

Hellman, Pia
Raatikainen, Merja

Fysioterapeutit leikkauspotilaan kivun arvioijina ja mittaajina Hyksin Operatiivisessa tulosyksikössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (AMK)

Fysioterapia

Opinnäytetyö

15.9.2014

Tekijät Otsikko	Hellman, Pia ja Raatikainen, Merja Fysioterapeutit leikkauskivun arvioijina ja mittaajina Hyksin Operatiivisessa tulosyksikössä
Sivumäärä Aika	24 sivua + 2 liitettä 15.9.2014
Tutkinto	Fysioterapeutti
Koulutusohjelma	Fysioterapia
Ohjaajat	Yliopettaja Anu Valtonen Lehtori Tarja-Riitta Mäkilä
<p>Kirurgisen leikkauksen jälkeinen kivun arviointi ja hoito on tärkeä osa potilaan toipumista. Onnistunut kivun arviointi ja hoito nopeuttaa potilaan liikkeelle pääsemistä ja vähentää sairaalapäivien määrää. Kivun hoidon epäonnistuminen puolestaan vähentää potilaan liikumishaluja, vaikuttaa negatiivisesti elintoimintoihin ja lisää kroonisen kivun riskiä.</p> <p>Fysioterapeutit osallistuvat sairaaloissa kivun arviointiin osana moniammatillista tiimiä, johon kuuluu fysioterapeutin lisäksi mm. omahoitaja, sairaanhoitaja, kipuhoitaja ja lääkäreitä. Fysioterapeuttien tehtävänä on huolehtia potilaiden liikkumisesta ja edistää tätä kautta mm. hengitys- ja verenkiertoelimistön, ruuansulatuselimistön sekä tuki- ja liikuntaelimestön kuntoutumista leikkauksesta.</p> <p>Tässä kvantitatiivisiin menetelmiin perustuvassa opinnäytetyössä selvitettiin, miten Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (Hyks) Operatiivisen tulosyksikön fysioterapeutit arvioivat ja mittaavat potilaan kipua eri päivittäisissä tilanteissa ja miten helpoksi he kokevat kivun arvioinnin. Lisäksi selvitettiin, mitä kipumittareita fysioterapeutit käyttävät, miten he kirjaavat kiputiedot ja millaista lisäkoulutusta he kaipaavat.</p> <p>Kysely lähetettiin 65 fysioterapeutille ja siihen vastasi 43 fysioterapeuttia. Fysioterapeutit kokevat kyselyn tulosten perusteella, että kivun arvioiminen on enimmäkseen helppoa ja että he onnistuvat siinä pääosin hyvin. Fysioterapeutit kertoivat arvioivansa potilaan kipua aina fysioterapeuttisen harjoittelun yhteydessä ja usein myös potilaan kävellessä ja sängyssä liikkeessä. He suosivat osastotyössä kivun arviointikeinona potilaan spontaanin kertomisen kuuntelua sekä kipukäyttämisen ja elintoimintojen havainnointia. Mittareista käytetään eniten Numeric Rating Scalea (NRS). Kivusta kirjaaminen kuuluu suurimmaksi osaksi fysioterapeuttien rutiineihin. Fysioterapeutit toivovat lisäkoulutusta mittareiden käytöstä ja kokevat, että hyötyisivät kivun arvioijina nykyistä tiiviimmästä yhteistyöstä eri ammattiryhmien välillä.</p>	
Avainsanat	leikkauskipu, post-operatiivinen kipu, kivun arviointi, kivun mittaaminen, kipumittarit, fysioterapia, kivun kirjaaminen, kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Authors Title	Pia Hellman and Merja Raatikainen Physiotherapists Assessing and Measuring Post-operative Pain at the Department of Surgery, Helsinki University Central Hospital
Number of Pages Date	24 pages + 2 appendices Autumn 15 th 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Instructor(s)	Anu Valtonen, Principal Lecturer Tarja-Riitta Mäkilä, Senior Lecturer
<p>Assessing and treating post-surgical pain is an important factor in surgical patient's recovery process. Successful assessment and treatment of pain contributes to speedy patient mobilization and reduces the total number of hospital stays. In turn, unsuccessful treatment of pain diminishes the patient's willingness to participate in physical activity, has a negative impact on vital functions and increases the risk of chronic pain.</p> <p>Physiotherapists form part of a multi-professional hospital care unit including a patient assigned nurse, a registered nurse, a pain management nurse and doctors. Patient mobilization is the key function performed by physiotherapists while advancing post-surgical rehabilitation of respiratory and circulatory systems, digestive system and musculoskeletal system.</p> <p>The present thesis follows a quantitative method. It analyzes the assessment and measurement, and the effortlessness of such assessment and measurement of patients' post-surgical pain performed by physiotherapists working at the Department of Surgery, Helsinki University Central Hospital. The focus is also on what type of assessment tools are being used, how the pain data has been documented and what type of supplementary training is in demand.</p> <p>A questionnaire was sent to a total of sixty-five physiotherapists, and a total of forty-three replies were received. Based on the results of this survey, the physiotherapists mostly find the assessment of pain easy, and they mostly consider managing it to be successful. The physiotherapists reported that they always assessed patient's pain during physiotherapeutic exercise and often also while patient was walking or moving about in bed. As assessment methods the physiotherapists preferred listening to patient's spontaneous statement regarding pain as well as observing pain behavior and vital signs. The preferred assessment scale was the Numeric Rating Scale. Based on the results of the survey, the pain documentation was mostly regarded as part of their daily routines. The physiotherapists requested for supplementary training on the use of the different assessment tools and scales. In addition, they considered a closer co-operation between different health professionals beneficial.</p>	
Keywords	post-operative pain, pain assessment, pain measurement, pain assessment tools, physiotherapy, physiotherapy documentation, quantitative method

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	2
3	Mitä kipu on?	3
3.1	Kipu käsitteenä ja kiputilojen luokittelu	4
3.1.1	Kiputilojen jaottelu mekanismin mukaan	5
3.1.2	Kiputilojen jaottelu keston perusteella	5
3.2	Kivun vaikutukset potilaan toipumiseen	6
3.3	Leikkauksen jälkeisen kivun lääkehoito	7
3.4	Kivun arviointi	8
3.4.1	Kipumittarit	9
3.4.2	Kipusanastot	12
3.4.3	Kipupiirroksiset	13
4	Aiemmin tehdyt tutkimukset	13
5	Opinnäytetyön toteutus	14
5.1	Kyselylomakkeen laatiminen	14
5.2	Tutkimusaineiston keräys	15
5.3	Tutkimusaineiston analysointi	15
6	Kyselyn tulokset	15
6.1	Kivun arvioinnin onnistuminen	16
6.2	Kivun arviointi eri tilanteissa	18
6.3	Kipumittarit	19
6.4	Kivun kirjaaminen	20
6.5	Kehitysideat ja lisäkoulutuksen tarve	21
7	Pohdinta ja yhteenveto	23
	Lähteet	25
	Liitteet	
	Liite 1. Kyselylomake	
	Liite 2. Kyselyn saatekirje	
	Liite 3. Kipumittarit	

1 Johdanto

Kirurgisilla leikkauksilla voidaan korjata vakavia vammoja, vähentää sairauksien aiheuttamia haittoja ja jopa pidentää potilaan elinikää. Leikkauksesta toipuminen on kuitenkin harvoin kivutonta. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (Hyks) Operatiivinen tulosyksikkö muodostuu kirurgian erikoisalojen, neurokirurgian, silmäsairauksien, korva- ja kurkkutautien, suu- ja leukasairauksien, fysiatrian, fysioterapian ja toimintaterapian, anestesiologian, tehohoidon, kivun hoidon ja ensihoidon toiminnoista. Tulosityksikössä tehtiin vuonna 2011 yhteensä noin 64 000 leikkausta, joista 26 prosenttia tehtiin päivystyksenä. Kaikkiaan Operatiivisen tulosyksikön palveluja käytti 192 000 eri henkilöä. (HUS:n www-sivut). Kivunhoito on määritelty yhdeksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) vuosien 2013–2016 strategian painopisteistä. Strategian avulla halutaan varmistaa potilaiden laadukas kivunhoito, yhtenäistää kivun arvioimisen ja kirjaamisen käytäntöjä sekä luoda malli kivunhoidon toteutumisen seurannasta (HUS:n strategia).

Leikkauksesta toipumisen kannalta on tärkeää, että potilas on perillä sekä itse operatiivisesta että post-operatiivisista kivuista ja niiden hoitomuodoista. Etukäteistiedottamisella sekä hyvällä kivun arvioinnilla ja hoidolla vähennetään turhia pelkoja ja sitoutetaan potilasta kivun oikea-aikaiseen hoitoon sekä kannustetaan potilasta jalkeille. Näin ehkäistään myös välillisesti leikkauskivun kroonistumista ja potilaan toimintakyvyn laskemista.

Leikkauksen jälkeisen kivun onnistunut arviointi ja hoito on oleellista myös yhteiskunnan näkökulmasta, sillä sairaalapäivät ovat kalliita. Hyksin Operatiivisessa tulosyksikössä sairaalapäivien hinta vaihtelee osastoittain muutamasta sadasta eurosta muutama tuhat euroon. Esimerkiksi Jorvin päiväkirurgisessa sairaalassa yksi sairaalapäivä maksaa 260 euroa, Meilahden verisuonikirurgian osastolla 760 euroa ja Meilahden sydänkirurgian teho-osastolla 2 620 euroa (HUS Palveluhinnasto 2014). Jos post-operatiivisen kivun kartoittaminen ja hoito ontuu, potilaan toipuminen hidastuu, sairaalapäivien määrä kasvaa, hoitajaksot voivat uusiutua ja kustannukset nousevat.

Tämä opinnäytetyö tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää fysioterapeuttien osuutta kivun hoidon asiantuntijaryhmässä. Sairaalassa työskentelevän fysioterapeutin tehtävänä on tukea ja edistää potilaan leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta ja kuntoutumisesta. Hyksin Operatiivisessa tulosyksikössä työskentelee noin 4 300 henkilöä, joista 120 on

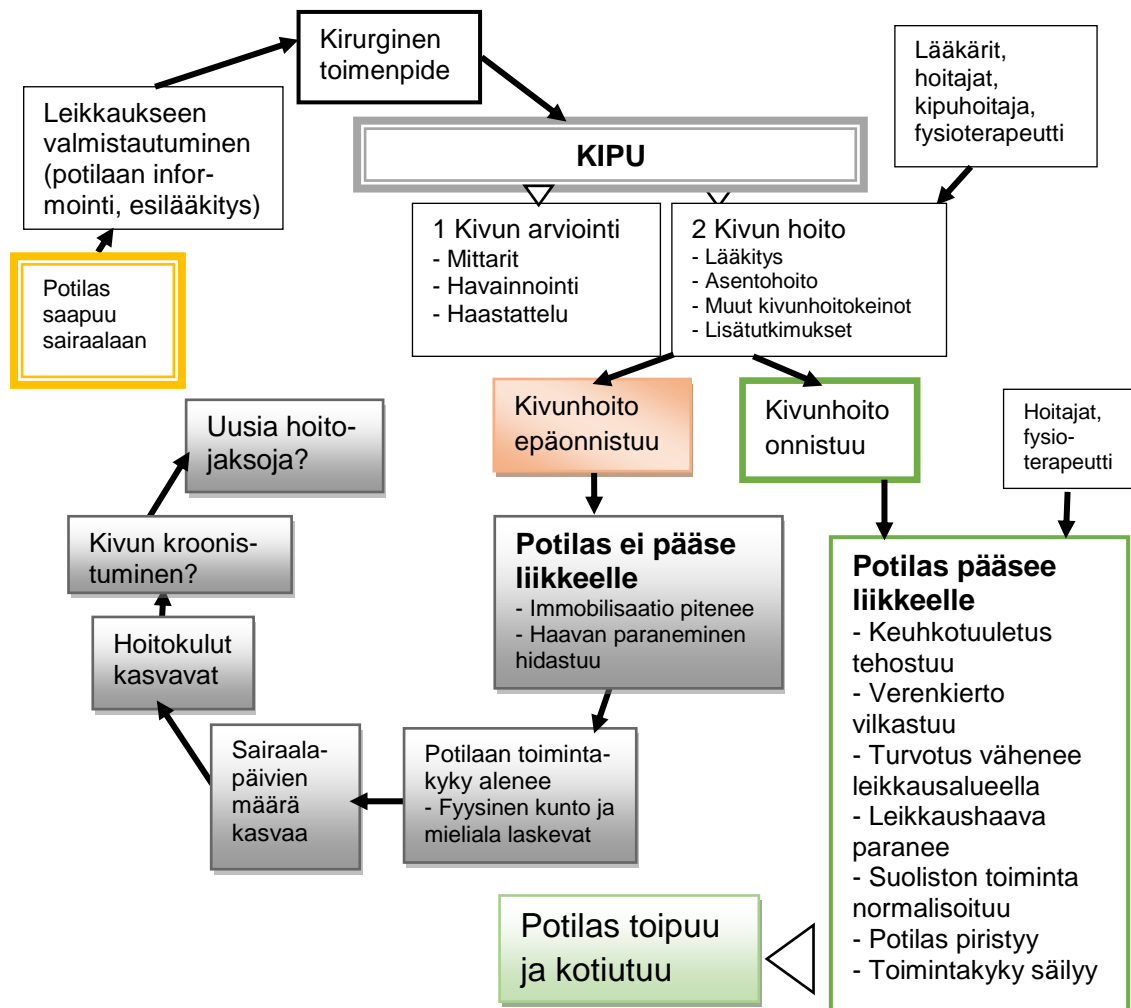
fysioterapeutteja (HUS:n www-sivut). Osastonhoitajien mukaan fysioterapeuteista 65 työskentelee leikkauksen jälkeisen välittömän kuntoutuksen parissa opinnäytetyön tekoaikana.

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, miten Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (Hyks) Operatiivisessa tulosyksikössä työskentelevät fysioterapeutit arvioivat ja mittaavat potilaiden kipua leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Miten fysioterapeutit arvioivat ja mittaavat potilaiden kipua leikkauksen jälkeen?
- Mitä kipumittareita fysioterapeutit käyttävät työssään?
- Miten fysioterapeutit arvioivat ja mittaavat potilaan kipua eri päivittäisissä tilanteissa (esim. maataessa, istuessa, syödessä, fysioterapeuttisen harjoittelun yhteydessä)?
- Miten fysioterapeutit kirjaavat kiputiedot?
- Millaista lisäkoulutusta fysioterapeutit toivovat kivun arvioinnista ja mittaamisesta?

Tavoitteena on, että tulosyksikkö voi kyselyn tulosten perusteella tarkentaa tai yhtenäistää kivunarviointi- ja kirjaamiskäytäntöjään sekä järjestää henkilökunnalleen lisäkoulutusta kivunarvioinnista. Hyksin asiakkaat hyötyvät laadukkaasta ja tarkasta kivun arvioinnista ja siihen perustuvasta hoidosta sekä potilaina että veronmaksajina. Kun leikkauksen jälkeistä kipua osataan arvioida riittävän monipuolisesti, kipua voidaan myös hoitaa tehokkaasti. Hyvä kivunhoito lievittää kärsimystä, nopeuttaa leikkauksesta toipumista ja vähentää kalliiden sairaalapäivien määrää. Potilaan kirurgiseen operaatioon liittyvän kivun arvioinnin ja hoidon prosessi on kuvattu opinnäytetyön sisältöä tiivistävässä kuviossa (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Kivun arvioinnin ja hoidon prosessi sairaalassa

3 Mitä kipu on?

Tässä luvussa käsitellään lyhyesti kipua, kivun hoitoon ja kivun arviointiin liittyvää teoriaa ja esitellään keskeisimmät käsitteet. Opinnäytetyön aihepiiriin ei kuulu kivun psykologisten mekanismien lähempi tarkastelu, lasten kivun arviointi, krooninen kipu sekä synnytyskiput. Vaikka kaikissa edellä mainituissa ryhmissä suoritetaan leikkauksia ja fysioterapeutit arvioivat yhdessä muun hoitohenkilökunnan kanssa leikkauksen jälkeisen kivun laatua ja määrää, kyseiset ryhmät jäävät tarkastelun ulkopuolelle HUS:n sisäiseen organisaatioon liittyvistä syistä.

3.1 Kipu käsitteenä ja kiputilojen luokittelu

Sana kipu aiheuttaa ihmisissä pääsääntöisesti negatiivisia miellelyhtymiä. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys (International Association for the Study of Pain, IASP) onkin määritellyt kivun seuraavasti: "Kipu on epämiellyttävä aistimus tai tunnekokemus, joka liittyy kudოსvaurioon tai jota kuvaillaan kudოსvaurion käsittein (käännös teoksessa Airaksinen & Kouri, alkuperäisestä englanninkielisestä määritelmästä "Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. International Association for the Study of Pain: Pain Definitions).

Kivun kokeminen vaihtelee yksilöiden välillä, ja kivun kuvaileminen saattaa olla potilaalle vaikeata sen monimutkaisen luonteen vuoksi. (Turk - Melzack 2011: 4-5) Teoriaan kivun kokemisesta ja välittymisestä on vaikuttanut oleellisesti Melzackin, Casey'n ja Wallin 1960-luvulla kehittämä porttikontrolliteoria ("gate control theory", Melzack - Wall 1965). Porttikontrolliteorian mukaan kivun havaitseminen perustuu eri hermosolujen vuorovaikutukseen. (Melzack - Wall 1965: 976) Jotta kivun tunne välittyisi aivoihin, sen on kuljettava ääreishermostosta selkäyttimeen ja lopuksi aivoihin. (Kalso - Kontinen 2009: 76) Jotta kipuviesti välittyisi eteenpäin selkäytimessä, selkäytimen takasarven substantia gelatinosa -kerroksessa, on tuovan hermosolun (primaarinen afferentti) ja viestiä eteenpäin jatkavan projektioneuronin välissä oltava synapsiyhteys. (Kalso - Kontinen 2009: 85) Porttikontrolliteoriassa tätä yhteyttä kutsutaan eräänlaiseksi portiksi, jonka läpi kipuviestit kulkevat. (Melzack - Wall 1965: 974) Porttikontrolliteorian mukaan ohuempien hermosäikeiden stimulointi avaa porttia, kun taas paksumpien hermosäikeiden stimulointi peittää kipusignaaleja ja pystyy sulkemaan portin. Näin selittyvät esimerkiksi kipupaikan puhaltamisen tai hieronnan kipua lievittävät vaikutukset. (Melzack - Wall 1965: 975, 978)

3.1.1 Kiputilojen jaottelu mekanismin mukaan

Kipu voidaan jakaa kipumekanismin mukaan kolmeen tyyppiin: nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Nosiseptiivisen eli kudonsvaurioperäisen kivun fysiologinen mekanismi perustuu kudoksessa sijaitseviin nosiseptoreihin eli kipureseptoreihin, jotka aistivat kudoksessa kemiallista, mekaanista tai lämpötilasta johtuvaa ärsytystä. Nosiseptoreita on runsaasti ihossa, luukalvoissa, sidekudoksissa sekä sisäelimiä ympäröivissä kalvoissa. (Airaksinen & Kouri). Nosiseptorit ovat yllä mainittuja primaarisia afferentteja, eli tuovia hermoja, jotka välittävät kipuviestin selkäyttimeen, jossa ne aktivoivat selkäytimen neuroneja, joista viesti kulkee edelleen väliaivojen talamuksen tumakkeisiin ja sieltä etuaivokuorelle ja somatosensoriselle aivokuorelle. (Kalso & Kontinen 2009: 77) Leikkauksen aiheuttama kipu on tyypillisesti nosiseptiivistä.

Neuropaattinen kipu johtuu joko ääreishermostossa tai keskushermostossa olevasta hermoston vauriosta. (Kalso & Kontinen 2009: 98) Idiopaattinen kipu tarkoittaa kiputilaa, jonka taustalla ei ole nosiseptiota, eli kudonsvauriota eikä hermovauriota. Tällaisissa kiputiloissa kivun aiheuttajamekanismi on tuntematon (esim. fibromyalgia). (Airaksinen & Kouri)

3.1.2 Kiputilojen jaottelu keston perusteella

Kiputiloja voidaan jaotella myös kivun keston perusteella. Akuutti kipu on välitöntä lyhytkestoista kipua, joka muuttuu krooniseksi tyypillisesti kestätyään yli 3 kuukautta tai kestätyään kauemmin kuin kudoksen normaalin paranemisajan katsotaan edellyttävän. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009: 106)

Opinnäytetyössä käsitellään ainoastaan akuuttia leikkauksen jälkeistä kipua eikä syvennyttä tekijöihin, jotka vaikuttavat postoperatiivisen kivun mahdolliseen kroonistumiseen. Leikkauksen jälkeisen kivun kroonistumisesta on kuitenkin maininta sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa. Suosituksen mukaan "Jos leikkauksen tai vamman jälkeinen kipu on vaikea, tulisi potilaan päästä kipupoliklinikalle arvioon kuukauden kuluessa, koska näissä tapauksissa kyse on usein neuropaattisesta kivusta tai CRPS:stä (Complex Regional Pain Syndrome, monimuotoinen alueellinen kipuoireyhtymä), joiden viiveetön hoito parantaa ennustetta. Vamman tai leikkauksen jälkeinen kohtalainen kipu pyritään arvioimaan kipupoliklinikalla 3 kuukauden kuluessa." (STM 2010: 219)

3.2 Kivun vaikutukset potilaan toipumiseen

Kirurginen toimenpide oli Suomessa vuonna 2010 päätoimenpiteenä 429 317 hoitojakossa. (THL 2011:1) Tutkimuksen (Hutchison 2007: S2) mukaan 80 prosentilla potilaisista esiintyy akuuttia post-operatiivista kipua, ja noin 20 prosentilla potilaista kipu on voimakasta. Kipuaistimuksen luonne epämiellyttävänä asiana perustuu sen varoittamistehtävään. Kipu viestittää elimistölle, että sitä kohtaavassa vaaratilanteeseen on reagoitava. (Granström 2010: 14). Hoitamaton post-operatiivinen kipu vaikuttaa kuitenkin monella tavalla potilaan toipumiseen. Se muun muassa vähentää potilaan halua liikkua. Liikkumattomuuden tai kivun aiheuttaman välttämiskäyttäytymisen takia muuttuneet liikemallit voivat näkyä kotiutumisen jälkeenkin vielä pitkään potilaan arjessa ja toimissa. (Hutchison 2007: S3, S4).

Onnistunut kivun arviointi ja hoito nopeuttavat tutkitusti potilaan liikkeelle lähtöä ja lyhentävät sairaalassaolojaksoja. (Ward 2012). Post-operatiivisen toipumisvaiheen tärkeimmiksi tavoitteiksi voidaankin nostaa kivuttomuus, optimaalinen kudoshapetus ja potilaan varhainen liikkeelle lähtö. Lisäksi kivuton yskiminen on varhaisen toipumisen aikana erittäin tärkeää bronkuseritteiden poistamiseksi. (Lindgren 2010: 46). Muita hengityselimistöön kohdistuvia vaikutuksia ovat hengitystilavuuden pienentyminen, atelektaasit (keuhkon tai sen osan ilmattomuus), hypoksemia (valtimoveren hapen niukkuus) ja infektiot kuten keuhkokuume. (Hamunen - Kalso 2009: Verkkodokumentti).

Sydän- ja verenkiertoelimistössä kipu voi aiheuttaa takykardiaa, rytmihäiriötä, hypertensiota, kohonnutta ääreisverenkierron vastusta, sydänlihaksen hapenkulutuksen lisääntymistä, verenkierron jakautumisen muutoksia, laskimopaluun huonontumista, laskimoveritulppia ja keuhkoemboliaa. (Hamunen - Kalso 2009: Verkkodokumentti). Ruuansulatuselimistössä ja virtsatiessä kipu saattaa heikentää mahalaukun ja suolen liikkuvuutta sekä aiheuttaa virtsaretenttiä. Endokrinologiseen ja metaboliseen stressivasteeseen kipu vaikuttaa lisäämällä katabolisten hormonien eritystä (katekoliamiinit, kortisoli, glukagoni, kasvuhormoni, vasopressiini, aldosteroni, reniini, angiotensiini), ja vähentämällä anabolisten hormonien eritystä (insuliini, testosteroni). (Hamunen - Kalso 2009: Verkkodokumentti).

Hoitamaton kipu aiheuttaa myös psykologisia oireita kuten stressiä, ahdistusta, pelkoa, masennusta ja unettomuutta. (Hutchison 2007: S3) Pitkittänyt kipu altistaa kivun kroonistumiselle ja toimintakyvyn heikkenemiselle sekä aivolisäkeperäisen adrenaliinin tuo-

tannon aktivoitumiselle, joka puolestaan voi heikentää potilaan immuunijärjestelmää. (Hutchison 2007: S3). Lisäksi on vielä huomioitava hoitamattoman post-operatiivisen kivun vaikutukset koko terveydenhoitojärjestelmälle pidentyneiden ja/tai uusiutuvien hoitajaksojen sekä potilastyytymättömyyden kautta. (Hutchison 2007: S4).

3.3 Leikkauksen jälkeisen kivun lääkehoito

Leikkauksen jälkeisen kivun lääkehoidossa on huomioitava kaksi erityyppistä kipua: akuutti kudonvaurioeräinen kipu sekä mahdollinen hermovauriokipu. Nosiseptiivinen kipu on tyypillistä kaikille leikkauksille. Hermovauriokivun hoitoa tarvitaan, jos leikkauksiin on vaurioittanut ihon tuntohermon haaroja tai jos hermoja on jouduttu katkaistamaan esimerkiksi kasvaimen poiston yhteydessä. (Haanpää 2009: 319)

Leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon pätee ns. multimodaalisuuden periaate, jonka mukaan potilaalle annostellaan eri mekanismeilla vaikuttavia kipulääkkeitä, kuten puudutusaineita, opioideja, tulehduskipulääkkeitä, kortikosteroideja, laskimoanestesia-aineita (mm. ketamiini), epilepsialääkkeitä (mm. gabapentiini) ja ahdistuksen hoitoon käytettyjä lääkkeitä (mm. pregabaliini). (Hamunen - Kalso 2009: 282) Kullakin potilaalla käytettävä yhdistelmä riippuu siitä, minkä laatuinen ja laajuinen leikkaus on ollut. (Hamunen - Kalso 2009: 282) Jos kyseessä on suuri esim. torako-abdominaalinen leikkaus tai ortopedinen leikkaus, on tavallista antaa potilaalle leikkauksen jälkeen puudutetta ja opioideja epiduraalisesti (kovakalvon ja lukinkalvon muodostaman kalvorakenteen ulkopuolelle epiduraalitalaan) sekä lisäksi tulehduskipulääkettä. (Hamunen - Kalso 2009: 282)

Akuutin kudonvauriokivun lääkehoidon perustana pienemmissä leikkauksissa ovat parasetamoli, tulehduskipulääkkeet ja opioidit, sekä yksin että yhdistettynä. (Kalso 2011: 781) Tavanomaiset kipulääkkeet tehoavat huonommin neuropaattiseen kipuun, ja tavallisimmin näissä kivuissa käytetään trisyklisiä masennuslääkkeitä (amitriptyliini ja nortriptyliini). (Kalso 2011: 781)

Opioidien vaikutus perustuu niiden kykyyn estää kipua ns. opioidireseptorien välityksellä. Kyseiset reseptorit sijaitsevat selkäytimessä, keskiaivoissa ja aivorungossa. (Kalso 2011: 782) Opioidien vaikutuksesta potilaalla saattaa esiintyä hengityslamaa, pahoinvointia ja oksentelua. Lisäksi opioidien kyky lisätä sileän lihaksen tonusta saattaa vaikuttaa ruoansulatuskanavan toimintaan ja virtsateihin. (Kalso 2011: 782) Akuutin kivun hoidossa opioidit annostellaan tavallisesti laskimoon ruiskeina. Leikkauksen jälkeisessä

kivun hoidossa on käytössä myös itseannosteltava kipulääkepumppu, ns. PCA-laite ("patient controlled analgesia"). (Kalso 2011: 782) Opioidit voidaan jakaa heikkoihin (tramadoli ja kodeiini), keskivahvoihin (buprenorfiini) sekä vahvoihin (morfiini, oksikodoni, fentanyl, metadoni ja hydromorfon). Näistä oksikodonia käytetään Suomessa yleisimmin leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. (Kalso 2011: 787)

Spinaalinen kivunhoito voidaan suorittaa subaraknoidaalisesti (intratekaalisesti eli aivo-kalvojen sisäisesti) tai epiduraalisesti annostelemalla puudute tai opioidi tai näiden seos. (Hamunen - Kalso 2009: 284) Puudutteen ja opioidin yhdistelmä tehoaa kivun hoidossa paremmin kuin kumpikaan lääke yksinään. (Hamunen - Kalso 2009: 285)

Epiduraalista kivunhoitoa käytetään suurempien leikkausten, kuten isojen ortopedisten leikkausten, vatsan alueen tai rintaontelon leikkausten, yhteydessä. (PKSSK: Epiduraalinen kivunhoito) Myös epiduraalisesti annostellun opioidin seurauksena potilaalla saattaa esiintyä pahoinvointia ja hengityslamaa. (Hamunen - Kalso 2009: 286) Subaraknoidaalisesti aivo-selkäydinnesteeseen annosteltuna opioidien ja puudutteen yhdistelmää voidaan käyttää erityisesti alaraajakirurgiassa kuten suurissa ortopedisissä leikkauksissa. (Hamunen - Kalso 2009: 287) Erityisesti morfiinin subaraknoidaaliseen annosteluun liittyy myöhäisen hengityslaman riski, ja potilaan valvontaan tulisikin kiinnittää huomiota. (Hamunen - Kalso 2009: 287)

Lisäksi kipua voidaan lievittää fysioterapeuttisiin menetelmin (lämpö- ja kylmähoidot, mekaaniset hoidot, manuaalinen lymfaterapia, vetohoidot, shokkiaaltoterapia, sähköiset kivunhoitomenetelmät, laserhoidot, akupunktio, vesihoidot ja terapeuttinen harjoittelu.) (Kalso 2009: 237-243).

3.4 Kivun arviointi

Kivun arviointi on aina riippuvaista arvioinnin tarkoituksesta, tarkasteltavana olevan populaation erityispiirteistä sekä asiayhteydestä. (Turk - Melzack 2011: 6) Näin arvioinnissa tulisi ottaa huomioon esimerkiksi arvioitavien ikä, koulutustaso ja kommunikointikyky sekä myös kivun lähde, kuten leikkaus, krooninen kipu tai syöpä. (Turk - Melzack 2011: 6) Lisäksi kivun arvioinnissa olisi pidettävä mielessä porttikontrolliteorian mukainen näkemys siitä, että kipu ei ole ainoastaan sensorinen tuntemus, ja että yksinkertaiset kivun intensiteetin arviointimenetelmät eivät aina pysty oikealla tavalla arvioimaan kipua. (Turk - Melzack 2011: 11)

3.4.1 Kipumittarit

Kivun voimakkuuden, vaikutuksen, laadun ja sijainnin arvioimisen apuna käytetään yleisimmin ns. itsearviointivälineitä ("self report measures"), joiden avulla potilas arvioi itse kokemaansa kipua. (Jensen - Karoly 2011: 35) Lisäksi kipua voidaan arvioida havainnoimalla potilaan käyttäytymistä ja elintoimintoja. Havainnointi on toimiva arviointikeino erityisesti kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kohdalla (Keefe - Somers - Williams - Smith 2011: 134 sekä Pudas-Tähkä - Axelin - Lund - Salanterä: 2008: 946) Itsearviointivälineiden haittapuolena on, että ne eivät kerro välttämättä kivun todellista luonnetta tarkasti ja oikein. (Jensen - Karoly 2011: 20) Vääristymä saattaa johtua siitä, että potilaan kertomaa ei tulkita oikein, tai potilas itse vääristelee kivusta antamaansa kuvausta. Lisäksi kuvaus kivusta saattaa vaihdella, jos kipua ei ole arvioitu samana kellonaikana, samassa paikassa ja samojen henkilöiden läsnä ollessa. (Jensen - Karoly 2011: 20-21). Alla olevat mittarit ja arviointikeinot on esitelty Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön suosituksessa (HOTUS 2013: 26) ja mittareiden käyttöä ja tunnettuutta on kysytty sen perusteella myös kyselyyn osallistuneilta fysioterapeuteilta.

1) **VAS** , Visual Analogue Scale eli visuaalinen analoginen kipumittari.

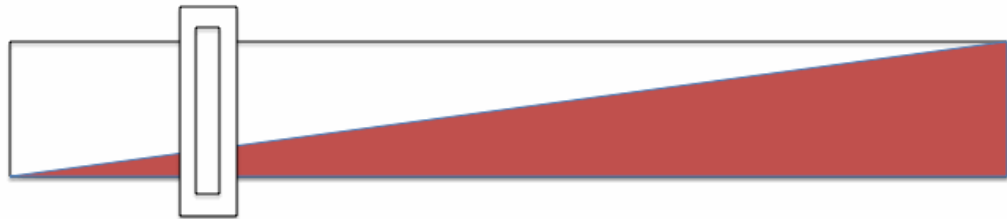
VAS on 100 mm pitkä horisontaalinen jana, jonka toinen pää tarkoittaa kivuttomuutta ja toinen pää sietämätöntä kipua. Potilas arvioi kipua osoittamalla janalta omaa kipua kuvaavan kohdan. (Kuva 1.). (Mason - Fauerbach - Haythornthwaite 2011: 284)



Kuva 1. VAS-jana

2) Kipukiila

Janan asemesta voidaan käyttää kipukiilaa, jossa valkoinen osa kuvaa kivuttomuutta ja punainen kipua (Kuva 2.). Värin käyttö havainnollistaa ja yksinkertaistaa kipujan käyttöä esimerkiksi leikkauksen jälkeisessä kivun arvioinnissa. (Kalso - Kontinen 2009: Verkkodokumentti. Duodecim oppikirjat.)



Kuva 2. Kipukiila

3) NRS, Numeric Rating Scale eli numeerinen kipumittari

NRS on 11-portainen asteikko (Kuva 3.), jossa numero nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 sietämätöntä kipua. Potilas valitsee asteikolta omaa kipuaan kuvaavan numeron. (Mason - Fauerbach - Haythornthwaite 2011: 284)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kuva 3. NRS-mittari

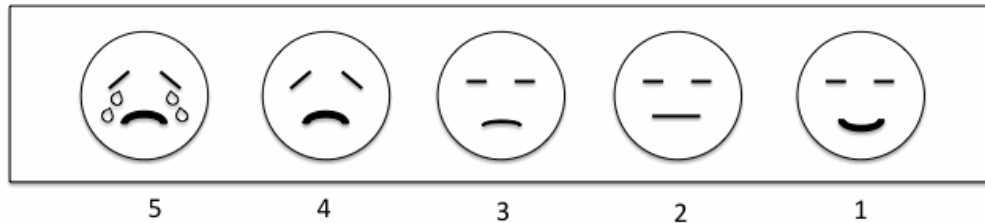
4) VRS, Verbal Rating Scale eli sanallinen kipumittari

VRS-mittarin avulla voidaan määritellä kipua käyttämällä esim. seuraavia kipua kuvaavia termejä:

Ei kipua – lievä kipu – kohtalainen kipu – voimakas kipu – sietämätön kipu

(Mason - Fauerbach - Haythornthwaite 2011: 284)

5) **FPS**, Faces Pain Scale eli kipukasvomittarin (Kuva 4.) avulla potilas ilmoittaa kivun määrän valitsemansa kasvokuvan avulla. (Hadjistavropoulos - Breau - Craig 2011: 262-263). FPS-mittari sopii erityisesti lasten kivun arviointiin. (IASP)



Kuva 4. FPS-mittari

6) Havainnointi

Kipua voidaan arvioida havainnoimalla potilasta ja tämän käyttäytymistä. Havainnointi on hyvä arviointiväline erityisesti kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kanssa työskenneltäessä. Kivun arvioinnissa käytettäviä indikaattoreita on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Kivun ilmeneminen potilaan käyttäytymisessä (HOTUS 2013: 26)

Kasvojen ilmeet:	jännittynyt, surullinen, pelokas, otsa rypyssä, irvistys, tiukasti suljetut tai avoimet silmät, silmien räpyttely, yhteen purrut hampaat, otsavako, suu tiukasti kiinni
Ääntely:	valitus, voihkiminen, huokailu, huutaminen, huudahtaminen, ärähtäminen, äänekäs hengitys
Kehon kieli:	hermostunut, levoton liikehdintä, jäykkyys, jännittyneisyys, kipualueen varjelu, huojuminen (heijaaminen), liikkumisen vähentäminen
Persoonallisuuden muutokset:	aggressiivisuus, riidanhaluisuus, vaativuus, sosiaalisten kontaktien välttäminen, häiritseminen, vetäytyminen, loukkaava käytös
Muutokset päivittäisissä toiminnoissa:	ruokailusta kieltäytyminen, muutokset ruokahalussa, lisääntynyt levon tarve, lisääntynyt vaeltelu
Muutokset henkisissä toiminnoissa:	sekavuus, ärtyvyys, itkuherkkyys, ahdistuneisuus, tuskaisuus, uupumus

3.4.2 Kipusanastot

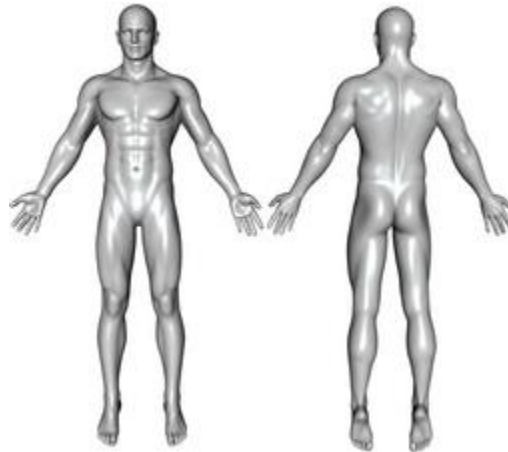
Kipusanastojen uranuurtaja on Melzackin ja Torgersonin vuonna 1971 kehittämä kipukysely "McGill Pain Questionnaire", "MPQ". MPQ:ssa on annettu erilaisia kipua kuvaavia sanoja, joita käyttämällä potilas voi kuvailla kipunsa laatua. Sanaluokat on jaettu neljään eri pääluokkaan: Sensorinen, affektiivinen, evaluatiivinen ja sekalaisten sanojen luokka. (Katz - Melzack 2011: 48) MPQ:n pohjalta on tehty myös suomenkielinen versio (Ketovuori 1980: 1179-82). Alla (Taulukko 2) on esitelty suomenkielisessä sanallisessa kipumittarissa käytetyt termit, joille on luotu intensiteetti-arvo sijoittamalla kukin termi VAS-janalle asteikolle: ei kipua - pahin mahdollinen kipu. (Ketovuori 1980: 1182) Potilas valitsee sanaluokista omaa kipuaan parhaiten kuvaavan sanan.

Taulukko 2. Ketovuoren sanallinen kipumittari, jossa mainittu luokka, kipusana ja intensiteetti-arvo (Mm) (Ketovuori 1980: 1181)

Luokka ja kipusana	Mm	Luokka ja kipusana	Mm	Luokka ja kipusana	Mm
<i>Temporal</i>		Constrictive		<i>Dullness</i>	
A		vyömäinen	27	hiipivä	18
aaltoileva	32	puristava	46	painava	33
kohtauksittainen	50	kouristava	63	turruttava	56
jatkuva	73	tukahduttava	73	jäytävä	65
B		musertava	82		
tykyttävä	40	Traction		<i>Tension</i>	
jumputtava	59	nykivä	30	ärsyttävä	39
jyskyttävä	76	tempova	52	ahdistava	58
		riuhtova	73	tuskallinen	73
<i>Spatial</i>					
pinnallinen	19	<i>Thermal</i>		<i>Autonomic</i>	
toispuolinen	45	A		närästävä	24
säteilevä	55	kuumottava	23	kuvottava	48
syvä	73	paahtava	44	tainnuttava	76
		polttava	63		
<i>Pressure</i>		tulinen	72	<i>Fear</i>	
		B		pelottava	29
Punctuate		viileä	19	kauhea	50
pistävä	45	kylmä	41	karmiva	71
lävistävä	63	hyytävä	68		
läpitunkeva	72			<i>Evaluative</i>	
Incisive		<i>Brightness</i>		lievä	9
terävä	43	kutiseva	22	kiusallinen	27
vihlova	55	syyhyävä	37	kova	57
viiltävä	63	kirvelevä	63	sietämätön	80
repivä	79			tappava	93

3.4.3 Kipupiirokset

Potilaan kipua voidaan arvioida myös kipupiiroksen avulla, jota käyttäessä potilas merkitsee kivun sijainnin anatomiseen vartalokuvaan. Erilaisia merkkejä, kuten rasteja ja palloja, käyttämällä voidaan kuvata kivun luonnetta. (Haanpää 2009: Kipupotilaan tutkiminen. 119). Alla eräs malli kipupiiroksesta (Kuva 5.).



Kuva 5. Anatominen kipupiiirros (PTStudio)

4 Aiemmin tehdyt tutkimukset

Sairaalaympäristössä tapahtuvaa fysioterapiaa on tutkittu paljon kansainvälisesti. CI-NAHL, Cochrane library, MEDLINE, Nursing Full Text PLUS, PEDro, PubMed ja Science Direct -tietokantoihin tehdyn aineistohaun perusteella näyttää siltä, että fysioterapeuttien käyttämiä kivunarviointimenetelmiä ja mittareiden käyttöä ei ole tutkittu systemaattisesti. Sairaalaan liittyvät fysioterapia-alan tutkimukset keskittyvät usein vammojen ja erityyppisten leikkausten jälkeiseen kuntoutukseen ja siihen, mikä on vaikuttavaa fysioterapiaa. Kipu on huomioitu tutkimuksissa usein sivuseikkana tai vastavasti on tutkittu, miten kipua voidaan vähentää fysioterapeuttisin menetelmin. Myös sitä on tutkittu, miten ennen leikkausta annettava valmennus nopeuttaa potilaiden toipumista. Hoitajien kivun arvioinnista on enemmän tutkimuksia. Samoin kipulääkkeiden vaikuttavuutta on tutkittu runsaasti.

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyöprosessi jakautui neljään vaiheeseen: leikkaukipua koskevan teorian keräämiseen ja koostamiseen, kyselylomakkeen tekemiseen, kyselyn toteutukseen ja tutkimusaineiston purkamiseen ja analysointiin. Opinnäytetyössä päätettiin keskittyä viiteen eri teemaan sen perusteella, mitä HUSin yhteistyökumppanimme toivoi ja miten kivun arviointia on lähestytty Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyön suosituksessa (HOTUS 2013: 26). Teemat myötäilevät tutkimuskysymyksiä:

- leikkauksen jälkeisen kivun arviointi ja hoito,
- leikkauksen jälkeisen kivun arviointi eri toiminnoissa,
- kipumittarit ja muut arviointivälineet,
- leikkauksen jälkeisen kivun kirjaaminen
- kivun arvioinnin kehittäminen ja lisäkoulutuksen tarve.

5.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Kysely on laadittu siten, että se tuottaa realistista ja väritymätöntä tietoa fysioterapeuttien toiminnasta kivun arvioijina ja mittaajina. Kysymyksistä pyrittiin tekemään riittävän yksityiskohtaisia, jotta ne tuottavat käytännön tason tietoa osastotyöstä ja riittävän yleisiä, jotta niiden perusteella voidaan arvioida fysioterapeuttien toimintaa ammattiryhmänä. Kysymyksen osiot ovat leikkauksen jälkeisen kivun arviointi ja hoito, leikkauksen jälkeisen kivun arviointi eri toiminnoissa, kipumittarit ja muut arviointivälineet, leikkauksen jälkeisen kivun kirjaaminen sekä kivun arvioinnin kehittäminen ja lisäkoulutuksen tarve.

Kyselylomake sisälsi 18 monivalintakysymystä ja neljä avointa kysymystä. Jokainen vastaaja arvioi itse omaa toimintaansa ja tietojaan. Valmis sähköinen kyselylomake tehtiin internetiin Metropolia Ammattikorkeakoulun E-lomake-alustalle. Kyselyyn vastaaminen vei noin 15 minuuttia. Fysioterapeuttien ja potilaiden henkilöllisyys pysyi anonyymina koko prosessin ajan. Tuloksia analysoidaan opinnäytetyössä tarkimmillaan yksikön eli työpaikan perusteella.

5.2 Tutkimusaineiston keräys

Sähköinen kyselylomake lähetettiin sähköpostitse kaikille Hyksin Operatiivisen tulosyksikön fysioterapeuteille, jotka työskentelevät joko akuutissa tai päiväkirurgisessa toimenpiteessä olleiden leikkauspotilaiden parissa. Kaikkiaan kysely lähti 65 fysioterapeutille. Vastaajat työskentelevät Helsingissä Kirurgisessa sairaalassa, Meilahden kolmio- ja tornisairaaloissa, Töölön sairaalassa sekä Herttoniemen sairaalassa. Espoossa fysioterapeutit työskentelevät Jorvin sairaalassa ja Vantaalla Peijaksen sairaalassa. Kyselyssä eivät ole mukana fysioterapeutit, jotka ovat erikoistuneet lasten kanssa työskentelyyn tai jotka työskentelevät kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kanssa.

Kyselylomake välitettiin vastaajille heidän esimiestensä välityksellä ja he pystyivät täyttämään kyselyn työajallaan. Kysely annettiin vastattavaksi huhtikuun toisella viikolla ja vastausaikaa oli noin kuukausi. Vastaajia muistutettiin kyselystä kaksi kertaa. Kyselyyn vastaaminen oli osallistujille vapaaehtoista ja he saivat kyselyn mukana tiedotteen, jossa esiteltiin opinnäytetyön aihe, tavoite, laajuus sekä tekijät.

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineisto on analysoitu kvantitatiivisesti eli määrällisesti ja vastusmäärät on laskettu prosentteina. Myös avoimien kysymysten tuottamat vastaukset on ryhmitelty ja analysoitu määrällisesti. Tämän opinnäytetyön tavoitteet noudattavat kvantitatiivisen tutkimuksen piirteitä, eli työssä tähdätään tarkkaan tietoon ja tutkitaan tietyn rajatun joukon toimintaa (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995: 20-21). Tavoitteena on ollut tavoittaa mahdollisimman suuri joukko kohderyhmästä, jotta tutkimustulos kuvaisi mahdollisimman hyvin fysioterapeuttien toimintaa Hyksin Operatiivisessa tulosyksikössä.

6 Kyselyn tulokset

Kaikkiaan kyselyn sai vastattavakseen 65 fysioterapeuttia, joista 43 vastasi. Vastausprosentti on 65 eli hyvä. Tutkimusjoukko on kuitenkin niin pieni, että tulosta voidaan soveltaa luotettavasti vain, kun arvioidaan muiden vastaavien, kirurgisiin toimenpiteisiin keskittyvien, sairaaloiden leikkauskivun arviointiin liittyvää toimintaa. Tulosta ei voida suoraan soveltaa kivun arvioinnissa esimerkiksi sairaaloiden vuodeosastoilla pitkäaikaishoidossa.

Kyselyyn vastanneista 88 prosenttia oli naisia ja 12 prosenttia miehiä. Vastaajajoukko on esitelty tarkemmin taulukossa 3. Suurin osa vastaajista ilmoitti työskentelevänsä ortopedisten tai traumatologisten potilaiden kanssa. Lisäksi moni kertoi kuntouttavansa potilaita, joille on tehty tekonivelleikkaus, gastroenterologinen leikkaus tai plastiikkakirurginen leikkaus. Myös urologinen kirurgia, verisuonikirurgia, suun ja leuan alueen kirurgia, sydänkirurgia, neurokirurgia ja rintarauhasleikkaus mainittiin vastauksissa.

Taulukko 3. Kyselyyn vastanneet fysioterapeutit

Sukupuoli:	naisia 88 % (38 kpl), miehiä 12 % (5 kpl)
Keski-ikä:	44,4 vuotta (ikä jakauma 23-56 vuotta)
Työkokemus vuosina:	keskimäärin 18,3 vuotta (0,5-44 vuotta)
Työpaikka:	Töölön sairaala: 27 % (12 kpl) Meilahden sairaalat: 23 % (10 kpl) Peijas: 20 % (9 kpl) Kirurginen sairaala: 14 % (6 kpl) Jorvi: 12 % (5 kpl) Herttoniemi: 2 % (1 kpl)

6.1 Kivun arvioinnin onnistuminen

Vastaajia pyydettiin miettimään kyselyyn vastatessaan neljää edellistä työviikkoa ja arvioimaan, kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa. Kaikki vastaajat arvioivat, että kivun arviointi on heidän mielestään tärkeää tai enimmäkseen tärkeää.

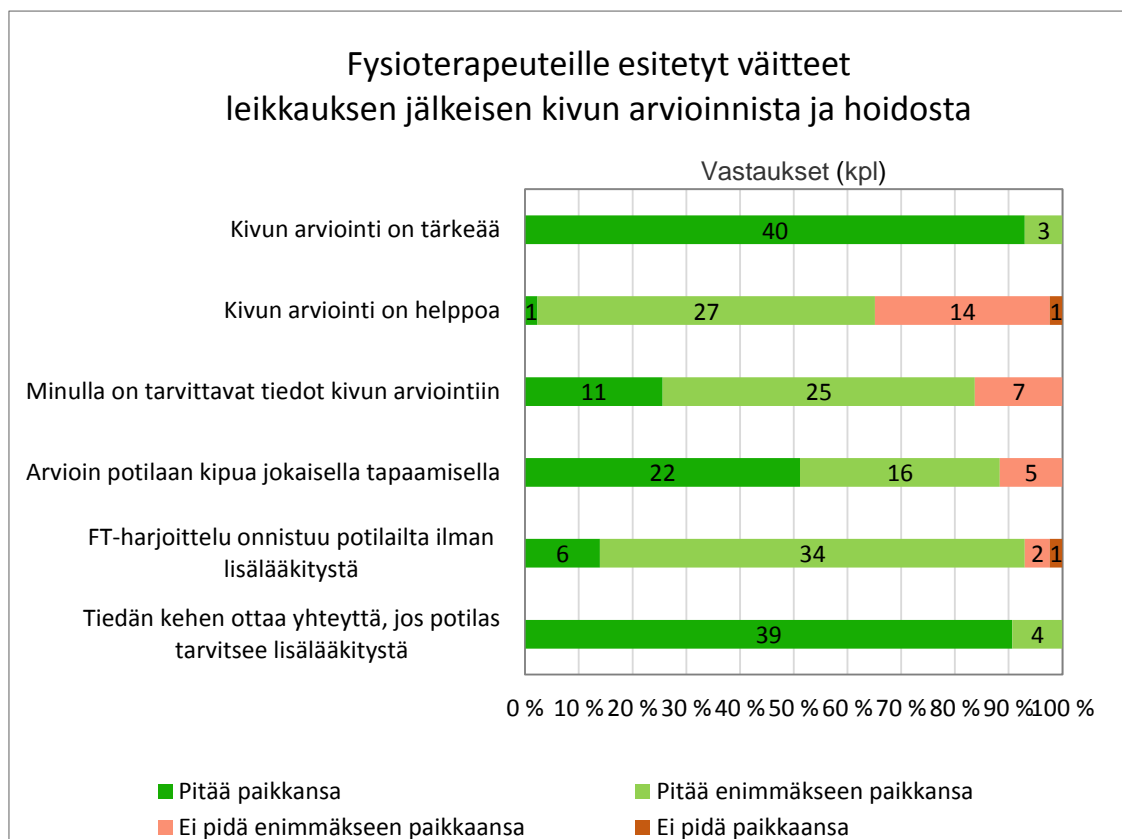
Potilaan leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin helppous jakoi hieman mielipiteitä. 65 % vastaajista arvioi, että kivun arviointi on helppoa tai enimmäkseen helppoa ja 35 % oli sitä mieltä, että kivun arviointi ei ole enimmäkseen tai koskaan helppoa. 84 % vastaajista arvioi, että heillä on aina tai useimmiten tarvittavat tiedot ja taidot potilaan leikkauksen jälkeisen kivun arviointiin. Kipua arviointiin kyselyn mukaan säännöllisesti. 88 % vastaajista kertoi arvioivansa potilaan leikkauksen jälkeistä kipua jokaisella tai lähes jokaisella potilastapaamisella. Kyselyn tulokset on avattu tarkemmin kuviossa 2.

93 % vastaajista arvioi, että potilaitten leikkauksen jälkeiset kivut on hoidettu niin hyvin, että fysioterapeuttinen harjoittelu onnistuu heiltä aina tai useimmiten ilman lisäkipulääkitystä. Jos kipua kuitenkin estää potilaan fysioterapeuttisen harjoittelun, fysioterapeutit tietävät hyvin, keneen ottaa yhteyttä. Vastaajat pitivät potilaiden kivunhoitoasioissa

selkeästi tärkeimpänä kolleganaan sairaanhoitajaa (23 mainintaa). Myös lääkäri (12 mainintaa) ja potilaan omahoitaja (12 mainintaa) toistuivat vastauksissa usein. Kipuhoitajan rooli tuli erityisesti esiin vaikeiden kiputapausten asiantuntijana.

Jos kipu estää potilaan harjoittelun, fysioterapeutit ilmoittivat ottavansa useimmin yhteyttä hoitajaan ja pyytävänsä heiltä lisäkipulääkitystä potilaalle (35 mainintaa). Kipulääkkeen vaikutusaika ja harjoittelun sopiva ajoitus mainittiin kymmenessä vastauksessa. Muut kivunhoitokeinot, kuten kylmäpussien käyttö sekä liikehoidot ja rentoutuminen, mainittiin yhteensä seitsemän kertaa. Harjoitusohjelman muuttaminen kivuttomaksi mainittiin vastauksissa viisi kertaa ja alkuasennon tai suoritustekniikan muuttaminen kuudesti. Kolme vastaajaa mainitsi, että selvittäisi kivun syytä ja alkamisajankohtaa tutkimalla tai haastattelemalla. Lisäksi apuvälineiden käyttö, lääkärin konsultointi ja kirjaaminen mainittiin yksittäisiä kertoja.

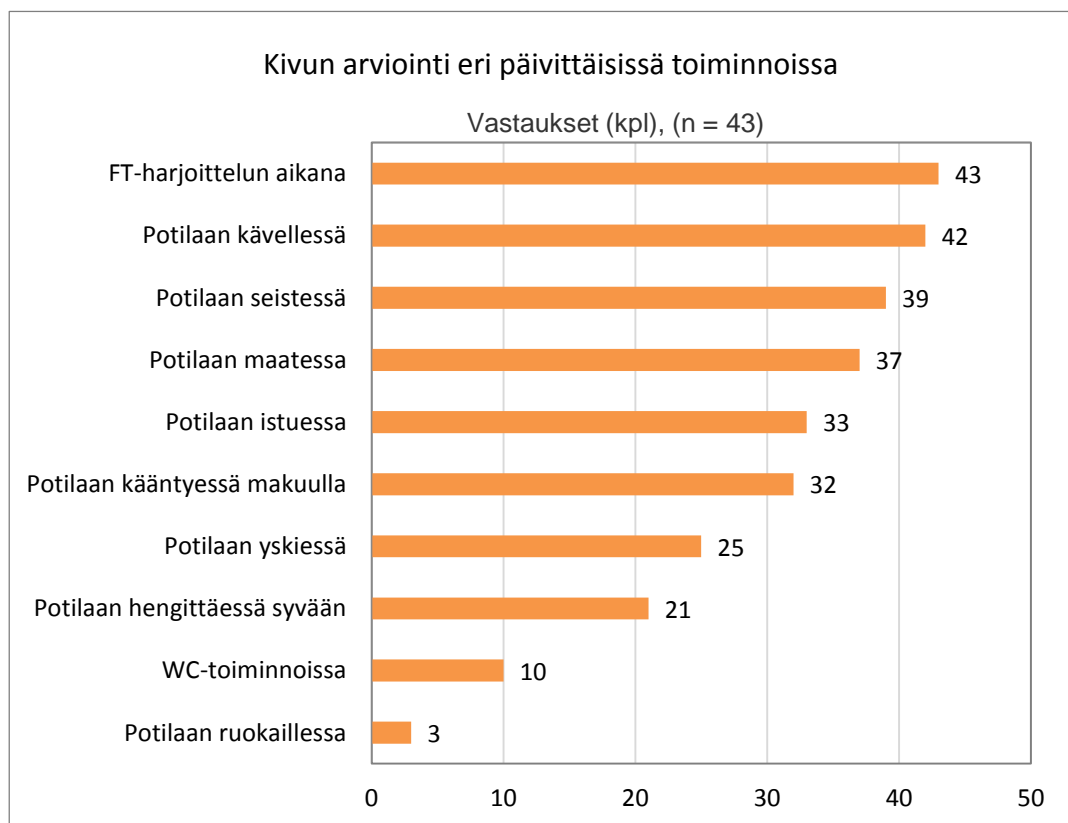
Kuvio 2. Fysioterapeuteille esitetyt väitteet leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnista ja hoidosta



6.2 Kivun arviointi eri tilanteissa

Kyselyn toisessa osiossa selvitettiin, miten fysioterapeutit arvioivat potilaan kipua eri toiminnoissa ja tilanteissa (Kuvio 3). Kaikki vastanneet fysioterapeutit kertoivat kiinnittävänsä kipuun huomiota työnsä ydinosassa eli terapeuttisen harjoittelun yhteydessä. Vastauksissa näkyi myös sairaalan arki. Leikkauksesta toipuminen alkaa sängyssä kääntymisestä ja ft-harjoittelu painottuu kävelemiseen. Potilaan kävellessä kipuun kiinnittääkin huomiota 98 % ja seistessä 90 % vastaajista. 86 % vastaajista ilmoitti arvioivansa kipua potilaan maatessa ja 72 % myös potilaan kääntyessä vuoteessa. Noin puolet fysioterapeuteista oli kiinnostunut hyvään keuhkotuuletukseen liittyvästä kivusta. 58 % vastaajista arvioi kipua potilaan yskiessä ja 48 % syvään hengittäessä. Potilaan wc-toimien aikaista kipua ja ruokailuun liittyvää kipua arvioitiin harvoin.

Kuvio 3. Kivun arviointi eri päivittäisissä toiminnoissa

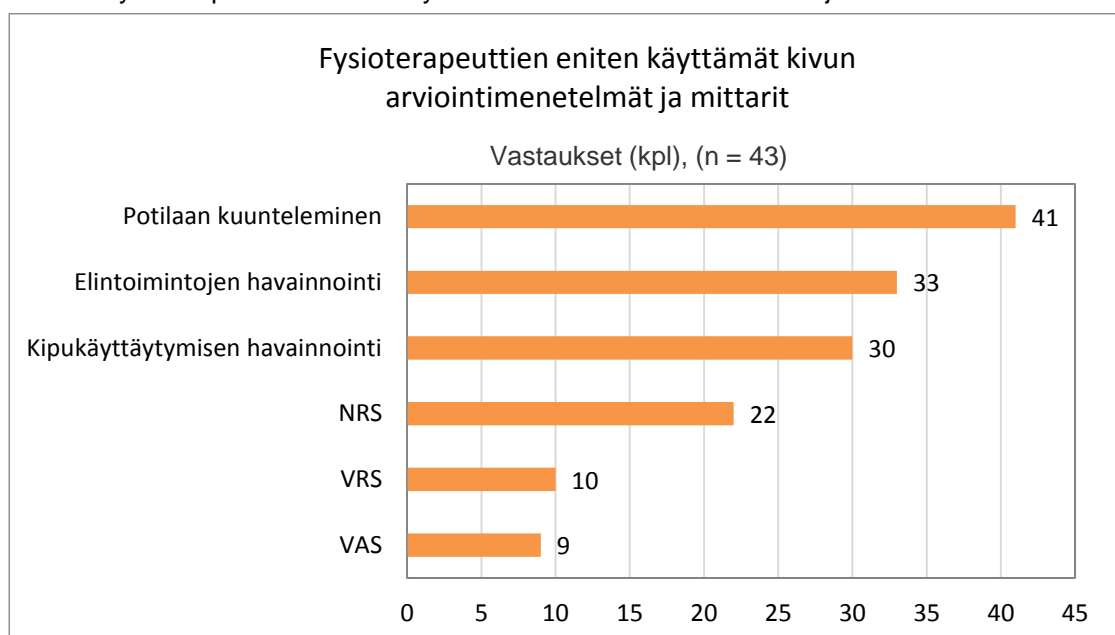


6.3 Kipumittarit

Vastaajista 95 % kertoi arvioineensa potilaan kipua potilaan spontaanin kertomisen kuuntelun perusteella. Muita paljon käytettyjä mittareita tai apuvälineitä olivat potilaan elintoimintojen havainnointi (esim. pulssi, verenpaine ja hengitystiheys), johon oli kiinnittänyt huomiota 77 % vastaajista sekä potilaan kipukäyttäytymisen havainnointi (kuten ilmeet, eleet ja asennot), jota oli tarkkaillut 70 % vastaajista. Asteikkotyypisistä kipumittareista suosituin oli NRS-mittari, jota oli käyttänyt 51 % vastaajista. VAS-kipujanaa oli käyttänyt 21 % ja VRS-asteikkoa 23 % vastaajista. Vähiten käytettyjä mittareita tai apuvälineitä olivat kipukiila, 7 %, kasvokuva-asteikko ja kipusanasto (McGill Pain Questionnaire), molemmat 5 %. Anatomista kipupiiirrosta oli käyttänyt vain yksi kyselyyn vastannut. (Kuvio 4)

Vastaajia pyydettiin arvioimaan myös, mitkä esitetyistä mittareista ja arvioinnin apuvälineistä olivat heidän mielestään heidän työnsä kannalta toimivimpia, ja valitsemaan näistä kolme. Vastaajia ei pyydetty asettamaan mittareita paremmuusjärjestykseen. Toimivimmiksi mittareiksi valittiin myös tässä osiossa potilaan spontaanin kertomisen kuuntelu, kipukäyttäytymisen havainnointi ja NRS-mittari. Elintoimintojen havainnointi sai neljänneksi eniten mainintoja. VAS ja VRS luettiin kolmen toimivimman joukkoon 9 vastauksessa. Kipukiila, kasvokuva-asteikko, anatominen kipupiiirros sekä kipusanasto luettiin kukin kertaalleen kolmen toimivimman joukkoon.

Kuvio 4. Fysioterapeuttien eniten käyttämät kivun arviointimenetelmät ja mittarit

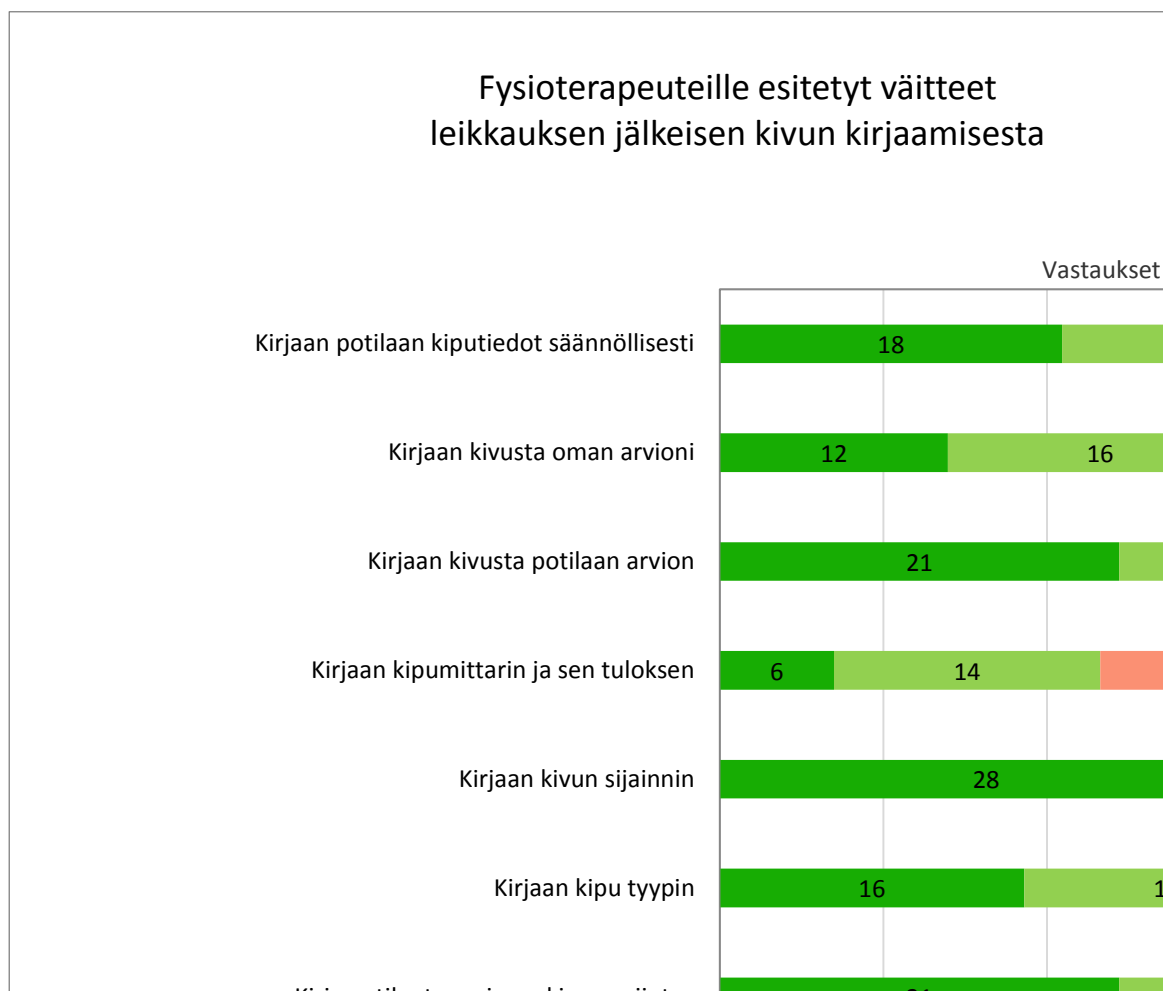


6.4 Kivun kirjaaminen

Ehdoton enemmistö, eli 91 % vastaajista, ilmoitti kirjaavansa potilaan kiputiedot säännöllisesti tai melko säännöllisesti (kuvio 5). 98 % vastaajista ilmoitti kirjaavansa säännöllisesti tai melko säännöllisesti, missä tilanteessa kipua esiintyi. Suuri osa, eli 89 %, ilmoitti kirjaavansa säännöllisesti tai melko säännöllisesti potilaan oman arvion kivusta. Kun kysyttiin, kirjaavatko fysioterapeutit potilastietoihin oman arvionsa potilaan leikkauksen jälkeisestä kivusta, kirjausprosentti oli alhaisempi. Vastaajista vain 65 % ilmoitti kirjaavansa säännöllisesti tai melko säännöllisesti oman arvionsa potilaan kivusta.

Kivun sijainnin ilmoitti kirjaavansa säännöllisesti tai melko säännöllisesti 98 % vastaajista. Itse kipumittarin ja sillä saadun tuloksen kirjaaminen sekä kiputyypin kirjaaminen (esim. hermokipu, leikkaushaavakipu, leikkausasennosta johtuva kipu) ei ollut yhtä tavallista kuin kivun sijainnin kirjaaminen. Vastaajista vain 47 % ilmoitti kirjaavansa säännöllisesti tai melko säännöllisesti arvioinnissa käytetyn välineen tai mittarin sekä sillä saadun tuloksen. Kiputyypin kirjasi 72 % vastaajista. Ehdoton enemmistö, eli 80 % fysioterapeuteista, piti muun hoitohenkilökunnan kirjauksia oman työnsä kannalta tärkeänä työvälineenä.

Kuvio 5. Fysioterapeuteille esitetyt väitteet leikkauksen jälkeisen kivun kirjaamisesta



6.5 Kehitysideat ja lisäkoulutuksen tarve

Fysioterapeuteilta kysyttiin, miten he kehittäisivät oman työyhteisönsä toimintaa kivun arvioinnissa ja mittaamisessa. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että yhteistyö toimii jo nyt hyvin hoitajien, kipuhoidtajien ja lääkäreiden kanssa. Vastauksissa nousi kuitenkin esiin myös toive nykyistä yhtenäisemmistä käytännöistä. Parannuskeinoiksi ehdotettiin keskustelutilaisuuksia tai tapaamisia eri ammattiryhmien kesken ja yhteisten kipumittareiden systemaattista käyttöä. Joku toivoi myös, että hoitajat arvioisivat nykyistä monipuolisemmin potilaan kipua päivittäisissä tilanteissa. Muutamassa vastauksessa nousi esiin myös huoli, ettei pelkkä kivun arviointi riitä vaan se pitää saada myös hoidettua tehokkaasti. Vastausten mukaan kivunhoidon asiantuntijan saaminen paikalle ei aina

onnistu niin nopeasti, kuin toivottaisiin. Samoin toivottiin, että potilaille olisi itsellä enemmän aikaa.

Kirjaamisen käytäntöjen yhtenäistäminen korostui vastauksissa selvästi. Kirjaamisen yhtenäistämistä toivottiin, jotta koko hoitotiimin tekemät kipumerkinnot olisi helppo löytää ja jokainen hyötyisi tiedoista omassa työssään. Tietojen kaivaminen potilasjärjestelmän eri sivuilta tuntuu vastaajista työläältä. Vastaajat toivoivat myös tarkempaa kirjaamista kivusta ja kirjauksia siitä, miten annettu kipulääke on vaikuttanut potilaan vointiin.

Noin puolet vastaajista toivoi lisäkoulutusta kivun arvioinnista ja mittaamisesta. Koulutusta toivottiin erityisesti kipumittareiden käytöstä ja eri mittareiden soveltuvuudesta eri potilasryhmille. Samoin toivottiin lisää tietoa kivun tulkinnasta ja vaikutuksesta potilaan toipumisessa ja kuntoutumisessa sekä tietoa uusista kivunhoitomenetelmistä. Yksittäisissä vastauksissa toivottiin tietoa suolistosyövän aiheuttamasta kivusta, neurologisen kivun arvioinnista ja mittaamisesta sekä tekonivelleikkauksen jälkeisestä kivusta. Myös vaikeasti kivuttomaksi hoidettavien, kuten lääkkeiden väärinkäyttäjien tai psyykkisestä kivusta kärsivien, potilaiden kivun arvioinnista toivottiin lisää tietoa. Eräs vastaaja mietti myös, miten hyvin potilaan normaali leikkauskipu osataan tunnistaa epänormaalista kivusta. Myös kirjaamiskoulutus kiinnosti muutamaa vastaajaa.

Kyselyn viimeisessä osassa vastaajat pohtivat kivun arviointia ja mittaamista omin sanoin. Vastauksissa nousi esiin se, ettei kivun arvioiminen ole aina helppoa, sillä kipua esiintyy monenlaisissa tilanteissa ja eri tavalla. Potilaan voi olla vaikea hahmottaa kivun sijaintia ja myös leikkaushaavan kiristäminen voidaan arvioida kivuksi. Joskus, kun potilas on juuri saanut tiedon vakavasta sairaudesta, ahdistus koetaan kipuna. Myös persoonalliset ja kulttuuriset erot vaikuttavat fysioterapeuttien kokemusten mukaan kivun näyttämiseen ja kokemiseen. Eräs vastaaja arvioi, että fysioterapeutit kohtaavat sairaalatyössä nykyään paljon ulkomaalaistaustaisia potilaita.

Yksi vastaaja piti hyvänä käytäntönä potilaan pre-operatiivista valmennusta. Hän kokee, että potilaan tapaaminen ennen leikkausta lievittää potilaan leikkaukseen liittyvää pelkoa ja sitä kautta helpottaa myös kipua. Tapaaminen auttaa myös fysioterapeuttia potilaan leikkauskivun arvioinnissa, kun hänen persoonansa on jo tuttu. Toinen vastaaja korosti, että oma havainnointi on ensiarvoisen tärkeää kivun arvioinnissa. Hän kertoi suhtautuvansa varauksella sekä niin sanottuun liioiteltuun kipuun että myös kivuttomiin

henkilöihin. Potilas ei välttämättä aina kykene itse arvioimaan realistisesti omaa tilannettaan, jolloin fysioterapeutin on kyettävä päättämään esimerkiksi liikkeelle lähdön turvallisuudesta ja ajankohdasta.

7 Pohdinta ja yhteenveto

Leikkauksen jälkeisen kivun fysioterapeuttinen arviointi toteutuu hyvin Hyksin Operatiivisessa tulosyksikössä. Enemmistö vastaajista koki kivun arvioinnin ja mittaamisen helpoksi ja onnistuvansa siinä hyvin. Fysioterapeutit huomioivat potilaan kivun useimmiten fysioterapiaharjoittelun aikana, mutta myös muissa liikkeelle lähtöön tähtäävissä harjoituksissa. Kiputiedot kirjataan säännöllisesti ja melko monipuolisesti.

Kyselyn perusteella fysioterapeutit suosivat kivun arvioinnissa usein havainnointia ja potilaan kuuntelemista. Sen sijaan asteikkotyyppisten mittareiden käyttöön ei ole joko aikaa tai asiantuntemusta, ja niiden käytöstä toivottiinkin lisäkoulutusta. Havainnointi sopii nopeutensa puolesta sairaalatyöhön, mutta havainnoimalla saatuja tuloksia on vaikea vertailla ja esimerkiksi potilaan kivun kehittymisen seuranta on vaikeaa. Samoin, jos fysioterapeutti vaihtuu kesken hoitajakson, kivun arviointiskaala muuttuu. Mittareiden käytön hyötynä on niiden selkeä asteikko ja tulosten hyvä vertailtavuus.

Kyselyn tulosten perusteella voidaan myös pohtia, voisiko kivun arviointi olla nykyistä monipuolisempaa. Kukaan vastaajista ei esimerkiksi maininnut kivunarviointikeinona kipupaikan palpoimista. Myös fysioterapeutin tarjoamista lääkkeettömistä kivunhoitokeinoista kertyi vain yksittäisiä mainintoja. Esimerkiksi manuaaliset käsittelyt, sähköhoidot ja potilaan rauhoittaminen eivät juuri näkyneet vastauksissa.

Erään fysioterapeutin huomautus, että sairaalassa kipu on osa arkea ja että fysioterapeutit harjoittavat ja kannustavat potilaita liikkeelle kivusta huolimatta, oli osuva. Kirurgisesta operaatiosta toipuminen on harvoin täysin kivutonta ja usein potilaat ovat vielä kotiutuessaankin jonkin verran kivuliaita. On kuitenkin tärkeää, että niin sanottu epänormaali kipu voitaisiin erottaa mahdollisimman nopeasti normaalista kivusta ja kivun syy hoitaa. Näin kipu ei toivottavasti pitkiä, laske potilaan toimintakykyä ja kerrytä lisäongelmia. Fysioterapeutit ovat motivoituneita kehittämään kivun arviointia työyhteisössään. Yhteistyötä haluttiin kehittää keskustelun, tiedon jakamisen ja yhteisten työtapojen sopimisen kautta yli ammattirajojen. Työyhteisön tuki, yhteisesti sovitut toi-

mintatavat ja keskustelu kuitenkin auttavat hankalassa, tulkintaa vaativassa arviointitilanteessa.

Perusteellisesti mietitty ja useaan kertaan muokattu kyselylomake tuotti osuvia vastauksia tutkimuskysymyksiin ja vastausten analysointi oli sujuvaa. Joissakin kysymyksissä oli kuitenkin hieman päällekkäisyyttä. Myös jokin muu tutkimusmenetelmä, kuten haastattelu, olisi voinut tuottaa nykyistä syvällisempää tietoa. Nyt opinnäytetyö keskittyy pääasiassa määrälliseen tietoon fysioterapeuttien työstä. Koska fysioterapeuttien suorittamaa post-operatiivista kivun arviointia ja kirjaamista on tutkittu vähän, tämä opinnäytetyö on kuitenkin tuottanut uutta tietoa alan käytännöistä. Työn tuloksia voidaan soveltaa myös muissa vastaavissa työympäristöissä esimerkiksi kipumittarikoulutuksella, yhtenäistämällä kivun kirjaamiskäytäntöjä ja tiivistämällä yhteistyötä kivunarvioinnin moniammatillisessa tiimissä.

Jatkotutkimusta tarvitaan esimerkiksi siitä, miten fysioterapeutit toteuttavat käytännössä kivunarviointia osastotyössä ja miten tyytyväisiä potilaat ovat kivunarviointiin. Jotta toteutuneista kirjauksista saadaan tietoa, tulisi kirjauksia tutkia potilastietojärjestelmistä.

Lähteet

Alkula, Tapani - Pöntinen, Seppo - Ylöstalo, Pekka 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Juva. 1.-2. painos.

Epiduraalinen kivunhoito. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK). Verkkodokumentti. <<http://www.pkssk.fi/epiduraalinen-kivunhoito>>. Luettu 5.9.2014.

Granström, Veikko 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: WS Bookwell Oy

Haanpää, Maija 2009. Neuropaattiset kivut. Teoksessa Kalso, Eija - Haanpää, Maija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 310-324.

Haanpää, Maija 2009. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa Kalso, Eija - Haanpää, Maija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 118-122.

Hadjistavropoulos, Thomas - Breau, Lynn M. - Craig, Kenneth D. 2011: Assessment of Pain in Adults and Children with Limited Ability to Communicate. Teoksessa Turk, Dennis C. - Melzack, Ronald (eds.) 2011. Handbook of Pain Assessment. New York: The Guilford Press. 260-280.

Hamunen, Katri - Kalso, Eija 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, Eija - Haanpää, Maija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 278- 294.

Hamunen, Katri - Kalso, Eija 2009. Johdanto – Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Verkkodokumentti. Duodecim oppikirjat. <http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_aineisto=18661&p_haku=kalso>. Luettu 26.2.2014.

Hoitotyön tutkimussäätiö HOTUS 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Verkkodokumentti. <http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf>. Luettu 24.3.2014.

Hutchison, Rob W. 2007: Challenges in acute post-operative pain management, Am J Health-Syst Pharm. 2007; 64(Suppl 4):S2-5.<<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=59db692c-335c-4be8-a36e-3462fb556796%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4209>>. Luettu 1.9.2014.

HUS Palveluhinnasto 2014. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hustietoa/talous/Hinnoittelu/Documents/HUS%20Palveluhinnasto%202014%20OSA%202.pdf>>. Luettu 3.9.2014.

Sairaanhoito. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/Sivut/default.aspx>>. Luettu 24.2.2014.

HUS-tietoa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>>. Luettu 24.2.2014.

Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivunhoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/hyva_tietaa/Sivut/default.aspx>. Luettu 26.2.2014.

International Association for the Study of Pain: Pain Definitions. Verkkodokumentti. <<http://iasp.files.cms.plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part%5FIll%2DPainTerms%2Epdf>>. Luettu 24.2.2014.

Faces Pain Scale – Revised Home. International Association for the Study of Pain. Verkkodokumentti. <<http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519>>. Luettu 8.9.2014

Jensen, Mark P. - Karoly, Paul 2011. Self-Report Scales and Procedures for Assessing Pain in Adults. Teoksessa Turk, Dennis C. - Melzack, Ronald (eds.) 2011. Handbook of Pain Assessment. New York: The Guilford Press. 19-44.

Kalso, Eija - Kontinen, Vesa 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, Eija - Haanpää, Maija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 76-103.

Kalso, Eija - Kontinen, Vesa 2009. Voiko kipua mitata? Verkkodokumentti. Duodecim oppikirjat. <http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_aineisto=18661&p_haku=kalso>. Luettu 26.2.2014.

Kalso, Eija - Elomaa, Minna - Estlander, Ann-Mari - Granström, Veikko 2009: Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, Eija - Haanpää, Maija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 104-116.

Kalso, Eija 2011. Kipu. Teoksessa Neuvonen, Pertti J. - Backman, Janne T. - Himberg, Jaakko-Juhani - Huupponen, Risto - Keränen, Tapani - Kivistö, Kari T. (toim): Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Kandidaattikustannus Oy. Kerava: Otavan Kirjapaino Oy. 781-789.

Katz, Joel - Melzack, Ronald 2011: The McGill Pain Questionnaire. Teoksessa Turk, Dennis C. - Melzack, Ronald (eds.) 2011. Handbook of Pain Assessment. New York: The Guilford Press.

Keefe. Francis J. - Somers, Tamara J. - Williams, David A. - Smith, Suzanne J. 2011: Assessment of Pain Behaviors. Teoksessa Turk, Dennis C. - Melzack, Ronald (eds.) 2011. Handbook of Pain Assessment. New York: The Guilford Press. 134- 150.

Ketovuori, Heikki 1980. Kipusanastomme ja kivun mittaaminen sanallisesti. Suomen Lääkärilehti 1980: 35/14. 1179-1182.

Lindgren, Leena 2010: Homeostaasi ja shokki. Teoksessa Roberts, Peter j. - Alhava, Esko - Höckerstedt, Krister - Leppäniemi, Ari (toim.): Kirurgia. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy. 34-47.

Mason, Shawn T. - Fauerbach, James A. - Haythornthwaite, Jennifer A. 2011: Assessment of Acute Pain, Pain Relief, and Patient Satisfaction. Teoksessa Turk, Dennis C. - Melzack, Ronald (eds.) 2011. Handbook of Pain Assessment. New York: The Guilford Press. 283-293.

Melzack, R - Wall, P.D. 1965. Pain mechanisms: A new theory. Science, 150, 971-979. Verkkodokumentti. <http://www.sciencemag.org/content/150/3699/971.full.pdf?ijkey=c5d4424dd96523fd7ec994d2c71e65807e42f41d&keytype2=tf_ipsecsha>. Luettu 26.2.2014.

PTStudio. Verkkodokumentti. <<http://www.PTStudio.fi>>. Luettu 1.9.2014.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari - Axelin, Riku - Lund, Vesa - Salanterä, Sanna 2008: Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 65(5), 946–956. Verkkodokumentti. <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4784ab3c-860e-424f-9955-62b5b2038e90%40sessionmgr114&vid=1&hid=125>> Luettu 3.9.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2011: Toimenpiteelliset hoitojaksot 2010. Tilastoraportti. Verkkodokumentti. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr41_11.pdf>. Luettu 5.9.2014.

Turk, C. Dennis - Melzack, Ronald 2011: The Measurement of Pain and the Assessment of People Experiencing Pain. Teoksessa Turk, Dennis C. - Melzack, Ronald (eds.) 2011. Handbook of Pain Assessment. New York: The Guilford Press.

Sosiaali- ja Terveysministeriö (STM) 2010. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. Helsinki: AT-Julkaisutoimisto Oy.

Ward, Nicola 2012: Challenges in managing post-operative pain. Hospital pharmacy Europe. Verkkodokumentti <<http://www.hospitalpharmacyeurope.com/featured-articles/challenges-managing-post-operative-pain>>. Luettu 1.9.2014.

KYSELYLOMAKE

(Varsinainen kysely on toteutettu sähköisellä e-lomakeella)

Perustiedot

- 1 Sukupuoli
- 2 Ikä ___ v.
- 3 Missä yksikössä työskentelet?
Töölö - Meilahti - Kirurginen sairaala - Peijas - Jorvi - Herttoniemi
- 4 Miten pitkä työkokemus sinulla on fysioterapeutin työstä?
n. ___v
- 5 Minkä kirurgian alan leikkauspotilaita hoidat pääsääntöisesti?

Leikkauksen jälkeisen kivun arviointi ja hoito

Kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa kohdallasi?
Arvioi neljää (4) edellistä työviikkoasi.

Pitää paikkansa (4), Pitää enimmäkseen paikkansa (3), Ei pidä enimmäkseen paikkaansa (2), Ei pidä paikkaansa (1)

- 1 Potilaan leikkauksen jälkeisen kivun arviointi on tärkeää
- 2 Potilaan leikkauksen jälkeisen kivun arviointi on helppoa
- 3 Minulla on tarvittavat tiedot ja taidot potilaan leikkauksen jälkeisen kivun arviointiin
- 4 Arvioin potilaan leikkauksen jälkeistä kipua jokaisella potilastapaamisella
- 5 Potilas saa valita itse kivunarviointikeinon, jota fysioterapeutti käyttää koko potilaan hoitajakson ajan
- 6 Potilaitteni leikkauksen jälkeiset kivut on hoidettu pääsääntöisesti niin hyvin, että fysioterapeuttinen harjoittelu onnistuu heiltä ilman lisälääkitystä
- 7 Tiedän kenen kanssa otan potilaan kivun esille, jos kipu estää potilaan fysioterapeuttisen harjoittelun
- 8 Kuka on tärkein kollega, jonka kanssa arvioit tarvittaessa potilaan kiputilannetta?

Leikkauksen jälkeisen kivun arviointi eri toiminnoissa

9 Missä päivittäisissä tilanteissa arvioit säännöllisesti potilaan leikkauskipua? Arvioi neljää (4) edellistä työviikkoasi.

- | | |
|---|------------|
| - potilaan maatessa: | Kyllä - Ei |
| -potilaan kääntyessä vuoteessa: | Kyllä - Ei |
| - potilaan istuessa: | Kyllä - Ei |
| - potilaan seistessä: | Kyllä - Ei |
| - potilaan kävellessä: | Kyllä - Ei |
| - potilaan hengittäessä syvään: | Kyllä - Ei |
| - potilaan yskiessä: | Kyllä - Ei |
| - potilaan syödessä ja juodessa: | Kyllä - Ei |
| - wc-toiminnoissa: | Kyllä - Ei |
| - fysioterapeuttisten harjoitteiden aikana? | Kyllä - Ei |

10 Miten toimit, jos potilaan ilmoittama kipu estää suunnittelemasi fysioterapeuttisen harjoittelun?

Kipumittarit ja muut arviointivälineet

11 Mitä alla olevista kipumittareista ja arviointikeinoista olet käyttänyt työssäsi viimeisen neljän (4) viikon aikana leikkauspotilaan kipua arvioidessasi?

- Kipukiila
- NRS-asteikko
- VAS-kipujana
- VRS-kipusanat
- Kasvokuva-asteikko
- Kipupiiirros
- Kipusanasto
- Kipukäyttäytyminen
- Elintoimintojen havainnointi (esim. pulssi, verenpaine, hengitystiheys)
- Potilaan spontaanin kertomisen kuuntelu

12 Mitkä näistä mittareista ja apuvälineistä ovat työsi kannalta toimivimpia potilaan leikkauksen jälkeistä kipua arvioidessasi? Valitse kolme (3) toimivinta vaihtoehtoa.

Leikkauksen jälkeisen kivun kirjaaminen

Kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa kohdallasi?
Arvioi neljää (4) edellistä työviikkoasi.

Pitää paikkansa (4), Pitää enimmäkseen paikkansa (3), Ei pidä enimmäkseen paikkaansa (2), Ei pidä paikkaansa (1)

- 13 Kirjaan potilaan leikkauksen jälkeisen kivun säännöllisesti potilastietoihin
- 14 Kirjaan potilaan leikkauksen jälkeisestä kivusta oman arvioni
- 15 Kirjaan potilaan leikkauksen jälkeisestä kivusta potilaan oman arvion
- 16 Kirjaan käytetyn kipumittarin ja sillä saadun tuloksen
- 17 Kirjaan leikkauksen jälkeisen kivun sijainnin
- 18 Kirjaan leikkauksen jälkeisen kivun tyypin (esim. hermokipu, leikkaushaavakipu, leikkausasennosta johtuva kipu)
- 19 Kirjaan, missä päivittäisessä tilanteessa leikkauksen jälkeistä kipua esiintyy
- 20 Muun hoitohenkilökunnan potilaasta tekemät kirjaukset ovat tärkeä työväline, kun arvioin muutoksia potilaan kivussa

Kivun arvioinnin kehittäminen ja lisäkoulutuksen tarve

- 21 Miten kehittäisit leikkauksen jälkeisen kivun arviointia ja mittaamista omalla työpaikallasi?
- 22 Millaista lisäkoulutusta koet tarvitsevasi leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnista ja mittaamisesta (esim. tietyt potilasryhmät, tietyt mittarit, kirjaaminen)?

KYSELYN SAATEKIRJE

Arvoisa fysioterapeutti!

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään fysioterapeuttien tietoja aikuisen potilaan leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnista. Tutkimuksen toteuttavat Metropolian ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijat yhdessä Hyksin Operatiivisen tulosyksikön kanssa Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. HUS:n tutkimuslupalautakunta on antanut tutkimuksesta hyväksyvän päätöksen.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä kipumittareita ja muita apuvälineitä fysioterapeutit käyttävät osastotyössä, miten he kirjaavat potilaan kipua ja kaipaavatko he lisäkoulutusta kivun arvioinnista. Tavoitteena on kehittää aikuisen potilaan postoperatiivista kivunhoitoa, syventää fysioterapeuttien asiantuntijuutta kivun arvioimisen ammattilaisina sekä yhtenäistää käytäntöjä eri yksiköiden välillä.

Pyydämme Teitä vastaamaan oheiseen kyselyyn toukokuun 9. päivään mennessä. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Jokainen vastaus on tutkimuksen kannalta tärkeä ja kyselylomakkeen huolellinen täyttäminen olennaista tulosten luotettavuuden kannalta.

Jokainen osallistuja vastaa kyselyyn nimettömänä ja tutkimustulokset ovat ehdottoman luottamuksellisia. Saatuja tuloksia hyödynnetään ainoastaan tässä tutkimuksessa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Tutkimuksen tulokset julkaistaan syksyllä 2014 opinnäytetyön muodossa.

Tutkimuksen yhteyshenkilönä toimii Hyksin puolelta kliininen asiantuntija Anna-Maija Jäppinen, puh. 050 428 4385, (anna-maija.jappinen@hus.fi). Metropolian puolelta opiskelijoiden ohjaajana toimii fysioterapian yliopettaja Anu Valtonen, puh. 040 126 3488, (anu.valtonen@metropolia.fi). Voit myös kysyä lisätietoja yksikkösi osastonhoitajalta.

Kiitos osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin:

Pia Hellman
Fysioterapeuttiopiskelija
Metropolia AMK, Helsinki
pia.hellman@yahoo.com

Merja Raatikainen
Fysioterapeuttiopiskelija
Metropolia AMK, Helsinki
merja.raatikainen@metropolia.fi

