



SAIRAANHOITAJIEN JA KÄTILÖIDEN KIPUKÄSITYS

Naistentautien leikkausten ja sektioiden postoperatiivisessa kivunhoidossa

Aino Kolu

Outi Pirhonen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

AINO KOLU & OUTI PIRHONEN:

Sairaanhoitajien ja kätilöiden kipukäsitys naistentautien leikkausten ja sektioiden postoperatiivisessa kivunhoidossa

Opinnäytetyö 72 sivua, joista liitteitä 12 sivua
Maaliskuu 2015

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito on tärkeää muun muassa kivun pitkittymisen ehkäisemisen vuoksi. Haasteita kivunhoitoon tuo kuitenkin kivun kokemisen subjektiivisuus. Postoperatiivisessa hoidossa sairaanhoitajat ovat ammattiryhmänä eniten vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja toteuttavat näin ollen paljon kivun arviointia ja hoitoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien ja kätilöiden tietopohjaa sekä asenteita naistentautien leikkausten ja sektioiden jälkeisessä kivun arvioinnissa ja hoidossa sekä heräämössä, että vuodeosastoilla. Tavoitteena oli parantaa postoperatiivisen hoidon jatkuvuutta sekä heräämön ja vuodeosastojen yhteistyötä tuottamalla tietoa eri osastojen hoitohenkilökunnan kipukäsityksistä. Lisäksi tavoitteena oli parantaa potilaan postoperatiivista kivunhoitoa näillä osastoilla.

Tutkimustehtävien avulla opinnäytetyössä selvitettiin hoitohenkilökunnan kipukäsityksiä ja tietoja kivunhoidosta, postoperatiivisen kivun arviointitapoja sekä tapoja hoitaa postoperatiivista kipua. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä menetelmällä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella naistentautien leikkausosastolta, naistentautien vuodeosastolta ja kahdelta synnytysvuodeosastolta ja analysoitiin SPSS-tilastointiohjelmalla. Kyselylomake perustui Ferrelin ja McCafferyn kehittämään KASRP -kaavakkeeseen, joka mittaa sairaanhoitajien tietoja ja asenteita kivunhoidossa. Vastauksia saatiin yhteensä 57, jolloin vastausprosentti oli 50 %.

Kyselyn tuloksista tuli ilmi hoitohenkilökunnan kohtalaisen hyvä tietopohja kivun arvioinnista ja hoidosta sekä hyvä asenne kivunhoitoon. Potilaan kipua arvioitiin osastoilla monipuolisesti ja potilaan omaan arvioon kivusta uskottiin. Tuloksissa leikkausosaston hoitohenkilökunta sai koko otoksen keskiarvoa enemmän oikeita vastauksia ja vuodeosastojen hoitohenkilökunta hieman keskiarvoa vähemmän. Hoitohenkilökunnalle vaikeimmat kysymykset liittyivät leikkausosastolla kivun arviointiin potilaan nukkuessa sekä päihdeongelmaisten potilaiden kivunhoitoon. Vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle vaikeimmat kysymykset koskivat samoja aiheita sekä lääketietoutta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lisäkoulutus saattaa vaikuttaa positiivisesti hoitohenkilökunnan tietopohjaan ja asenteisiin kivunhoidosta sekä arvioinnista, joten se voisi olla tarpeellista etenkin vuodeosastoilla. Tuloksista voidaan päätellä, ettei hoitohenkilökunnalla mahdollisesti ole yhtenäisiä käytäntöjä kivun arviointiin, mikä saattaa vaikuttaa negatiivisesti hoidon jatkuvuuteen.

Asiasanat: postoperatiivinen kivunhoito, sairaanhoitajat, kätilöt, asenteet, tieto

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme of Nursing and Health Care
Nursing

AINO KOLU & OUTI PIRHONEN:

Nurses' and Midwives' Knowledge and Attitudes Regarding Pain
In Postoperative Pain Management of Gynecological Operations and Caesarean Sections

Bachelor's thesis 72 pages, appendices 12 pages
March 2015

Postoperative pain management is important for multiple reasons including prevention of prolonged pain. The experience of pain being subjective, managing it is often challenging. In postoperative care nurses are the ones who interact the most with patients which is why nurses play a big part in assessing and treating patients' postoperative pain.

The purpose of this study was to find out nurses' and midwives' knowledge and attitudes regarding pain in the postoperative pain assessment and management of gynecological operations and caesarean sections both in the recovery room and inpatient wards. The aim was to improve the continuance of postoperative care given to patients and the co-operation between the wards as well as patients' postoperative pain management.

This study was quantitative in nature, and based on data collected through a survey. The sample of the study consisted of 114 nurses and midwives working at the operating unit and three wards. A total of 57 nurses and midwives responded, the response rate thus being 50 %. The survey was based on the validated KASRP-tool developed by Ferrel and McCaffery.

The results indicate that the respondents have fairly good knowledge regarding pain management and assessment. The findings also suggest good attitudes among the respondents. The patient was considered to be the expert in assessing his/her own pain and the methods of assessing pain the respondents used were versatile. The respondents at the operating unit had a higher correct answers rate (80%) than the mean correct answer rate (72%), as the correct answer rate of respondents at the wards was a bit lower (70%) than the mean. The most difficult questions for the respondents concerned pain assessment while the patient was asleep and managing pain in drug abusers. The questions concerning pharmacological management of pain were also difficult for the respondents working at the three wards.

As a conclusion the findings indicate that positive correlations between further education and knowledge and attitudes regarding pain management and assessment are possible and further education could be needed especially at the three wards. The results also imply a possible lack of unified practices in pain assessment which can have a negative impact on the continuance of postoperative care.

Key words: postoperative pain relief, nurses, midwives, attitudes, knowledge

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	9
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
4	KIPU.....	12
	4.1 Kivun määrittelyä	12
	4.2 Kivun fysiologia ja mekanismit.....	13
	4.3 Postoperatiivinen kipu	14
5	POSTOPERATIIVISEN KIVUN ARVIOINTI JA HOITO	15
	5.1 Kivun arviointi.....	15
	5.1.1 Kipumittarit.....	15
	5.2 Kivunhoito	17
	5.2.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli	18
	5.2.2 Opioidit	19
	5.2.3 Puudutukset kivunhoidossa.....	19
6	HOIDON JATKUVUUS NAISTENTAUTIEN LEIKKAUSTEN JA SEKTIOIDEN POSTOPERATIIVISESSA HOIDOSSA.....	21
	6.1 Naistentautien leikkaukset	21
	6.1.1 Yleisimmät naistentautien leikkaukset.....	22
	6.2 Sektiot	23
	6.3 Heräämöstä vuodeosastolle.....	23
7	SAIRAAHOITAJIEN KIPUKÄSITYS	24
	7.1 Kipukäsityksiä suomalaisessa terveydenhuollossa.....	24
	7.2 Ferrelin ja McCafferyn kaavake tutkimuksissa	26
	7.3 Muita tutkimuksia postoperatiivisesta kivusta.....	27
8	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	28
	8.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	28
	8.2 Aineiston kerääminen	29
	8.3 Kyselylomake	29
	8.4 Aineiston analyysi.....	30
9	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	31
	9.1 KASRP-kaavakkeen käyttäminen opinnäytetyössä.....	31
	9.2 Vastaajien taustatiedot	32
	9.3 Kivun arviointi.....	34
	9.4 Monivalintakysymykset.....	37
	9.4.1 Opioidien suositeltu antoreitti vakavassa kivussa.....	37
	9.4.2 Milloin kipulääkitystä annetaan?	38

9.4.3	Kivun paras arvioija ja lääkelisäannoksen syy.....	39
9.4.4	Päihdeongelma ja kivun kehittyminen.....	40
9.4.5	Morfiinin huippupitoisuuden saavuttamisaika.....	41
9.5	Oikein/väärin -väittämät	42
9.5.1	Kivun arviointiin liittyvät väittämät.....	42
9.5.2	Lääkkeisiin liittyvät väittämät.....	43
9.5.3	Kivunhoidon erikoistilanteisiin liittyvät väittämät	46
9.6	Yhteenveto	50
9.6.1	Haastavimmat väittämät.....	51
10	POHDINTA.....	53
10.1	Opinnäytetyön prosessi.....	53
10.2	Kehittämismahdollisuudet ja jatkotutkimusaiheet.....	54
10.3	Eettisyys.....	54
10.4	Luotettavuus.....	55
	LÄHTEET.....	57
	LIITTEET	61
	Liite 1. Saatekirje	61
	Liite 2. Kyselylomake	62
	Liite 3. Kyselylomakkeen oikeat vastaukset	66
	Liite 4. Tutkimustaulukko	69

LYHENTEET JA TERMIT

ETENE = Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta

IASP = International Association for the Study of Pain, kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys

HOTUS = Hoitotyön tutkimussäätiö

KASRP = Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain

NSAID = Non-steroidal anti-inflammatory drugs, tulehduskipulääkkeet

PCA = Patient controlled analgesia, ns. kipupumppu

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences, tilastointiohjelma

WHO = World health organization, Maailman terveysjärjestö

VAS = Visual analog scale

NRS = Numeral rating scale

VRS = Verbal rating scale

1 JOHDANTO

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (2004) mukaan kivunhoidon pitäisi olla ihmisoikeus. Suomen laissakin on säädetty, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, jossa potilaan yksilölliset tarpeet otetaan huomioon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Hyvä terveyden- ja sairaanhoito pitää sisällään myös riittävän kivunhoidon, joka on yksi tärkeimmistä leikkauspotilaan hoidon osa-alueista. Postoperatiivisen kivun syy on leikkauksen aiheuttamassa kudospainossa sekä sen jälkivaikutuksissa ja kipu onkin yleensä lyhytkestoista (Jokela ym. 2012). Vaikka kivulla on selkeä syy, on se potilaan subjektiivinen kokemus ja siksi se voi voimakkuudeltaan vaihdella useiden eri tekijöiden, kuten leikkauksen ja potilaan fyysisten ja psyykkisten tekijöiden takia (Jokela ym. 2012; Hamunen & Kalso 2009, 278).

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito on tärkeää monesta syystä. Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla kivunhoidolla edistetään potilaan toipumista leikkauksesta ja saadaan potilas mobilisoitua nopeammin, jolloin sairaalassaoloaika saadaan lyhennettyä. Näin vähennetään hoidon kokonaiskustannuksia samalla vaimentaen leikkauksesta aiheutuvaa stressireaktiota. Asianmukainen postoperatiivinen kivunhoito ehkäisee kivun pitkittymistä, joka voi johtaa kivun kroonistumiseen tai potilaan toimintakyvyn heikkenemiseen. Lisäksi se auttaa välttämään muita hoitamattomasta kivusta johtuvia psyykkisiä ja fyysisiä haittavaikutuksia, kuten potilaan altistamista leikkauksen jälkeisille komplikaatioille. (Lehtomäki & Hoikka 2013; Jokela ym. 2012)

Kivun kokemisen subjektiivisuus tuo haasteita kivunhoidon toteuttamiseen ja sen jatkuvuuteen. Postoperatiivisessa kivunhoidossa sairaanhoitajan rooli korostuu, sillä sairaanhoitajat ovat ammattiryhmänä eniten vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja toteuttavat näin ollen kivun arviointia ja hoitoa. Tämän takia sairaanhoitajan asenteilla, arviointitaidoilla ja tiedoilla kivusta on suuri merkitys kivunhoidon laatuun. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 372; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 58)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien ja kättilöiden tietopohjaa sekä asenteita naistentautien leikkausten ja sektioiden jälkeisessä kivun arvioinnissa ja hoidossa sekä heräämässä, että vuodeosastoilla. Aihe lähti työelämäyhteyden tarpeesta

selvittää eri osastojen sairaanhoitajien kipukäsityksiä. Työelämäyhteytenä opinnäytetyössä toimii Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Työelämäyhteys toivoo saavansa työn kautta tietoa, jonka pohjalta voidaan selvittää osastojen sairaanhoitajien kipukäsitysten eroja ja niiden vaikutusta postoperatiiviseen kivunhoitoon. Kivunhoito on yksi keskeisimmistä osa-alueista perioperatiivisen hoitotyön hyvässä toteutumisessa, joten se kiinnosti työn perioperatiiviseen hoitotyöhön syventäviä tekijöitä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien ja kätilöiden tietopohjaa sekä asenteita naistentautien leikkausten ja sektioiden jälkeisessä kivun arvioinnissa ja hoidossa sekä heräämössä, että vuodeosastoilla.

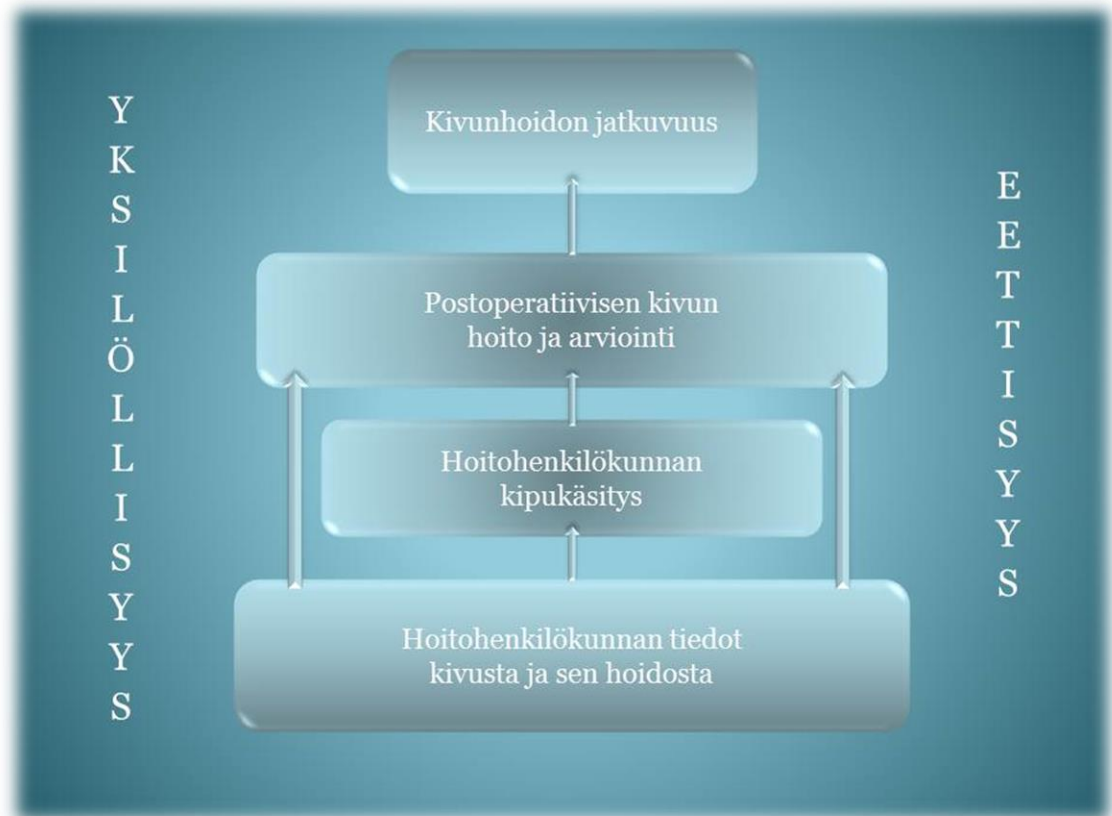
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaiset ovat hoitohenkilökunnan kipukäsitykset ja tiedot kivunhoidosta?
2. Miten hoitohenkilökunta arvioi postoperatiivista kipua?
3. Millä tavoin postoperatiivista kipua hoidetaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla on mahdollista parantaa naistentautien leikkausten ja sektioiden postoperatiivisen hoidon jatkuvuutta sekä heräämön ja vuodeosastojen yhteistyötä. Tavoite potilaan kannalta on parantaa postoperatiivista kivunhoitoa ja sen jatkuvuutta osastolta toiselle siirryttäessä tuottamalla lisää tietoa eri osastojen hoitohenkilökunnan kipukäsityksistä. Työn tekijöiden tavoitteena on saada laajempi kuva postoperatiivisesta kivunhoidosta sekä saada tietoa sairaanhoitajien mahdollisuuksista laajentaa käsityksiään kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta parhaan mahdollisen hoidon tarjoamiseksi tulevaisuuden ammattilaisina.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat hoitohenkilökunnan tiedot kivun arvioinnista ja hoidosta, hoitohenkilökunnan kipukäsitys, postoperatiivisen kivun arviointi ja hoito, sekä hoitotyön periaatteet hoidon jatkuvuus, eettisyys ja yksilöllisyys. Nämä ovat esitettyinä opinnäytetyön viitekehyksessä (kuvio 1).



KUVIO 1. Naistentautien leikkausten ja sektioiden postoperatiiviseen kivunhoitotyöhön vaikuttavat tekijät ja opinnäytetyön kannalta tärkeät hoitotyön periaatteet.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet on valittu sen pohjalta, mistä tarvitaan tietoa sairaanhoitajien kipukäsitysten selvittämiseen. Työn perustaksi tarvitaan vankkaa faktatietoa kivusta ja sen hoidosta sekä aiempaa tutkimustietoa aiheesta. Tutkimusten kautta opinnäytetyön tuloksiin saadaan vertailukohtia etenkin asenteiden osalta. Kipukäsitys-termin käyttöä vertailtiin vaihtoehtoisin ilmaisutapoihin, kuten asenteisiin kipuun ja sen hoitoon, opinnäytetyön tekoa aloitettaessa. Kipukäsitys-termi päädyttiin valitsemaan asenteiden sijasta, sillä se koettiin neutraalimmaksi, aihetta kuvaavammaksi ja sisällöl-

tään laajemmaksi. Kipukäsitys sisältää asenteiden lisäksi myös kipuun, sen arviointiin ja hoitoon liittyvän tiedon sekä tämän tiedon soveltamisen hoitotyössä.

Hoitohenkilökunta opinnäytetyössä tarkoittaa sairaanhoitajia, perushoitajia ja kättilöitä. Hoitohenkilökunnan tiedoilla tarkoitetaan pohjakoulutuksen, lisäkoulutusten ja oman tiedonhaun tuottamaa kokonaisuutta kipuun, sen arviointiin ja hoitoon liittyvissä asioissa. Opinnäytetyö käsittelee postoperatiivista kipua, joka tässä työssä tarkoittaa sektioiden ja naistentautien leikkausten jälkeistä akuuttia kipua. Aihetta rajatessa jätettiin työn ulkopuolelle muun muassa krooninen kipu sekä synnytyskipu. Kivunhoito rajattiin postoperatiivisen kivun lääkehoitoon, eli lääkkeetön kivunhoito jätettiin käsittelemättä.

Opinnäytetyöhön valitut hoitotyötä ohjaavat periaatteet ovat yksilöllisyys, eettisyys ja kivunhoidon jatkuvuus. Eettisyydellä tarkoitetaan hoidon perustumista terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin. Näihin ETENE:n määrittelemiін periaatteisiin sisältyy esimerkiksi oikeus hyvään hoitoon, johon kuuluu potilaan oikeus saada tilanteensa edellyttämää asiantuntevaa apua. Tähän sisältyvä hyvä kivunhoito kuuluu myös sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa määriteltyyn sairaanhoitajan tehtävään lievittää kärsimyksiä. (ETENE 2001; Sairanhoitajien eettiset ohjeet 1996)

Yksilöllisyys ja hoidon jatkuvuus ovat perioperatiivista hoitotyötä ohjaavia arvoja. Yksilöllisyydellä tarkoitetaan potilaan huomioimista ainutkertaisena yksilönä ja hänen kunnioittamista keskittymällä kerrallaan vain yhden potilaan tilanteeseen ja hoitoon. Opinnäytetyössä tämä periaate on mukana muistuttamassa myös kivun kokemisen ja hoidon yksilöllisestä luonteesta. Hoidon jatkuvuus on oleellinen osa perioperatiivista hoitotyötä potilasturvallisuuden ja hoidon lopputuloksen kannalta. Jatkuvuuden kannalta huolellinen kirjallinen ja suullinen raportointi potilaan siirtyessä eteenpäin hoitopolulla on tärkeää. Koska kivunhoito on suuri osa perioperatiivista hoitotyötä, on sen jatkuvuus tärkeässä osassa hoidon jatkuvuuden varmistamisessa potilaan siirtyessä leikkaus-salista heräämöȫn ja sieltä eteenpäin vuodeosastolle. (Lukkari ym. 2010, 16–18)

4 KIPU

4.1 Kivun määrittelyä

Kivun olemusta on pohdittu ja kipua kuvattu jo kaikkein varhaisimmissa säilyneissä kirjoituksissa. Muun muassa antiikin Kreikan Aristoteles on pitänyt kipuaistimusta tunne-elämyksenä ja liittänyt sen sydämeen (Kalso & Kontinen 2009a, 52). Nykyään kuitenkin tiedetään, että kipu on tunne-elämyksen lisäksi myös fysiologinen ilmiö, sekä subjektiivinen aistikokemus. (Salanterä ym. 2006, 7, 57–58). Kivun subjektiivisuus tekee siitä vaikean määrittellä.

Kansainvälinen kivuntutkimusyhteistyö IASP (2012) määrittelee kivun olevan epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka on yhteydessä tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudonvaurioon, tai jota kuvaillaan tällaisen vaurion yhteydessä. Kipu onkin biologisesta näkökulmasta eilinehto, sillä kivun aistimuksen avulla elimistö saa nopeasti tiedon kudonvaurion uhasta ja pystyy täten estämään sen synnyn tai etenemisen. Toisaalta voimakas kipu tilanteessa, jossa sen välittömät puolustustehtävät on tehty tarpeettomiksi, aiheuttaa lähinnä haitallisia vaikutuksia. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 104.) Usein kipu jaotellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Kun kipu jatkuu yli kudoksen tavallisen paranemisajan eli 3-6 kuukautta, määritellään kipu krooniseksi. Postoperatiivinen kipu sekä synnytyskipu ovat tyypillisiä akuutin kivun muotoja (Pöyhä 2014, 143, 148).

Koska kipu on myös emotionaalinen kokemus, vaikuttavat kivun kokemiseen monet asiat. Esimerkiksi iällä oletetaan tutkimusten perusteella olevan vaikutusta kivun kokemiseen. Ennen kuviteltiin, että vastasyntyneet tai keskoset eivät voi tuntea kipua, koska eivät ole vielä tarpeeksi kehittyneitä, mutta viime vuosikymmenten aikana on kuitenkin saatu tietoa, joka on osoittanut tämän vääräksi. Kehitys ja kasvu ikääntyessä vaikuttavat kivun kokemiseen ihmisen ymmärryksen lisääntyessä. Myös kulttuuristen erojen sekä eri uskontojen on todettu vaikuttavan kivun kokemiseen ja ilmaisuun, vaikka kivun havaitsemisessa ja kipukynnyksessä ei olekaan eroja. Esimerkiksi hinduismissa pahana pidetyn kivun koetaan olevan myös välttämätöntä maailman hyvän ja pahan tasapainon säilymiseksi. (Vainio 2009a, 30–31; Salanterä ym. 2006, 59; Vainio 2004, 19)

Myös miesten ja naisten kivun kokemisen välisiä eroja on tutkittu. Eräässä tutkimuksessa saatiin selville, että sydämen ohitusleikkauksen jälkeisen kivun kokemisessa oli merkittävä ero naisten ja miesten välillä. Naiset ilmaisivat selvästi miehiä enemmän kohtalaista tai vakavaa kipua, sekä kivun häiritsevän kävelyä tai nukkumista. (Parry ym. 2010.) Kivun henkilökohtaisuutta ja kokemuksellisia eroja onkin helpompaa ymmärtää hoitotyön kivun määritelmän avulla: ”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän” (Salanterä ym. 2006, 7).

4.2 Kivun fysiologia ja mekanismit

Akuutti kipu on useimmiten nosiseptiivista eli johtuu kudოსvauriosta, jonka parantuessa kipu lievittyy. Nosiseptiivinen kipu johtuu nosiseptorien aktivoitumisesta. Lisäksi kipuun vaikuttavat välittäjäaineet, jotka syntyvät tai vapautuvat kudოსvaurion yhteydessä. Nosiseptorien määrä kudoksessa määrittää kudoksen kyvyn tuottaa kipuaistimuksia, mutta kudოსvaurion ja kivun subjektiivisen tuntemuksen välillä on useita monimutkaisia tapahtumia. (Heiskanen 2014, 910–911; Pöyhiä 2014, 146; Kalso & Kontinen 2009b, 76; Salanterä ym. 2006, 35)

Kudოსvauriosta alkavan tapahtumasarjan vaiheet ovat transduktio, transmissio, modulaatio ja perseptio. Transduktiossa nosiseptori aktivoituu, mikä johtuu kudokseen kohdistuvasta mekaanisesta tai kemiallisesta ärsykkeestä tai korkeista lämpötiloista. Ärsyke johtaa aktiopotentiaaliin, joka siirtyy perifeerisistä kudoksista selkäyttimeen transmissiossa. Tässä vaiheessa selkäytimen välittäjäneuronit aktivoituvat ja kuljettavat kipuviestin selkäytimestä aivorunkoon sekä talamukseen ja sieltä aivokuorelle. Kivun muunteleluun hermostossa, eli modulaatioon, osallistuvat keskushermoston inhibitoriset radat, jotka estävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa. Radat aktivoituvat esimerkiksi morfiinin kaltaisten kipulääkkeiden käytön tai stressin yhteydessä. Kipuradan viimeinen vaihe ja haastavin tutkimuskohde on perseptio, kivun subjektiivinen kokeminen, joka johtuu kipua välittävien neuronien aktivoitumisesta. (Heiskanen 2014, 910; Kalso & Kontinen 2009b, 76)

4.3 Postoperatiivinen kipu

Postoperatiivisen kivun kokeminen ei ole täysin suoraviivaista, vaan siihen vaikuttaa esimerkiksi potilaan preoperatiivinen ahdistus, pelko ja masennus. Tämä osin selittää, miksi postoperatiivisen kivun kokemisessa on niin suuria eroja. (Hamunen & Kalso 2009, 280.) Nykyaikaistenkin menetelmien valossa on mahdotonta kuvata ja selittää sitä, mitä ihminen todella aistii kokiessaan kipua, vaikka postoperatiivisen kivun keston, laatuun, esiintymiseen sekä voimakkuuteen liittyviä asioita voidaan luetella useita. Tällaisia ovat yksilön psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet, leikattava kohde, leikkauksen kesto ja luonne, leikkaukseen valmistautuminen sekä anestesiatekniikka. (Salomäki & Laurila 2014, 870; Salanterä ym. 2006, 58.)

Leikkauksen jälkeen kipua tulee hallita erilaisin kivunhoitomenetelmin, sillä hallitsematon postoperatiivinen kipu vaikuttaa elimistössä monin tavoin. Se saattaa muun muassa nostaa verenpainetta ja pulssia, suurentaa katekoliamiinien (adrenaliini ja noradrenaliini) vastetta elimistössä, lisätä sydänlihaksen hapentarvetta, aiheuttaa rytmihäiriöitä ja voimistaa endokriinisia, metabolisia ja inflammatorisia vasteita. Hallitsematon kipu voi hidastaa toipumista ja jalkeille pääsyä sekä altistaa veritulppien muodostumiselle. On myös mahdollista, että akuutti kipu kroonistuu. (Salomäki & Laurila 2014, 870; Sand ym. 2011, 204)

Jotta kipua voitaisiin hoitaa tehokkaasti, on sitä pystyttävä myös arvioimaan ja mittaamaan perusteellisesti ja tarkasti (Pöyhiä 2014, 144). Sairaanhoidajat ovat leikkauksen jälkeen useimmiten eniten potilaan kanssa vuorovaikutuksessa oleva ammattiryhmä, minkä vuoksi sairaanhoitajilla on suuri rooli potilaan postoperatiivisen kivun arvioinnissa ja hoidossa. (Lukkari ym. 2010, 372.) Sairaanhoidajien mielestä kivun arvioinnista ja hoidosta ei kuitenkaan ole helppoa saada tietoa (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007, 37) ja kivun arviointi on yksi vaikeimpia asioita kivun hoidossa (Hakala 2004, 26). Vaikka potilas onkin kipunsa paras asiantuntija (Ferrel & McCaffery 2012, 9), myös sairaanhoidajan tulee kokea itsensä kivun arvioinnin asiantuntijaksi ollessaan tärkeässä roolissa potilaan postoperatiivisen kivun arvioinnissa ja hoidossa. Kuitenkin esimerkiksi Töölön sairaalan neurokirurgisen ja ortopedisen vuodeosaston sairaanhoitajista vain vajaa neljännes (23 %) koki olevansa asiantuntija arvioidessaan potilaan kipua ja sen luonnetta (Lahti ym. 2007, 37).

5 POSTOPERATIIVISEN KIVUN ARVIOINTI JA HOITO

5.1 Kivun arviointi

Kipua voidaan arvioida useilla eri menetelmillä ja kokonaisvaltaiseen kivun arviointiin kuuluukin niiden monipuolinen käyttö ja yhdisteleminen. Kipua arvioitaessa tulee selvittää potilaan kokeman kivun sijainti ja laajuus, voimakkuus sekä sen aiheuttama haitta potilaalle, jotta kivunhoidon tehokkuutta voitaisiin arvioida (Pöyhiä 2014, 144). Suoraa menetelmää kivun mittaamiseen ei ole ja parhaiten kipua pystyy arvioimaan potilas itse. Kivun mittaaminen perustuukin potilaan kokemuksen kuvaamiseen mittarin avulla, mutta myös hoitohenkilökunta voi arvioida potilaan kipua tarkkailemalla esimerkiksi potilaan vitaalielintoimintoja tai ilmeitä. Tarkkailun merkitys korostuu kommunikoidaan kykenemättömien potilaiden kohdalla, jolloin kipua pyritään tunnistamaan ja arvioimaan muun muassa ilmeiden, kehon kielen ja hermostuneisuuden, valittelun, itkun tai kipeän paikan suojaamisleiden avulla. (Ferrel & McCaffery 2012, 9; Vainio 2009b; Salanterä ym. 2006, 89-90.)

Hoitohenkilökunnalla tulee olla arvioinnin pohjaksi tietoa erilaisista arvioinnin keinoista, jotta kivunhoito pystytään suunnittelemaan yksilöllisesti potilaan tarpeen mukaisesti. Kivun arviointiin on kehitetty monenlaisia yksiulotteisia ja moniulotteisia mittareita, joista osaa voidaan hyödyntää myös kliinisessä hoitotyössä. Postoperatiivisen kivun arviointiin käytetään pääasiassa kivun voimakkuutta mittaavia yksiulotteisia mittareita sen aiheuttaman haitan arvioinnin lisäksi kivun syyn ja sijainnin ollessa tiedossa. Koska potilaan arvon kipunsa voimakkuudesta on pohja kaikelle kivunhoidolle, antavat kipumittarit hoitohenkilökunnalle työkalun arvioida potilaan kipua ja kivunhoidon onnistumista. Siten varmistetaan kivunhoidon jatkuvuus. (Pöyhiä 2014, 144–145; Salomäki & Laurila 2014, 871; Salanterä ym. 2006, 83, 87–89)

5.1.1 Kipumittarit

Leikkausyksiköiden kivunhoidossa tavoitteellisuus on oleellista ja jotta tavoitteiden täyttymistä voidaan arvioida, tarvitaan apuvälineeksi mittareita. Arvioitaessa kipua olisi tärkeää huomioida kivun voimakkuuden arviointi sekä levossa, että potilaan ollessa

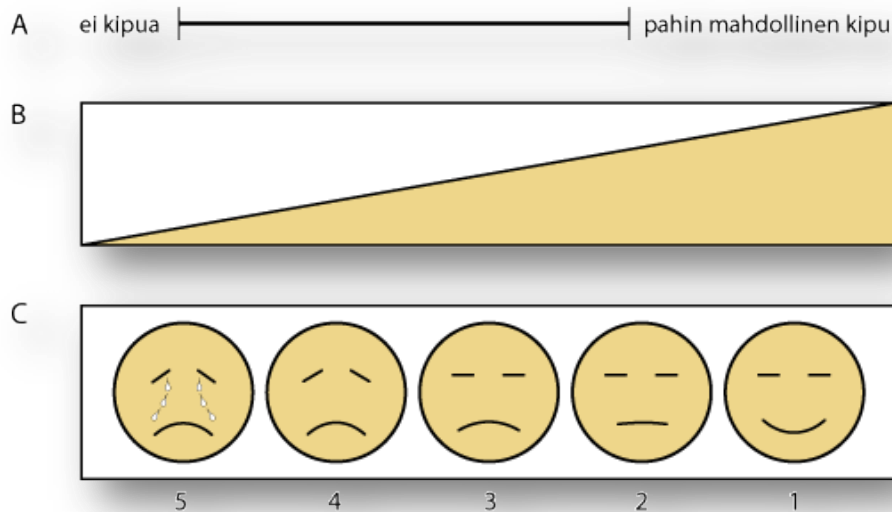
liikkeellä. Kipumittari valitaan potilaan mieltymysten mukaisesti niin, että potilaan on helppo hahmottaa mittarin asteikko ja arvioida kipuaan tämän avulla toistuvasti. Kipumittaria käyttäessä potilaalle valitaan yksi mittari, jolloin potilaan kivusta saadaan luotettava ja vertailukelpoinen arvio. Levossa arvioituna kivunhoito voidaan todeta riittämättömäksi kivun ollessa toistuvasti lievää voimakkaampaa, eli numeerisella asteikolla 0-10 yli 3. (Pöyhiä 2014, 144; Salomäki & Laurila 2014, 871; Lukkari ym. 2013, 37–373; Salanterä ym. 2006, 83–86)

Toisille luonnollisin arviointitapa on numeerinen kipumittari eli NRS, joka antaa potilaalle mahdollisuuden arvioida kipunsa voimakkuutta asteikolla 0-10. Numeerisella asteikolla 0 tarkoittaa, että potilas ei tunne lainkaan kipua ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. Toisten potilaiden on helpompi kuvata kipunsa voimakkuutta sanallisella kipuasteikolla (VRS), jonka avulla potilaan kiputunteus saadaan muunnettua numeraaliseenkin muotoon asteikolla 0-4 tai 0-10 (taulukko 1). (Pöyhiä 2014, 144-145; Lukkari ym. 2013, 372-373; Salanterä ym. 2006, 83-86)

TAULUKKO 1. Sanallinen kipuasteikko VRS muutettuna numeerisiksi arvoiksi 0-4 (Pöyhiä 2014, 144; Vainio 2009b) ja 0-10 (Salanterä ym. 2006, 84).

Asteikolla 0-4		Asteikolla 0-10	
0	ei kipua	0	ei kipua
1	lievä kipu	1-3	lievä kipu
2	kohtalainen kipu	4-5	kohtalainen kipu
3	voimakas kipu	6-7	kova kipu
4	sietämätön kipu	8-10	sietämätön kipu

Yleisiä käytössä olevia kipumittareita ovat erilaiset visuaaliset kipumittarit eli VAS-asteikot. Näiden avulla potilas osoittaa kipunsa voimakkuuden kipujanalla tai kipukiilalla, tai osoittamalla kipuaan kuvaavaa kasvokuvaa. Kipujan toinen pää kuvaa täydellistä kivuttomuutta ja toinen pahinta mahdollista kipua ja sama asteikko löytyy myös kipukiilasta. Mittarit ovat yleensä väriltään punaisia ja niissä on kääntöpuolella numeroasteikko, jolla VAS-arvio saadaan numeeriseen muotoon. Kipukasvomittarissa potilas osoittaa viidestä kasvokuvasta kipunsa voimakkuutta osuvimmin arvioivan kuvan. Kuvassa 1 on esitelty erilaisia VAS-asteikkoja. (Pöyhiä 2014, 144-145; Lukkari ym. 2013, 372-373; Vainio 2009b; Salanterä ym. 2006, 83-86)



KUVA 1. Erilaisia VAS-asteikkoja: kipujana (A), kipukiila (B) ja kipukasvomittari (C) (Vainio 2009b).

5.2 Kivunhoito

Kipu on kaikkein voimakkaimmillaan heti leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineet ovat poistuneet elimistöstä, mutta yleensä heikkenee muutaman vuorokauden kuluessa leikkauksesta. Tärkeää postoperatiivisessa kivunhoidossa on tasaisuus, jotta potilaan kiputilanne ei missään vaiheessa ole sietämätön eikä kivunhoito vuoristoratamaista niin, että potilas on välillä hyvin kipeä ja välillä väsähtänyt ja pahoinvoiva. Tehokkain postoperatiivinen kivunhoito saadaan yleensä aikaan yhdistelemällä eri mekanismein toimivia ja vaikutuspaikkoihin kohdistuvia lääkkeitä sekä niiden antoreittejä. Tällöin voidaan kivunhoidon kärsimättä pienentää lääkemannoksia, jolloin myös sivuvaikutukset vähenevät. (Salomäki & Laurila 2014, 870; Salomäki & Nuutinen 1998)

Kivunhoidossa potilasryhminä haasteellisia ovat vanhukset, opioidia käyttävät krooniset kipupotilaat ja päihdeongelmaiset (Pöyhiä 2014, 151). Esimerkiksi vanhuksilla, eli yli 75-vuotiailla potilailla, yksilölliset erot lääkeaineiden metabolismissa ovat suuria, joten kipulääkkeiden annostelu on haastavaa. Jos vanhus saa liian suuria opioidiannoksia, voi leikkauksesta toipuminen olla hitaampaa. (Pesonen 2012, 157.) Päihdeongelmaisten kohdalla kivunhoidossa saatetaan usein ajatella lääkkeiden väärinkäytön mahdollisuutta. Akuutin kivun alihoidaminen on kuitenkin päihdeongelmaiselle potilaalle haitallisempaa kuin tarpeetta hoitaminen, sillä voimakkaan kivun aiheuttama stressi ja kivulle herkis-

tyminen voivat lisätä huumeiden käyttöä. Täytyy myös muistaa, että kivunhoito on aina eettisesti perusteltua, vaikka potilaalla olisikin päihdeongelma. (Tacke 2010, 129-131.) Tämän vuoksi onkin tärkeää suunnitella kivunhoito yksilöllisesti ja vasteenmukaisesti.

5.2.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Leikkauksen jälkeen kaikille potilaille pyritään määräämään parasetamolia ja/tai tulehduskipulääkkeitä lukuun ottamatta potilaita, joilla niiden käyttöön on vasta-aiheita. Parasetamolien käytölle vasta-aiheita ovat muiden muassa maksan tai munuaisten vaja-toiminta ja yliherkkyys lääke- tai apuaineelle. Tulehduskipulääkkeille, kuten ketoprofeenille, vasta-aiheita ovat muiden muassa viimeinen raskauskolmannes, maha- tai pohjukaissuolen haavauma, aiempi ruansulatuskanavan perforaatio tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyen, yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineelle sekä maksan tai munuaisten vajaatoiminta. (Pöyhiä 2014, 149; Terveysportti lääketietokanta 2012)

Tulehduskipulääkkeitä annetaan yleensä suun kautta, mutta joistakin tulehduskipulääkkeistä on kehitetty myös parenteraalinen lääkemuoto. Tämä mahdollistaa tulehduskipulääkkeiden annon heti leikkauksen jälkeen, kun enteraalinen kipulääkitys ei ole mahdollista. Kuten muillakin lääkkeillä, myös tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla on sivuvaikutuksia. Tavallisin haittavaikutus on maha-suolikanavan ärsytys. Tulehduskipulääkkeiden käyttöön voi liittyä haitallisia vaikutuksia munuaisten toimintaan, varsinkin jos munuaisten verenkierto on jo heikentynyt valmiiksi ja ne voivat lisätä vuototaipumusta heikentämällä verihiiutaleiden kiinnittymistä toisiinsa. Lievinä sivuvaikutuksina voi esiintyä huimausta, pahoinvointia, päänsärkyä ja heikotusta, joita esiintyy myös opioidien käytössä. Tulehduskipulääkkeet eivät kuitenkaan lamaa hengitystä. Parasetamolilla ei ole tulehduskipulääkkeiden perinteisiä sivuvaikutuksia, mutta yliannostus voi johtaa maksanekroosiin. Jos kivunlievitys on näillä lääkkeillä riittämätöntä, voidaan niiden lisäksi postoperatiiviseen kivunhoitoon yhdistää myös heikon opioidin kuten kodeiinin tai tramadolin käyttö. (Pöyhiä 2014, 149; Terveysportti lääketietokanta 2012; Nurminen 2012, 293; Salomäki & Nuutinen 1998).

5.2.2 Opioidit

Jos kirurgia on vaativaa, esimerkiksi ylävatsakirurgiaa, tarvitaan edellisten lisäksi myös vahvempi opioidi tai jokin puudutusmuoto mukaan hoitamaan postoperatiivista kipua (Pöyhiä 2014, 148–150, Salomäki & Nuutinen 2011). Opioidit ovat voimakkaimpia käytössä olevia kipulääkkeitä vaikuttaen keskushermostoon ja estäen kivun välittymistä aivoissa ja selkäytimessä. Vahvoja opioideja ovat esimerkiksi morfiini, oksikodoni ja metadoni. Opioideilla on monia haittavaikutuksia, kuten verenkierron, hengityksen tai yskänrefleksin lamaantuminen, pahoinvointi, oksentelu, ummetus, väsyminen ja pitkäaikaisessa käytössä toleranssi ja riippuvuus. (Nurminen 2012, 297-299.) NSAID-ryhmän tulehduskipulääkkeet vähentävät opioidin tarvetta 30-40%, jolloin taas esimerkiksi leikkauksen jälkeinen hengitystoiminta saattaa olla parempaa kuin pelkkää opioidia käytettäessä (Pöyhiä 2014, 151; Salomäki & Nuutinen 2011).

Suomessa yleisimmin postoperatiivisen kivunhoitoon käytetty opioidi on oksikodoni. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito toteutetaan ensisijaisesti suun kautta, mutta esimerkiksi heräämöhoidossa käytetään potilaan tokkuran takia paljon lihaksen- ja laskimon-sisäisiä injektioita, joilla pyritään saaman postoperatiivinen kipu hallintaan ja sopivat annokset vuodeosastolle. Esimerkiksi oksikodonia voidaan antaa heräämössä suonensisäisesti 4mg annoksia muutaman minuutin välein, kunnes kipu saadaan hallintaan. Opioidia voidaan myös antaa PCA-pumpun kautta siten, että potilas annostelee sitä itse tarvitessaan, kun anestesia lääkäri on määrittänyt laitteeseen suurimman mahdollinen kerta-annoksen sekä enimmäismäärät. (Pöyhiä 2014, 148–150, Salomäki & Nuutinen 2011)

5.2.3 Puudutukset kivunhoidossa

Postoperatiivisessa kivunhoidossa käytetään usein hyväksi erilaisia puudutuksia. Leikkaushaava voidaan puuduttaa paikallisesti joko ennen viiltoa tai vasta haavan sulun yhteydessä esimerkiksi pitkävaikutteisella ropivakaiinilla (vahvuus 5mg/ml). Yleinen postoperatiivinen puudutusmuoto on epiduraalipuudutus, jossa puudutuskatetri asetetaan epiduraalitalaan sellaiselle alueelle, josta leikkaushaavan aluetta hermottavat spinaalihermot kulkevat. Tavallisesti puudutteena käytetään bupivakaiinia, levobupivakaiinia tai ropivakaiinia. (Salomäki & Laurila 2014, 872, 876)

1980-luvulta lähtien puudutukset ovat olleet sektioiden pääasiallinen anestesia- ja lukuun ottamatta aina yleisanestesiassa tehtäviä hätäsektioita. Tällainen paikallisanestesia mahdollistaa perhesynnytyksen sallimalla äidin hereillä olon sektorin aikana ja samalla vältetään yleisanestesiaan liittyvät riskit. Yleisanestesiassa sektioissa käytetäänkin nykyisin vain, jos puudutukselle on vasta-aiheita. Yleisanestesiassa sektorin läpikäyneillä äideillä kivun kroonistumisen on todettu olevan todennäköisempää ja muiston voimakkaan kivun kokemisesta yleisempää kuin puudutetuilla äideillä. Alun perin sektioissa yleisimmin käytössä oli epiduraalipuudutus, mutta nykyisin spinaalipuudutus on korvannut sen nopeutensa ja tehokkuutensa ansiosta. Epiduraalipuudutuksen suurena etuna on kuitenkin katetritekniikka, jonka takia annokset voidaan jakaa useammalle antokerralle ja katetrin kautta voidaan jatkaa kivunhoitoa vielä postoperatiivisessakin vaiheessa. Epiduraalikatetriin on mahdollista yhdistää PCA-laite, jonka käytön on todettu parantavan potilastyytyväisyyttä postoperatiivisessa kivunhoidossa. (Jaakkola & Alahuhta 2014, 444–448; Salomäki & Laurila 2014, 872, 876; Asantila-Jarva 2007, 208, 210.)

Spinaalisten puudutusten ongelmana on sympaattisen hermoston salpautuminen, jolloin verenpaine laskee ja leikkauksen jälkeinen mobilisaatio tuottaa haasteita. Epiduraalises- sa kivunhoidossa on myös riski lihaskalpeaksi, ja sen välttämiseksi kivunhoitoon suositellaan niin motorisen kuin sympaattisen hermoston toiminnan koskemattomaksi jättävää joko rasva- tai vesiliukoista opioidia. Rasvaliukoinen opioidi, kuten fentanyl, aiheuttaa nopeasti kehittyvän, mutta suhteellisen lyhytkestoisesti analgesian, kun esimerkiksi vesiliukoinen morfiini tuottaa pidemmän ja hitaammin kehittyvän kivunlievityksen. (Salomäki & Laurila 2014, 872, 876; Pöyhä 2014, 148–150; Asantila-Jarva 2007, 210; Salomäki & Nuutinen 1998)

6 HOIDON JATKUVUUS NAISTENTAUTIEN LEIKKAUSTEN JA SEKTI- OIDEN POSTOPERATIIVISESSA HOIDOSSA

6.1 Naistentautien leikkaukset

Naistentautien leikkauksista puhuttaessa tarkoitetaan gynekologisia, eli naisen genitaalihin kohdistuvia leikkauksia (Terveyskirjasto 2014). Genitaaleja ovat sekä ulkosynnyttimiin kuuluvat isot ja pienet häpyhuulet sekä häpykieli, että sisäiset sukuelimet: emätin, kohtu, munanjohtimet ja munasarjat. Emätin yhdistää ulkosynnyttimet kohdun kolmesta osasta uloimpaan, kohdunkaulaan (cervix uteri). Kohdunkaula siis yhdistää emättimen kohtuonteloon (cavitas uteri), jonka seinämästä suurin osa muodostuu kohdunrungosta (corpus uteri), ja jonka katon kohdunpohja (fundus uteri) muodostaa. Kohdunpohjasta lähtevät munanjohtimet yhdistävät munasarjat kohtuun. (Sand ym. 2011, 490, 495–497.)

Gynekologiset toimenpiteet jaetaan leikkaustavan mukaisesti laparotomiseen ja vaginaaliseen kirurgiaan sekä endoskopiaihin. Gynekologisia endoskoppioita ovat kohdun tähystys (hysteroskopia) sekä vatsaontelon alueen tähystys (laparoskopia). (Heinonen 2011, 276; Ovaska 2010, 564.) Voidaan myös puhua karkeammin vain vatsanpeitteiden läpi, eli abdominaalisesti tehdyistä ja vaginaalisesti tehdyistä leikkauksista (Eskola & Hytönen 2008, 331).

Nykypäivänä instrumenttien ja videotekniikan kehittymisen ansiosta vatsaontelon gynekologisista leikkauksista lähes kaikki voidaan suorittaa laparoskooppisesti (Heinonen 2011, 276; Eskola & Hytönen 2008, 331). Tähystysleikkauksilla on avoleikkauksiin, kuten laparotomiaan, verrattuna monia etuja. Tähystyksen jälkeinen toipuminen on nopeampaa, postoperatiivinen kipu on vähäisempää ja kosmeettinen tulos on yleensä hyvä. Lisäksi sekä sairaalahoitoajat että sairauslomat ovat lyhyempiä kuin vastaavissa avoleikkauksissa. Tähystyksissä sairaalahoidon tarve on keskimääräisesti 1-3 vuorokautta ja sairausloman tarve 1-2 viikkoa avotoimenpiteen vastaavien aikojen ollessa 5-8 vuorokautta ja 4-5 viikkoa. Laparoskooppisesti toteutettavan kirurgian etuja ovat pitkällä tähtäimellä myös arpityrien alhainen ilmaantuvuus sekä suoliston vähäinen kiinnikkeisyys. (Ovaska 2010, 563–564.)

6.1.1 Yleisimmät naistentautien leikkaukset

Gynekologisissa ongelmissa yksi keskeisistä hoitokeinoista on kirurgia. Rakenteellisten muutosten hoito on ensisijaisesti kirurgista ja myös toiminnallisia häiriöitä saadaan tehokkaasti hoidettua leikkauksilla, kun konservatiivisten hoitomenetelmien käyttö ei tehoa tai niihin liittyy haittavaikutuksia. Leikkaustapa valitaan potilaan leikkaushoidon tarpeen mukaisesti ja siihen vaikuttavat monet tekijät hoidettavasta ongelmasta potilaan fyysiseen olemukseen ja omaan käsitykseen tulevasta toimenpiteestä. (Heinonen 2011, 276; Eskola & Hytönen 2008, 333)

Suomessa tehtävistä gynekologisista leikkauksista yleisin on kohdunpoisto eli hysterektomia. Niistä koostuu noin neljännes vuosittain tehtävistä gynekologisista leikkauksista. Kohdunpoistoista yli puolet tehdään oireisten kohdun hyvänlaatuisten lihaskasvainten eli myoomien takia. Muita yleisiä syitä ovat vuotohäiriöt, laskeumat sekä syöpäkasvaimet, mutta kohdunpoiston aiheina voi olla myös endometrioosi, adenomyoosi tai lantion krooniset kiputilat. Toimenpide voidaan toteuttaa laparotomiassa, vaginaalisesti tai laparoskopia-avusteisesti riippuen poistoa aiheesta, kohdun ominaisuuksista ja leikkaavan lääkärin taidoista ja kokemuksesta. (Heinonen 2011, 276–278; Eskola & Hytönen 2008, 332)

Kohdunpoistojen lisäksi yleisiä kirurgisesti hoidettavia naistentauteja ovat erilaiset laskeumat, endometrioosi sekä sivuelinten eli munanjohdinten ja munasarjojen repeämät, tukkeumat ja kasvaimet. Diagnostiset laparoskopiat ovat naistentautien hoidossa aiheellisia, jos diagnoosiin ei päästä kliinisellä selvityksellä tai kuvantamistutkimuksilla. Näissä pyritään löytämään esimerkiksi akuutin vatsakivun aiheuttaja ja monesti myös hoitamaan se samassa leikkauksessa. Esimerkiksi kohdunulkoinen raskaus tai munasarjan kiertymä voi olla tällaisen vatsakivun takana, mikä on mahdollista varmistaa tähystyksellä. Myös naisten sterilisaatiot ja niiden purkuleikkaukset, sekä hysteroskopiat, joissa nesteellä laajennettua kohtuonteloa tarkastellaan endoskoopilla, ovat gynekologisia leikkauksia. (Heinonen 2011, 276–283; Eskola & Hytönen 2008, 185–187, 332–334)

6.2 Sektiot

Sektiossa (sectio caesarea) eli keisarileikkauksessa sikiö autetaan vatsanpeitteiden ja kohdun seinämän läpi ulos kohdusta. Sektio voi olla päivystyksellinen tai elektiivinen eli suunniteltu ja sen syy voi johtua äidistä, lapsesta tai molemmista. (Uotila & Tuimala 2011, 472; Eskola & Hytönen 2008, 234.) Monesti sektio saattaa pelastaa sekä lapsen että äidin terveyden ja jopa hengen, mutta siihen liittyy myös komplikaatioiriski, joka on suurempi kuin spontaaneissa alatiesynnytyksissä ja imukuppisynnytyksissä. (Jaakkola & Alahuhta 2014, 444; Uotila & Tuimala 2011, 472). Suomessa sektioita on tehty viimeisen kymmenen vuoden aikana suhteellisen tasaiselle osuudelle synnyttäjistä, esimerkiksi vuonna 2011 16 % synnytyksistä toteutettiin sektioina. Näistä hätäsektioita oli 7 %. (Jaakkola & Alahuhta 2014, 444; THL 2012.)

6.3 Heräämöstä vuodeosastolle

Kun tutkimuksissa huomattiin suurimman osan postoperatiivisista komplikaatioista ajoittuvan välittömään leikkauksen jälkeiseen aikaan ja vuodeosastojen resurssien olevan riittämättömät tarpeelliseen tarkkailuun, alettiin välitön postoperatiivinen hoitotyö keskittää heräämöihin. Heräämöhoitotyössä korostuu potilaan tarkkailu, jonka osa-alueita ovat hengitys, verenkierto, tajunnan taso, kipu, pahoinvointi, lihasvoima, lämpötasapaino, neste-tasapaino ja leikkausalue. (Lukkari ym. 2013, 361, 368.) Ominaista naistentautien leikkausten ja sektioiden jälkeisessä hoidossa on virtsaamisen erityinen seuranta, sillä monesti potilas joutuu postoperatiivisesti harjoittelemaan virtsaamista hänelle asetetun kestokatetrin poistamisen jälkeen. Virtsaamista helpottaa rentoutumisen mahdollistava hyvä kipulääkitys. (Eskola & Hytönen 2008, 336–337.)

Jotta potilaan voi siirtää heräämöstä vuodeosastolle, tulee tiettyjen siirtokriteerien täyttyä. Kriteerit ovat kymmenkohtaiset ja liittyvät heräämössä tarkkailtaviin osa-alueisiin, joista yksi on potilaan kokema kipu. Potilaan mitatun kivun tulee olla korkeintaan lievää tai hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä ennen siirtoa. Siirtovaiheessa hoidon jatkuvuuden varmistamiseen sisältyy huolellinen kirjallinen ja suullinen raportointi potilaan hoidosta ja tilasta. Kivunhoidon osalta tämä tarkoittaa käytännössä potilaan heräämössä saamaa kipulääkitystä ja arviota kivun voimakkuudesta nyt, sekä potilaan omaa arviota voinnistaan. (Lukkari ym. 2013, 124–125; Lukkarinen ym. 2012, 25–28)

7 SAIRAAHOITAJIEN KIPUKÄSITYS

Kivunhoidon toteuttamisen, kuten muunkin sairaanhoitajan toiminnan, tulisi olla aina näyttöön perustuvaa, eli sairaanhoitajan tulisi käyttää parasta saatavilla olevaa ajantasaista tietoa potilaan hoidossa. Parhaalla ajantasaisella tiedolla tarkoitetaan luotettavaa tutkimustietoa tai sen puuttuessa muuta tietoa, joka voidaan arvioida luotettavaksi. Jopa meneillään olevaan hallitusohjelmaan (2011–2015) on kirjattu näyttöön perustuvan toiminnan ja yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen. Näyttöön perustuvat yhtenäiset käytännöt helpottavat yksittäisen ihmisen päätöksentekoa kokoamalla parhaan mahdollisen tutkimustiedon yhteen. (Hotus 2015.) Tutkimalla sairaanhoitajien kipukäsityksiä saadaan tietoa esimerkiksi siitä, kuinka hyvin näyttöön perustuva toiminta toteutuu käytännössä. Sairanhoitajien tiedot ja asenteet korreloivat suoraan potilaan saamaan hoitoon, koska sairaanhoitaja on merkittävässä roolissa potilaan tilanteen välittämisessä lääkärille sekä vastuussa potilaan kivun arvioinnista. Jotta potilaan saamaa kivunhoitoa voitaisiin kehittää, on tärkeää saada tietoa sairaanhoitajien kipukäsityksistä.

7.1 Kipukäsityksiä suomalaisessa terveydenhuollossa

Sairanhoitajien kipukäsityksistä on tuoreita tutkimuksia, kuten Pätärin vuonna 2014 julkaistu Pro gradu-tutkielma, jossa tutkitaan sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Tutkielma käsittelee kivun arviointia ja hoitoa sekä niihin liittyviä haasteita, joita sairaanhoitajille tuottivat esimerkiksi suonensisäisten huumeiden käyttäjät, krooniset kipupotilaat ja ulkomaalaiset potilaat. Lääkkeiden väärinkäyttäjien kohdalla ajateltiin usein kipulääkkeen väärinkäytön mahdollisuutta, jolloin kivun arviointi oli haastavaa: ”-- pitää myös osata tunnistaa ne jotka tavallaan tulee hakee sitä lääkettä täältä. Pitää osata kattoo haluiks ne vaan pään sekasi tai lähtee myymään niitä.”. Arvioinnin haasteena koettiin myös potilaan oman ja sairaanhoitajan arviointi ristiriitaisuus. Kivun todellista voimakkuutta saatettiin epäillä, jos potilas arvioi kivun korkeaksi, mutta kykeni liikkumaan ja puhumaan vaivattomasti. Sairanhoitajat toivat kuitenkin selkeästi esille, että kipu on subjektiivista ja potilasta pitää aina uskoa, vaikka itse epäilisiikin kivun todellista voimakkuutta. Arviointikeinoista yhtenä merkittävimmistä ja miellyttävimmistä koettiin haastattelu, mutta arviointiin käytettiin myös kipumittareita, yleisimpinä VRS, NRS ja VAS. (Pätäri 2014, 25, 27–28, 34–35)

Myös Lahti kollegoineen (2007, 35) on tutkinut hoitohenkilökunnan tietoja ja asenteita kivusta ja kivunhoidosta Töölön sairaalan neurokirurgisella ja ortopedisella vuodeosastolla kyselyllä, johon vastasi yhteensä 80 perus- ja sairaanhoitajaa. Kyselyssä selvisi, että hoitohenkilökunnan tiedot opioideista olivat selvästi heikommät kuin tulehduskipulääkkeistä, jotka olivat selvästi tutumpia. Parhaan kivunlievityksen löytymiseksi osattiin kuitenkin yhdistellä eri mekanismein toimivia kipulääkkeitä. Vastaajien asenteet kivunhoitoa kohtaan tulivat hyvin ilmi siitä, että vain 65 % vastanneista hoitajista uskoi potilaan ilmaisemaan kipuun. Yhteenvedon tuloksista käy ilmi, että hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivunhoidosta ovat hyvät, mutta asenteissa on ristiriitaisuuksia. Ongelmallisinta oli, että hoitajien mielestä kivunhoidosta oli vaikeaa saada ajankohtaista tietoa, eikä työaika riitä tiedon etsimiseen. Tämän takia pitäisikin olla työnantajan vastuulla järjestää lisäkoulutusta työajalla. (Lahti ym. 2007, 35–38.) Myös Hakalan (2004, 24–25) kyselyssä oli viitteitä siihen, että sairaanhoitajat eivät aina usko potilaan kipujen voimakkuuteen ja todenperäisyyteen: epäillessään kivun todenperäisyyttä jopa yli puolet vastaajista voisi antaa potilaille plaseboa.

Hoitohenkilökunnan kipukäsityksiä tutkittaessa koulutuksen mahdollinen vaikutus on otettava huomioon etenkin naistentautien leikkausten ja sektioiden jälkeisessä kivunhoidossa. Näiden postoperatiivisessa hoidossa on usein mukana synnytyskipun hoitoon koulutuksen saaneita kätilöitä, joiden on hyväksyttävä potilaillaan tiettyjä määriä kipua, sillä synnytyskipun täydellinen poistaminen ei aina ole mahdollista (Sarvela & Volmanen 2014). Synnytysten kivunhoidosta eri ammattien edustajat ovatkin esittäneet hyvin eriäviä mielipiteitä. Esimerkiksi obstetrisen anestesiologian erikoislääkäri Johanna Sarvela kertoo Lääkärilehdessä (2013) julkaistussa artikkelissaan synnytyskipun tehokkaan hoidon olevan edelleen kyseenalaistettuna. Hänen mukaansa kivun ajatellaan kuuluvan luonnolliseen synnytykseen ja lääkkeellisen kivunhoidon epäillään vaikuttavan sen kulkuun, vaikka tutkimusten mukaan näin ei ole.

Kätilöliiton varapuheenjohtaja Päivi Perttu on Helsingin sanomien haastattelussa (2013) tuonut esiin huolensa lääkkeiden käytön matalasta kynnyksestä ennen muiden kivunlievitysvaihtoehtojen miettimistä. Hän myös kehottaa synnyttäjiä ”kokeilemaan omia rajojaan” ja ”luottamaan omiin voimavaroihinsa” lääkkeellisen kivunlievityksen välttämiseksi. (HS 2013). Nämä tietenkin ovat vain yksittäisiä lausuntoja, mutta esimerkiksi Perttu asemansa vuoksi edustaa Kätilöliiton yleistä mielipidettä. Mahdollista on, että

tämä kivun hyväksyminen on muodostunut osaksi kätilöiden kipukäsitystä, jolloin se tulisi ilmi myös postoperatiivisessa kivunhoidossa.

7.2 Ferrelin ja McCafferyn kaavake tutkimuksissa

Sairaanhoitajien asenteita ja tietoja kivusta on tutkittu kansainvälisesti keräämällä tutkimusaineistoa myös tässä työssä käytetyllä WHO:n hyväksymällä Ferrelin & McCafferyn (2012) KASRP-kaavakkeella. Esimerkiksi Turkissa 246:a sairaanhoitajaa koskeva tutkimus pohjautui tietoon siitä, että potilaat kärsivät usein tarpeettomasti kivusta sairaalassa ollessaan. Aiemmissa tutkimuksissa suurimmaksi syyksi potilaiden vaikean kivun kokemiseen sairaalassa oli todettu sairaanhoitajien tietojen ja asenteiden puutteellisuus. Tutkimustulokset osoittivat, että vastaajien tietämys kivunhoidosta oli heikkoa: oikeiden vastausten osuus kaikista vastauksista oli 39,65 %. (Yava ym. 2013, 494.)

Monissa tutkimuksissa erityisesti farmakologinen tietous on osoittautunut heikoksi (Mocerin & Drevdahl 2014, 6; Yava ym. 2013, 495, 497; Vickers 2011, ix). Esimerkiksi Yavan ym. (2013) tutkimuksessa tietous lääkkeiden annoksista ja antotavoista osoittautui huonoksi. Korkeammin koulutetuilla ja lisäkoulutusta valmistumisen jälkeen saaneilla hoitajilla tiedot kivunhoidosta olivat selkeästi paremmat. (Yava ym. 2013, 495, 497.) Myös Vickersin 2011 Irlannissa tekemässä tutkimuksessa, jossa mittarina käytettiin KASRP-kaavaketta, heikoimmat tiedot vastaajilla oli kivun farmakologisesta hoidosta ja korkeamman koulutuksen todettiin parantavan yksittäisen vastaajan tietoja. (Vickers 2011, ix.) Mocerin ja Drevdahlin (2014) tutkimuksessa tulokset olivat samankaltaiset: kahdeksasta vaikeimmasta kysymyksestä viisi käsitteli opioideja, kaksi riippuvuutta ja yksi kivun arviointia. Näiden kysymysten analysoinnissa korkeammalla koulutustasolla oli heikko positiivinen vaikutus oikeiden vastausten määrään. (Mocerin & Drevdahl 2014, 6.)

Ferrelin ja McCafferyn kaavakkeen vanhempaa (1998) versiota on käytetty mittarina Yhdysvalloissa vuonna 2001 tehdyssä tutkimuksessa, jossa tutkimuskohteena oli 30 tehohoitoyksikön sairaanhoitajaa. Tutkimuksissa hoitajien asenteita ja tietoja kivunhoidosta testattiin ennen kivunhoitoon painottuvaa lisäkoulutusta sekä sen jälkeen tarkoituksena selvittää lisäkoulutuksen hyötyä kivunhoidossa. Tutkimuksessa selvisi, että hoitajilla oli hyvät tiedot ja asenteet kivunhoitoon jo ennen koulutusta, jolloin keskimääräi-

nen oikeiden vastausten osuus oli 72,9 %. Lisäkoulutus kuitenkin teki merkittävän eron hoitajien tietoihin ja asenteisiin, sillä koulutuksen jälkeen prosenttiluku oli 86,2 %. Tuloksista pääteltiin, että koulutusta kivunhoitoon liittyen pitää järjestää niin sairaanhoitajaopiskelijoille kuin työssä olevillekin sairaanhoitajille. (Erkes, Parker, Carr & Mayo 2001, 47-53)

7.3 Muita tutkimuksia postoperatiivisesta kivusta

Postoperatiivista kipua, sen kokemista ja hoitoa on tutkittu ympäri maailmaa monista eri näkökulmista. Norjassa 2012 toteutetussa tutkimuksessa kirurgisten vuodeosastojen lääkäreitä ja hoitajia pyydettiin vastaamaan kyselyyn omasta pätevyystään postoperatiivisen kivun hoidossa. Tuloksista tuli ilmi, että 69 % vastanneista koki olevansa päteviä tai erittäin päteviä nosiseptiivisen kivun hoidossa, mutta vain 16 % neuropaattisen kivun hoidossa. Potilaiden arvioitiin saavuttavan tyydyttävää kivunhoitoa usein tai hyvin usein. Lisäksi tutkimuksessa tuli esille yleinen tyytymättömyys postoperatiivisen kivunhoidon tietojen päivitykseen. (Rognstad ym. 2012, 545.)

Postoperatiivisen kivunhoidon laatua Ruotsissa tutkinut Idvall (2004) vertailee tutkimuksessaan potilaiden arviota saamastaan kivunhoidosta hoitajien arvioon sen toteutuksesta. Hoitajien pyydettiin lisäksi vastaamaan kysymyksiin hyvän kivunhoidon eri aspektien toteuttamisen realistisuudesta käytännössä. Tutkimuksessa tuli ilmi niin hoitajien kuin potilaidenkin taholta, että hoidon laatu monilta osin arvioitiin matalammaksi kuin hoitajien arvio siitä, mikä todellisuudessa olisi mahdollista toteuttaa. Epäkohdiksi koettiin esimerkiksi kivun arviointi ja informointi. (Idvall 2004, 162)

8 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

8.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista vastaamalla kysymyksiin kuinka paljon ja miten usein, eli korostaa yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Muuttuja voi koskea esimerkiksi henkilön toimintaa tai ominaisuutta. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ilmiöitä, jotka koskevat luontoa tai ominaisuuksia ja asioita, jotka koskevat ihmistä. Tutkimuksen tekemisessä keskeisiä asioita ovat muun muassa aiheesta tehdyt aiemmat teoriat ja tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, käsitteiden määrittely ja hypoteesien teko. Havaintoyksiköitä, kuten vastaajia, on tyypillisesti vähintään 100. Mitä suurempi otos, sitä paremmin se edustaa joukon keskimääräistä asennetta tai mielipidettä. Kvantitatiiviselle tutkimusmenetelmälle on ominaista käsitellä ja tarkastella tietoa numeraalisesti ja saattaa havaintoaineisto tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Täten on tärkeää jo suunnitteluvaiheessa varmistaa havaintoaineiston soveltuminen määrälliseen mittaamisenmenetelmään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139–140; Vilka 2007, 13–17, 19)

Vaikka tutkimustieto on numeraalista, tulkitaan tutkimustieto sanallisesti. Kun tutkimuskohteena ovat esimerkiksi henkilöitä koskevat asiat, pitää tutkittavat asiat muuttaa rakenteellisiksi, eli tutkittava asia tulee operationalisoida ja strukturoida. Operationalisoinnissa teoreettiset asiat muutetaan helposti ymmärrettäviksi. Strukturoinnissa tutkittava asia ja sen ominaisuudet vakioidaan lomakkeeseen etukäteen vaihtoehtoiksi niin, että kaikki ymmärtävät kysymykset samalla tavalla ja ne myös kysytään jokaiselta vastaajalta samalla tavalla. (Vilka 2007, 14–17)

Opinnäytetyö päätettiin tehdä kvantitatiivisella menetelmällä, koska siinä haluttiin selvittää usean eri osaston hoitohenkilökunnan kipukäsityksiä. Tästä syystä otoksesta tuli laaja, mikä tukee kvantitatiivisen menetelmän käyttöä. Opinnäytetyön tavoitteen kannalta oli tärkeää saada laaja kuva jokaisen osaston hoitohenkilökunnan kipukäsityksistä, jolloin laadullinen tutkimusmenetelmä ei olisi ollut käytännöllinen. Lisäksi samasta aiheesta on tehty useampia kvantitatiivisia tutkimuksia, jotka antavat vertailukohtia opinnäytetyön tulosten tarkasteluun.

8.2 Aineiston kerääminen

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä kyselyllä, haastattelulla, systemaattisella havainnoinnilla ja käyttämällä hyväksi muita aineistoja, kuten valmiita rekistereitä tai tilastoja. Kyselyssä kysymysten muoto on vakioitu ja kysely voidaan toteuttaa niin postitse kuin internetissäkin. (Vilka 2007, 27–31.) Opinnäytetyössä päätettiin käyttää kyselyä aineiston keruumenetelmänä, koska tutkittavia oli melko paljon ja aiheen henkilökohtaisen luonteen kannalta oli tärkeää, että jokainen vastaaja pystyy luontevasti tuomaan esiin oman subjektiivisen tietonsa ja asenteensa. Koska aihe käsittää faktatiedon lisäksi asenteet, koettiin kyselylomake haastattelua luotettavammaksi mittariksi, jotta haastattelijan ilmeet tai eleet eivät vaikuttaisi tutkittavan vastauksiin. Lisäksi työn tekijöiden resurssit eivät olisi riittäneet koko kohderyhmän haastatteluun.

Aineisto kerättiin jakamalla paperiset kyselylomakkeet osastojen kahvihuoneisiin pöydien palautuslaatikoiden kanssa. Paperiset lomakkeet valittiin elektronisen kyselyn sijaan, sillä vastausprosentin ajateltiin olevan suurempi vastaamisen ollessa mahdollista kahvihuoneessa esimerkiksi kahvi- tai ruokatauolla. Paperinen kyselylomake on myös helpompi huomata kuin sähköpostiin lähetettävä kysely, joka olisi voinut hukkuu muun sähköpostin joukkoon. Vastausaika oli 1.-17.12.2014 eli 2,5 viikkoa. Kahdelle osastolta kyselylomakkeet käytiin henkilökohtaisesti esittelemässä osastotunnilla ja lopuille kyselyn esitteli kyseisten osastojen osastonhoitaja sähköpostitse. Kyselylomakkeiden ja vastauslaatikoiden lisäksi jokaiselle osastolle toimitettiin kaksi saatekirjettä (liite 1), yksi kahvihuoneeseen ja toinen osaston kansliaan. Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön aiheesta, tekijöistä ja kyselylomakkeesta. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin vastausaika ja mistä kyselylomakkeet sekä vastauslaatikot löytyvät.

8.3 Kyselylomake

Opinnäytetyön kyselylomake perustui 2012 päivitettyyn KASRP-kaavakkeeseen, jonka käyttöön osissa tai kokonaisuudessaan annetaan lupa kaavakkeen saatekirjeessä. Kyselylomaketta varten suomennettiin ja muotoiltiin kysymyksiä sopimaan paremmin työn tehtäviin, sekä samasta syystä jätettiin joitain kysymyksiä pois. Lisäksi kyselylomakkeeseen lisättiin kirjallisuuteen perustuvia kysymyksiä, joilla pyrittiin saamaan lisätietoa kivun arvioinnista, jota Ferrelin ja McCafferyn (2012) kaavake ei käsittele. Lomakkeen

lopullista muotoa hiottaessa aihetta strukturoitiin muotoilemalla suomennettuja ja lisättyjä kysymyksiä yksiselitteisiksi monivalinta- ja oikein/väärin-kysymyksiksi. Lomakkeen perustuessa valmiiseen, samaa aihetta mittaavaan kaavakkeeseen, ei operationalisointia tarvinnut tehdä kuin lisättyjen kysymysten osalta. Valittujen kysymysten varmistettiin kuitenkin perustuvan myös opinnäytetyössä käsiteltyyn teoriaan.

Lopulliseen kyselylomakkeeseen (liite 2) tuli neljä sivua, joista ensimmäisellä kysyttiin vastaajan taustatietoja. Lopuilla kolmella sivulla oli yhteensä 20 kysymystä aiheeseemme liittyen, joista kysymykset 7–14 olivat monivalintakysymyksiä ja 15–27 oikein/väärin-kysymyksiä. Näistä kysymykset 7a, 7b ja 8 olivat työn tekijöiden muodostamia. Kysymyksiin 9–27 on olemassa oikeat vastaukset, jotka esitellään Ferrelin ja McCafferyn (2012) kaavakkeen ohessa. Kysymykset 7a ja 7b kartoittavat hoitohenkilökunnan kivun arviointikeinoja, eikä niihin ole oikeita vastauksia. Kysymykseen 8 löytyy oikea vastaus kirjallisuudesta. Kyselykaavakkeen oikeat vastaukset ovat tämän työn liitteenä (liite 3). Kyselylomake esiteltiin sairaanhoitajaopiskelijoilla, jonka jälkeen kysymysten muotoiluun tehtiin pieniä muutoksia.

8.4 Aineiston analyysi

Osastoille vietiin yhteensä 114 lomaketta, joista täytettynä palautui 57 lomaketta. Ohjeiden mukaisesti täytettyjä lomakkeita oli yhteensä 39. Puutteellisesti täytetyissä lomakkeissa ohjeistuksesta huolimatta joihinkin kohtiin ei ollut vastattu tai vaihtoehtoista oli rastitettu useampi kuin yksi. Analysoinnissa myös puutteellisesti täytetyt lomakkeet otettiin huomioon tekemällä havaintomatriisiin muutoksia. Näin kaikki lomakkeet saatiin käyttöön ja vastausprosentti nousi 50 %:iin. Aineisto analysoitiin SPSS-tilastointiohjelmalla. Kyselylomakkeen perusteella muodostettiin havaintomatriisi, johon määriteltiin muuttujat kysymysten mukaisesti. Jokaiselle muuttujalle määriteltiin arvot vastausvaihtoehtojen perusteella, esimerkiksi muuttujana sukupuoli, jolle määriteltiin arvot 1= nainen ja 2= mies. Kyselylomakkeet numeroitiin ennen havaintoyksiköiden tietojen syöttämistä tilastointiohjelmaan. Analysoinnissa havaintomatriisiin lisättiin monivalintakysymyksiin kohdat ”Ei vastausta” ja ”Useampi vastaus, yksi oikein” ja oikein/väärin -kysymyksiin kohta ”Ei vastausta/molemmat ympyröity”. Analysoinnissa käytettiin hyväksi ristiintaulukointia ja keskiarvojen laskemista. Lisäksi ohjelman avulla saatiin muodostettua tuloksia selkeyttäviä kaavioita sekä taulukoita.

9 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä osassa esitellään opinnäytetyön tulokset sekä niiden perusteella tehtyjä johtopäätöksiä. Lisäksi opinnäytetyön tuloksia verrataan aiempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Tulokset ovat eritelty väliotsikoihin kyselylomakkeen teemojen mukaisesti. Koska lomake perustuu Ferrelin ja McCafferyn (2012) kehittämään KASRP-kaavakkeeseen, myös tulosten analysoinnissa on käytetty kaavakkeen oikeita tutkimuksiin pohjaavia vastauksia sekä kirjallisuutta.

9.1 KASRP-kaavakkeen käyttäminen opinnäytetyössä

Saatekirje (liite 1), kyselylomake (liite 2) ja lomakkeen oikeat vastaukset (liite 3) löytyvät liitteinä työn lopusta. Aineistossa on eritelty leikkausosaston hoitajien vastaukset vuodeosastojen hoitajien vastauksista, jotta vastausten analysointi olisi mielekästä potilaan kivunhoidon jatkuvuuteen nähden potilaan siirtyessä leikkausosaston heräämöstä jollekin opinnäytetyössä mukana olevista vuodeosastoista. Tuloksissa esitetään vuodeosastot yhtenä kokonaisuutena ja leikkausosasto toisena. Leikkausosaston vastausprosentti (60 %) oli suurempi kuin otoksen kokonaisvastausprosentti (50 %). Vuodeosastoilla vastausprosentti oli 48 %.

Aiemmissä tutkimuksissa, joissa on käytetty KASRP-kaavaketta, on tuloksista laskettu ”the mean total KASRP score” eli oikeiden vastausten prosenttiosuus kaikista vastauksista. Joissain tutkimuksissa tästä on käytetty myös termiä ”correct answer rate”. Ferrel ja McCaffery (2012) ovat määritelleet vastaajien tiedot riittäviksi, jos tämä luku on yli 80 %. Opinnäytetyössä luvusta käytetään termiä oikeiden vastausten kokonaisprosentti. Vaikka opinnäytetyössä on käytetty vain osia KASRP-kaavakkeesta, on silti hyödyllistä laskea samalla tavalla oikeiden vastausten osuus. On kuitenkin huomioitava, että tätä prosenttilukemaa ei voida suoraan verrata aiempien tutkimusten vastaaviin lukuihin, sillä kyseessä ei ole täysin sama mittari.

Oikeiden vastausten kokonaisprosentti koko otoksesta oli 72 %. Leikkausosastolla lukema oli 80 % ja vuodeosastoilla 70 % (taulukko 2). Vertaamalla oikeiden vastausten kokonaisprosenttia esimerkiksi aiemmin esitellyn Turkissa tehdyn tutkimuksen vastaa-

vaan prosenttilukemaan 39,65 % voidaan otoksen tietojen ja asenteiden kivunhoidosta todeta olevan melko hyvät (Yava ym. 2013, 494). Otoksen oikeiden vastausten kokonaisprosentti on lähes sama kuin Erkesin ym. (2001, 50) tekemän tutkimuksen kokonaisprosentti (72,9 %) ennen hoitajien saamaa lisäkoulutusta aiheesta. Huomattavaa on myös, että leikkausosaston oikeiden vastausten kokonaisprosentti (80 %) on jo lähellä saman tutkimuksen lisäkoulutuksen jälkeistä oikeiden vastausten kokonaisprosenttia (86,2 %) (Erkes ym. 2001, 50).

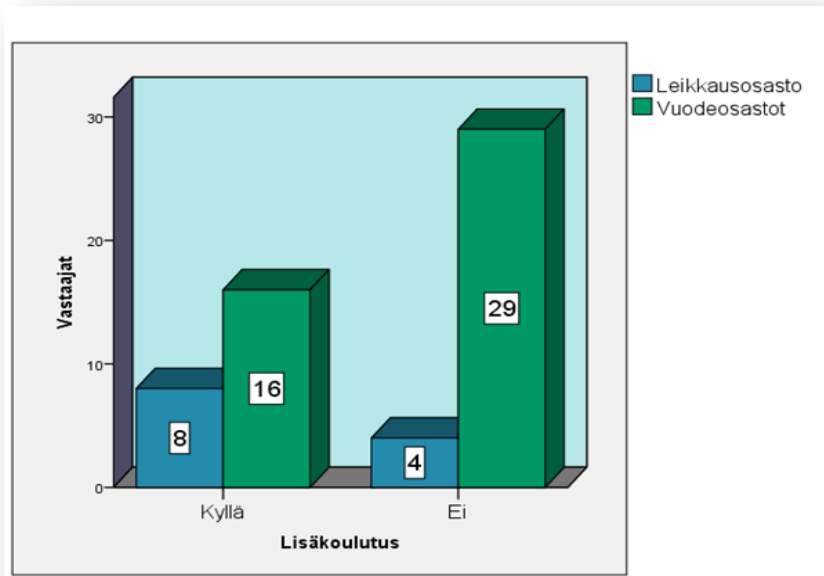
TAULUKKO 2. Oikeiden vastausten kokonaisprosentti otoksessa

	Oikeiden vastausten kokonaisprosentti
Koko otos	72 %
Leikkausosasto	80 %
Vuodeosastot	70 %

9.2 Vastaajien taustatiedot

Kaikista vastaajista (n=57) 100 % oli naisia. Vastaajista leikkausosastolla työskenteli 21 % (n=12) ja vuodeosastoilla yhteensä 79 % (n=45). Nuorin vastaajista oli 23-vuotias ja vanhin 64-vuotias. Vastaajien keski-ikä oli 40 vuotta. Työkokemuksen määrä vaihteli 1 ja 40 vuoden välillä, keskimääräisesti työkokemusta oli 14 vuotta. Leikkausosaston hoitohenkilökunnan keskimääräinen työkokemus oli 17,3 vuotta. Vuodeosastoilla keskimääräinen työkokemus oli 13,6 vuotta.

Otoksessa oli koulutukseltaan 31,6 % (n=18) sairaanhoitajia, 64,9 % (n=37) kättilöitä ja 3,5 % (n=2) perushoitajia. Muutamit vastaajat olivat ilmoittaneet useamman koulutuksen, esimerkiksi perushoitaja ja sairaanhoitaja tai kättilö ja sairaanhoitaja, jolloin aineistoon kirjattiin opintopisteiltään laajin tai koulutusasteeltaan korkein koulutus. Taustatiedoissa kysyttiin myös saadusta lisäkoulutuksesta kivunhoitoon liittyen. Vastaajista 42 % (n=24) oli saanut lisäkoulutusta kivunhoitoon liittyen esimerkiksi työnantajan kautta. Leikkausosaston hoitohenkilökunnasta 67 % (n=8) oli saanut lisäkoulutusta kivunhoitoon liittyen. Vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta vain 36 % (n=16) oli saanut lisäkoulutusta. (kuvio 2.)



KUVIO 2. Leikkausosaston ja vuodeosastojen hoitohenkilökunnan saama lisäkoulutus kivunhoitoon liittyen

Oikeiden vastausten kokonaisprosentista ja vastaajien taustatiedoista voidaan tehdä joitakin mahdollisia johtopäätöksiä. Leikkausosaston hoitohenkilökunnan työkokemus ja lisäkoulutuksen saaminen saattavat vaikuttaa siihen, että oikeiden vastausten kokonaisprosentti leikkausosastolla oli koko otoksen vastaavaa suurempi. Vuodeosastoilla keskimääräinen työkokemus oli otoksen keskimääräistä työkokemusta pienempi ja lisäkoulutusta saaneiden vastaajien prosenttiosuus koko otoksen lisäkoulutusta saaneiden prosenttiosuutta pienempi. Tämä voi vaikuttaa oikeiden vastausten kokonaisprosenttiin, joka oli otoksen oikeiden vastausten kokonaisprosenttia pienempi.

Aiempien tutkimusten valossa lisäkoulutus vaikuttaa hoitohenkilökunnan asenteisiin ja tietoihin (Moceri & Drevdahl 2014, 10; Yava ym. 2013, 497; Erkes ym. 2001, 50). Näin ollen lisäkoulutuksen voitaisiin ajatella tässäkin opinnäytetyössä vaikuttavan tuloksiin. On kuitenkin huomioitava mahdollisen kolmannen tekijän vaikutus. Esimerkiksi erilaiset työympäristöt ja toisenlaiset työtehtävät voivat vaikuttaa hoitohenkilökunnan tietoihin ja asenteisiin joko positiivisesti tai negatiivisesti. Tästä syystä suoria syy-seuraussuhteita on mahdotonta tehdä.

9.3 Kivun arviointi

Kyselylomakkeessa kysyttiin monivalintaväittämällä hoitohenkilökunnan käyttämiä kivun arviointitapoja kysymyksissä 7a ja 7b. Väittämässä 7a vastaajan tuli rastittaa käyttämänsä kivun arviointimenetelmä/-t neljästä vaihtoehdosta, joita olivat ”käyttämällä kipumittareita”, ”tarkkailemalla vitaalielintoimintoja”, ”kysymällä potilaalta” sekä ”tarkkailemalla eleitä ja ilmeitä”. Jos vastaaja oli rastittanut vaihtoehdon ”käyttämällä kipumittareita” tuli hänen vastata myös väittämään 7b, jossa vastaajaa pyydettiin rastittamaan arvioinnissa käyttämänsä kipumittari/-t. Vaihtoehtoja väittämässä oli viisi: kipujana, kipukiila, kipukasvomittari, numeerinen kipumittari ja sanallinen kipumittari.

Taulukossa 3 esitetään hoitohenkilökunnan käyttämät kivun arviointitavat prosenttiosuutena kaikista väittämään 7a vastanneista leikkausosastolla ja vuodeosastoilla. Vastauksista käy ilmi, että niin leikkausosastolla kuin vuodeosastoillakin suurin osa vastanneista käyttää potilaan kipua arvioidessaan hyväkseen erilaisia kivun arviointikeinoja monipuolisesti ja yhdistellen.

TAULUKKO 3. Hoitohenkilökunnan käyttämät kivun arviointitavat

Kivun arviointitapa	Leikkausosasto (n=12)	Vuodeosastot (n=45)	Yhteensä (n=57)
Eleiden tarkkailu	100% (n=12)	96% (n=43)	96% (n=55)
Potilaalta kysyminen	100% (n=12)	98% (n=44)	98% (n=56)
Vitaalien tarkkailu	100% (n=12)	93% (n=42)	95% (n=54)
Kipumittareiden käyttö	83% (n=10)	87% (n=39)	86% (n=49)

Vastaajista leikkausosastolla 83 % ja vuodeosastoilla 87 % kertoi käyttävänsä kipumittareita kivun arvioinnissa. Tulos kertoo hyvästä asenteesta kivunhoidossa, sillä mittareita käyttämällä sairaanhoitaja saa parhaan käsityksen potilaan itse kokemasta kivusta ja vertailukohdan kivunhoidon jatkoa ajatellen. Hakalan (2004, 25) kyselyssä tulee esille sairaanhoitajien kokevan kivun arvioinnin olevan vaikein asia kivunhoidossa ja suurin osa (99 %) koki kipumittareiden käytön helpottavan arviointia. Kuitenkin näistä hoitajista vain 34 % käytti kipumittaria aina potilaan kivun arvioinnissa (Hakala 2004, 25). Saman tuloksen saivat myös Lahti ym. (2007, 37–38) kyselyssään: vastanneista vain 4

% käytti kipumittareita, vaikka suurimman osan mielestä niiden käyttö helpottaa kivun arviointia.

Taulukossa 4 on esitetty leikkausosaston ja vuodeosastojen hoitohenkilökunnan väittämään 7b vastanneiden käyttämät kipumittarit kivun arvioinnissa. Osa vastaajista oli vastannut väittämään 7b, vaikka ei ollut vastannut kysymykseen 7a vaihtoehdolla ”käyttämällä kipumittareita”, joten nämä vastaukset jätettiin huomioimatta vastausten analysoinnissa. Selkeästi eniten käytetyt kipumittarit ovat sanallinen ja numeraalinen mittari ja vähiten käytettyjä ovat erilaiset visuaaliset kipumittarit. Esimerkiksi kipukasvomittaria käytti vain muutama vastaajista. Tätä saattaa selittää sen yleisin käyttö lasten kivun arvioinnissa, sillä kyselyyn osallistuneilla osastoilla lapsia ei hoideta.

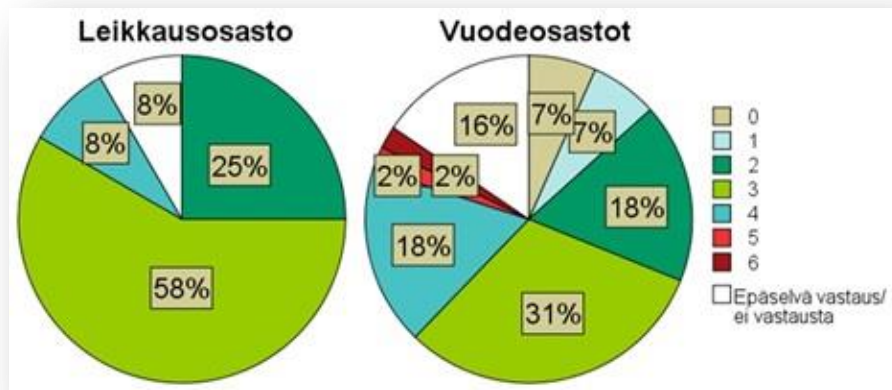
TAULUKKO 4. Hoitohenkilökunnan käyttämät kipumittarit

Käytetty kipumittari	Leikkausosasto (n=12)	Vuodeosastot (n=45)	Yhteensä (n=57)
Kipujana	8 % (n=1)	7% (n=3)	7% (n=4)
Kipukiila	25% (n=3)	2% (n=1)	7% (n=4)
Kipukasvomittari	0% (n=0)	4% (n=2)	4% (n=2)
Sanallinen mittari	50% (n=6)	42% (n=19)	44% (n=25)
Numeerinen mittari	58% (n=7)	69% (n=31)	67% (n=38)

Väittämässä 8 vastaajia pyydettiin ympyröimään kipujanalta (asteikko 0-10) yksi numero, joka hänen mielestään vastasi potilaan maksimiarviota kivustaan kivunhoidon ollessa onnistunutta. Kysymyksen kirjallisuudesta löytyvä oikea vastaus, alle 3, koskee postoperatiivista kivunhoitoa (Pöyhiä 2014, 144). Tulokset ovat esitettyinä kuviossa 3 leikkausosaston sekä vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vastauksien mukaisesti. Tässä kysymyksessä osa vastaajista oli vastannut toisin kuin oli ohjeistettu, jonka takia osa vastauksista jouduttiin analysoimaan ”epäselväksi vastaukseksi”. Useaan lomakkeeseen oli lisäksi kysymyksen ohkeen kirjoitettu, että tällainen arviointi vaatisi vertailukohtaan potilaan kivulle, mikä kertoo arvioinnin vaikeudesta ja mahdollisesta tietojen puutteesta.

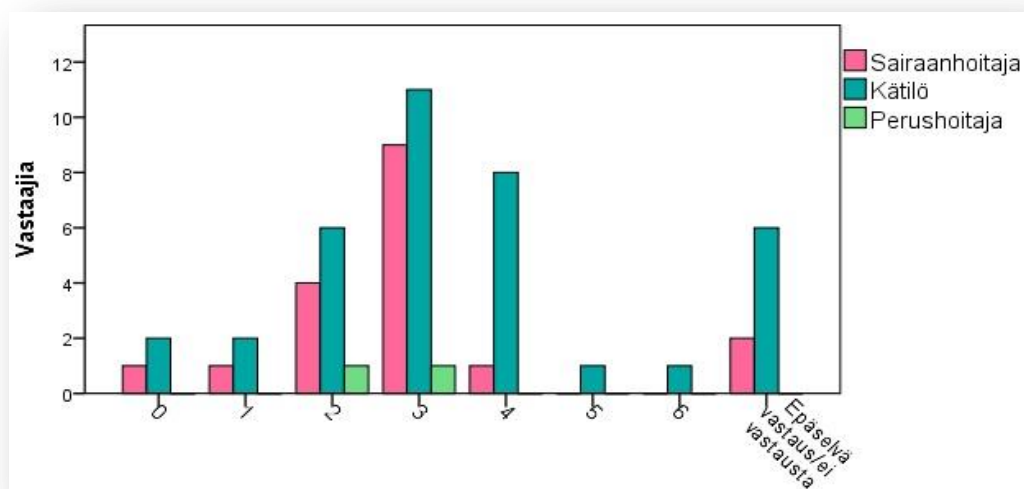
Niin leikkausosastolla kuin vuodeosastoillakin suurin osa vastaajista tiesi oikean vastauksen väittämään 8. Vastaajista leikkausosastolla 25 % ja vuodeosastoilla 18 % oli vastannut ”2”, joka kertoo hyvästä asenteesta pyrkimyksen ollessa potilaan hyvin pieni

kivuliaisuus. Toisaalta pyrkimys kipuarviossa hyvin pieneen lukemaan voi aiheuttaa epäonnistumisen tunnetta kivunhoidon toteutuksessa niin hoitohenkilökunnalle kuin potilaallekin, jos tämä odottaa täyttä kivuttomuutta postoperatiivisesti.



KUVIO 3. Hoitohenkilökunnan vastaukset väittämään 8: ” Kivunhoito on onnistunutta, kun potilas arvioi kivun voimakkuuden olevan maksimissaan --”

Koulutuksen merkitystä arviointiin pohdittiin, mutta tilastollisesti selkeitä eroja eri koulutuksen saaneiden hoitajien välillä ei ollut. Vastausten jakauma koulutuksen mukaisesti on esitettyä kuviossa 4. Kätilöt olivat otoksesta ainoita, joista osa (6 %) totesi kivunhoidon onnistuneeksi potilaan arvioidessa kipunsa olevan maksimissaan 5 tai 6, eli reilusti enemmän kuin oikea vastaus ”3”. Tämän voidaan ajatella johtuvan kätilöiden suuresta prosenttiosuudesta otoksessa 65 %:n vastaajista ollessa kätilöitä. Toisaalta tulokseen saattaa vaikuttaa myös kätilöiden mahdollisesti sairaan- ja perushoitajista poikkeava kipukäsitys synnytysten kivunhoidon toteuttamisen takia.



KUVIO 4. Väittämän 8 vastaukset verrattuna vastaajan koulutukseen

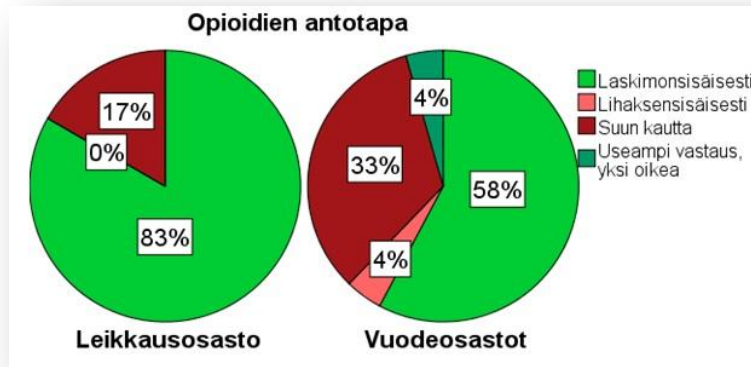
Myös lisäkoulutuksen merkitystä kivun arviointiin mietittiin. Vertaamalla vastaajien taustatietoja väittämään 8 huomattiinkin, että lisäkoulutusta saaneiden vastaajien vastauksissa oli vähemmän hajontaa kuin niiden, jotka eivät olleet saaneet lisäkoulutusta. Lisäkoulutusta saaneiden vastaukset vaihtelivat välillä 1-4 ja epäselviä tai puuttuvia vastauksia oli 12,5 % (n=3), kun lisäkoulutusta saamattomien vastaukset vaihtelivat välillä 0-6 ja epäselviä tai puuttuvia vastauksia 15,2 % (n=5). Suoraa johtopäätöstä lisäkoulutuksen vaikutuksesta ei siis voida vetää, mutta tulokset viittaisivat siihen, että lisäkoulutus voi yhtenäistää hoitohenkilökunnan tietoja ja käytäntöjä.

9.4 Monivalintakysymykset

Kyselylomakkeen kohdat 9-14 olivat Ferrelin ja McCafferyn (2012) KASRP-kaavakkeesta käännettyjä monivalintaväittämiä ja -kysymyksiä, joihin tuli vastata rastittamalla oikea vaihtoehto. Kaikkiin väittämiin ja kysymyksiin oli vain yksi oikea vastaus, mutta analysoinnissa otettiin myös omana vaihtoehtonaan huomioon vastaukset, joissa oli valittu useampi vaihtoehto, joista yksi oli oikein.

9.4.1 Opioidien suositeltu antoreitti vakavassa kivussa

Väittämässä numero 9, ”Opioidien suositeltu antotapa traumasta johtuvasta tai postoperatiivisesta, lyhytkestoisesta, vakavasta kivusta kärsivien potilaiden kivunlievityksessä on”, vastausvaihtoehtoja oli 5: laskimonsisäisesti, lihaksensisäisesti, ihonalaisesti, suun kautta ja peräsuoleen. Oikea vastaus oli laskimonsisäisesti, jonka hoitohenkilökunnasta leikkausosastolla oli valinnut 83 % (n=10) ja vuodeosastoilla 58 % (n=26). Vuodeosastoilla lisäksi 4 % (n=2) oli rastittanut useamman vaihtoehdon, joista yksi oli oikea. (kuvio 5.) Tulokset vuodeosastojen kannalta herättävät kysymyksen tietojen riittävydestä hoidon hyvän laadun varmistamiseksi, kun osastoilla toteutetaan naistentautien leikkausten ja sektioiden postoperatiivista hoitoa. Toisaalta kysymys on voitu myös ymmärtää tai lukea väärin siten, että ei ole otettu huomioon sen koskevan nimenomaisesti vakavaa, lyhytkestoista kipua.



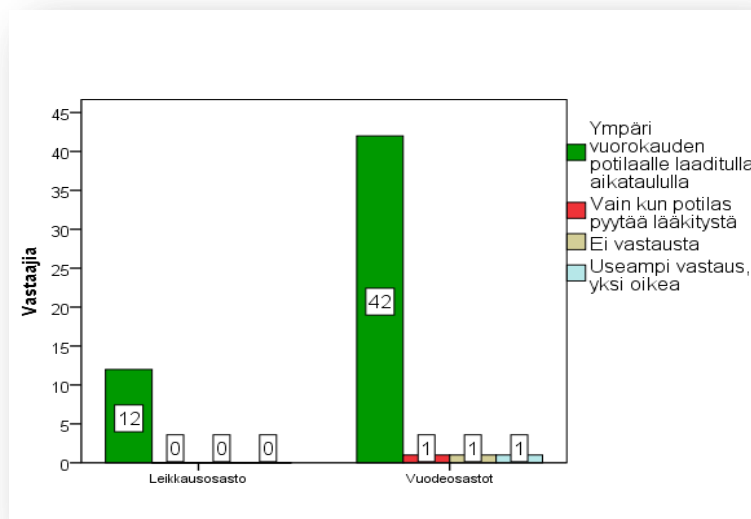
KUVIO 5. Leikkausosaston ja vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vastaukset väittämään 9 opioidien suositellusta antotavasta

Postoperatiivisessa kivunlievityksessä pyritään mahdollisimman nopeasti siirtymään laskimonsisäisestä suun kautta annettavaan tai mahdollisesti lihaksensisäiseen lääkitykseen. Vuodeosastoilla nämä ovat todennäköisesti pääasialliset lääkkeen antotavat, koska heräämöstä vuodeosastoille siirryttäessä postoperatiivisen kivun tulee olla jo hallinnassa. (Lukkarinen ym. 2012, 25–28). Tämä voi selittää sen, miksi 33 % (n=15) vuodeosastojen vastaajista on valinnut väittämään vastauksen ”suun kautta” ja 4 % (n=2) oli vastannut useamman vaihtoehdon, joista yksi oli oikea. Aiempiin tutkimuksiin verrattuna etenkin leikkausosaston vastaajien tulokset vaikuttavat hyviltä, sillä esimerkiksi Vickersin (2011, 80) tutkimuksessa tähän kysymykseen oikean vastauksen tiesi 52,1 % vastaajista. Yavan ym. (2013, 500) tutkimuksessa vain 32,5 % vastaajista vastasi oikein tähän väittämään.

9.4.2 Milloin kipulääkitystä annetaan?

Väittämä numero 10 käsitteli postoperatiivisen kivun ensisijaista lääkityksen antotapaa, vastausvaihtoehtoina ”ympäri vuorokauden potilaalle laaditulla aikataululla”, ”vain kun potilas pyytää lääkitystä” ja ”vain kun sairaanhoitaja arvioi potilaalla olevan kohtalaista tai vahvaa kipua”. Oikea vastaus oli vaihtoehto ”ympäri vuorokauden potilaalle laaditulla aikataululla”, jonka leikkausosaston hoitohenkilökunnasta oli rastittanut 100 % (n=12) ja vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta 93 % (n=42). Lisäksi vuodeosastoilla 2 % (n=1) vastasi useamman vaihtoehdon, joista yksi oli oikea ja 2 % (n=1) ei ollut vastannut kysymykseen ollenkaan. (kuviokuva 6.) Tulokset ovat linjassa aiempien tutkimusten

tulosten kanssa ja jopa hieman paremmat (Yava ym. 2013, 499; Vickers 2011, 80).



KUVIO 6. Hoitohenkilökunnan vastaukset väittämään 10. ” Postoperatiiviseen kipuun tulisi ensisijaisesti antaa lääkitystä”

Lääkkeen antaminen ympäri vuorokauden potilaalle laaditulla aikataululla mahdollistaa lääkeaineen pitoisuuden pysymisen tasaisena potilaan veressä, jolloin kivunhoitokin on tasaisempaa. Tämä mahdollistaa hyvän kivunhoidon siten, että potilaan kivut pysyvät hallinnassa koko hoidon ajan. Johtopäätöksenä tuloksista voidaan pitää hoitohenkilökunnan hyvää asennetta ja tietoutta siitä, että kivunhoidossa on tärkeää pitää potilaan kivut jatkuvasti hallinnassa.

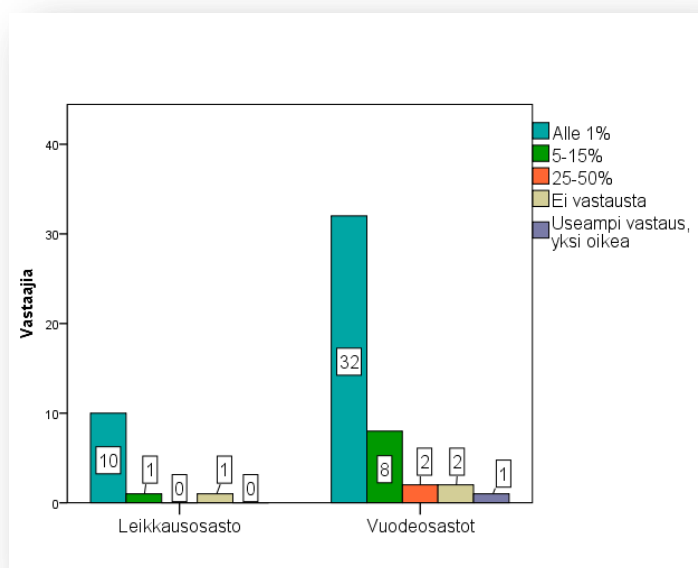
9.4.3 Kivun paras arvioija ja lääkelisäannoksen syy

Väittämään numero 11, ”Todennäköisin syy, jonka takia potilas pyytää lisäännosta kipulääkitykseen on”, 100 % vastaajista kaikilla osastoilla oli valinnut oikean vaihtoehdon, ”potilas kokee kipunsa lisääntyneen”. Muut vastausvaihtoehdot olivat ”potilas kokee lisääntyvää ahdistusta tai mielialan laskua”, ”potilas kaipaa enemmän huomioita henkilökunnalta” sekä ”potilaan pyyntö liittyy riippuvuuteen”. Väittämään 12 siitä, kuka pystyy arvioimaan potilaan kivun voimakkuutta tarkimmin 100 % (n=12) leikkausosaston hoitohenkilökunnasta ja 98 % (n=44) vuodeosastojen henkilökunnasta oli valinnut oikean vaihtoehdon, ”potilas”. Vuodeosastoilta 2 % (n=1) oli rastittanut useamman vastauksen, joista yksi oli oikea. Väittämän muut vastausvaihtoehdot olivat ”hoitava lääkäri”, ” potilaan puoliso tai perhe” sekä ”potilaan omahoitaja”.

Tulokset kertovat hyvästä asenteesta kivun arvioinnissa ja hoidossa, sillä niistä voidaan päätellä, että potilaan arvioon kivustaan uskotaan. Lahden ym. (2007, 38) kyselyssä sairaanhoitajat kokivat kivunhoidossa yhtenä vaikeimmista asioista arviointiin liittyen sen, ettei tiedetä voiko potilaan sanaan luottaa ja onko potilaan kipua todellista. Myös Mocerin ja Drevdahlin (2014, 8) Yhdysvalloissa tekemässä tutkimuksessa tulee esiin, että hoitajat luottavat enemmän vitaalielintoimintojen pohjalta tekemäänsä arvioon potilaan kivusta, kuin potilaan sanaan. Näihin verrattuna tämän opinnäytetyön tulokset ovat hyvin positiivisia ainakin potilaan sanaan luottamisen kannalta.

9.4.4 Päihdeongelma ja kivun kehittyminen

Kysymys 13 käsitteli todennäköisyyttä potilaan päihdeongelmaan tilanteessa, jossa potilaalle kehittyi kipua. Ferrelin ja McCafferyn mukaan potilaalla, jolle kehittyi kipua, on tilastollisesti 5-15 % todennäköisyydellä alkoholi- ja/tai huumeongelma. Leikkausosaston hoitohenkilökunnasta oikein vastasi 8 % (n=1) ja vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta 18 % (n=8). Suurin osa vastaajista (leikkausosastolla 83 %, vuodeosastoilla 71 %) valitsi vaihtoehdon ”<1 %” ja vuodeosastoilta pieni osa (4 %) rasti vaihtoehdon ”25-50 %”. Leikkausosaston hoitohenkilökunnasta 8 % (n=1) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen, vuodeosastoilta vastaava lukema oli 4 % (n=2). (kuvio 7.)

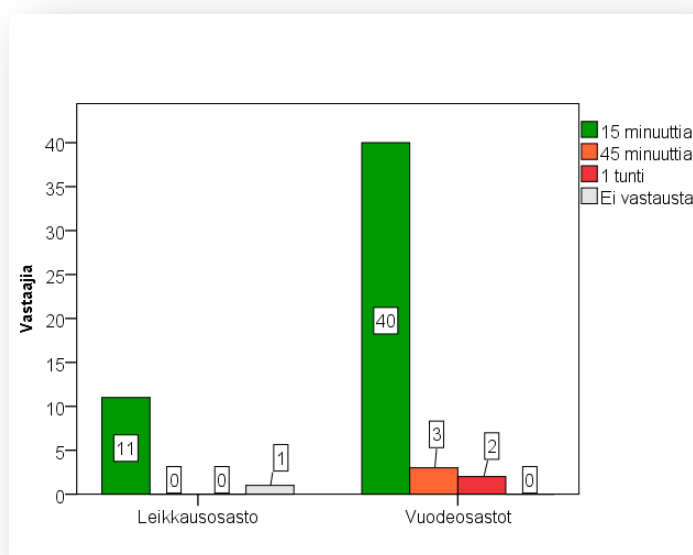


KUVIO 7. Hoitohenkilökunnan vastaukset kysymykseen 13. "Kuinka todennäköisesti potilaalla, jolle kehittyi kipua, on alkoholi- ja/tai huumeongelma?"

Tuloksista on mahdollista päätellä, että vaikka oikein vastanneiden määrä oli pieni, on vastaajien asenne aiheeseen hyvä. Suurin osa piti alle 1 %:n todennäköisyyttä oikeana, josta voidaan päätellä, että kivun kehittymisen ei ajatella liittyvän päihdeongelmaan. Tulokset ovat samankaltaisia, kuin esimerkiksi Vickersin (2011, 80) tutkimuksessa, jossa vain 30,9 % tiesi oikean vastauksen, mutta 55,3 % oli vastannut vaihtoehdon ”alle 1 %:n todennäköisyydellä”. Myös Mocerin ja Drevdahlin (2014, 7) tutkimuksessa oikein vastanneita oli vain 24,4 % ja Yavan ym. (2013, 500) tutkimuksessa 29,3 %.

9.4.5 Morfiinin huippupitoisuuden saavuttamisaika

Väittämässä 14 käsiteltiin laskimonsisäisesti annostellun morfiinin huippupitoisuuden saavuttamiseen veressä kuluvaa aikaa antohetkestä lähtien. Oikea vastaus väittämään oli ”15 minuuttia”, jonka leikkausosaston vastaajista tiesi 92 % (n=11) ja vuodeosastojen vastaajista 89 % (n=40). Vuodeosastoilla 7 % (n=3) vastasi, että huippupitoisuus saavutetaan vasta 45 minuutin kuluttua antohetkestä ja 4 % (n=2) vastaavasti tunnin kuluttua. Tulokset ovat esitettyinä kuviossa 8. Oikein vastanneiden prosentoin ollessa suuri voidaan päätellä, että laskimonsisäisten lääkeaineiden huippuvaikutusajat tiedostetaan osastoilla hyvin. Aiemmissa tutkimuksissa tiedot asiasta ovat olleet vain hieman heikkomat: 68,3 % (Turkki) ja 78,7 % (Yhdysvallat) (Yava ym. 2013, 499; Erkes ym. 2001, 51).



KUVIO 8. Hoitohenkilökunnan vastaukset väittämään 14. "Laskimonsisäisesti annostellun morfiinin huippupitoisuus veressä saavutetaan, kun antohetkestä on kulunut:"

9.5 Oikein/väärin -väittämät

Oikein/väärin –väittämissä esitettiin kivunhoitoa koskevia väittämiä, joissa vastaajan tuli ympyröidä kirjain ”O” eli oikein tai ”V” eli väärin. Jos väittämistä ei ollut valittu kumpaakaan tai oli valittu molemmat, näkyy se aineistossa vaihtoehtona ”Ei vastattu/molemmat ympyröity”. Väittämiä kuvaavat piirakkakaaviot on rakennettu siten, että vihreä väri kuvaa aina väittämän oikeaa vastausta riippumatta siitä, onko oikea vastaus väittämään vaihtoehto ”Oikein” vai ”Väärin”. Väittämät on esitetty teemoittain.

9.5.1 Kivun arviointiin liittyvät väittämät

Väittämissä 15, 16 ja 17 käsiteltiin hoitohenkilökunnan kivun arviointiin liittyviä keinoja ja potilaan kivun tunnistamista. Väittämät mittasivat tiedon lisäksi myös hoitohenkilökunnan asenteita potilaan ilmaisemaan kipuun ja kivun todellisuuteen. Oikeiden vastausten prosentuaalinen määrä väittämiin on esitettyinä taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Oikeat vastaukset kivun arviointiin liittyviin väittämiin prosentteina leikkausosastolla ja vuodeosastoilla

Väittämä	Leikkausosasto	Vuodeosastot
15. Vitaalielintoiminnot (=syke, verenpaine, hengitys ym.) ovat aina potilaan kivun voimakkuuden luotettavia mittareita. (V)	75 % (n=9)	56 % (n=25)
16. Potilailla, joiden huomio voidaan kääntää pois kivusta, ei yleensä ole voimakasta kipua. (V)	83 % (n=10)	33 % (n=15)
17. Potilas voi nukkua voimakkaasta kivusta huolimatta. (O)	42 % (n=5)	18 % (n=8)

Väittämään numero 15 ”Vitaalielintoiminnot (=syke, verenpaine, hengitys ym.) ovat aina potilaan kivun voimakkuuden luotettavia mittareita” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Väärin”. Hoitohenkilökunnasta leikkausosastolla oikean vastauksen oli ympyröinyt 75 % (n=9) ja vuodeosastoilla hieman yli puolet eli 56 % (n=25). Aiemmissä tutkimuksissa ei vastaajien tiedoilla ole ollut yhtenäistä linjaa tämän väittämän kohdalla, mutta tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia. Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa oikean vastauksen

sen tähän väittämään tiesi 62,8 % hoitajista, kun taas Turkissa vain 28,5 % ja Yhdysvalloissa 96,6 %. (Yava ym. 2013, 500 ; Vickers 2011, 69; Erkes 2001, 51.)

Väittämään numero 16 ”Potilailla, joiden huomio voidaan kääntää pois kivusta, ei yleensä ole voimakasta kipua” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Väärin”. Vuodeosastoilla virheellisesti vastasi 62 % (n=28) hoitohenkilökunnasta, kun leikkausosastolla vastaava luku vain 17 % (n=2). Leikkausosastolla väittämän vastausprosentti oli 100 %, vuodeosastoilla 4 % (n=2) vastanneista ei vastannut väittämään lainkaan. Väittäminen on osoittautunut melko haastavaksi myös joissain aiemmissä tutkimuksissa: Yavan ym. (2013, 500) tutkimuksessa jopa 72,8 % hoitajista ja Vickersin (2011, 69) tutkimuksessa 37,2 % hoitajista ei tiennyt oikeaa vastausta kysymykseen. Toisaalta, Erkesin ym. (2001, 51) tutkimuksessa virheellisesti vastanneita oli vain 3,4 % hoitajista.

Väittämään numero 17 ”Potilas voi nukkua voimakkaasta kivusta huolimatta” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Oikein”. Niin leikkausosastolla kuin vuodeosastoillakin suuri osa hoitohenkilökunnasta kuitenkin virheellisesti ajatteli, että kivulias potilas ei pysty nukkumaan. Leikkausosastolla tämä osuus oli 58 % (n=7) ja vuodeosastoilla 80 % (n=36) vastaajista. Aiemmissä tutkimuksissa aihe on usein ollut paremmin tiedetty: Yhdysvalloissa teho-osaston hoitajista 83,3 % (Erkes ym. 2001, 51) ja Vickersin (2011, 69) tutkimuksessa 51,1 % hoitajista tiesi oikean vastauksen väittämään. Vickersin (2011, 69) kanssa samankaltaisen tuloksen oli kyselyssään saanut myös Hakala (2004, 25), jonka kyselyyn vastanneista hoitajista 49 % oli sitä mieltä, että potilas ei voi nukkua kovissa kivuissa. Vuodeosastojen tulosta voidaan verrata myös Turkissa tehdyn tutkimuksen tuloksiin, jossa vain 28 % hoitajista tiesi, että potilas voi nukkua kovista kivuista huolimatta (Yava ym. 2013, 500). Heikot tiedot tästä väittämästä ovat huolestuttavia, koska tulos voi kertoa siitä, että potilasta ei herätetä kivun arviointia varten tai kipua ei lääkitä potilaan nukkuessa. Tällöin potilaan kipu saattaa kasvaa sietämättömäksi, eikä ole enää helposti hallittavissa.

9.5.2 Lääkkeisiin liittyvät väittämät

Väittämät 18, 19, 24 ja 27 käsittelevät farmakologista kivunhoitoa. Useassa aiemmin tehdyssä tutkimuksessa lääketietouden on todettu olevan heikoimmin tiedetty osa-alue, joten aihetta käsittelevien kysymysten osalta odotettiin vaihtelevia tuloksia. Suurim-

maksi osaksi tulokset olivat kuitenkin hyviä ja kertoivat hoitohenkilökunnan hallitsevan farmakologiseen kivunhoitoon liittyviä asioita aiempiin tutkimuksiin verrattuna jopa yllättävän hyvin (Mocerri & Drevdahl 2014, 8; Yava ym. 2013, 497; Vickers 2011, ix). Tähän kuitenkin osaltaan saattaa vaikuttaa se, että Ferrelin & McCafferyn (2012) kaavaketta on tässä opinnäytetyössä käytetty muokattuna jättäen juuri lääkkeisiin liittyviä kysymyksiä pois. Oikeiden vastausten prosentuaalinen määrä näihin väittämiin on esitettyinä taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Oikeat vastaukset lääkkeelliseen kivunhoitoon liittyviin väittämiin prosentteina leikkausosastolla ja vuodeosastoilla

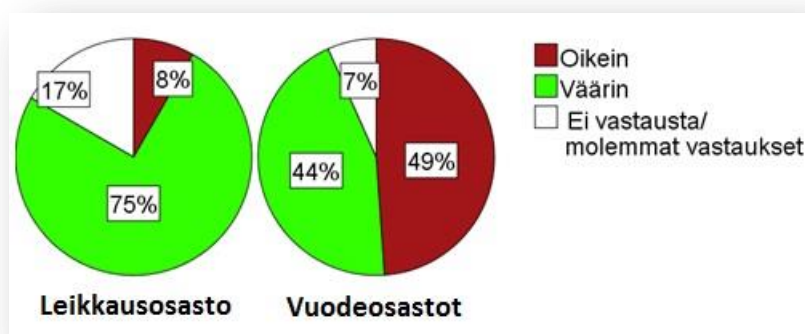
Väittäjä	Leikkausosasto	Vuodeosastot
18. Yhdistelemällä eri mekanismehein toimivia kipulääkkeitä (esim. tulehduskipulääkkeet ja opioidit) voidaan kipu saada paremmin hallintaan vähemmillä sivuvaikutuksilla kuin käyttämällä vain yhtä kipulääkettä kerrallaan. (0)	92 % (n=11)	98 % (n=44)
19. Suonensisäisesti annettavan 1-2mg morfiiniannoksen tavallinen vaikutusaika on 4-5 tuntia. (V)	75 % (n=9)	44 % (n=20)
24. Opioidin alkuannoksen jälkeiset lisäannokset tulisi määrittää yksilöllisesti potilaan lääkävasteen mukaisesti. (0)	92 % (n=11)	89 % (n=40)
27. Bentsodiatsepiinit eivät ole tehokkaita kivunlievittäjiä, paitsi jos kivut johtuvat lihasspasmeista. (0)	75 % (n=9)	44 % (n=20)

Väittämissä numero 18 käsiteltiin eri mekanismehein toimivien kipulääkkeiden, kuten opioidien ja tulehduskipulääkkeiden, yhdistelemistä kivunhoidon parantamiseksi verrattuna yhden kipulääkkeen käyttämiseen kerrallaan. Niin leikkausosaston kuin vuodeosastojenkin hoitohenkilökunnalla tiedot aiheesta olivat hyvät: leikkausosaston hoitajista 92 % (n=11) ja vuodeosastojen hoitajista 98 % (n=44) tiesi kysymykseen oikean vastauksen, eli että käyttämällä eri mekanismehein toimivia kipulääkkeitä kipu voidaan saada hallintaan vähemmillä sivuvaikutuksilla. Tuloksesta ei tule ilmi, kuinka moni vastaajista todellisuudessa käyttää useampia eri mekanismehein toimivia kipulääkkeitä potilaiden kivunlievitykseen. Kuitenkin hoitohenkilökunnan hyvät tiedot aiheesta antavat kuvan

siitä, että kipulääkkeiden yhdistelyn hyödyt tiedostetaan ja tästä voisi päätellä, että kivunhoidon toteutuksessa tätä myös hyödynnetään.

Tulos väittämässä 18 on samansuuntainen Vickersin (2011, 86) tutkimuksen, jossa 96,8 % hoitajista tiesi kysymykseen oikean vastauksen, sekä erään Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen, jossa hoitajien tiedot olivat myös lähes yhtä hyvät (73,3 %) (Erkes ym. 2001, 51). Lahti ym. (2007, 37) saivat kyselyssään tulokseksi 93 %:n vastaajista tietävän, että tulehduskipulääkkeen ja opioidin voi antaa samanaikaisesti ja 86 %:n tietävän tulehduskipulääkkeiden tehostavan opioidin avulla saatavaa kivunlievitystä. Rantalan (2014, 55–56) tutkimuksessa 52 % hoitajista käytti parasetamolia ja opioideja ja 31 % hoitajista käytti opioideja, parasetamolia ja ibuprofeenia yhtä aikaa potilaan kivunlievitykseen.

Väittämään numero 19 ”Suonensisäisesti annettavan 1-2mg morfiiniannoksen tavallinen vaikutusaika on 4-5 tuntia” oikea vastaus on vaihtoehto ”Väärin”. Kysymykseen oikean vastauksen tiesi leikkausosastolla 75 % (n=9) ja vuodeosastoilla 44 % (n=20) vastaajista (kuvio 9). Palautuneista kyselylomakkeista useampaan oli kirjoitettu väittämän oheen, ettei morfiini ole käytössä näillä osastoilla, mikä voi selittää leikkausosaston (17 %) ja vuodeosastojen (7 %) hoitohenkilökunnan yllättävän suuren puuttuvien tai epäselvien vastausten osuuden.



KUVIO 9. Väittämä 19: Suonensisäisesti annettavan 1-2 mg morfiiniannoksen tavallinen vaikutusaika on 4-5 tuntia

Tulokset väittämään ovat aiemmissakin tutkimuksissa olleet hyvin vaihtelevia, sillä esimerkiksi Vickersin (2011, 69) tutkimuksessa 66,0 % ja Yavan ym. (2013, 501) tekemässä tutkimuksessa 7,7 % hoitajista vastasi oikein. Vaikka morfiini ei olekaan Suo-

messa yleisesti käytössä postoperatiivisessa kivunhoidossa, ovat suonensisäisten lääkkeiden vaikutusajat melko samankaltaisia toistensa kanssa, minkä takia väittämä alun perin valittiin kyselylomakkeeseen (Nurminen 2012, 20). Leikkausosaston hoitohenkilökunnan hyviä tietoja suonensisäisistä lääkkeistä voi selittää se, että leikkausosastolla ja heräämöhoidossa käytetään paljon suonensisäisiä lääkkeitä. Toisaalta vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietotasoa voi vastaavasti selittää suonensisäisten lääkkeiden käytön vähyys ja suun kautta annettavan lääkityksen suosiminen kivunhoidossa.

Väittämän numero 24 ”Opioidien alkuannoksen jälkeiset lisäannokset tulisi määrittää yksilöllisesti potilaan lääkevasteen mukaisesti” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Oikein”, jonka oli valinnut 92 % (n=11) leikkausosaston ja 89 % (n=40) vuodeosaston hoitohenkilökunnasta. Tuloksen voidaan ajatella kertovan hoitohenkilökunnan hoitotyöhön liittyvistä asenteista hyvän tietotason lisäksi. Potilaan yksilöllisen hoidon ja huomioimisen voidaan olettaa olevan tärkeää väittämään oikein vastanneille.

Väittämään numero 27 ” Bentsodiatsepiinit eivät ole tehokkaita kivunlievittäjiä, paitsi jos kivut johtuvat lihasspasmeista” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Oikein”. Tämän tiesi 75 % (n=9) leikkausosaston ja 44 % (n=20) vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta. Lisäksi vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vastauksista 4 % (n=2) oli puutteellisia: väittämään ei ollut vastattu tai molemmat vastaukset oli ympyröity. Aiemmissä tutkimuksissakaan tuloksissa ei ole ollut yhtenäistä linjaa, josta voidaan mahdollisesti päätellä, että väittämään vaaditun tiedon hallitseminen on todennäköisemmin yksittäisen vastajan oman tiedonhaun ja opiskelun tulosta kuin yhteisten käytänteiden tai koulutusten kautta opittua (Yava ym. 2013, 499; Vickers 2011, 70).

9.5.3 Kivunhoidon erikoistilanteisiin liittyvät väittämät

Väittämät 20-23 ja 25-26 käsittelivät kivunhoidon erikoistilanteita, kuten vanhusten, päihteiden väärinkäyttäjien ja eri uskontokuntia edustavien potilaiden kivunhoitoa. Lisäksi hoitohenkilökunnalta kysyttiin plasebon käyttämisestä sekä kivunhoidosta diagnosoinnin aikana. Moni väittämistä mittasi sekä hoitohenkilökunnan tietoja että asenteita eri potilasryhmien hoitoon. Oikeiden vastausten prosentuaalinen määrä näihin väittämiin on esitettyinä taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Oikeat vastaukset kivunhoidon erikoistilanteisiin liittyviin väittämiin prosentteina leikkausosastolla ja vuodeosastoilla

Väittämä	Leikkausosasto	Vuodeosastot
20. Opioideja ei tulisi käyttää potilailla, joilla on aikaisempaa päihteiden väärinkäyttöä. (V)	25 % (n=3)	9 % (n=4)
21. Iäkkäille potilaille ei voida käyttää opioideja kivunlievitykseen. (V)	100 % (n=12)	96 % (n=42)
22. Potilaita tulee rohkaista kestämään mahdollisimman paljon kipua ennen opioideilla lääkitsemistä. (V)	100 % (n=12)	98 % (n=44)
23. Potilaan uskonnollinen vakaumus voi johtaa siihen, että potilas uskoo kivun ja kärsimyksen olevan tarpeellisia. (O)	75 % (n=9)	71 % (n=32)
25. Antamalla potilaalle plasebo-injektio voidaan testata onko potilaan kipua todellista. (V)	75 % (n=9)	89 % (n=40)
26. Opioideja ei tulisi käyttää kivun arvioinnin aikana, jos kivun lähde on tuntematon, sillä se voi vaikeuttaa kivun syyn oikeaa diagnosointia peittämällä kipua. (O)	50 % (n=6)	53 % (n=24)

Väittämään numero 20 ”Opioideja ei tulisi käyttää potilailla, joilla on aikaisempaa päihteiden väärinkäyttöä” oikea vastaus on vaihtoehto ”Väärin”. Kysymykseen oikean vastauksen tiesi leikkausosastolla vain 25 % (n=3), kun taas 75 % (n=9) ajatteli että päihteiden väärinkäyttäjillä ei voida käyttää opioideja kivunhoidossa. Vuodeosastoilla vastaavat luvut olivat 9 % (n=4) ja 89 % (n=40) (kuvio 10).



KUVIO 10. Leikkausosaston ja vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vastaukset väittämään 20.

Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille, että päihteiden väärinkäyttäjien kivunhoito on haastavaa (Moceri & Drevdahl 2014, 8). Esimerkiksi Turkissa 2013 tehdyssä tutkimuksessa vain 44,7 % hoitajista tiesi, että päihteiden väärinkäyttäjillä voidaan käyttää opioideja kivunhoidossa (Yava ym. 2013, 499). Tulokset ovat siis samansuuntaisia kuin tässä opinnäytetyössä, eli hoitohenkilökunnan tiedot päihteiden väärinkäyttäjien kivunhoidosta eivät ole riittävät.

Väittämään numero 21 ”Iäkkäille ei voida käyttää opioideja kivunlievitykseen” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Väärin”. Leikkausosastolla kaikki hoitajat (n=12) ja vuodeosastoilla 96 % (n=43) hoitajista tiesivät kysymykseen oikean vastauksen. Tästä väittämästä niin vuodeosastojen kuin leikkausosaston hoitajien tiedot olivat selvästi paremmat kuin esimerkiksi Yavan ym. (2013, 499) tutkimuksessa, jossa 58 % hoitajista tiesi oikean vastauksen väittämään. Eräässä Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tulokset taas olivat samansuuntaiset kuin tässä opinnäytetyössä: 90 % hoitajista tiesi, että iäkkäilläkin potilailla voidaan käyttää opioideja (Erkes ym. 2001, 51).

Väittämään numero 22 ”Potilasta tulee rohkaista kestämään mahdollisimman paljon kipua ennen opioideilla lääkitsemistä” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Väärin”. Myös tästä väittämästä tiedot olivat erittäin hyvät: leikkausosastolla kaikki hoitajat (n=12) ja vuodeosastoilla 98 % (n=44) hoitajista tiesi oikean vastauksen kysymykseen. Aiemmatkin tutkimustulokset ovat samankaltaisia: lähes kaikki hoitajat ovat tienneet oikean vastauksen tähän väittämään. (Vickers 2011, 70; Erkes ym. 2001, 51.) Tästä voidaan päätellä, että hoitohenkilökunnalla on kivunhoidon perustavoite hyvin hallinnassa – potilaan tulee olla kivuton ja ilmennyt kipu täytyy saada hallintaan mahdollisimman nopeasti. Myös asenteet vaikuttavat tulosten valossa hyviltä, sillä potilaalle ei haluta tuottaa ylimääräistä kärsimystä silloin, kun se on kipulääkkein hoidettavissa.

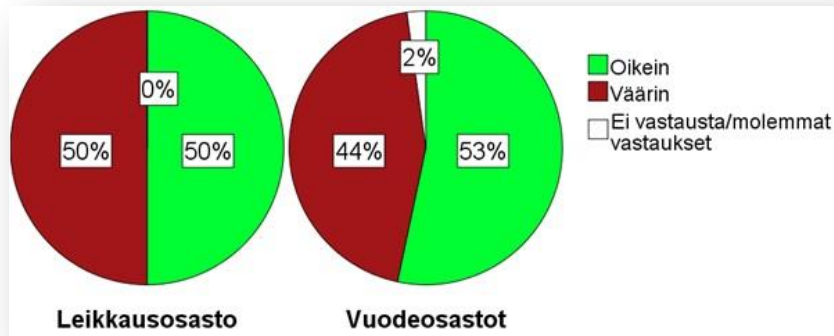
Väittämän numero 23 ”Potilaan uskonnollinen vakaumus voi johtaa siihen, että potilas uskoo kivun ja kärsimyksen olevan tarpeellisia” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Oikein”. Leikkausosastolla tämän tiesi 75 % (n=9) hoitajista ja vuodeosastoilla 71 % (n=32) hoitajista. (kuvio 11.) Aiempien tutkimusten tulokset ovat samansuuntaisia: Vickersin (2011, 70) tutkimuksessa 80,9 % hoitajista tiesi väittämään oikean vastauksen ja Yavan ym. (2013, 499) tutkimuksessa vastaava luku oli 80,1 %. Tämän ymmärtäminen kertoo siitä, että hoitohenkilökunnalla on ymmärrystä eri kulttuureista tulevia ihmisiä kohtaan.



KUVIO 11. Hoitohenkilökunnan vastaukset väittämään 23.

Väittämään numero 25 ”Antamalla potilaalle plasebo-injektio voidaan testata onko potilaan kipu todellista” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Väärin”. Leikkausosastolla 75 % (n=9) hoitajista ja vuodeosastoilla 89 % (n=40) hoitajista tiesi tämän. Leikkausosastolla 8 % vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen tai ympyröi molemmat vaihtoehdot, kun taas vuodeosastoilla vastaava luku oli 4 %. Melko korkeat oikein vastanneiden prosentit puoltavat jo aiemmin tehtyä johtopäätöstä siitä, että suurin osa hoitohenkilökunnasta luottaa potilaiden arvioon omasta kivustaan. Hakalan (2004, 25) kyselyssä käy ilmi, että 56 % hoitajista antaisi plaseboa potilaalle epäillessään tämän kivun todenperäisyyttä, ja 22 % potilaan vaatiessa enemmän kipulääkettä kuin hoitajan mielestä olisi tarpeen. Yavan ym. (2013, 501) tutkimuksessa taas jopa 89,8 % hoitajista voisi antaa potilaalle plasebo-injektion testatakseen potilaan kipua. Tähän verrattuna tässä opinnäytetyössä saatu tulos vaikuttaa hyvältä asenteiden kannalta. Kuten Hakalakin (2004, 25) mainitsee, on kuitenkin yllättävää, että kaikki vastaajat eivät tiedä plasebon käytön olevan sallittua ainoastaan lääketieteellisessä tutkimuksessa.

Väittämän numero 26 ”Opioideja ei tulisi käyttää kivun arvioinnin aikana, jos kivun lähde on tuntematon, sillä se voi vaikeuttaa kivun syyn oikeaa diagnosointia peittämällä kipua” oikea vastaus oli vaihtoehto ”Oikein”. Tämän väittämän oikean vastauksen tiesi 50 % (n=6) leikkausosaston hoitajista ja 53 % (n=24) vuodeosastojen hoitajista (kuvio 12). Esimerkiksi Vickersin (2011, 70) tekemässä tutkimuksessa 53,2 % hoitajista tiesi väittämään oikean vastauksen, joten tulokset ovat samansuuntaisia. Tämän väittämän melko alhainen oikeiden vastausten prosentti voi selittyä sillä, että niillä osastoilla joilla tämän opinnäytetyön kysely on tehty, hoidetaan postoperatiivista kipua, jolloin kivun syy tiedetään jo, eikä sitä tarvitse enää diagnosoida.



KUVIO 12. Hoitohenkilökunnan vastaukset väittämään 26.

9.6 Yhteenveto

Yleisesti tulosten voidaan ajatella kertovan kyselyyn osallistuneiden osastojen hoitohenkilökunnan tietojen ja asenteiden olevan hyviä. Tulosten perusteella lähes kaikki hoitohenkilökunnan jäsenet arvioivat potilaan kipua jollakin menetelmällä, vaikkakin kipumittareiden monipuolisessa käytössä olisi parantamisen varaa. Potilaan arvioon omasta kivustaan uskotaan ja hoitohenkilökunnalla on pyrkimys potilaan kivuttomuuteen. Myös vastaajien tiedot farmakologisesta kivunhoidosta ovat aiempien tutkimusten valossa vahvat, joskin kaikkia aiemmissa tutkimuksissa käytettyjä, tähän osa-alueeseen liittyviä väittämiä ei käytetty opinnäytetyön kyselylomakkeessa (Moceri & Drevdahl 2014, 8; Yava ym. 2013, 497; Vickers 2011, ix). Oikeiden vastausten kokonaisprosentti (72 %) kertoo myös kohtalaisen hyvistä tiedoista ja asenteista, kuten myös suuri (8 väittämää 20:stä) sellaisten kysymysten määrä, joihin yli 80 % vastaajista oli valinnut oikean vastauksen.

Leikkausosastolla lisäkoulutusta oli saanut 67 % hoitohenkilökunnasta ja oikeiden vastausten kokonaisprosentti oli 80 %, eli korkeampi kuin koko otoksen vastaava (72 %). Tulosten voidaan ajatella kertovan siitä, että lisäkoulutus on mahdollisesti yksi oikeiden vastausten kokonaisprosenttia nostavista tekijöistä. Parhaimmat tiedot vastaajilla olivat väittämistä 10, 11, 12, 21 ja 22, joihin jokainen leikkausosaston vastaaja tiesi oikean vastauksen. Nämä väittämät käsittelivät yleisiä tietoja kivusta ja sen arvioinnista. Myös aiemmissa tutkimuksissa parhaiten tiedettyjä olivat kysymykset, jotka koskivat yleisiä asioita sen sijaan, että käsittelisivät tarkkoja yksityiskohtia, kuten lääkkeiden annostuksia ja vaikutusaikoja (Moceri & Drevdahl 2014, 8).

Vuodeosastoilla lisäkoulutusta oli saanut 36 % hoitohenkilökunnasta ja oikeiden vastausten kokonaisprosentti oli 70 %. Tulos tukee aiemmin työssä tehtyä päätelmää lisäkoulutuksen merkityksestä tietoihin ja asenteisiin. Parhaimmat tiedot vastaajilla oli väittämistä 11, 12, 18, 21, ja 22, joiden kohdalla oikein vastanneiden prosentit olivat 100 % tai hieman alle. Väittämät olivat siis lähes samat kuin leikkausosastollakin, eli myös vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vastauksissa parhaimmat tiedot ja asenteet löytyvät yleisesti kivunhoitoa käsittelevistä asioista.

9.6.1 Haastavimmat väittämät

Leikkausosaston hoitohenkilökunnalle haastavimpia olivat väittämät 13, 17, 20 ja 26, joihin vastaajista 50 % tai alle oli vastannut oikein. Nämä väittämät käsittelevät päihdeongelmaisen potilaan kivunhoitoa sekä potilaan kivun arviointia erityisissä tilanteissa (taulukko 8). Taulukkoon 8 ja 9 on merkitty punaisella värillä kysymykset, jotka tuottivat haasteita niin leikkausosastolla kuin vuodeosastoilla.

TAULUKKO 8. Leikkausosaston hoitohenkilökunnalle vaikeimmat väittämät.

Väittämä	Oikeita vastauksia
13. Kuinka todennäköisesti potilaalla, jolle kehittyy kipua, on alkoholi- ja/tai huumeongelma? (monivalinta)	8 %
17. Potilas voi nukkua voimakkaasta kivusta huolimatta. (O)	42 %
20. Opioideja ei tulisi käyttää potilailla, joilla on aikaisempaa päihteiden väärinkäyttöä. (V)	25 %
26. Opioideja ei tulisi käyttää kivun arvioinnin aikana, jos kivun lähde on tuntematon, sillä se voi vaikeuttaa kivun syyn oikeaa diagnosointia peittämällä kipua. (O)	50 %

Väittämään 13 suurin osa kaikkien osallistuneiden osastojen hoitohenkilökunnasta vastasi, että alle 1 %:lla niistä potilaista, jolle kehittyy kipua, on alkoholi- tai huumeongelma. Todellisuudessa kysymyksen oikea vastaus on 5-15 % potilaista, joten vaikka oikeita vastauksia oli vain vähän, antaa tulos kuvan hyvistä asenteista: potilaan kivun ei useimmissa tapauksissa ajatella liittyvän päihdeongelmaan. Toisaalta tulos kertoo hei-

kosta tietoudesta päihteiden käyttäjien määrästä, mikä saattaa johtaa siihen, että päihteiden käyttäjien kivunhoidon erityispiirteitä ei välttämättä tiedosteta hoitotyössä.

Vuodeosastoilla haastavimpia olivat väittämät 8, 13, 16, 17, 19, 20 ja 27. Nämä väittämät, joihin 50 % vastaajista tai alle vastasi oikein, käsittelivät kivun arviointia, päihdepotilaan kivunhoitoa sekä lääketietoutta (taulukko 9). Väittämässä 8 käsiteltiin kivunhoidon onnistumisen arviointia kipumittarin avulla. Vastaajista moni oli vastannut, että onnistuneessa kivunhoidossa potilaan arvio omasta kivustaan tulee olla alle 1 tai alle 2, mikä sinänsä kertoo hyvistä asenteista. Useaan vastauslomakkeeseen oli väittämän viereen kirjoitettu kommentti siitä, että arviointiin tarvittaisiin vertailukohta. Vertailukohta kivunhoidon arvioinnissa on käytännöllinen, kun arvioidaan esimerkiksi jo annettujen kipulääkkeiden vaikutusta. Postoperatiivinen kipu pitäisi kuitenkin aina pystyä hoitamaan siten, että potilas arvioi kivun voimakkuuden olevan alle kolme, vaikka vertailukohta ei olisikaan, kuten siirryttäessä heräämöstä vuodeosastolle. Tällöin kipulääkkeiden annon tarpeen pitää perustua kipumittareiden käyttöön ja esimerkiksi lääkkeiden antoaikaan suhteessa aiemmin saatuihin lääkkeisiin.

TAULUKKO 9. Vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle vaikeimmat väittämät.

Väittämä	Oikeita vastauksia
8. Kivunhoito on onnistunutta, kun potilas arvioi kivun voimakkuuden olevan asteikolla 0-10 MAKSIMISSAAN (≤ 3)	31 %
13. Kuinka todennäköisesti potilaalla, jolle kehittyy kipua, on alkoholi- ja/tai huumeongelma? (monivalinta)	18 %
16. Potilailla, joiden huomio voidaan kääntää pois kivusta, ei yleensä ole voimakasta kipua. (V)	33 %
17. Potilas voi nukkua voimakkaasta kivusta huolimatta. (O)	18 %
19. Suonensisäisesti annettavan 1-2mg morfiiniannoksen tavallinen vaikutusaika on 4-5 tuntia. (V)	44 %
20. Opioideja ei tulisi käyttää potilailla, joilla on aikaisempaa päihteiden väärinkäyttöä. (V)	9 %
27. Bentsodiatsepiinit eivät ole tehokkaita kivunlievittäjiä, paitsi jos kivut johtuvat lihasspasmeista. (O)	44 %

10 POHDINTA

10.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön prosessi aloitettiin keväällä 2014 keskustelemalla työelämäyhteyden kanssa opinnäytetyöstä ja siihen liittyvistä tavoitteista niin työelämäyhteyden kuin opinnäytetyön tekijöidenkin kannalta. Prosessille laadittiin aikataulu, jonka mukaan opinnäytetyötä olisi alettu työstää heti työelämäpalaverin jälkeen ja sen olisi ollut määrä valmistua keväällä 2015. Laaditussa aikataulussa ei pysytty täysin, vaan prosessi sijoitui pääosin syksylle 2014 ja keväälle 2015. Tästä huolimatta opinnäytetyö valmistui aikataulussa. Aikataulun tarkempi suunnitteleminen olisi ollut hyödyllistä, jotta siitä kiinni pitäminen olisi ollut helpompaa. Lomakkeen muodostamiseen olisi voinut käyttää enemmän aikaa, jolloin sen avulla olisi saanut vielä enemmän tietoa kivun hoidosta ja arvioinnista. Lisäksi lomakkeeseen olisi voinut lisätä kysymyksiä spesifisesti naisten tautien leikkausten ja sektioiden postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyen, esimerkiksi epiduraalikatettrin käytöstä sekä sen kautta annettavasta lääkityksestä. Näin opinnäytetyö olisi voinut olla vielä hyödyllisempi työelämäyhteyden kannalta.

Opinnäytetyössä oli kaksi tekijää. Pääosin opinnäytetyötä kirjoitettiin ja pohdittiin yhdessä, jotta teksti olisi mahdollisimman ehjä kokonaisuus. Parin kanssa työskentely tuo uusia näkökulmia aiheeseen ja auttaa tiedon prosessoinnissa. Pari on myös hyvä tuki ongelmia kohdatessa. Työn ongelmakohdissa käytettiin hyödyksi vertaisarvioijia sekä opinnäytetyön ohjausta. Ohjausta hyödynnettiin muutenkin säännöllisesti työtä tehdessä, erityisesti prosessin loppuvaiheessa.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessi on ollut erittäin mielenkiintoinen monesta näkökulmasta. Työn tekijät ovat oppineet työtä tehdessään paljon tieteellisen tutkimuksen teosta ja postoperatiivisesta kivunhoidosta. Prosessi on kasvattanut ammatillisesti molempia työn tekijöitä ja saanut myös huomaamaan henkilökohtaisia kehittämiskohteita. Jatkossa tutkimuksen tekeminen ja huomion kiinnittäminen oleellisiin asioihin tutkimuksen teossa on todennäköisesti helpompaa. Näistä syistä myös tutkimuksen teon aloittamisen kynnyks on tämän työn tekemisen jälkeen matalampi kuin ennen prosessin aloittamista.

10.2 Kehittämismahdollisuudet ja jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi potilaiden kokemus kivunhoidon laadusta ja hoidossa kohtaamistaan asenteista naistentautien leikkausten ja sektioiden jälkeen. Myös hoitohenkilökunnan omaa arviota tiedoistaan kivun hoidossa voisi tutkia. Näistä tutkimuksista saatuja tuloksia voisi verrata tämän opinnäytetyön tuloksiin. Lisäksi tutkimusta voisi tehdä lisäkoulutuksen merkityksestä tietoihin ja asenteisiin pitämällä lisäkoulutusta ja tekemällä saman tutkimuksen uudestaan koulutuksen jälkeen. Tämä paransi oikeiden vastausten kokonaisprosenttia esimerkiksi Yhdysvalloissa 2001 tehdyssä tutkimuksessa (Erkes ym. 2001). Työhön perehdyttämisen vaikutusta tietoihin ja asenteisiin voisi tutkia, sillä voi olla mahdollista, että pitkä perehdytysaika lisää tietoja ja sitä kautta parantaa asenteita. Lisäksi voisi tutkia koulutuksen merkitystä aiheeseen selvittämällä kuinka paljon sairaanhoitajakoulutuksessa opiskellaan kivunhoitoon liittyviä asioita ja kuinka tämä vaikuttaa valmistuneen sairaanhoitajan tietoihin ja asenteisiin.

Kehittämisehdotuksena voisi mainita potilaan kivun arvioinnin yhtenäistämisen. Muun muassa Rantalan (2014) tutkimuksessa tulee esille, että sairaanhoitajien mielestä yksi vaikeimmista asioista kivun arvioinnissa on yhteisten käytäntöjen puute. Tämän opinnäytetyön tuloksissa näkyy, että kipua arvioidaan käyttäen kipumittareita, mutta mittareiden käyttö ei ole monipuolista. Tästä herää kysymys, ovatko kaikki mittarit tuttuja hoitohenkilökunnalle ja onko kivun arviointiin olemassa osastoilla yhteisiä käytäntöjä. Yhteiset linjaukset esimerkiksi kivun arvioinnissa saattaisivat parantaa hoidon jatkuvuutta antamalla hoitohenkilökunnalle yhteisen lähtökohdan potilaan kivun arviointiin hoidon eri vaiheissa. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi käytettävien kipumittareiden määrittely ja kivun arvioinnin ajankohtien määrittely. Tätä varten olisi hyvä saada vielä lisää tietoa hoitohenkilökunnan kipumittareiden käytöstä, esimerkiksi siitä käytetäänkö kipumittareita aina potilaan kipua arvioitaessa. Tämän lisäksi lisäkoulutuksen järjestämisestä voisi olla hyötyä.

10.3 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys tarkoittaa pohjimmiltaan sitä, että tutkija tai tutkimus ei saa missään vaiheessa loukata tutkimuksen kohdetta. Määrällisen tutkimuksen kohdalla tämä tarkoittaa esimerkiksi aineiston keräämisen aikana aiheutettua kipua tai testien pitkitty-

mistä. Tämän vuoksi tutkijan täytyy pitää huolta siitä, että hänen antamansa lupaukset muun muassa kyselyyn vastaamisen kestosta pitävät. Hyvän tutkimuksen aikaansaamiseksi tulisi aina noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Vilka 2007, 90)

Teoriatieto opinnäytetyötä varten hankittiin erilaisilla hakukoneilla monista eri lähteistä. Lähteitä arvioitiin kriittisesti tieteellisestä näkökulmasta ja mukaan opinnäytetyöhön otettiin mukaan vain tieteellisesti hyväksyttävät lähteet. Opinnäytetyön lähteinä käytetty aiempi tutkimuspohja on merkitty asianmukaisesti lähdeviitein kunnioittaen aikaisempia tutkijoita. Opinnäytetyön raportti on kirjoitettu objektiivisesti välttämättä tyypitteleviä ja mitätöiviä ilmaisuja.

Vastauslomakkeita vietäessä osastolle kohderyhmälle kerrottiin vastaamisen olevan vapaaehtoista. Tämä mainittiin myös saatekirjeessä. Vastauslomakkeissa ja raportoinnissa otettiin huomioon herkkyys eettisesti hankalien kysymysten kohdalla. Lomakkeet olivat alusta asti anonyymeja ja yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa opinnäytetyön raportista. Koko opinnäytetyöprosessin ajan lomakkeita säilytettiin ja käsiteltiin siten, että muut kuin työn tekijät eivät päässeet näkemään niitä. Analysoinnin jälkeen lomakkeet tuhottiin asianmukaisesti.

10.4 Luotettavuus

Hyvään tutkimuksen tekoon kuuluu tutkimuksen luotettavuuden arviointi. Määrällisen tutkimuksen kokonaisluotettavuus koostuu kahdesta eri tekijästä - tutkimuksen reliabiliteetistä ja validiteetistä. Tutkimuksen reliabiliteetti mittaa tutkimuksen toistettavuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimustulosten tulisi säilyä samanlaisina tutkijasta riippumatta. Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä mitata sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Toisin sanoen, miten tutkija on onnistunut operationalisoimaan teorian arkikielen tasolle ja siirtämään sen lomakkeeseen siten, että tutkittavat ymmärtävät mittarin kysymykset kuten tutkija on ne oletanut ymmärrettävän. Validiteettiä tarkastellaan jo kysymyksiä muotoillessa, jotta kyselylomake olisi mahdollisimman yksiselitteisesti ymmärrettävissä koko tutkimuksen perusjoukolle. (Vilka 2007, 161.) (Vilka 2007, 149–150)

Tutkimuksen toistettavuutta edistää objektiivisuus, joka tarkoittaa sitä, että tutkija ei vaikuta tutkimustuloksiin. Tätä edesauttavat tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde toisiinsa ja se, että tutkija vaikuttaa mahdollisimman vähän haastattelussa saatuihin vastauksiin. Tuloksia tulkittaessa ne asetetaan viitekehykseen, joka on tutkimuksen ulkopuolella, minkä takia kvantitatiivisessa tutkimuksessa joudutaan usein tinkimään objektiivisuudesta. (Vilkkä 2007, 13–16.) Opinnäytetyössä objektiivisuutta edesauttaa se, että työn tekijät eivät ole tavanneet kuin muutaman vastaajista henkilökohtaisesti, eivätkä esimerkiksi ole haastatelleet heitä. Tulokset on esitetty raportissa neutraalilla ja objektiivisella tavalla. Raporttia kirjoitettaessa on pyritty siihen, että työn tekijöiden omat ajatukset eivät vaikuta tulosten esittelyyn, tuloksia on verrattu aiempiin tutkimuksiin ja tulokset on esitetty numerotietona. (Vilkkä 2007, 160.)

Opinnäytetyön perusjoukon koon takia aineiston kerääminen toteutettiin näytteellä otamalla otokseen mukaan ennalta valitusta joukosta kaikki mahdolliset vastaajat. Vaikka kvantitatiivisen tutkimuksen näkökulmasta opinnäytetyön otos on pieni ($n=57$), on vastausprosentti kohtuullinen (50 %). Leikkausosaston hoitohenkilökunnan vastausten tilastollista tulkittavuutta heikentää hyvin pieni otos ($n=12$), jonka takia tuloksia ei voida soveltaa laajemmalla tasolla. Otos kuitenkin edustaa 60 %:a koko leikkausosaston hoitohenkilökunnan 20 jäsenestä, joten sen voi ajatella kuvaavan koko hoitohenkilökunnan kipukäsityksiä. Otoksen hyvän laadun puolesta puhuu se, että tarkoituksena oli saada tietoa naistentautien leikkausten ja sektioiden postoperatiiviseen kivunhoitoon osallistuvan hoitohenkilökunnan kipukäsityksistä ja kaikki vastanneet hoitavat työssään näitä potilaita. Lähes kaikki opinnäytetyössä käytetyt lähteet olivat ajankohtaisia eli alle 10 vuotta vanhoja, mikä lisää työn luotettavuutta.

Aineiston analyysissä syötetty aineisto tarkistettiin kahdesti. Kyselylomakkeita ei yleensä voida siirtää suoraan tutkimuksesta toiseen (Vilkkä 2007, 42), mutta opinnäytetyössä käytetty mittari on yleisesti käytössä oleva, Maailman terveysjärjestön (WHO) hyväksymä ja suunniteltu juuri hoitohenkilökunnan kivunhoidon tietojen ja asenteiden mittaamiseen. Muiden muassa Mocerri & Drevdahl (2014), Yava ym. (2013), Vickers (2011) ja Erkes ym. (2001) ovat käyttäneet mittaria tutkimuksissaan ja sitä on myös päivitetty. Mittarin voidaan ajatella olevan luotettava ja siirrettävissä opinnäytetyöhön. Alkuperäistä mittaria muunneltiin tarkoituksiin sopivaksi sekä käännettiin englannista suomeksi, joten mittarin kyky mitata tutkittavaa asiaa saattaa olla hieman heikentynyt.

LÄHTEET

- Asantila-Jarva, R. 2007. Keisarileikkauspotilaan kivunhoito. *Finnanest* 2007 40 (3), 208-212.
- Erkes, B., Parker, V., Carr, R. & Mayo, R. 2001. An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Hospitalized Patients. *Pain Management Nursing* 2001 2 (2), 47-53.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. *Nainen hoitotyön asiakkaana*. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Luettu 28.1.2015. <http://www.etene.org>
- Ferrel, B. & McCaffery, M. 2012. Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. Ferrelin ja McCafferyn kehittämä, 2012 päivitetty tutkimuslomake. Luettavissa: http://www.midss.org/sites/default/files/knowledge__attitude_survey_10-12.pdf
- Hakala, P. 2004. Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivunhoidosta. *Kipuviesti*. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti 2/2004, 23-26.
- Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu 2009*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 278-294.
- Heinonen, P. 2011. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. *Naistentaudit ja synnytykset 2011*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 276-284.
- Heiskanen, T. 2014. Nosiseptiivinen kipu ja sen hoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito 2014*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 910-915.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.
- Hotus. 2015. Näyttöön perustuva toiminta. Hotus: Hoitotyön tutkimussäätiö. Päivitetty 30.1.2015. Luettu 2.2.2015. <http://www.hotus.fi>
- HS. 2013. *Kättilöliitto: Synnytyksessä voi kokeilla rajojaan*.
- IASP. 2004. IASP 2004-2005 Right to Pain Relief. Luettu 15.12.2014. <http://www.iasp-pain.org>
- IASP. 2012. IASP Taxonomy. Luettu 1.12.2014. <http://www.iasp-pain.org>
- Idvall, E. 2004. Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? *Journal of Nursing Management* 2004 12 (3), 162-166.

Jaakkola, M.-L. & Alahuhta, S. 2014. Obstetrisen analgesia ja anestesia. Teoksessa Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito 2014. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 425-460.

Jokela, R., Kairaluoma, P., Kujala, M., Nieminen, P., Nilson, M. & Nilsson, E. 2012. Kivun hoito leikkauksen jälkeen. Hyksin Operatiivisen tulosityksikön Anestesiologian vastuualueen akuutin kivun hoidon työryhmän artikkeli. Luettu 14.5.2014. Tarkastettu 08/2012. <http://www.hus.fi>

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009a. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu 2009. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 52-63.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009b. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu 2009. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76-103.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu 2009. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 104-115.

Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti. Suomen kivunhoitoyhdistyksen jäsenlehti, 1/2007, 35-38.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehtomäki, P. & Hoikka, A. 2013. Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus OY Duodecim. Luettu 4.12.2014. <http://www.terveysportti.fi>

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hotus: Hoitotyön tutkimussäätiö. Julkaistu 12.6.2012. Luettu 15.12.2014. <http://www.hotus.fi>

Moceri, J. & Drevdahl, D. 2014. Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing* 2014 40 (1), 6-12.

Nurminen, M.-L. 2012. Lääkehoito. 10.-11. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ovaska, J. 2010. Videoavusteinen kirurgia. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia 2010. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 558-572.

Parry, M., Watt-Watson, J., Hodnett, E., Tranmer, J., Dennis, CL. & Brooks, D. 2010. Pain experiences of men and women after coronary artery bypass graft surgery. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2010 25 (3).

- Pesonen, A. 2012. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. *Finnanest* 2012 45 (2), 156-160.
- Pätäri, J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Pöyhiä, R. 2014. Kivun hoito. Teoksessa Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet 2014*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 143-162.
- Rantala, M. 2014. Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Rognstad, M.-K., Fredheim, O.M.S., Johannessen, T.E.B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. 2012. Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012 26 (3), 545-552.
- Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. 1996. Suomen sairaanhoitajaliitto. Luettu 28.1.2015. Päivitetty 3.10.2014. <http://www.sairaanhoitajat.fi>
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Salomäki, T. & Laurila, P. 2014. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito 2014*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 870-879.
- Salomäki, T. & Nuutinen, L. 1998. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 114 (16), 1639-1647.
- Sand, O., Sjaastand, Ø.V., Haug, E., Bjälje, J.G. & Toverud, K.C. 2011. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOYpro OY.
- Sarvela, J. & Volmanen, P. 2014. Synnytyskipu - anestesia- ja lääketieteen opas potilaalle. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus OY Duodecim. Luettu 14.2.2015. Päivitetty 24.10.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Sarvela, J. 2013. Synnytyskipua on hoidettava syylistämättä. *Lääkärilehti* 43/13.
- Tacke, U. 2010. Pähdeongelmaisen kivunhoito. *Finnanest* 2010 43 (2), 129-131.
- Terveyskirjasto. 2014. Gynekologia. Luettu 1.12.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveysportti lääketietokanta. 2012. KETO 100mg tabl. valmisteyhteenveto. Luettu 4.12.2014. <http://www.terveysportti.fi>
- Terveysportti lääketietokanta. 2012. Pamol 1000 mg tabl. valmisteyhteenveto. Luettu 4.12.2014. <http://www.terveysportti.fi>

THL. 2012. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Tilastoreportti 27/2012, 12.12.2012. Päivitetty 25.11.2014. Luettu 8.12.2014. Suomen virallinen tilasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi>

Uotila, J. & Tuimala, R. 2011. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. Naistentaudit ja synnytykset 2011. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 468-473.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, A. 2009a. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu 2009. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 27-37.

Vainio, A. 2009b. Voiko kipua mitata? Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 1.12.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Vickers, N. 2011. Knowledge and Attitudes Regarding Pain among Surgical Nurses in Three Teaching Hospitals in Ireland. Dublin City University. School of Nursing. Master's Thesis.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Yava, A., Çicek, H., Tosun, N., Özcan, C., Yildiz, D. & Dizer, B. 2013. Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey. International Journal of Caring Sciences 2013 6 (3), 494-504.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

HYVÄ TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAINEN!

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on sairaanhoitajien ja kätilöiden kipukäsitykset naistentautien ja sektioiden postoperatiivisessa kivunhoidossa. Toteutamme opinnäytetyömme määrällisellä menetelmällä ja tieto sitä varten kerätään paperisilla kyselylomakkeilla naistentautien leikkausosaston, naistentautien vuodeosaston sekä synnytysvuodeosastojen sairaanhoitajilta, kätilöiltä ja perushoitajilta.

Olisimme erittäin kiitollisia, jos mahdollisimman moni osallistuisi kyselyymme. Tällöin keräämämme tieto olisi luotettavaa ja työmme tuloksia voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessa osastojen toiminnassa. Kysely koostuu monivalinta- ja oikein/väärin-kysymyksistä, jotka käsittelevät kivun arviointia ja hoitoa. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonyymisti. Vastauksia käytetään vain opinnäytetyön tekoon, ne käsitellään ehdottoman luottamuksellisina ja hävitetään asianmukaisesti analysoinnin jälkeen.

Aloitamme aineiston analysoinnin 18.12.2014, ja toivomme vastauksia 17.12.2014 mennessä, jolloin tulemme hakemaan palautuslaatikkoon palautetut kyselylomakkeet. Palautuslaatikko ja lomakkeet löytyvät kyselyyn osallistuvien osastojen kahvihuoneista.

Ystävällisin terveisin

Aino Kolu ja Outi Pirhonen
sairaanhoitajaopiskelijat, TAMK



Yhteydenotot tarvittaessa sähköpostitse:

aino.kolu@health.tamk.fi tai outi.kujansuu@health.tamk.fi

Liite 2. Kyselylomake

1(4)

Vastaathan kaikkiin kysymyksiin ja
luethan kysymykset huolella ennen vastaamista.



Kiitos osallistumisestasi jo etukäteen!

TAUSTATIEDOT

1. Osasto

- Naistentautien leikkausosasto
- Naistentautien vuodeosasto
- Synnytysvuodeosasto x
- Synnytysvuodeosasto y

2. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

3. Ikä vuosina _____

4. Työkokemus vuosina _____

5. Koulutus

- Sairaanhoitaja
- Kätilö
- Perushoitaja
- Jokin muu: _____

6. Oletko saanut lisäkoulutusta kivunhoidosta, esim. työnantajan kautta?

- Kyllä
- En

KIVUN ARVIOINTI JA HOITO

7a. Arvioin potilaan kipua (rastita käyttämäsi menetelmä/-t)

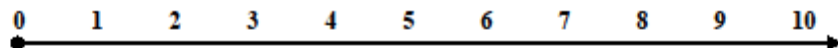
- käyttämällä kipumittareita
- tarkkailemalla vitaalielintoimintoja
- kysymällä potilaalta
- tarkkailemalla potilaan eleitä ja ilmeitä

Vastaa kysymykseen 7b, jos rastitit "käyttämällä kipumittareita". Muutoin siirry suoraan kysymykseen 8.

7b. Käyttäessäni kipumittareita arvioinnissa, käytän

- kipujanaa
- kipukiilaa
- kipukasvomittaria
- numeerista kipumittaria
- sanallista kipumittaria

8. Kivunhoito on onnistunutta, kun potilas arvioi kivun voimakkuuden olevan asteikolla 0-10 (0=ei lainkaan kipua, 10=pahin mahdollinen kipu)
MAKSIMISSAAN (ympyröi vain yksi vaihtoehdoista)



MONIVALINNAT

Rastita oikea vaihtoehto. Valitse **vain yksi** vastausvaihtoehto.

9. Opioidien suositeltu antotapa traumasta johtuvasta tai postoperatiivisesta, lyhytkestoisesta, vakavasta kivusta kärsivien potilaiden kivunlievityksessä on

- laskimonsisäisesti
- lihaksensisäisesti
- ihonalaisesti
- suun kautta
- peräsuoleen

10. Postoperatiiviseen kipuun tulisi ensisijaisesti antaa lääkitystä

- ympäri vuorokauden potilaalle laaditulla aikataululla
- vain kun potilas pyytää lääkitystä
- vain kun sairaanhoitaja arvioi potilaalla olevan kohtalaista tai vahvaa kipua

3(4)

11. Todennäköisin syy, jonka takia potilas pyytää lisäännosta kipulääkitykseen on:

- Potilas kokee kipunsa lisääntyneen
- Potilas kokee lisääntyvää ahdistusta tai mielialan laskua
- Potilas kaipaa enemmän huomioita henkilökunnalta
- Potilaan pyyntö liittyy riippuvuuteen

12. Tarkimmin potilaan kivun voimakkuutta pystyy arvioimaan

- hoitava lääkäri
- potilaan omahoitaja
- potilas
- potilaan puoliso tai perhe

13. Kuinka todennäköisesti potilaalla, jolle kehittyy kipua, on alkoholi- ja/tai huumeongelma?

- < 1%
- 5 – 15%
- 25 - 50%
- 75 - 100%

14. Laskimonsisäisesti annostellun morfiinin huippupitoisuus veressä saavutetaan, kun antohetkestä on kulunut:

- 15 min
- 45 min
- 1 tunti
- 2 tuntia

OIKEIN VAI VÄÄRIN – ympyröi oikea vastaus

15. Vitaalielintoiminnot (=syke, verenpaine, hengitys ym.) ovat aina potilaan kivun voimakkuuden luotettavia mittareita. O V

16. Potilailla, joiden huomio voidaan kääntää pois kivusta, ei yleensä ole voimakasta kipua. O V

17. Potilas voi nukkua voimakkaasta kivusta huolimatta. O V

18. Yhdistelemällä eri mekanismeihin toimivia kipulääkkeitä (esim. tulehduskipulääkkeet ja opioidit) voidaan kipu saada paremmin hallintaan vähemmällä sivuvaikutuksilla kuin käyttämällä vain yhtä kipulääkettä kerrallaan. O V

4(4)

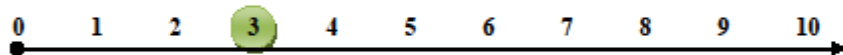
19. Suonensisäisesti annettavan 1-2mg morfiiniannoksen tavallinen vaikutusaika on 4-5 tuntia. O V
20. Opioideja ei tulisi käyttää potilailla, joilla on aikaisempaa päihteiden väärinkäyttöä. O V
21. Iäkkäille potilaille ei voida käyttää opioideja kivunlievitykseen. O V
22. Potilaita tulee rohkaista kestämään mahdollisimman paljon kipua ennen opioideilla lääkitsemistä. O V
23. Potilaan uskonnollinen vakaumus voi johtaa siihen, että potilas uskoo kivun ja kärsimyksen olevan tarpeellisia. O V
24. Opioidin alkuannoksen jälkeiset lisäannokset tulisi määrittää yksilöllisesti potilaan lääkEVasteen mukaisesti. O V
25. Antamalla potilaalle plasebo-injektio voidaan testata onko potilaan kipu todellista. O V
26. Opioideja ei tulisi käyttää kivun arvioinnin aikana, jos kivun lähde on tuntematon, sillä se voi vaikeuttaa kivun syyn oikeaa diagnosointia peittämällä kipua. O V
27. Bentsodiatsepiinit eivät ole tehokkaita kivunlievittäjiä, paitsi jos kivut johtuvat lihasspasmeista. O V

Liite 3. Kyselylomakkeen oikeat vastaukset

1(3)

OIKEAT VASTAUKSET

8. Kivunhoito on onnistunut, kun potilas arvioi kivun voimakkuuden olevan asteikolla 0-10 (0=ei lainkaan kipua, 10=pahin mahdollinen kipu)
MAKSIMISSAAN (ympyröi vain yksi vaihtoehdoista)

**MONIVALINNAT**

Vain yksi oikea vastausvaihtoehto.

9. Opioidien suositeltu antotapa traumasta johtuvasta tai postoperatiivisesta, lyhytkestoisesta, vakavasta kivusta kärsivien potilaiden kivunlievityksessä on

- laskimonsisäisesti
- lihaksensisäisesti
- ihonalaisesti
- suun kautta
- peräsuoleen

10. Postoperatiiviseen kipuun tulisi ensisijaisesti antaa lääkitystä

- ympäri vuorokauden potilaalle laaditulla aikataululla
- vain kun potilas pyytää lääkitystä
- vain kun sairaanhoitaja arvioi potilaalla olevan kohtalaista tai vahvaa kipua

11. Todennäköisin syy, jonka takia potilas pyytää lisäannosta kipulääkitykseen on:

- Potilas kokee kipunsa lisääntyneen
- Potilas kokee lisääntyvää ahdistusta tai mielialan laskua
- Potilas kaipaa enemmän huomioita henkilökunnalta
- Potilaan pyyntö liittyy riippuvuuteen

12. Tarkimmin potilaan kivun voimakkuutta pystyy arvioimaan

- hoitava lääkäri
- potilaan omahoitaja
- potilas
- potilaan puoliso tai perhe

2(3)

13. Kuinka todennäköisesti potilaalla, jolle kehittyy kipua, on alkoholi- ja/tai huumeongelma?

- < 1%
- 5 - 15%
- 25 - 50%
- 75 - 100%

14. Laskimonsisäisesti annostellun morfiinin huippupitoisuus veressä saavutetaan, kun antohetkestä on kulunut:

- 15 min
- 45 min
- 1 tunti
- 2 tuntia

OIKEIN VAI VÄÄRIN – ympyröi oikea vastaus

15. Vitaalielintoiminnot (=syke, verenpaine, hengitys ym.) ovat aina potilaan kivun voimakkuuden luotettavia mittareita.

O V

16. Potilailla, joiden huomio voidaan kääntää pois kivusta, ei yleensä ole voimakasta kipua.

O V

17. Potilas voi nukkua voimakkaasta kivusta huolimatta.

O V

18. Yhdistelemällä eri mekanismeihin toimivia kipulääkkeitä (esim. tulehduskipulääkkeet ja opioidit) voidaan kipua saada paremmin hallintaan vähemmällä sivuvaikutuksilla kuin käyttämällä vain yhtä kipulääkettä kerrallaan.

O V

19. Suonensisäisesti annettavan 1-2mg morfiiniannoksen tavallinen vaikutusaika on 4-5 tuntia.

O V

20. Opioideja ei tulisi käyttää potilailla, joilla on aikaisempaa pähteiden väärinkäyttöä.

O V

21. Iäkkäille potilaille ei voida käyttää opioideja kivunlievitykseen.

O V

22. Potilaita tulee rohkaista kestämaan mahdollisimman paljon kipua ennen opioideilla lääkitsemistä.

O V

23. Potilaan uskonnollinen vakaumus voi johtaa siihen, että potilas uskoo kivun ja kärsimyksen olevan tarpeellisia.

O V

24. Opioidin alkuannoksen jälkeiset lisäannokset tulisi määrittää yksilöllisesti potilaan lääkevasteen mukaisesti.

O V

3(3)

25. Antamalla potilaalle plasebo-injektio voidaan testata onko potilaan kipu todellista.

 V

26. Opioideja ei tulisi käyttää kivun arvioinnin aikana, jos kivun lähde on tuntematon, sillä se voi vaikeuttaa kivun syyn oikeaa diagnosointia peittämällä kipua.

 V

27. Bentsodiatsepiinit eivät ole tehokkaita kivunlievittäjiä, paitsi jos kivut johtuvat lihasspasmeista.

 V

Liite 4. Tutkimustaulukko

Tekijä/-t	Julkaisutiedot ja tutkimusmenetelmä	Otsikko	Keskeiset tulokset
Erkes, B., Parker, V., Carr, R. & Mayo, R.	2001, Yhdysvallat Julkaistu: Pain Management Nursing 2001 2 (2) Kvantitatiivinen tutkimus, käytetty KASRP-kaavakkeen päivitetämätöntä (1998) versiota.	An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Hospitalized Patients	Kysely tehtiin ennen kivunhoidon lisäkoulutusta ja toistettiin koulutuksen jälkeen. Kyselyn tuloksissa havaittiin selvä parannus lisäkoulutuksen jälkeen ja yhteys testien välisen tulosten parantumisen ja hoitotyön kokemusvuosien välillä. Johtopäätöksenä kivunhoidon koulutukselle on ehdoton tarve koskien niin hoitotyön opiskelijoita kuin jo työskenteleviä hoitotyön ammattilaisia.
Idvall, E.	2004, Ruotsi, Division of Nursing Science, Faculty of Health Sciences, Linköping Julkaistu: Journal of Nursing Management 2004 12 (3) Kvantitatiivinen tutkimus	Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice?	Tutkimuksessa tuli ilmi niin hoitajien kuin potilaidenkin taholta, että hoidon laatu monilta osin arvioitiin matalammaksi kuin hoitajien arvio siitä, mikä todellisuudessa olisi mahdollista toteuttaa.
Moceri, J. &	2014, Yhdysvallat,	Nurses' Knowledge	Tiedot ja asenteet oli-

Drevdahl, D.	<p>University of Washington Tacoma</p> <p>Julkaistu: Journal of Emergency Nursing 2014 40 (1)</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus, käytetty KASRP-kaavakkeen päivitettyä (2012) versiota.</p>	<p>and Attitudes Toward Pain in the Emergency Department</p>	<p>vat keskimäärin hyvät. 8 kysymykseen alle 50 % vastaajista oli vastannut oikein, joista 5 käsitteli opioideja, 2 riippuvuutta ja yksi kivun arviointia. Näiden analysoinnissa korkeammalla koulutustasolla oli heikko positiivinen vaikutus oikeiden vastausten määrään.</p>
<p>Parry, M., Watt-Watson, J., Hodnett, E., Tranmer, J., Dennis, CL. & Brooks, D.</p>	<p>2010, Kanada, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto</p> <p>Julkaistu: The Journal of Cardiovascular Nursing 2010 25 (3)</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Pain experiences of men and women after coronary artery bypass graft surgery.</p>	<p>Tilastollisesti merkittävä ero löytyi naisten ja miesten välillä kivun kokemisessa. Naiset ilmaisivat selvästi miehiä enemmän kohtalaista tai vakavaa kipua, sekä kivun häiritsevän kävelyä tai nukkumista.</p>
Pätäri, J.	<p>2014, Suomi; Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus, toteutettu teemahaastatteluilla</p>	<p>Sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla</p>	<p>Akuutin kivunhoidon onnistumisessa keskeistä on kivun arviointi. Kivunhoidossa haasteellisia potilasryhmiä sairaanhoitajien mielestä ovat muista kulttuureista tulevat potilaat, huumeiden</p>

			käyttäjät ja muistisairaat. Sairaanhoitajat toivat esille kivunhoidon kehittämisessä kivunhoidon lisäkoulutuksen ja kipulääkitysprotokollan tarpeen.
Rantala, M.	2014, Suomi; Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kvantitatiivinen tutkimus	Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia	Vastaajien mielestä dementiaa sairastavien potilaiden kivunhoito oli riittävää, vaikka kognitiivisesti rajoittuneiden potilaiden kivun arviointi oli koettu suureksi haasteeksi. Kipumittareiden käytön ja riittäväksi koetun kivunhoidon välillä oli selkeä yhteys. Tutkimuksessa tuli esille puutteita tiedoissa ja nuorempien hoitajien paremmat tiedot opioidien haittavaikutuksista.
Rognstad, M.-K., Fredheim, O.M.S., Johannessen, T.E.B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall,	2012, Norja Julkaistu: Scandinavian Journal of Caring Sciences 2012 26 (3) Kvantitatiivinen tutkimus	Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards.	Suurin osa vastaajista koki olevansa päteviä nosiseptiivisen kivunhoidossa, mutta eivät olleet tyytyväisiä vuosittaiseen kivunhoidon tietojen päivitykseen. Neuropaattisen kivunhoidossa koettiin puut-

E. & Rustøen, T.			teita.
Vickers, N.	2011, Irlanti; Master's Thesis. Dublind City University. School of Nursing. Kvantitatiivinen tutkimus, käytetty KASRP-kaavakkeen päivitettyä (2012) versiota.	Knowledge and Attitudes Regarding Pain among Surgical Nurses in Three Teaching Hospitals in Ireland	Puutteita tiedoissa ja asenteissa havaittiin, etenkin kivun farmakologisen hoidon osalta. Oikeiden vastausten ja korkeamman koulutuksen väliltä löydettiin positiivinen yhteys. Havaittiin, että hoitajien arvio omista tiedoistaan ei ollut tarkka.
Yava, A., Çicek, H., Tosun, N., Özcan, C., Yildiz, D. & Dizer, B.	2013, Turkki Julkaistu: International Journal of Caring Sciences 2013 6 (3) Kvantitatiivinen tutkimus, käytetty KASRP-kaavakkeen päivitettyä (2012) versiota.	Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey	Hoitajilla ei ollut riittäviä tietoja eikä positiivisia asenteita kivunhoitoa kohtaan. Merkittäviä yhteyksiä löydettiin koulutustason, työpaikan, lisäkoulutuksen ja kipukirjallisuuden lukemisen sekä hoitajien kipua koskevan tehokkuuden arvion välillä.