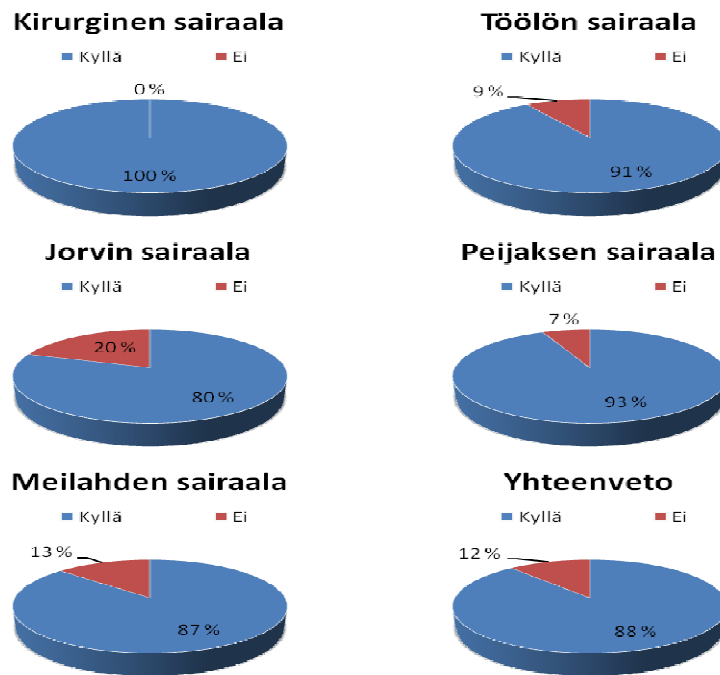
KUVIO 15. Kysymyksen 13 ”Kirjaatko säännöllisesti kivun arvioinnin?” tulokset.

Kysymyksen 14 ”Kirjaatko ei-lääkkeellisiä kivun lievityksiä?” tulokset ovat seuraavat. Kirurgisessa sairaalassa ei-lääkkeelliset kivun lievitykset kirjaa aina 33 prosenttia vastaajista, kun taas 50 prosenttia kirjaa ne joskus ja 17 prosenttia ei ollenkaan. Töölössä ei-lääkkeelliset kivun lievitykset tulevat kirjatuksi aina 55 prosentissa tapauksista ja 45 prosentissa joskus. Jorvissa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 56 prosenttia aina, 44 joskus. Peijaksessa vastaavat prosentit olivat 47 aina ja 53 joskus. Meilahdessa 40 prosenttia vastaajista kirjaa ei-lääkkeelliset kivun lievitykset aina ja 53 joskus. Vastaamatta jätti seitsemän prosenttia. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 47 prosenttia kirjaa aina ei-lääkkeelliset kivun lievitykset ja 49 prosenttia joskus. Kolme prosenttia ei kirjaa ollenkaan ja yksi prosentti jätti vastaamatta kysymyksen.



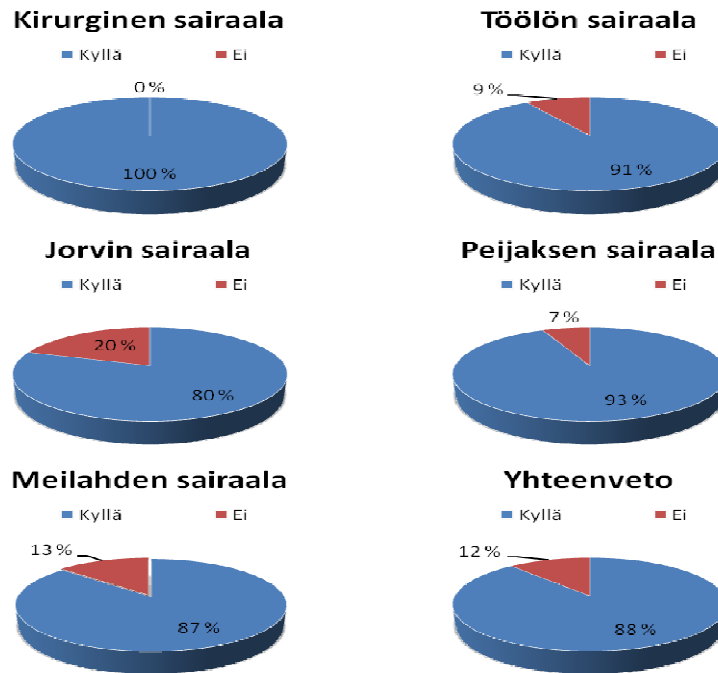
KUVIO 16. Kysymyksen 14 ”Kirjaatko ei-lääkkeellisiä kivun lievityksiä?” tulokset.

Kysymys 15a ”Kirjaatko lääkehoidon osalta: Mitä lääkkeitä on käytetty?” tuotti seuraavat tulokset. Kirurgisessa sairaalassa 100 prosenttia vastaajista kirjaavat lääkehoidon osalta, mitä lääkkeitä on käytetty. Töölössä 91 prosenttia kirjaa ja 9 prosenttia ei. Jorvis- sa vastaavat lukemat ovat 80 kyllä ja 20 ei, Peijaksessa 93 kyllä ja 7 ei sekä Meilahdes- sa 87 kyllä ja 13 ei. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 88 prosenttia kirjaa lääke- hoidon osalta, mitä lääkkeitä on käytetty, ja 12 prosenttia ei.



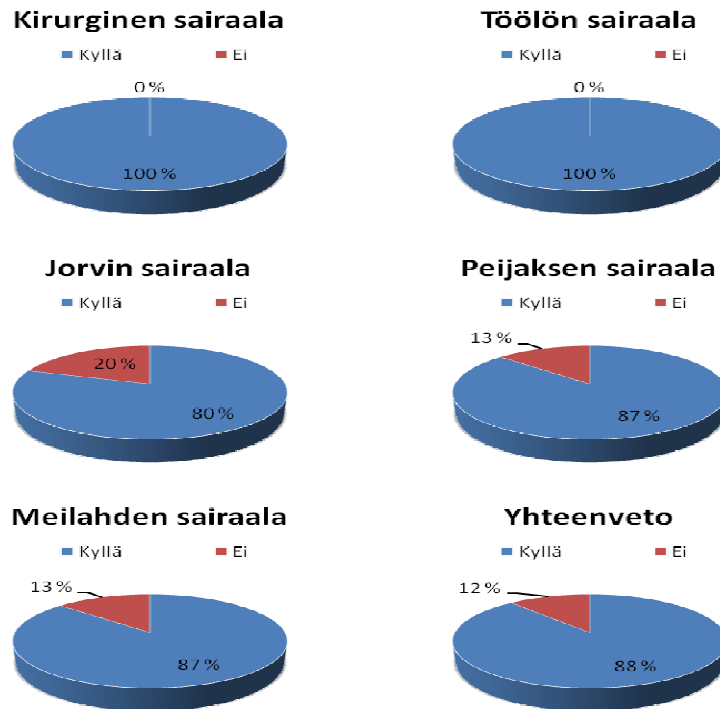
KUVIO 17. Kysymyksen 15a ”Kirjaatko lääkehoidon osalta: Mitä lääkkeitä on käytetty?” tulokset.

Kysymyksen 15b ”Kirjaatko lääkehoidon osalta: Kuinka paljon lääkkeitä on käytetty?” vastausjakaumat on esitetty seuraavassa. Kirurgisessa sairaalassa kaikki vastanneet kirjaavat lääkehoidon osalta, kuinka paljon lääkkeitä on käytetty. Töölössä vastaukset jakautuivat seuraavasti: 91 prosenttia kyllä, yhdeksän prosenttia ei. Peijaksessa vastaavat prosentit olivat 93 kyllä ja 7 ei sekä Meilahdessa 87 kyllä ja 13 ei. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 88 prosenttia vastasi kyllä ja 12 prosenttia ei.



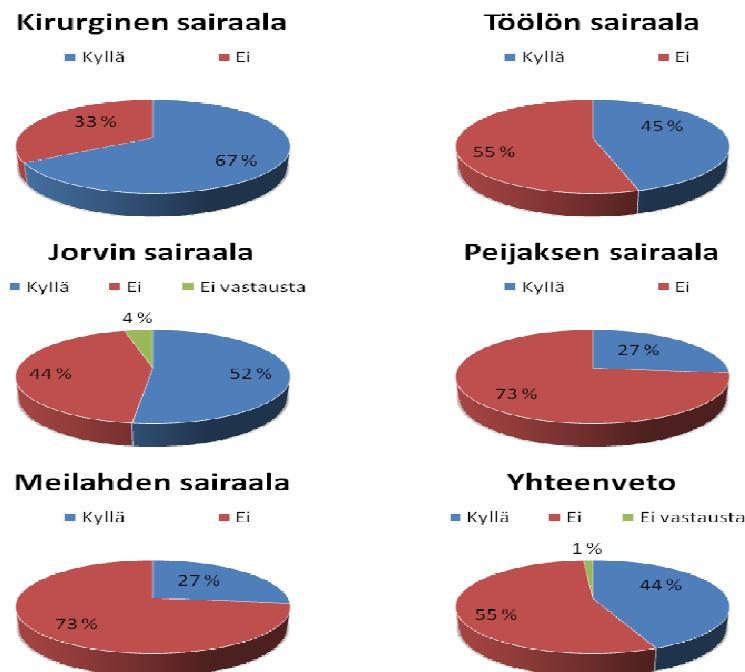
KUVIO 18. Kysymyksen 15b ”Kirjaatko lääkehoidon osalta: Kuinka paljon lääkkeitä on käytetty?” tulokset.

Kysymyksen 15c ”Kirjaatko lääkehoidon osalta: Lääkkeen vaikutukset?” tulokset olivat seuraavanlaisia. Kirurgisessa ja Töölön sairaaloissa 100 prosenttia vastanneet kirjaavat lääkehoidon osalta lääkkeen vaikutukset. Jorvissa 80 prosenttia vastasi kyllä ja 20 prosenttia ei. Peijaksessa ja Meilahdessa molemmissa lääkehoidon osalta lääkkeen vaikutukset kirjaa 87 prosenttia vastaajista ja 13 prosenttia ei. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista vastaukset jakautuivat seuraavasti: 88 prosenttia kyllä, 12 prosenttia ei.



KUVIO 19. Kysymyksen 15c ”Kirjaatko lääkehoidon osalta: Lääkkeen vaikutukset?” tulokset.

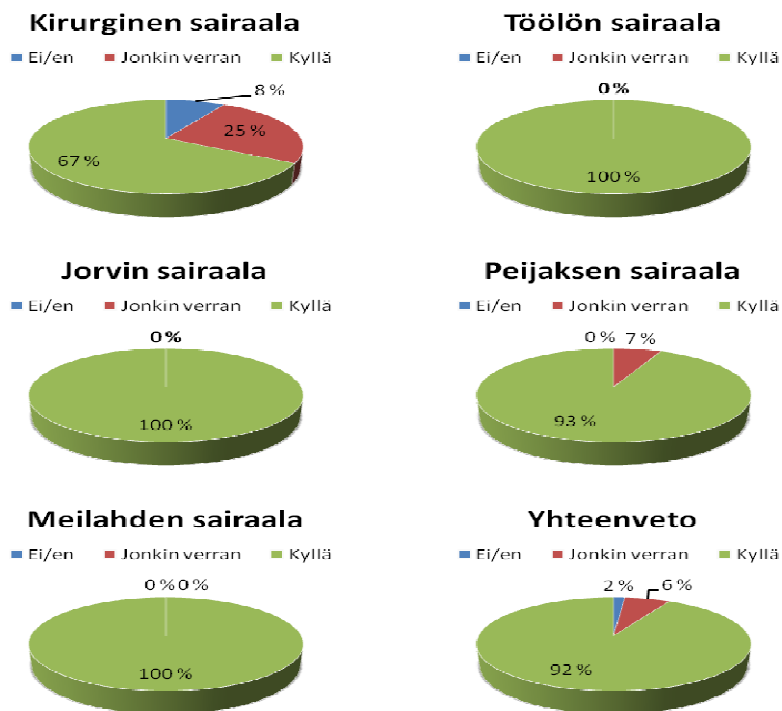
Kysymykseen 15d ”Kirjaatko lääkehoidon osalta: Lääkkeen kivunlievityksen kesto?” vastattiin seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa 67 prosenttia vastaajista kirjaa lääkehoidon osalta lääkkeen kivunlievityksen keston ja 33 prosenttia ei. Töölössä vastaavat prosentit ovat 45 kyllä ja 55 ei. Jorvissa vastattiin seuraavasti: kyllä 52 prosenttia, ei 44 prosenttia, ei vastausta 4 prosenttia. Peijaksessa 27 prosenttia vastaajista ilmoitti, että kirjaa lääkehoidon osalta lääkkeen kivunlievityksen keston ja 73 prosenttia ei. Meilahden tulos oli sama kuin Peijaksessa. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 44 prosenttia vastasi kyllä, 55 ei, ja yksi prosentti jätti vastaamatta.



KUVIO 20. Kysymyksen 15d ”Kirjaatko lääkehoidon osalta: Lääkkeen kivunlievityksen kesto?” tulokset.

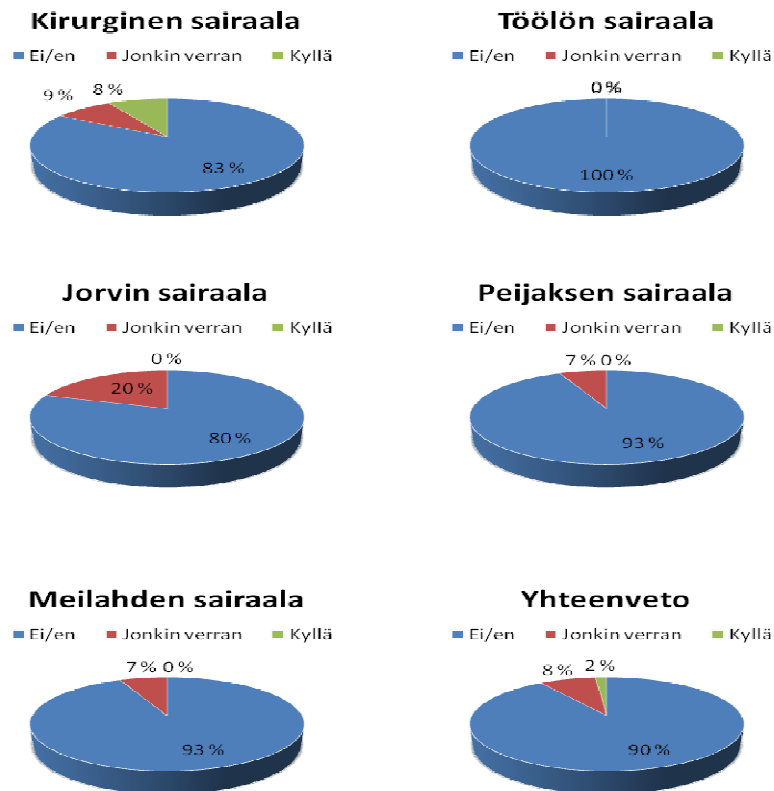
4.3 Kipuhoitajan rooli

Kysymyksen 16 ”Koetko kipuhoitajan roolin auttavaksi?” tulokset olivat seuraavat. Kirurgisessa sairaalassa kipuhoitajan roolin koki auttavaksi 67 prosenttia vastanneista, kun taas 25 prosenttia piti kipuhoitajan roolia jonkin verran auttavana. Kahdeksan prosenttia koki, että kipuhoitajan rooli ei ole auttava. Töölössä, Jorvissa ja Meilahdessa 100 prosenttia vastanneet pitivät kipuhoitajan roolia auttavana. Jorvissa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 93 prosenttia kyllä, seitsemän prosenttia joskus. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 92 prosenttia koki kipuhoitajan roolin auttavaksi, kuusi prosenttia jonkin verran auttavaksi ja kaksi prosenttia ei pitänyt roolia auttavana.



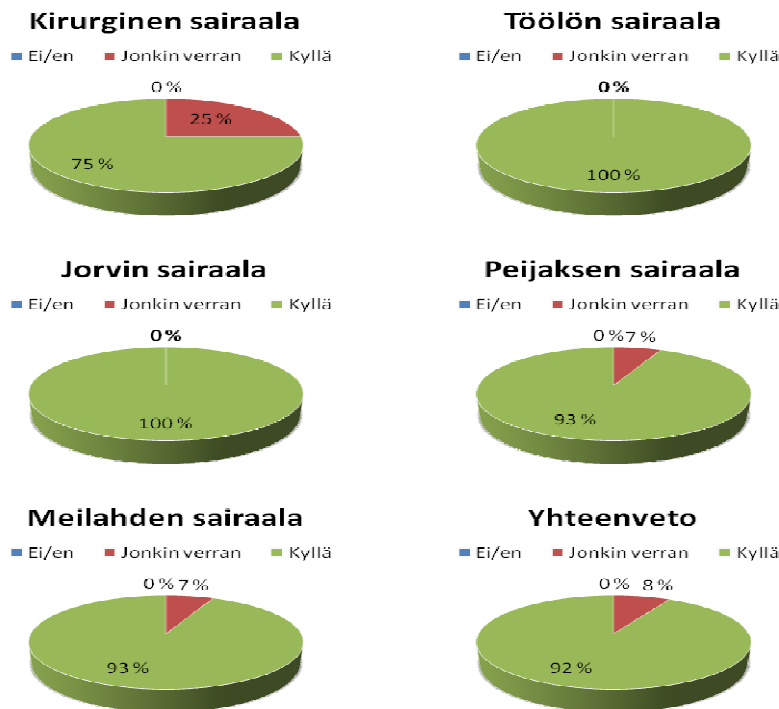
KUVIO 21. Kysymyksen 16 ”Koetko kipuhoitajan roolin auttavaksi?” tulokset.

Kysymykseen 17 ”Koetko kipuhoitajan roolin liian kontrolloivaksi?” vastattiin seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 83 prosenttia ei, yhdeksän prosenttia jonkin verran ja kahdeksan prosenttia kyllä. Töölössä 100 prosenttia vastanneista ei pitänyt roolia liian kontrolloivana. Jorvissa 80 prosenttia oli sitä mieltä, että rooli ei ole liian kontrolloiva ja 20 prosenttia piti roolia jonkin verran liian kontrolloivana. Sekä Peijaksessa että Meilahdessa prosenttiosuudet olivat seuraavat: 93 ei, seitsemän jonkin verran. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 90 prosenttia ei pitänyt kipuhoitajan roolia liian kontrolloivana. Kahdeksan prosentin mielestä rooli on jonkin verran liian kontrolloiva ja kahden prosentin liian kontrolloiva.



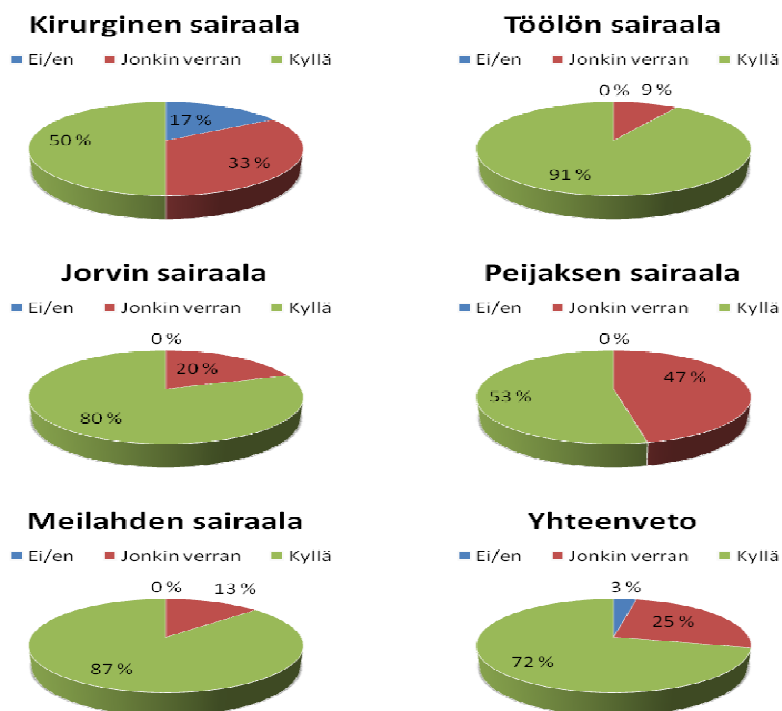
KUVIO 22. Kysymyksen 17 ”Koetko kipuhoitajan roolin liian kontrolloivaksi?” tulokset.

Kysymyksen 18 ”Saatko apua kipuhoitajalta kivunhoidon ongelmatilanteissa?” tulokset olivat seuraavanlaisia. Kirurgisessa sairaalassa 75 prosenttia vastanneista saa apua kipuhoitajalta kivunhoidon ongelmatilanteissa. 25 prosenttia vastanneista saa apua jonkin verran. Töölössä ja Jorvissa 100 prosenttia vastasivat kyllä. Sekä Peijaksessa ja Meilahdessa prosenttiosuudet olivat seuraavat: 93 kyllä, seitsemän jonkin verran. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 92 prosenttia vastanneista saa apua kipuhoitajalta kivunhoidon ongelmatilanteissa. Kahdeksan prosenttia vastaajista saa apua jonkin verran.



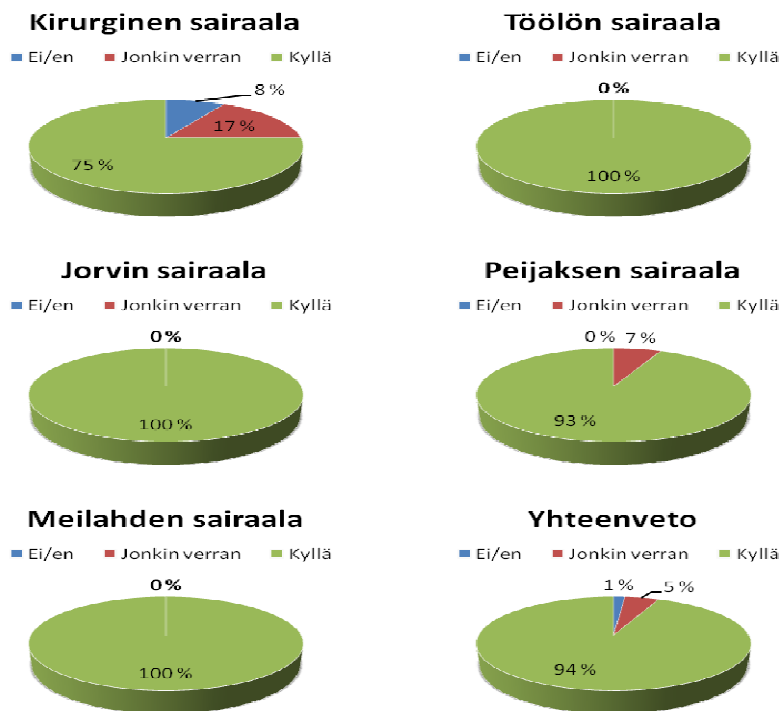
KUVIO 23. Kysymyksen 18 ”Saatko apua kipuhoitajalta kivunhoidon ongelmatilanteissa?” tulokset.

Kysymykseen 19 ”Saatko tilanneopetusta/ohjausta kipuhoitajalta osastollasi?” vastattiin seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa tilanneopetusta/ohjausta kipuhoitajalta saa 50 prosenttia vastanneista, kun taas 33 prosenttia jonkin verran. 17 prosenttia vastasi, että ei saa tilanneopetusta/ohjausta. Töölössä vastaukset jakautuivat seuraavasti: 91 prosenttia kyllä, yhdeksän prosenttia jonkin verran. Jorvissa vastaavat prosenttiosuudet olivat 80 kyllä ja 20 jonkin verran, Peijaksessa 53 kyllä ja 47 jonkin verran sekä Meilahdessa 87 kyllä ja 13 jonkin verran. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 72 prosenttia saa tilanneopetusta/ohjausta kipuhoitajalta osastolla, 25 prosenttia jonkin verran ja kolme prosenttia ei ollenkaan.



KUVIO 24. Kysymyksen 19 ”Saatko tilanneopetusta/ohjausta kipuhoitajalta osastollasi?” tulokset.

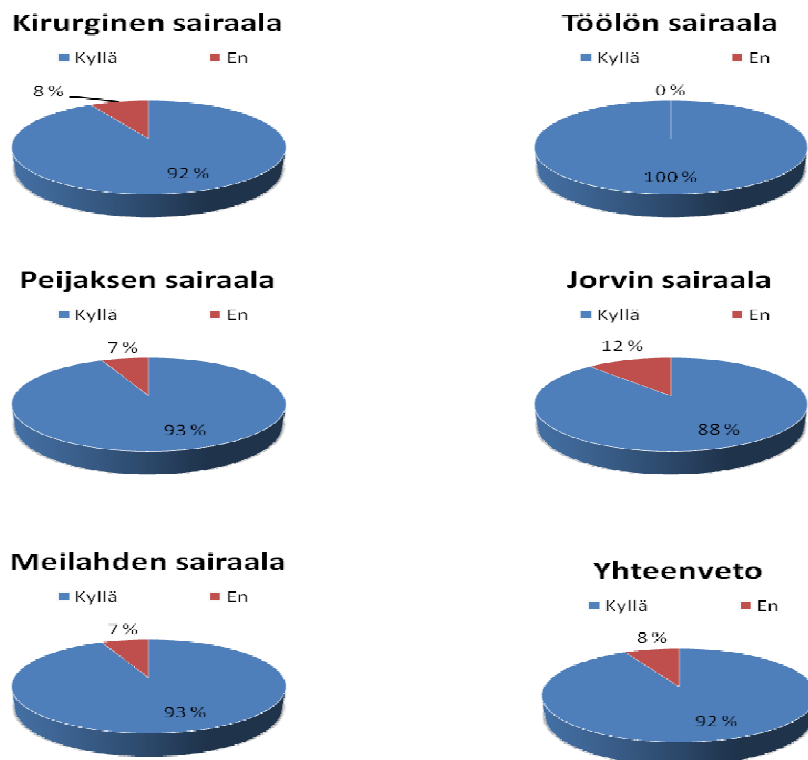
Kysymykseen 20 ”Koetko kipuhoitajan käynnit hyödyllisiksi?” vastattiin seuraavasti. Kirurgisessa sairaalassa vastaukset jakautuivat seuraavasti: 75 prosenttia kyllä, 17 prosenttia jonkin verran ja kahdeksan prosenttia ei. Töölössä, Jorvissa ja Meilahdessa 100 prosenttia vastanneista kokivat kipuhoitajan käynnit hyödyllisiksi. Peijaksessa 93 prosenttia piti käyntejä hyödyllisinä ja seitsemän prosenttia jonkin verran hyödyllisinä. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 94 prosenttia pitää käyntejä hyödyllisinä. Viiden prosentin mielestä käynnit ovat jonkin verran hyödyllisiä ja yhden prosentin mielestä käynnit eivät ole hyödyllisiä.



KUVIO 25. Kysymyksen 20 ”Koetko kipuhoitajan käynnit hyödyllisiksi?” tulokset.

4.4 Kivunhoidon kehittäminen

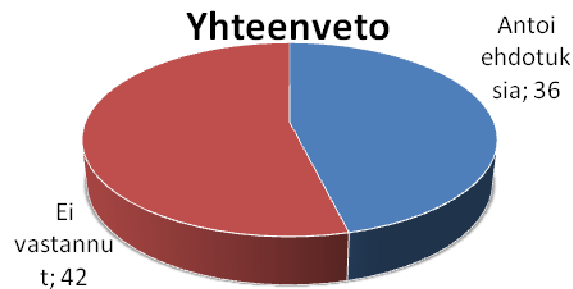
Kysymyksen 21 ”Oletko kiinnostunut kipukoulutuksesta?” tulokset olivat seuraavia. Kirurgisessa sairaalassa 92 prosenttia vastanneista oli kiinnostunut kipukoulutuksesta ja kahdeksan ei. Töölössä kipukoulutus kiinnosti 100 prosenttia vastanneita. Jorvissa vastattiin seuraavasti: 88 prosenttia kyllä, 12 prosenttia ei. Sekä Peijaksessa että Meilahdes- sa vastaavat lukemat olivat 93 kyllä ja 7 ei. Kokonaisuudessaan kaikista sairaaloista 92 prosenttia vastasi kyllä ja kahdeksan prosenttia ei.



KUVIO 26. Kysymyksen 21 ”Oletko kiinnostunut kipukoulutuksesta?” tulokset.

4.5 Avoin kysymys kivunhoidon parantamisesta

Kysymys 22 ”Millä muilla tavoilla on mielestäsi mahdollista parantaa kivunhoitoa?” oli **avoin kysymys**. Kaikissa osastoissa on yhteensä 116 sairaanhoitajaa töissä. Näistä kyselyyn vastasi 78. Vastanneista ehdotuksia antoi 36.



KUVIO 27. Kysymyksen 22 Millä muilla tavoilla on mielestäsi mahdollista parantaa kivunhoitoa? vastausjakauma.

Kysymyksen vastaukset analysoitiin laadullisella sisällön analyysi -menetelmällä. Laadullisen tutkimusaineiston osalta on tärkeää tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkka ja rehellinen toteuttaminen. Tekstiä lainattaessa lainaukset on osoitettava lähdemerkinnöin (Hirsjärvi ym. 2003, 26–27.) Jätimme osan vaiheista pois ajanpuutteen vuoksi. Päätimme jakaa ehdotukset suoraan pääteemoihin. Ehdotukset jakautuivat viiteen teemaan: **koulutus, ei-lääkkeelliset hoitomuodot, moniammatillinen yhteistyö, oman työn kehittäminen ja jatkuva keskustelu**. Laitoimme sairaanhoitajien ehdotuksia suoria lainauksia käyttäen joka teeman alle. Suorien lainauksien avulla pyrimme havainnollistamaan, mitä tietoa käytimme teemojen muodostamisessa. Kirjoitimme kaikki lainaukset alkuperäisen kieliasun mukaan, eikä kirjoitusvirheitä ole korjattu. Osa sairaanhoitajista kirjoitti epäselvästi, jonka takia väärinymmärrykset ovat mahdollisia. Monet sairaanhoitajat antoivat enemmän kuin yhden ehdotuksen siitä, miten kivunhoitoa on mahdollista parantaa.

Koulutukseen haluttaisiin mennä heti, kun uutta tietoa on saatavilla. Sairanhoitajat haluavat hyvän perehdytyksen, lisäkoulutusta sekä anestesiahoitajakoulutusta. Lisäksi koulutusta kivunhoidosta ja lääkehoidosta koko henkilökunnalle pitäisi lisätä, jotta kivunhoidon laatu paranisi. Koulutuksen tulisi olla jatkuvaa ja säännöllistä. Sairanhoita-

jat toivoivat lisää kipuhoidajan luentoja, koska kipuhoidajat jakavat uutta tietoa esimerkiksi artikkeleista. Hoitajat halusivat myös lisätä anestesia lääkäreiden antamaa koulutusta osastolle.

Riittävä koulutus kaikille ammattiryhmille, keskinäinen yhteistyö. Potilaan kuunteleminen.

Asioiden kertaus, koulutus, osastotunnit, yleinen keskustelu kivunhoidosta

Lisäämällä koulutusta kivunhoidosta + lääkehoidon koulutusta. Koulutuksen tulee jatkuvaa ja säännöllistä. Sen tulee kattaa koko hoitohenkilökunta.

Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi sairaanhoitajat halusivat parantaa yhteistyötä lääkäreiden kanssa ja korostavat, että olisi tärkeää, että sama lääkäri olisi potilaalla koko hoitajakson ajan. Myös yhteistyötä fysioterapeuttien ja kipuhoidajien kanssa tulisi kehittää. Leikkauksen jälkeen anestesia lääkärit tulisi aina saada riittävät kipulääkemääräykset osastolle. Lisäksi toimintatavat tulisi yhtenäistää.

Eri ammattiryhmien yhteistyöllä. Sama lääkäri hoitaa potilaan kipua koko hoitajakson ajan.

koulutus työyhteisössä, riittävät määräykset anestesia lääkäritä, yhteiniset toimintatavat.

Potilaan informointi, hoitajien lisäkoulutus, hyvä perehdytys, yhteistyö lääkäreiden, fysioterapeuttien kanssa.

Sairaanhoitajat korostivat **ei-lääkkeellisen hoidon**, kuten fysioterapia, asentohoidot, kylmä/kuumahoito sekä potilaiden toiveiden kuunteleminen, tärkeyttä kivunhoidossa. Kivunhoitoa voitaisiin parantaa luomalla luottavainen suhde potilaaseen: potilas tuntee vähemmän kipua, jos tuntee olonsa turvalliseksi. Potilaan yksilöllisyys ja taustat tulisi ottaa huomioon ja antaa emotionaalista tukea, koska se usein helpottaa kipua. Lisäksi potilaan entisten kipukokemusten kuuntelu helpottaisi kipua. Vuorovaikutus ja läsnäolo potilaanhoidossa olisivat myös tärkeitä asioita hoitajien mielestä. Lisäksi potilasta tulisi informoida kivunhoidosta sekä kipumittareiden käytöstä ja korostaa potilaan omaa tärkeää roolia oman kipunsa arvioijana.

On muistettava myös ei-lääkinnällinen kivunhoito (koho, kylmä, läsnäolo). hieronta, asentohoidot. Psyyken tuki.

Fysioterapia, asentohoito, kuuntelemalla potilaan toiveita

Oman työn kehittämisen on sairaanhoitajien mielestä mahdollista parantaa kivunhoitoa. Kirjaamisessa on puutteita ja sitä pitäisi tehostaa lääkevaikutuksen ja potilaan tuntemuksien osalta. Myös kivunhoidon onnistuminen tulisi kirjata hyvin. Hoitajan pitäisi olla sitoutunut ja tunnollinen kivunhoidon seurannassa ja kirjaamisessa. Lisäksi hoitajan tulisi tarkkailla potilasta kaiken aikaa, jotta voi mahdollisimman nopeasti puuttua potilaan kipuihin.

Hoitajien tulisi olla sitoutuneita ja tunnollisempia kivunhoidon seurannassa ja kirjaamisessa (puutteita löytyy koko ajan!)

Eri ammattiryhmien yhteistyöllä. Sama lääkäri hoitaa potilaan kipua koko hoitojakson ajan. Hyvä kirjaaminen kivunhoidon onnistumisesta.

sh:n motivointi parhaaseen mahdolliseen kivunhoitoon

Sairaanhoitajien mielestä kivunhoidosta pitäisi aktiivisesti pitää yllä **jatkuvaa keskustelua** aamukokousten, osastotuntien ja tietoisukujen avulla. Keskustelussa olisi hyvä kertoa, mistä kivut mahdollisesti johtuvat, ja miten kipulääkitys auttaa niihin. Tärkeää olisi informoida henkilökuntaa mahdollisuuksista osallistua kipukoulutuksiin. Kivunhoidon asioita tulisi myös kerrata. Osastokokouksissa voitaisiin ratkaista mahdollisia kivunhoitoon liittyviä ongelmia. Tietoisukujen avulla kivunhoidon asiat pysyisivät paremmin mielessä ja näin motivoisivat toteuttamaan kivunhoitoa. Tärkeää olisi motivoida sairaanhoitaja parhaaseen mahdolliseen kivunhoitoon. Jotkut sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että VAS:n/ NRS:n käyttö tuntuu usein turhalta, koska kaikki eivät kuitenkaan käytä sitä.

Osastokokoukset/mahd. ongelmien ratkaiseminen kivunhoidossa

VAS:n/NRS:n käyttö tuntuu usein turhalta, koska kaikki eivät kuitenkaan käytä sitä.

5 POHDINTA

5.1 Tutkimuksen eettisyys

Eettisten kysymysten pohtiminen hoitotieteellisessä tutkimuksessa on tärkeää. Erityisen tärkeää se on, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa. Tärkeää on myös se, etteivät tutkimukseen tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely tai tulosten esittäminen loukkaa tutkittavia. Tutkittavien henkilöllisyyttä ei paljasteta, ja tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Tutkijan on pyrittävä tekemään tutkimus niin, että sitä on enemmän hyötyä kun haittaa. Lisäksi pitää ottaa huomioon esimerkiksi tekijänoikeuksia koskeva lainsäädäntö (Vilkkä 2007, 90–91). Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden tulee olla tietoisia tutkimuksen aikana tapahtuvista asioista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 27.) Tutkittavilla pitäisi olla perustiedot tutkimuksesta ja sen toteuttajasta sekä kerättävien tietojen käyttötarkoituksesta (Kuula 2006 61–62.)

Opinnäytetyön aihe syntyi meidän harjoittelupaikasta. Kipuhoitaja, ehdotti työmme aiheita. Kyselylomakkeen kysymykset oli laadittu sillä tavalla, ettei niistä voida tunnistaa yksittäisiä vastaajia. Aineiston itse kerääminen lisää eettisyyttä, koska silloin ulkopuoliset tahot eivät pääse vaikuttamaan vastaajiin. Toimimme itsenäisesti kyselylomakkeet ja palautuslaatikon osastoille. Osastoilla sairaanhoitajat laittoivat täytetyt lomakkeet suljettuun laatikkoon, joten sairaanhoitajat eivät voineet katsoa muiden vastauksia. Viikon kuluttua kävimme hakemassa palautuslaatikon. Vastausten käsittely taulukoina myös suojaa hoitajia: yksittäisen vastaajan vastaukset eivät tule tällöin ilmi. Täytetyt kyselylomakkeet olivat vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä, ja ne hävitettiin asiallisesti tulosten analysoinnin jälkeen. Kyselylomakkeiden vastaajan ikää koskevasta kysymyksestä olisi mahdollista tunnistaa hoitajat osastoittain. Siitä syystä päätimme ottaa ikäjakamakohdan pois tuloksista. Tutkimustuloksia ei esitelty ikäjakauman mukaisesti. Koko opinnäytetyön prosessin ajan olimme yhteydessä osastojen yhteyshenkilöinä toimineisiin kipuhoitajiin. He ovat antaneet ehdotuksia ja opastaneet meitä opinnäytetyön tekemisessä.

Tutkimuksen alussa teimme väärin, koska veimme kyselylomakkeita ilman lupaa Kirurgiseen sairaalaan. Virhe oli päässyt tapahtumaan, koska emme saaneet keneltäkään tie-

toa, että tarvitaan lupa myös esitarkastuksille. Se oli eettisesti väärin, mutta se lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska kyselylomakkeet oli testattu ennen varsinaista tutkimusta.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden tarkasteltaessa pitää ottaa huomioon mittarit reliabiliteetti sekä validiteetti. Molemmat mittarit ovat edellytys luotettavuuden kannalta. Jos validiteetti ei toteudu tutkimuksessa, ei reliabiliteetillakaan ole mitään merkitystä (Vehkalahti 2008, 41). Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, saadaanko tutkimuksen avulla luotettavaa tietoa todellisuudesta. Validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä, tutkitaanko sitä mitä on tarkoitus tutkia (Nieminen 1997, 215–218). Validius tarkoittaa sitä, miten onnistuneesti tutkija on pystynyt tekemään lomakkeen, niin että tutkija ja tutkittava ymmärtävät kysymykset samalla tavalla, sekä millaisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy (Vilka 2007, 150–151).

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää kuvata tutkimuksen vaiheet erittäin tarkasti. Tutkimusraportissa pitää tuoda esille aineiston keräämiseen, analysoimiseen ja tutkimiseen vaikuttavat tekijät (Mäkelä 1990, 53). Opinnäytetyössämme kyselylomaketta muokattiin useita kertoja, joka vaikuttaa positiivisesti tulosten luotettavuuteen. Pyrimme välttämään epätarkkuuksia, testaamalla kysymykset kipuhoitajien avulla. Olemme tehneet muutoksia kysymyksiin, kipuhoitajien antamaan palautteen pohjalta. Sen jälkeen kyselylomakkeiden todettiin olevan loogisia ja ymmärrettäviä.

Koska valmista aineistoa aiheeseemme liittyen ei ollut käytettävissä, keräsimme tarvittavan aineiston itse. Suurin etu aineiston keräämisessä itse on se, että saa määritellä aineiston sisällön itse ja päättää sen muodosta tutkimusongelman pohjalta. (Alkula ym. 2002, 66.) Systemaattiset virheet ohjaavat tuloksia harhaan ja heikentävät validiteettia ja reliabiliteettia. Systemaattiset virheet yleensä johtuvat vastaajien määrästä tai siitä, että vastaajat valehtelevat tai kaunistelevat asioiden tilaa (Vilka 2007, 153). Työssämme pyrimme siihen, että vastaajien määrä on kattava. Teimme kyselyn viidessä erilaisessa sairaalassa, joka parantaa kokonaisluotettavuutta. Koska kyselyssä ei tarvinnut vastata omalla nimellä, uskomme että vastaukset ovat olleet rehellisiä. Lisäksi, koska jokai-

nen osasto saa tietoa tutkimuksesta, vastaajilla oli mahdollisuus vaikuttaa osastonsa toimintaan. Uskomme että, se on vaikuttanut hoitajien vastauksiin, jos he haluavat muutoksia parempaan suuntaan.

Reliabiliteettia pyrimme parantamaan vastausvaihtoehtojen numeroinnilla. Pyrimme minimoimaan lomakkeiden kirjausvirheet tarkistamalla tulokset kahteen kertaan. Jotta mahdollisimman moni vastauslomake voitiin hyväksyä aineistoon, päätimme lisätä vastausvaihtoehdoksi kohdan ”ei vastattu”, mikäli vastaaja oli jättänyt kyseisen kohdan tyhjäksi. Reliabiliteettia pyrimme parantamaan myös siten, että vastaajiksi hyväksyttiin vain työsuhteessa olevat sairaanhoitajat. Vastausaikaa oli viikko kaikissa sairaaloissa. Yhdessä sairaalassa oli pyydetty pitämään kysely 10 päivää, muuta päätimme pitämään sen vai viikon, että kaikissa sairaalalioissa olisi sama aika. Koska ajankohta oli ennen joulua, monet olivat lomalla. Vastanneiden sairaanhoitajien ajatukset ovat voineet olla työasioiden sijasta jo jouluaskareissa ja lomanvietossa.

Tutkimuksessa vastaajien ikä pyydettiin kolmella tasolla: alle 30 vuotta, 30–40 vuotta ja yli 40 vuotta. Kysyimme myös työkokemusta, jossa vaihtoehdot olivat: alle 5 vuotta, 5–10 vuotta ja yli 10 vuotta. Tutkimuksissa kysyimme myös vastaajien sukupuolta. Vastaajista oli yksi mies ja muut naisia. Päätimme ottaa kaikki yllä olevat jakaumat pois, koska mielestämme nämä tiedot eivät lisää luotettavuutta ja ovat eettisesti vääriä, koska niiden avulla voidaan tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Kaikissa viidessä osastossa on yhteensä 116 sairaanhoitajaa töissä. Näistä kyselyyn vastasi 78. Vastausprosentti oli täten 67,2, mikä nostaa luotettavuutta. Olemme tyytyväisiä vastausprosenttiin, joka oli mielestämme hyvä tutkimuksen ajankohtaan nähden. Sairanhoitajat olivat mielestämme motivoituneita osallistumaan tutkimukseen, koska hylättyjä lomakkeita ei tullut yhtään.

Kyselyssä oli yksi avoin kysymys, jossa sairaanhoitajat antoivat ehdotuksensa kysymykseen ”miten on mahdollista parantaa kivunhoitoa?”. Kokosimme yhteen samankaltaiset vastaukset. Joissakin vastauksissa vastaajan käsiala oli epäselvää ja jouduimme tulkitsemaan joitain lauseita. Tämän takia väärinymmärrykset ovat mahdollisia, jotka voivat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen negatiivisesti.

5.3 Tutkimuksen johtopäätökset

Kivunhoidon arvioinnin osalta osa tutkimuksemme tuloksista on ristiriidassa aikaisempien tutkimusten kanssa. Tutkimuksemme tulokset osoittavat, että hoitajista vain 58 prosentilla on hyvä tietämys kivunhoidosta ja ainoastaan 24 prosentilla hyvä tietämys eri kiputyypeistä. Tämä on ristiriidassa Kuusiston & Lehtisen (2008) tutkimustulosten kanssa, jossa sairaanhoitajilla todettiin olevan riittävät tiedot postoperatiivisesta kivunhoitotyöstä. Toinen ristiriita aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna löytyy kipumittareiden käytöstä. Kahden aikaisemman tutkimuksen (Mäkelä & Sjöblom 2008, Kaskinen 2006) tulokset osoittavat, että kipumittareiden käyttö on vähäistä. Tutkimuksemme tulosten perusteella 92 prosenttia pitää kipumittarin käyttö helppona ja kipumittarit ovat käytössä aina 65 prosentilla vastaajista. Tutkimuksessamme havaittiin kuitenkin suuria sairaalakohtaisia eroja.

Tutkimuksessamme 75 prosenttia vastaajista piti potilasta oman kipunsa asiantuntijana. Tulos on yhteneväinen Kuljun (2006) tutkimuksen tulosten kanssa, jossa potilaan omaa arviointia pidettiin luotettavana. Tutkimuksemme tulokset osoittavat, että kipu on hyvin hallinnassa potilaiden siirtyessä kotiin tai toiseen hoitoyksikköön 90 prosenttisesti. Tämä tukee Kaskisen (2006) tutkimuksen tuloksia, joissa todettiin potilaiden olevan tyytyväisiä kivunhoitoon.

Kivun kirjaamisessa tutkimuksemme tulokset potilaan oman arvion kirjaamisesta potilaspapereihin ovat yhteneväisiä Kuljun (2006) tutkimuksen kanssa. Tutkimuksemme mukaan 59 prosenttia hoitajista kirjaa aina potilaan oman arvion kivusta. Kuljun tutkimuksessa vastaava lukema oli 56,8. Tutkimuksemme tulokset osoittavat, että sairaanhoitajat kirjaavat säännöllisesti kivun arvioinnin 63 prosenttisesti. Tämä poikkeaa Idvallin ja Ehrenbergin (2002) tutkimuksen tuloksista, jossa vain 10 prosenttia kivunhoitolomakkeista sisälsi muistiinpanoja systemaattisesta arvioinnista kipumittarilla. Tutkimuksessamme havaittiin kuitenkin suuria sairaalakohtaisia eroja.

Tutkimuksessamme saatiin uutta tietoa kivun määrän, epäonnistuneiden hoitoyritysten ja ei-lääkkeellisten kivunlievitysten kirjaamisesta. Yhteenvedon tulokset osoittavat, että 64 prosenttia kirjaa aina kivun määrän potilaspapereihin ja 36 joskus. Epäonnistuneiden hoitoyritysten kirjaamisessa vastaavat lukemat olivat 68 ja 32. Ei-lääkkeelliset kivun-

lievitykset kirjaa aina 47 prosenttia hoitajista ja 49 joskus. Kaikissa yllä olevissa oli selkeitä sairaalakohtaisia eroja.

Tutkimuksemme tuotti uutta tietoa kivun kirjaamisesta lääkehoidon osalta. Laadimme siihen liittyvät kysymykset Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (19/2001) perusteella, jossa määritetään, mitä tietoja pitää kirjata potilaspapereihin. Tulosten perusteella sairaanhoitajat kirjaavat kivunhoidon osalta 88 prosenttisesti, mitä lääkkeitä on käytetty, kuinka paljon sekä, mikä on lääkkeen vaikutus. Kivunlievityksen keston kirjaa 44 prosenttia hoitajista. Kivunlievityksen keston kirjaamisessa oli selkeitä sairaalakohtaisia eroja.

Tutkimuksemme tulokset kipuhoitajan roolista tukevat Coleman ja Booker-Milburnin (1996) sekä Mackintosh ja Bowlesin (1997) tutkimusten tuloksia, joissa käy ilmi, että kipuhoitajan mukanaolo on parantanut kivunhoidon tehokkuutta. Tutkimuksemme yhteenvedon perusteella lähes kaikki sairaanhoitajat kokevat kipuhoitajan käynnit hyödyllisiksi sekä kipuhoitajan roolin auttavaksi, eikä liian kontrolloivaksi. 92 prosenttia sairaanhoitajista vastasi, että kipuhoitajalta saa hyvin apua ongelmatilanteissa. 73 prosenttia hoitajista kokee saavansa riittävästi tilanneopetusta kipuhoitajalta ja 25 prosenttia jonkin verran. Tilanneopetuksen kohdalla on selkeitä sairaalakohtaisia eroja.

Kivunhoidon kehittämisessä tutkimuksemme tulokset olivat yhteneväisiä Tirkkosen, Vepsäläisen ja Rissasen (2008) tutkimuksen tulosten kanssa. Tutkimuksessamme suurin osa ehdotuksia antaneista halusi lisää koulutusta kivunhoidosta. Tutkimuksessamme tunnistettiin myös uusia kehittämisalueita, joista merkittävimmät olivat kivunlievitys ei-lääkkeellisillä hoitomuodoilla sekä moniammatillinen yhteistyö.

5.4 Ammatillisen kasvun pohdinta

Saimme opinnäytetyömme aiheen Kirurgisesta sairaalasta, jossa toinen meistä oli ollut harjoittelussa. Pidimme aihetta erittäin mielenkiintoisena ja hyödyllisenä, koska se oli lähtöisin työelämästä ja konkreettisesta tarpeesta. Molempien lähtötietämys kivun arvioinnista ja kirjaamisesta sekä kipuhoitajan roolista oli puutteellinen, vaikka molemmilla oli pohjalla lähihoitajan tutkinto. Koulussa aihetta oli käsitelty vain pintapuolisesti.

Aloimme perehtymään aiheeseen lukemalla siihen liittyviä tutkimuksia. Toinen meistä oli kaksi päivää osastolla seuraamassa kipuhoitajan työtä. Lisäksi kipuhoitaja piti meille molemmille kahden tunnin koulutuksen työstänsä. Koulutuksessa käsiteltiin kivunhoitoa, APS-toimintaa ja PCA-kivunlievitysmenetelmää.

Päätimme tehdä opinnäytetyön yhdessä, koska meistä oli tärkeää saada aiheesta erilaisia näkökulmia ja ajatuksia. Yhdessä tekeminen merkitsi haasteita työnjakoon, aikataulutamiseen ja tiimityöskentelyyn. Olemme myös taustaltamme eri kulttuureista, joka toi monikulttuurisen näkökulman työskentelyymme. Yhteistyö lähti sujumaan alusta saakka erinomaisesti ja opimme nopeasti kunnioittamaan toistemme ideoita sekä antamaan tilaa toisten ehdotuksille. Lisäksi saimme vertaistukea toisistamme prosessin aikana. Vertaistuki olikin tarpeen opinnäytetyön kirjoittamisprosessin aikana, kun molemmat opinnäytetyömme ohjaajat vaihtuivat. Tällöin pelkäsimme, että joudumme aloittamaan opinnäytetyön kokonaan alusta. Keskustelimme yhdessä ja päätimme jatkaa eteenpäin, koska työ oli jo melko pitkällä ja emme halunneet tuottaa pettymystä opinnäytetyön toimeksiantajalle.

Opinnäytetyömme aikana teimme useita vierailuita kipuhoitajien luokse. Kipuhoitajilta saimme paljon hyödyllistä tietoa, jonka avulla opimme toimimaan moniammatillisessa ympäristössä. Tämä on tarpeellista, koska nykyään kipua hoidetaan monien tahojen avulla. Tutkimuksemme sisälsi määrällisin menetelmin analysoitavan osuuden lisäksi myös avoimen kysymyksen, joka analysoitiin laadullisin menetelmin. Näin opimme käyttämään molempia menetelmiä. Määrällisessä osuudessa opimme aineiston keräämisen lisäksi käsittelemään ja koostamaan aineistoa sähköisesti Excelin avulla. Tämä tuotti aluksi vaikeuksia, koska emme olleet aikaisemmin tehneet vastaavaa. Opettajan tuen avulla pääsimme lopulta vaikeuksien yli.

Opinnäytetyön valmistuttua olemme tyytyväisiä, koska työmme kautta saimme hyvät tiedot sairaanhoitajien kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Lisäksi saimme arvokasta tietoa kipuhoitajan roolista ja kivunhoidon kehittämisestä. Tulevaisuudessa saadusta tiedosta on suurta hyötyä meille työelämään siirtyessämme. Kivunhoidon parissa työskennellessämme tiedämme kivun kirjaamiseen ja arviointiin liittyvät ongelmakohdat sekä kipumittarin käytön tärkeyden. Lisäksi tiedämme, mistä saada apua kivunhoidon ongelmatilanteissa.

5.5 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Työssämme tarkasteltiin kivun arviointia ja kirjaamista sairaanhoitajan näkökulmasta. Kattavan näkökulman saamiseksi voisi potilaiden kokemuksia aiheesta tutkia samoissa osastoissa, jotta nähtäisiin, tukevatko ne saatuja tuloksia.

Tutkimuksemme rajoittui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Jotta saataisiin koko Suomea kattava tulos, samanlaisen tutkimuksen voisi toteuttaa eri sairaanhoitopiireissä ympäri Suomea. Samalla voitaisiin verrata, onko tuloksissa aluekohtaisia eroja, ja jos on, mistä ne johtuvat.

Tutkimuksemme tulokset paljastivat kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa suuria sairaala-kohtaisia eroja. Yksi jatkotutkimusmahdollisuus olisi tutkia, mistä nämä erot johtuvat ja miten niitä voitaisiin pienentää.

Kipuhoitajan työtä ei ole tutkittu paljoa 2000-luvulla. Tutkimuksemme tuloksia kipuhoitajan roolista voisi analysoida lisää, ja esimerkiksi verrata kipuhoitajan palveluita sisältäviä osastoja ilman kipuhoitajaa toimiviin osastoihin.

LÄHTEET

- Alkula, Tapani, Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 3. painos. Porvoo: WSOY.
- Alkula, Tapani; Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 4. painos. Helsinki: WSOY.
- Coleman, S. A. & Booker-Milburn, J. 1996. Audit of postoperative pain control. Influence of a dedicated acute pain nurse. *Anaesthesia* 51, 1093–1096.
- Haarala, Risto 1992. Suomenkielen perussanakirja – Toinen osa L-R. Helsinki. Valtion painatuskeskus.
- Hednäs, Katja 2009. Kipuhoitaja, Töölön sairaala. Helsinki. Powerpoint-esitys postoperatiivisesta kivusta Töölön sairaalassa 18.11.2009.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes Pirkko & Sajavaara Paula 1997. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Saajavaara, Paula 2008 Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- HUS 2006. Potilaat ja läheiset. Kymmenen vuotta Acute Pain Service – toimintaa Meilahdessa. Viitattu 12.11.2010
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,621,4903,14692>
- Idvall, E. & Ehrenberg, A. 2002. Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 11, 734–742.
- Kaakinen, Ville 2006. Potilaan postoperatiivinen kivunhoito heräämössä ja päiväkirurgisella osastolla. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Terveysala. Opinnäytetyö.
- Kallio, Arja; Korte, Ritva; Lukkari, Liisa. & Rajamäki, Aira. 2000. Perioperatiivinen hoito. Porvoo. WSOY.
- Kalso, Eija. & Vainio, Anneli (toim.) 2002. Kipu. 2. painos. . Helsinki: Duodecim.
- Kalso, Eija; Haanpää, Maija & Vainio, Anneli 2009. Kipu. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 50–84.
- Kalso, Eija; Vainio, Anneli & Estlander, A-M. 2004. Akuutti ja krooninen kipu.

- Kauppila, Marjo, 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon. *Kipuviesti* maaliskuu (1) 26–29.
- Kokki, Anu. 2004. Kirjaamalla kivuttomaksi kivunhoidon arvioinnin ja kirjaamisen kehittäminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. *Spirium*.39, 31–32.
- Kokkinen, Annemari, Maltari-Ventilä, Leena. *Hoito ja huolenpityön sanasto* Gummerus Jyväskylä 2008
- Koskenvuo, Kimmo & Vertio, Harri. 1998. Sairauksien ehkäisy. *Duodecim*.
- Koski J. Matti 2009. Jokaisella on oikeus hyvään kivunhoitoon! Sipoon Eläkkeensaajat 05.02.2009. Viitattu 6.2.2011
<http://www.sipoonsanomat.fi/Uutiset/Paikalliset-kumppanit/Sipoon-Elakkeensaajat/Jokaisella-on-oikeus-hyvaan-kivunhoitoon!>
- Kulju, Essi 2008. Aikuisen potilaan kivun arviointi ja kirjaaminen päivystyspoliklinikalla. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opin- näytetyö.
- Kuula , Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusisto, Tuija & Lehtinen, Sari 2008. Sairaanhoidtajien osaaminen postoperatiivisessa hoitotyössä. Diakonia-ammattikorkeakoulu / Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan laitos. Hoitotyön koulutusohjelma. Opin- näytetyö.
- Kyngäs, H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede-lehti*, Vol. 11, no 1/99, 3-12.
- Lahti, Tania; Nordberg, Riitta; & Ruhtila, Sari 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. *Kipuviesti* maaliskuu 1, 35–38.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 12.11.2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lehtomäki, Pirjo. 2002. Aikuispotilaan leikkauksen jälkeisen kivun arvioiminen.
- Leino-Kilpi, Helena 1997 Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen- Julkunen 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki : WSOY, 222-231.
- Leskinen, Hannu 2000. Kipumittari hoidon apuna. *Spirium* 35 (4), 12.
- Mackintosh, C. & Bowles, S. 1997. Evaluation of a nurse-led acute pain service. Can clinical nurse specialists make a difference? *Journal of Advanced Nursing* 25, 30–37.

- Mäkelä, Klaus 1990 . Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42–59.
- Mäkelä, Sanna. & Sjöblom, Sirpa. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia leikkauksen jälkeisen kivun arviointimenetelmistä ja kipumittarin käyttöön liittyvistä teki-
jöistä. Opinnäytetyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Nieminen , Heli 1997 Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki :WSOY.
- Onkinen, Kaarina 2009. Kipuhoitaja, Kirurginen sairaala. Helsinki. Henkilökohtainen tiedonanto Kirurgisessa sairaalassa 27.11.2009.
- Latvala Eila & Vanhanen-Nuutinen Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen Sirpa & Nikkonen Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, WSOY, Juva, 21–43..
- Pudas-Tähkä, S-M. & Salanterä, Sanna. 2007. Miten tehohoitopotilaan kipua voidaan arvioida. Tehohoito 25 (1), 18–21
- Rawal, N. & Berggren, L. 1994. Organization of acute pain services – a low cost model. Pain 57, 117–123.
- Sairaanhoidopalvelu Leena, i.a. Kivunhoidon asiantuntija. Viitattu 6.2.2011,
<http://www.sairaanhoidopalveluleena.com/fi/index.php?page=100>
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marja & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Tirkkonen, Tiia; Vepsäläinen, Anu & Rissanen Susanna 2009. Oppinäytetyö Kivunhoidon kipupisteet: Sairaanhoidajan kokemuksia postoperatiivisen kivun lääkehoidosta Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Vartiainen, Anna 2000. Kivunhoidon historiaa. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 15–22.
- Vehkalahti, Kimmo 2008 Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki Tammi.
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

LIITE 1: SAATEKIRJE

Diak-Etelä, Helsingin yksikkö
Sturenkatu 2
00510 Helsinki

12.10.2010

Hyvä vastaaja

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja terveydenhoitajaksi. Teemme opinnäytetyötä elektiivisen leikkauspotilaan kivunhoidon arvioinnista ja kirjaamisesta. Opinnäytetyömme tavoitteena on kartuttaa tietoa kyseisistä asioista.

Jotta tutkimuksemme onnistuisi, toivomme, että hoitajat, jotka osallistuvat leikkauspotilaan kivunhoitoon, vastaisivat tähän kyselyyn.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä siten, ettei niistä paljastu tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys missään vaiheessa. Toivomme teidän osallistuvan tutkimukseemme ja vastaavan huolellisesti oheiseen kyselyyn.

Palauttakaa kyselylomake toimittamaamme laatikkoon noin 2 viikkoa mennessä.

Yhteistyöstä kiittäen.

Valeria Hassinen	valeria.hassinen@student.diak.fi	041-5277543
Shakiba Sofizade	shakiba.sofizade@student.diak.fi	050-5164946

Ohjaavan opettajan tiedot

Anna Holmström- Toivola anna.holmstrom-toivola@diak.fi

Minna Partanen-Rytilahti minna.partanen-rytilahti@diak.fi

LIITE 2: KYSELYLOMAKE

POSTOPERATIIVISEN KIVUNHOIDON KYSELY SAIRAANHOITAJILLE**Taustatiedot**

Rasti oikea vaihtoehto:

1. Ikä: alle 30v 30-40v yli 40v
2. Sukupuoli: nainen mies
3. Terveystieteiden alan työkokemus: alle 5v 5-10v yli 10v

Kivun arviointi

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto:

1= Huono, 2= Kohtalainen, 3= Hyvä

Minkälainen on mielestäsi tietämyksesi

1. kivunhoidosta? 1 2 3
2. eri kiputyypeistä (kudosvaurio, hermovaurio, idiopaattinen)? 1 2 3

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto:

1= Ei, 2=Joskus, 3= Kyllä

3. Onko kipu hyvin kontrollissa(hallittavissa) potilaan lähtiessä jatkohoitopaikkaan/kotiin? 1 2 3
4. Onko potilas mielestäsi oman kipunsa asiantuntija? 1 2 3

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto:

1= En, 2=Joskus, 3= Aina

5. Otatko huomioon potilaan entiset kipukokemukset? 1 2 3
6. Otatko huomioon potilaan ahdistuksen? 1 2 3
7. Otatko huomioon potilaan pelot? 1 2 3
8. Käytätkö VAS/NRS/VRS-asteikkoa arvioidessasi kipua? 1 2 3
9. Onko kipumittareiden käyttö helppoa?

kyllä ei

Kivun kirjaaminen

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto 1= En, 2= Joskus 3= Aina

10. Kirjaatko kivun määrän potilaspapereihin? 1 2 3
11. Kirjaatko potilaan oman arvion kivusta? 1 2 3
12. Kirjaatko epäonnistuneet hoitoyritykset? 1 2 3
- (Esim. potilaalle annettu kipulääke, mutta lääke ei vaikuttanut)
13. Kirjaatko säännöllisesti kivun arvioinnin? 1 2 3
14. Kirjaatko ei-lääkkeellisiä kivun lievityksiä? 1 2 3

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto 1= Kyllä, 2= Ei

15. Kirjaatko lääkehoidon osalta:
- a. Mitä lääkkeitä on käytetty? 1 2
- b. Kuinka paljon lääkkeitä on käytetty? 1 2
- c. Lääkkeen vaikutukset? 1 2
- d. Lääkkeen kivunlievityksen kesto? 1 2

Kipuhoitajan rooli

Käykö osastollasi APS (Acute Pain Service) kipuhoidtaja? kyllä ei

Jos vastasit kyllä, vastaa seuraaviin kipuhoidtajaan liittyviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto:

1= Ei/en, 2= Jonkin verran 3= Kyllä

16. Koetko kipuhoidtajan roolin auttavaksi? 1 2 3
17. Koetko kipuhoidtajan roolin liian kontrolloivaksi? 1 2 3
18. Saatko apua kipuhoidtajalta kivun hoidon ongelmatilanteissa? 1 2 3
19. Saatko tilanneopetusta/ohjausta kipuhoidtajalta osastollasi? 1 2 3
20. Koetko kipuhoidtajan käynnit hyödyllisiksi? 1 2 3

Kivunhoidon kehittäminen

21. Oletko kiinnostunut kipukoulutuksesta?

kyllä en

22. Millä muilla tavoilla on mielestäsi mahdollista parantaa kivunhoitoa?
