

KIVUNHOIDON KIRJAAMINEN JA ARVIOINTI GASTROENTEROLOGISELLA OSASTOLLA

Janica Säily

Taru Noponen

Opinnäytetyö, syksy 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitaja (AMK) + diakonissan

virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Säily, Janica & Noponen, Taru. Kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi gastroenterologisella osastolla. Syksy 2016, 43 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, Sairaanhoidaja (AMK), Sairaanhoidaja (AMK) + diakonissan virkakelpoisuus.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata gastroenterologisen osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia kivunhoidon kirjaamisesta ja arvioinnista. Työ tehtiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Yhteistyökumppanina oli Oulun yliopistollisen sairaalan Gastroenterologinen osasto. Tavoitteena oli kehittää hoitotyötä – erityisesti gastroenterologisen potilaan kivunhoidon kirjaamista ja arviointia.

Aineisto koottiin sähköisellä Webropol-kyselylomakkeella ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Tulosten mukaan kivun kirjaaminen ja arviointi tehtiin samansuuntaisesti. Ensimmäisessä kirjattiin kivun lääkehoidosta. Lääkkeettömästä kivunhoidosta kirjattiin vähän. Hengellistä kivunhoitoa ei juurikaan kirjattu.

Arviointia tehtiin pääasiassa keskustelemalla potilaan kanssa, havainnoimalla hänen olemustaan ja sanatonta viestintäänsä. Arvioinnissa kipumittaria käytettiin satunnaisesti tai havainnoinnin tukena.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, miten kivun arviointia voisi kehittää mittaamista systematisoimalla.

Asiasanat: kipumittari, arviointi, kirjaaminen, kivunhoito

ABSTRACT

Säily, Janica & Nojonen, Taru. Documenting and Assessing Pain Management in a Gastroenterology Ward. Autumn 2016, 43 p., 2 appendices. Language: Finnish.

Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degrees: Registered Nurse, Nurse-Diaconess.

The purpose of the thesis was to describe the experiences of the nursing staff of a gastroenterology unit on documenting and assessing pain management. Qualitative research methods were used. The work was done in co-operation with the Gastroenterology Ward of the Oulu University Hospital, Finland. The aim was to improve nursing – especially the documentation and assessment of a gastroenterological patient's pain management.

The data were collected using the electronic Webropol survey tool, and analyzed using the content analysis method. According to the results, the documentation and assessment of pain was largely uniform. Primarily, medical treatment of pain was documented. Non-medical pain management was documented to a lesser extent. Documenting spiritual pain management was scarce.

The main assessment methods were discussions with the patient, and observations on his or her habitus as well as nonverbal communication. Pain rating scales were used unsystematically, or to support observations.

In the future, it would be interesting to know how pain management could be improved by systemizing the usage of pain rating scales.

Key words: pain rating scale, pain assessment, nursing documentation, pain management

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 GASTROENTEROLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN KIVUNHOITO.....	6
2.1 Gastroenterologisen leikkauspotilaan kipu ja sen syntyminen	6
2.2 Gastroenterologisen leikkauspotilaan kivunhoitotyö	9
2.3 Gastroenterologisen leikkauspotilaan kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi.....	12
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	15
4 OPINNÄYTETYÖN SUORITTAMINEN	16
4.1 Tutkimusmenetelmän valinta	16
4.2 Aineiston keruu	16
4.3 Aineiston analysointi ja raportointi	17
5 TULOKSET	19
5.1 Kivunhoidon kirjaaminen.....	19
5.2 Kivun ja kivunhoidon arvioinnin toteuttaminen	21
5.3 VAS- mittarin käyttö osastolla.....	23
6 POHDINTA	25
6.1 Opinnäytetyön merkittävyys	25
6.2 Keskeisiä havaintoja.....	26
6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	27
6.4 Jatkotutkimusaiheita.....	28
LÄHTEET	29
LIITE 1: SAATEKIRJE	32
LIITE 2: KYSELYLOMAKE	33

1 JOHDANTO

Kivunhoito ja arviointi kuuluvat potilaan kokonaisvaltaiseen hyvään hoitoon. Hyvä kirjaaminen edistää kivunhoitoa ja mahdollistaa sen arvioinnin. Ihminen on kokonaisuus. Yksilön kokema hoitamaton kipu vaikuttaa yksilöön fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla. Epäonnistuneella tai riittämättömällä kivunhoidolla voi olla potilaalle haitallisia vaikutuksia kuten paranemisen hidastuminen.

Kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi on haasteellista kivun subjektiivisuuden vuoksi. Jokainen ihminen kokee kivun eri tavalla. Sen kokemiseen vaikuttavat yksilöstä itsestään sekä ympäristöstä lähtevät syyt. Kivun arvioinnista tulee erityisesti vaikeaa, ellei potilas itse pysty sanallisesti ilmaisemaan tuntemaansa kipua. Tällöin potilaan kokemaa kipua arvioidaan muilla keinoilla. Hoitajalla tulisi olla menetelmät siihen.

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan Gastroenterologisen osaston kanssa. Gastroenterologinen kirurginen osasto kuuluu pehmytkudoskirurgian vastualueeseen osana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, kirurgia 2016). Osasto on erikoistunut suoliston alueen sairauksien tutkimuksiin, leikkauksiin sekä hoitoon. Keskeisiä potilasryhmiä ovat suolistoverenvuotoa, suolistosyöpää ja tulehduksellisia suolistosairauksia sairastavat potilaat sekä sellaiset potilaat, joille tehdään suoliavanne. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Gastroenterologinen osasto 2016.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata gastroenterologisen osaston kivunhoidon kirjaamista ja arviointia. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena sisällönanalyysia käyttäen. Työn tavoitteena oli kehittää gastroenterologisen potilaan kivun hoitoa.

2 GASTROENTEROLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN KIVUN- HOITO

2.1 Gastroenterologisen leikkauspotilaan kipu ja sen syntyminen

Gastroenterologisen osaston potilaiden pääasiallinen kipu liittyy suoliston alueen leikkauksiin. Suoliston alueen tutkimukset aiheuttavat leikkausten lisäksi kipua. Toinen merkittävä osa-alue ovat syövän ja suolistosairauksien aiheuttamat kivut.

Kipua pidetään epämiellyttävänä kokemuksena. Kipu johtuu yleensä kudonsvauriosta tai sen uhasta. Potilaan kokema kipu ei ole riippuvaista etiologiasta ja patofysiologiasta. Tällöin selvitetään, onko potilaalla merkittäviä sairauksia ja lääkityksiä, jotka vaikuttavat kivun syntyyn, kokemiseen tai oireisiin. Kivun tuntemusta aiheuttavat myös psyykkiset, psykologiset ja hengelliset tekijät. Näitä ovat masennusoireet, ahdistuneisuus, henkinen ja hengellinen hätä. (Käypä hoito 2015.)

Kipu johtuu ihmisen kyvystä tulkita kipusensorin välittämää tietoa. Tieto kytkeytyy uskomuksiin ja arviointeihin. Nämä ovat vuorovaikutuksessa emotionaalisten tekijöiden, sosiaalisten vaikutuksien ja ympäristön kanssa vahvistaen tulkintoja ja käyttäytymisreaktiota. Näiden tekijöiden myötävaikutuksesta kunto heikentyy ja ahdistus lisääntyy jatkuvan kivun aikana. (Townsend ym. 2010, 114.)

Kivun sietämisellä tarkoitetaan kivun kestoa tai voimakkuutta, jonka potilas pystyy sietämään. Kivunsieto on erilaista eri henkilöillä ja erilainen samalla henkilöllä erilaisissa tilanteissa. Tällöin tulee selvittää pystyykö potilas suoriutumaan päivittäisistä askareistaan, käymään töissä, harrastamaan sekä elämään laadukasta elämää. Kivun sietämiseen vaikuttavat eri tekijät, kuten sosiaaliset paineet tai muiden henkilöiden asenteet. Potilaan tulee itse määrittää siedettävä kipu, jonka avulla voidaan määritellä kivunhoidon tavoitteet. Kivun kokeminen ei kuitenkaan paranna kivun sietämistä ja tästä syystä kivunhoidon tavoitteita muutetaan aina potilaan sairauden tai elämäntilanteen mukaan. (Heinonen 2007.)

Äkillinen kipu on elimistön normaali reaktio kemialliselle, kuumalle tai mekaaniselle ärsykkeelle. Mekaaninen ärsyke voi olla leikkaus, vamma tai äkillinen sairaus. Akuutin kivun kokemiseen vaikuttavat asenteet, uskomukset ja persoonallisuus. Akuutti kipu voi

muuttua krooniseksi kivuksi lyhyessäkin ajassa. Näillä kiputyypeillä on samantyylinen tapa muodostua. (Carr & Goudas 1999, 2051.)

Nosiseptiivinen kipu aiheutuu kudosvauriosta tai tulehduksesta. Kudosvaurio voi syntyä ulkoisen ruhjovan voiman lisäksi kuumasta, kylmästä, säteilystä, kemiallisesta ärsytyksestä tai iskemiasta. Tulehdus voi liittyä kudosvaurioon, infekioon tai immuunijärjestelmän aktivoitumiseen jostain syystä. Taustalla voi vaikuttaa allergia, autoimmuunisairaus, reumasairaus tai syöpäsairaus. (Lapveteläinen 2012.)

Kipu luokitellaan krooniseksi silloin, kun se on kestänyt yli 6 kuukautta tai kipua tuottava sairaus on jatkuva. Kipu voi kroonistua leikkauksen jälkeen, kudosvaurion yhteydessä tai hermojärjestelmään tulevan vaurion seurauksena. (Paakkari 2013.) Prosessi on monimutkainen. Siihen vaikuttavat kirurgiset ja psykososiaaliset tekijät sekä potilaan ominaisuudet. Postoperatiivisen kivun pitkittymiseen on arveltu olevan syynä immuunipuolustus. Elinsiirtopotilailla on havaittu olevan harvemmin pitkittynyttä kipua leikkauksen jälkeen muihin leikattuihin potilaisiin verrattuna. Syynä ilmiöön pidetään immunosuppressiivista lääkitystä. Leikkauksen jälkeiseen krooniseen kipuun altistavat ikä, suuri painoindeksi, sukupuoli sekä uusintaleikkaus. Geneettinen alttius lisää riskiä kivun pitkittymiseen. Geenitestit eivät vielä pysty tätä mittaamaan. Kipukynnystä sekä kivunsietokykyä mittaamalla voidaan ennustaa postoperatiivisen kivun laatu. (Tiippana 2015, 48–50.)

Ennen operaatiota on tärkeä tunnistaa potilaat, joilla on suurentunut riski saada ongelmallinen akuutti tai krooninen kipu. Tunnistamisen jälkeen tulee suunnitella tehokkaimmat kivunhoitomenetelmät, joilla saadaan akuutin tai kroonisen kivun riski pienentymään. Operaation jälkeen kotiutumisvaiheessa voimakkaista kivuista kärsivä potilas voidaan ohjata edelleen seurantaa ja hoitoa varten. (Tiippana 2015, 49–50.)

Akuutti kipu pitkittyessään tai ollessaan voimakasta stimuloi jatkuvasti keskushermostoa aiheuttaen palautumattomia muutoksia. Keskushermoston muovautuminen alkaa tuntien kuluessa kudosvauriosta. Tämä voi johtaa herkistymiseen ja kipuihuun haavaa ympäröivällä terveellä alueella. Tällöin kipu on jäänyt keskushermoston muistiin. Se voi olla lähtökohta postoperatiivisen kivun kroonistumiselle. (Tiippana 2015, 48–49.)

Neuropaattisella kivulla tarkoitetaan somatosensorisen hermojärjestelmän sairaudesta tai vammasta johtuvaa kiputilaa. Hermoston toimintahäiriö johtaa neuropaattiseen kipuun.

Tuntohermo alkaa toimia poikkeavasti. Tästä seuraa, että normaalisti kivuttomat ärsykkeet tuottavat kipusignaaleja tai kipu alkaa spontaanisti. Neuropaattista kipua aiheuttavat tuki- ja liikuntaelimistön degeneraatioon liittyvä hermokompressio ja diabeteksesta johtuva neuropatia. (Haanpää & Soinila 2008, 2900.)

Neuropaattinen kipu on elämänlaatua heikentävä tila, johon kipulääkkeet eivät tehoa. Hermovauriokivun syitä ovat ääreishermoston pinnetilat, kaularangan ja alaselän hermojuurivauriot, hermotulehdukset ja hermovammojen jälkitilat. (Jääskeläinen 2010, 3485.) Leikkauksen jälkeinen pitkittynyt ja vaikea kipu luokitellaan neuropaattiseksi kivuksi ja se kehittyy helposti leikkauksessa hermovamman saaneille potilaille. (Haanpää & Soinila 2008, 2901.)

Aivokuvantamisen kehittyminen on tarkentanut käsitystä kivun käsittelystä aivoissa. Kokeellisissa tutkimuksissa on huomattu kivuliaan ärsykkeen saavan aikaan aktivoitumista useilla aivoalueilla. Nämä kytkeytyvät muihin kognitiivisia toimintoja ohjaaviin hermoverkkoihin. Aivot analysoivat nosiseptiivisen informaation, suuntaavat huomion kivun prosessointiin, säilyttävät kipuun liittyvän informaation työmuistissa ja taltioivat sekä motorisen vasteen että kipuaistimuksen pitkäkestoiseen muistiin. (Haanpää & Pohjolainen 2015.)

Viskeraalinen kipu liittyy sisäelimiin ja niitä ympäröiviin kalvoihin. Sisäelimistä peräisin olevat viestit kertovat elimistön tilanteesta. Sisäelimissä on normaalitilassa aktiivisia kipuhermopäätteitä vähän. Siitä johtuen vaaditaan tulehdus niiden aktivoimiseksi ennen kuin normaali kipuärsytys syntyy. Tällaista kipua voidaan pitää epämääräisenä. Kivulle on tyypillistä heijastuminen kauas alkuperäisestä ärsykekohdasta. Kipu voi johtua kipuhermopäätteiden tai kivun säätelyjärjestelmän herkistymisestä. (Kalso 2013, 8.)

Potilaan kokiessa hengellistä kipua, saattaa hän alkaa kyseenalaistamaan uskontoaan tai esittämään kysymyksiä itselleen sairauden syistä. Hengellisyyteen voidaan katsoa kuuluvaksi sisäiset kokemukset, arvot ja vakaumukset. Hengelliseksi tarpeiksi voidaan taas katsoa kuuluvan usko, luottamus ja mielenrauhan löytäminen sekä rakkaus, anteeksianto ja toivo. Hengelliset kivut koetaan uskonnollisia ja elämäntarkoituksellisia kysymyksiä koskeviksi. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2015, 6.)

Sairaana ollessaan potilas voi saada lohdutusta harjoittaessaan uskonnollisia rituaaleja. Ammatilaisen tulee tunnistaa ja täyttää tämä henkinen tarve kunnioittaen potilaan uskontoa ja kulttuurista lähtökohtaa suunnitellessaan hoitoa. Monikulttuurisessa ympäristössä sosiaali- ja terveysalan henkilöillä tulee olla yleinen tietoisuus eri uskontojen käytännöistä sekä mahdollistaa uskonnon harjoittaminen. (Greenstreet 2006, 50.)

2.2 Gastroenterologisen leikkauspotilaan kivunhoitotyö

Gastroenterologisen potilaan kivunhoidon prosessi etenee hoitotyön prosessin mukaisesti. Kivun hoitotyön lähtökohtana on potilas ja hänen kokemuksensa kivusta. Hoitotyön prosessi alkaa kivunhoidon tarpeen määrittämisellä edeten kivunhoidon toteuttamiseen ja arviointiin. Kivun hoitamista jäsentää prosessiajattelu tehden hoidosta harkittua ja tietoisia. Harkittu ja tietoinen toiminta perustuu kipuongelman tunnistamiseen ja ratkaisuun. Kivun hoidon tavoitteen saavuttamiseksi potilaan hoitosuunnitelmaa tarkistetaan säännöllisesti perustuen jatkuvaan kivunhoidon arviointiin. (Salanterä ym. 2013, 5-6.)

Sairaanhoitaja on keskeisessä roolissa kivun hoitotyön prosessin toteuttamisessa. Hoitajalla on hyvät mahdollisuudet oppia tuntemaan potilas sekä tunnistamaan hänen kipunsa, sillä hoitajan työ tapahtuu pääosin potilaan vierellä. Hoitaja hoitaa potilasta kaikenlaisina vuorokauden aikoina erilaisissa tilanteissa. Jatkuva hoidon seuranta on edellytyksenä tavoitteelliselle kivun hoitotyölle. Potilas on paras henkilö arvioimaan hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2013, 5-6.)

Potilaalle kerrotaan oireenmukaisesta kivun hoidosta, sekä korostetaan säännöllisen ja ennakoivan kipulääkityksen vaikuttavuutta. Jokaiselle potilaalle valitaan peruskipulääke ja lisäksi määrättyä tulee olla varalle tarvittaessa otettava kipulääke. Hyvää kivun hoitoa eivät saa estää kipulääkkeiden haittavaikutukset. Kipu tulisi mitata kipumittarilla ja dokumentoida säännöllisesti. Vertailun helpottamiseksi olisi hyvä pysyä saman kipumittarin käytössä. Kipua tulisi arvioida käyttäen eri menetelmiä. Tulisi tarkkailla ulkoisia merkkejä kuten hitaita, rajoitettuja liikkeitä, kasvojen ilmeitä, jännittämistä ja tuskaisuutta. Myös mahdollista hypertensiota, takykardiaa ja hengitysvajetta on syytä pitää silmällä. (Erämies 2015.)

Kuntouttava hoitotyö on osa lääkkeetöntä kivunhoitoa. Lääkkeetön kivunhoito on hoidon pääperusta ja sitä tulee käyttää aina, kun se on mahdollista. Oireenmukaisessa hoidossa

pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua sekä toimintakykyä. Nämä edellyttävät aina myös potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa. (Käypä hoito -suositus, 2015.) Potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä voidaan parantaa fyysistä aktiivisuutta lisäämällä. Tämä voi edesauttaa kroonisen kivun hoidossa. Aktiviteettiin osallistuminen on johtanut merkittäviin tuloksiin vammojen ja kivun hoidossa pitkälläkin aikavälillä. Tehokkaimpia ovat yksilöllisesti suunnitellut ohjelmat, jotka sisältävät voimaa ja joustavuutta lisääviä harjoitteita. (Simmonds & Wideman 2010, 188–189.)

Potilaan kipua voidaan lievittää asentohoidon avulla. Potilas tuetaan hyvään asentoon tyynyin, kiiloin, erilaisten tukien tai erikoisvuoteen avulla. Asennonvaihdon kipua lievittävä vaikutus perustuu verenkierron edistämiseen ja lihasspasmien vähentämiseen. Lepo edistää paranemisprosessia, mutta ei ole hyvä ainoana kivunlievitysmenetelmänä. Lepoa voidaan käyttää vain rajoitetun ajan ja se soveltuu esimerkiksi ison leikkauksen jälkeiseen hoitoon. (Salanterä ym. 2013, 18.) Kylliasento on hyvä vatsaleikkauksen jälkeen vähentäen vatsaan kohdistuvaa painetta. Yskiessä tai aivastaessa tyyny tai käsi vatsaa vasten lieventää vatsan haava-alueeseen kohdistuvaa painetta. (Erämies 2015.)

Kivunhoito käsittelee oireiden perustaa. Potilaille opetetaan kivun hallinnan tekniikoita, jotka muuttavat käyttäytymistä ja lisäävät tietoa kivusta. (Townsend ym. 2010, 114.) Mekaanisiin kivun hoitoihin kuuluvat hieronta-, veto- ja manipulaatiokäsittelyt, painepussi-puristus- ja painemansettihoito, nivelkäsittelyt ja mobilisaatiohoidot. (Pohjolainen 2009).

Lämpöhoito vaikuttaa hermopäätteiden kautta kipua lievittäen. Se vaikuttaa mieleen ja kehoon. Infrapunasäteilystä aiheutuva lämpö rauhoittaa, auttaa rentoutumaan sekä tehostaa unen saantia. (Masuda ym. 2005, 292.) Kylmähoidolla on suora vaikutus kipuimpulsin johtumiseen. Se vaikuttaa silloin kun ihon lämpötilaa on laskettu riittävästi. Kylmä hidastaa kudoksen aineenvaihduntaa ja vähentää sen hapenottokykyä. Näin ollen verenvuoto, turvotus ja kipu vähenevät. (Lane & Latham 2009, 16.)

Musiikkiterapiasta on apua kivunhoidossa. Musiikkiterapian tekniikoita ovat laulut, kuuntelu sekä instrumentaalitekniikat. Musiikkiterapia vaikuttaa kivun tuntemukseen, ahdistuneisuuteen, masennukseen ja elämän laatuun. (Kumar, Prasad & Shenoy 2013, 70.)

Lääkkeettömän kivunhoidon muoto on kosketus. Kosketukseen liittyy lohdutus, tyyntytys, turvallisuus, yhteydessä oleminen, kannattelu ja hellyys. Kosketus lisää verenkiertoa

ja nestekiertoa, rentouttaa lihaksia, stabiloi hermostoa, vahvistaa immunitettia ja vastustuskykyä sekä parantaa ruokahalua. Kosketuksella on psykologisten ja fysiologisten vaikutusten lisäksi kognitioon vaikuttavia tekijöitä. Yksi vaikuttava tekijä on oksitosiinihormonin erittyminen, mikä voimistuu kosketuksen vaikutuksesta. Oksitosiini rauhoittaa, rentouttaa ja parantaa kivun sietokykyä. Potilas kokee muutoksen mielihyvän tunteena. Tämä vahvistaa elimistöä fyysisesti ja emotionaalisesti. (Gothóni 2012, 51.)

Rukouksen katsotaan liittyvän uskonnon harjoittamiseen. Henkilöt, jotka eivät ole uskonnollisia, rukoilevat joissakin tilanteissa. Rukous on keskustelua Jumalan ja ihmisen välillä ja se on selviytymiskeino vaikeina aikoina. Rukoilijalle tulisi tarjota tunnelmallinen ja rauhallinen tila sekä yksityisyyttä, mikä on vaikeaa kiireisessä sairaalaympäristössä. (Greenstreet 2006, 50.)

Sielunhoitotyö on luonteeltaan intuitiivista. Hoitaja osaa luottamuksellisesti sitoutua potilaan haavoittuvuuteen ja yhtyä potilaan kokemaan emotionaaliseen kärsimykseen. Henkilökohtainen ja ammatillinen tietoisuus hengellisyyden käsitteen ymmärtämisestä edistää sen näkökulmasta annettavaa hyvää hoitoa. (Greenstreet 2006, 59.)

Lääkehoito lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua. Potilaan kipuongelmaan suunnitellaan yksilöllinen lääkitys sairauksien, riskitekijöiden sekä psykososiaalisen tilanteen mukaan. Kivun ollessa pitkäkestoista tulee lääkkeitä käyttää säännöllisesti. Käytettäväksi suositellaan pitkävaikutteisia kipulääkkeitä, vaikka hoitovaste saattaa jäädä viikkojen päähän. (Käypä hoito 2015.)

Kudosvaurion aiheuttamaa kipua hoidetaan parasetamolilla, tulehduskipulääkkeillä tai niiden yhdistelmällä. Hoitoon voidaan yhdistää vahvuudeltaan mieto opioidi. (Käypä hoito 2015.) Näistä esimerkkeinä ovat tramadoli ja kodeiini. (Erämies 2015). Vahvoja opioideja tulisi käyttää erityistilanteissa. Tulehduskipulääkkeitä ei suositella käytettäväksi potilaille, joilla on valtimotauti, sydämen tai munuaisten vajaatoiminta, ruuansulatuskanavan vuotoriski tai varfariinihoito. Tulehduskipulääkkeitä ei ole suositeltavaa käyttää pitkään yhtäjaksoisesti. (Käypä hoito 2015.)

Trisykliset masennuslääkkeet, SNRI-ryhmän masennuslääkkeet sekä lidokaiinivoide ovat lääkkeitä, joita voidaan käyttää hermovauriokivun eli neuropaattisen kivun hoi-

dossa. (Käypä hoito 2015.) Hermovauriosta aiheutuvaa kipua hoidetaan myös epilepsialääkkeillä. Kivunhoidossa käytettäviä epilepsialääkkeitä ovat karbamatsepiini, gabapentiini ja pregabaliini. (Kotovainio & Lehtonen 2015.)

2.3 Gastroenterologisen leikkauspotilaan kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi

Kivun hoitotyö tulisi kirjata täsmällisesti potilasasiakirjoihin. Merkintöjen perusteella nähdään, mitä päätöksiä kivunhoidosta on tehty ja millä perustein. Potilasasiakirjoista kivunhoidon osalta tulisi selvittää lääkemääräyksen tekijä, merkinnän tehneen henkilön nimi, asema sekä merkinnän ajankohta, onko kivunhoidon aikana ilmaantunut jotain mainittavaa, kivunhoidosta tehdyt päätökset ja niiden perustelut, potilaan mahdolliset lääkeaineallergiat, kivunhoidossa huomioitavat tekijät sekä tiedot kivunhoidon tehottomuudesta, mahdollinen kieltäytyminen kivunhoidosta sekä päivittäiset arviot kivusta ja sen hoidosta. (Salanterä ym. 2013, 20.) Potilasasiakirjoihin kirjataan arvio potilaan kivusta validoitua mittaria käyttäen (esimerkiksi VAS), käytetystä/käytetyistä kivun hoitomenetelmistä sekä kivun hoidon haittavaikutuksista. (Suomen anestesiologiyhdistys 2015).

Kattavasti ja hyvin kirjattu kivun hoito auttaa antamaan selkeän kuvan potilaan kipuongelmasta, hoitotyön tavoitteista sekä saavutetuista tuloksista. Potilasasiakirjoihin kirjaetaan, miten potilaan kivunhoito on toteutettu, mitä hoitoja on annettu ja mitä vaikutuksia toimenpiteillä on ollut. Kivunhoidon jatkuvuudelle, hoidon suunnittelulle ja sekä hoidon toteutukselle että arvioinnille on edellytyksenä säännöllinen kirjaaminen. Kirjaaminen on yhteydessä potilasturvallisuuteen, potilaan ja hoitohenkilöstön oikeusturvaan sekä hoidon laadun kehittämiseen. Hoidon onnistumista on mahdollista arvioida, kun kivunhoidon tarve ja tulokset on kirjattu. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila & Närhi 2006, 102.)

Kivunhoidon tavoitteena on tunnistaa potilaan kipuongelma ja määritellä hoidon tarve yhdessä potilaan kanssa. Kirurgi, anestesia lääkäri ja sairaanhoitaja arvioivat akuutin ja leikkauksen jälkeisen kiputilan. Kivun voimakkuus, laatu ja sijainti ovat keskeisiä leikkauksen jälkeisestä kivusta kirjattavia asioita. (Salanterä ym. 2006, 102–103.) Kipumittarin luotettavuus sekä potilaan mieltymykset vaikuttavat kipumittarin valintaan. Potilaalle valittu kipumittari merkitään potilasasiakirjoihin ja samaa kipumittaria käytetään koko hoitojakson ajan. (Salanterä ym. 2006, 83–84.)

Lääkehoidon toteuttamisesta kirjataan annetun lääkkeen nimi, määrä, antotapa, ajankohta ja lääkkeen antajan nimi. Lisäksi on tärkeää kirjata millaiseen kipuun lääke on annettu, onko kyseessä esimerkiksi haavakipu vai päänsärky. Lääkkeettömistä hoidoista kirjataan käytetty menetelmä, esimerkiksi rentoutus. Hoidosta aiheutuneiden hättäväikutusten seuranta kuuluu olennaisena osana kivunhoidon onnistumisen arviointiin. Hättäväikutukset kuten pahoinvointi kirjataan. (Salanterä ym. 2006, 103–104.)

Kivun arvioinnissa huomioidaan sen sijainti, luonne, voimakkuus ja sekä kipua aiheuttavat että lieventävät tekijät. Potilaan itse arvioimaa kipua tulee pitää ensisijaisena. Se on tärkeää huomioida välittömästi. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.) Potilas tulee haastatella ja tutkia perusteellisesti. Hänen kipunsa sekä toimintakykynsä tulee arvioida ja kirjata jokaisella kivun vuoksi tapahtuneella vastaanottokäynnillä. Voimakkuuden arvioinnissa tulisi käyttää jotain yleisesti käytettyä mittaria, esimerkiksi kipujanaa (VAS), numeerista asteikkoa (NRS), sanallista arviota (VRS) tai vaihtoehtoisesti kasvokuvia. Lisäksi tulisi arvioida motoriset, sensoriset sekä muut oireet. Tärkeää on kartoittaa potilaan kivun synnyn, sen kokemisen tai kivun hoidon kannalta merkittävät sairaudet ja lääkitykset. Yleisesti käytetyistä mittareista Beckin depressiokysely (BDI) sopii masennusoireiden ja GAD-7 -mittari ahdistusoireiden selvittämiseen. (Käypä hoito -suositus, 2015.)

Kivun säännöllinen arviointi ohjaa lääkehoidon toteuttamista ja auttaa valitsemaan potilaalle oikeat hoitotyön auttamismenetelmät. Kipumittareiden tarkoitus on auttaa sairaanhoitajaa päätöksenteossa. (Salanterä ym. 2013, 5–6.) Pätärin tutkimuksen mukaan haasteellisinta kivun arviointi on muistisairaiden, desorientoituneiden, tajuttomien sekä muista kulttuureista tulevien potilaiden kohdalla. Keskeisimmiksi menetelmiksi arvioitiin potilaan haastattelu. Tutkimuksessa tuli ilmi, että sairaanhoitajat käyttivät useita eri arviointimenetelmiä saadakseen kivun arviointiin lisää luotettavuutta. (Pätäri 2014.)

Tunnetuimmat kipumittarit ovat kipujana/kipukiila (visual analogic scale eli VAS), numeerinen kipumittari (numerical rating scale eli NRS) sekä sanallinen kipumittari (verbal descriptor scale eli VDS). Näkövammaisille voidaan käyttää kohokuvioista kipukiilaa. (Salanterä ym. 2006, 83.) Prieurin (2002) mukaan kipumittareiden käyttö on Suomessa vähäistä, vaikka on olemassa paljon erilaisia mittareita. (Hallila 2005, 92).

Lisäksi on olemassa moniulotteisia kivun arviointimittareita. Moniulotteisten kipumittareiden avulla voidaan selvittää kivun voimakkuuden lisäksi kivun sijaintia, esimerkiksi

kehon kuvan avulla. Tällaisessa kehon kuvassa ihminen on esitettyä sekä edestä että takaa. Potilasta pyydetään merkitsemään kuvaan ne alueet, joissa kipua on. Kivun sijainnin lisäksi kehon kuvaan voidaan merkitä kivun voimakkuus ja mahdollinen kivun säteileminen muualle kehoon. Voimakkuutta voidaan ilmaista värivalinnoilla tai merkintöjen määrällä. (Salanterä ym. 2006, 87–88.)

Kipumittareilla voidaan arvioida kommunikoidaan kykenemättömien potilaiden kipua. Kipua arvioitaessa seurataan fysiologisia muutoksia, ilmeitä sekä eleitä. Merkkejä potilaan kivusta voivat olla tietyt kasvojen ilmeet (otsarypyt, suupielten uurteet, avoin suu), kehon kieli (jäykkyys, säpsähtely, paikallaan olo), nyrkkiin puristetut kädet, valittelu, itku, kosketusarkuus, hermostuneisuus, levottomuus, ahdistuneisuus, pahoinvointi, kylmähikisyys, laajentuneet pupillit sekä kivuliaan paikan suojaaminen tai hiertäminen. (Salanterä ym. 2006, 89–90.)

Leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa potilaalle määritellään tavoite yksilöllisesti. Akuutti ja leikkauksenjälkeinen kipu ei saisi haitata syömistä, nukkumista tai liikkumista. Leikkauksen jälkeen tavoitteena on, että kipu pysyisi asteikolla 3-4/10 tai vähemmän levossa VAS-asteikolla arvioituna. (Salanterä ym. 2006, 100–103.)

Akuutin ja leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistumista arvioidaan kipumittarilla ja aina 20 minuutin kuluttua kipulääkkeen antamisesta potilaalle. Leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa tulisi arvioida ainakin kerran työvuoron aikana, mutta akuutin kivun hoitoa tiheämmin. Potilaan leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa tulisi arvioida sekä liikkeessä että levossa. (Salanterä ym. 2006, 103–104.)

Mikäli hoitomenetelmänä on esimerkiksi PCA-pumppu (Patient Controlled Analgesia) tai epiduraalinen lääkitys, on potilaan vointia seurattava tiheästi ensimmäisen hoitovuorokauden aikana. Seurattavia asioita ovat potilaan kivun voimakkuus, sydämensyke, seadaatio, verenpaine, hengitystiheys sekä motoriikka. Mahdollisten hoidosta aiheutuneiden haittavaikutusten seuranta kuuluu myös olennaisena osana hoidon onnistumisen arviointiin. Käytettäessä lääkkeettömiä hoitomenetelmiä kivun hoidon onnistumista voidaan arvioida kysymällä potilaalta, onko kipu helpottanut, pysynyt ennallaan vai lisääntynyt. (Salanterä ym. 2006, 103–104.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata gastroenterologisen osaston hoitohenkilöstön kokemusta kivunhoidon kirjaamisesta ja arvioinnista.

Opinnäytetyön tehtävä oli saada vastaus tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaisia asioita kivunhoidosta kirjataan?
2. Millä tavoin kivun ja kivunhoidon arviointi toteutuu?
3. Miten VAS-mittaria käytetään osastolla?

Tavoitteena on kehittää gastroenterologisen potilaan kivun hoitotyötä, erityisesti kivunhoidon kirjaamista ja arviointia.

4 OPINNÄYTETYÖN SUORITTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Laadullisissa tutkimuksissa halutaan kuvata jotain ilmiötä, antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle ja ymmärtää tiettyä toimintaa. Tästä syystä on tärkeää, että tutkittavat henkilöt tietäisivät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka kuvaa kivunhoitoa, kivunhoidon kirjaamista ja arviointia. Tutkimus auttaa ymmärtämään gastroenterologisen osaston toimintaa ja antaa kivun hoidon kirjaamiselle ja arvioinnille teoreettisen tulkin. Kyselytutkimukseen on valittu koko gastroenterologisen osaston hoitohenkilöstö, lääkärit sekä fysioterapeutit, sillä heillä on paljon tietoa ja omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta.

Laadullinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska tutkittavat ovat perehtyneitä tutkittavaan aiheeseen ja heillä on kokemukseen perustuvaa tietoa. Tässä tapauksessa haluttiin saada yksityiskohtaista, tarkkaa ja kokemukseen perustuvaa tietoa. Tarkoituksena ei ollut tilastollisten yleistysten teko, vaan gastroenterologisen osaston kivunhoidon kirjaamisen ja arvioinnin kuvaus. Määrällistä tutkimusta ei valittu tutkimusmenetelmäksi, koska tutkittavien lukumäärän avulla ei saataisi vastauksia, joiden perusteella olisi mahdollista tehdä luotettavia tilastollisia yleistyksiä. Määrällisen tutkimuksen avulla ei olisi myöskään saatu haluttua tietoa ja vastausta asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

4.2 Aineiston keruu

Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden tuoda ilmi oman mielipiteen. Vastaaja osoittaa tietämyksen aiheesta avoimilla vastauksilla ja tuo esille, mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajien ajattelussa. Avoimista vastauksista ilmenee vastaajan asiaan liittyvien tunteiden voimakkuus. Ne mahdollistavat motivaatioon liittyvien seikkojen tunnistamisen. Monivalintakysymyksissä vastaajat vastaavat samaan kysymykseen siten, että vastauksia voidaan helposti vertailla. Nämä kysymykset tuottavat yhdenmukaisempia vastauksia. Monivalintakysymyksiin vastaaminen on helpompaa, sillä se auttaa vastaajaa

tunnistamaan asian. Vastaukset on helpompi käsitellä ja analysoida tietokoneella. (Hirsjärvi 1997, 201.)

Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin teorian pohjalta niin, että asetettuihin tutkimuskysymyksiin saadaan vastaukset kyselyn avulla. Lomakkeessa käytettiin avoimia ja suljettuja kysymyksiä sekä monivalintakysymyksiä täydentämään avoimia vastauksia. Tutkittavat henkilöt valittiin sillä perusteella, että he työskentelevät gastroenterologisella osastolla sekä osallistuvat gastroenterologisia sairauksia sairastavien potilaiden hoitoon. He tuntevat alan parhaiten ja ovat asiaan perehtyneisyyden vuoksi päteviä tuottamaan luotettavia vastauksia.

Aineisto kerättiin sähköisen Webropol-kyselylomakkeen avulla. Aineiston sähköinen keräystapa valittiin sen edullisuuden, helppouden ja vaivattomuuden vuoksi. Vastausten elektroninen muoto helpotti sekä aineiston keruuta että vastausten analysointia. Vastaajien oli tarkoitus vastata kyselyyn työaikansa puitteissa. Vastaamisen helpottamiseksi kyselylomakkeeseen vastaaminen mahdollistettiin osissa, eli lomakkeeseen lisättiin keskeytys-mahdollisuus niin, että kyselyn saattoi jättää kesken ja jatkaa siitä, mihin oli jäänyt. Kysely pidettiin auki kesäkuusta elokuun loppuun eli pääasiallisen kesälomakauden ajan yhteisymmärryksessä opinnäytetyön yhteyshenkilöiden kanssa.

Kysely toteutettiin anonymikyselynä. Anonymiteetti saavutettiin, sillä vastaajien tunnistetietoja kyselyssä ei kysytty. Osallistujaa pyydettiin ainoastaan ilmoittamaan ammattiryhmänsä kyselyyn vastatessaan, eikä muita taustatietoja kyselyyn vastaajalta kysytty.

4.3 Aineiston analysointi ja raportointi

Kyselylomakkeen vastauksista etsittiin vastauksia asetettuihin kolmeen tutkimuskysymykseen käyttämällä analysointimenetelmänä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla aineistosta etsitään tekstin merkityksiä. Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–107.)

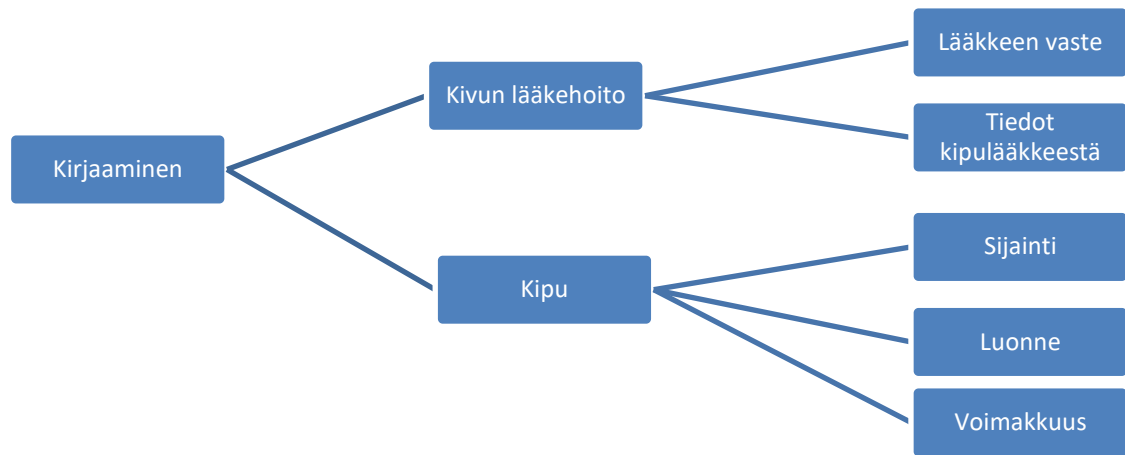
Aineiston analyysiin kuului pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteiden luominen. Pelkistämällä tiivistettiin informaatio. Ryhmittelyssä aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistettiin luokaksi

ja nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Analyysin viimeisessä vaiheessa saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.)

Kyselyssä olevat ammattiryhmät ilmoitettiin käsitteillä hoitohenkilöstö (sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat), lääkärit sekä fysioterapeutit. Raportoinnissa emme eritelleet eri ammattiryhmien vastauksia vaan kyselyyn vastanneista työntekijöistä puhuttiin kokonaisuutena. Kenenkään yksittäisen vastaajan tunnistetietoja ei tuotu esille kyselyn tuloksiin liittyen.

5 TULOKSET

5.1 Kivunhoidon kirjaaminen



Kuvio 1. Kivunhoidon kirjaaminen

Kivunhoidosta kirjaaminen on yhdenmukaista. Gastroenterologisella osastolla kirjataan eniten lääkkeellisestä kivunhoidosta. Kivunhoidosta kirjattiin potilaslähtöisesti ja käytännönläheisesti.

Lääkehoidon osalta kirjataan lääkkeen vaste ja tiedot kipulääkkeestä. Vasteen kirjaukset oli kirjattu potilaan voinnin kuvailuna lääkkeen saamisen jälkeen. Potilaan voinnin kuvailu käsitti potilaan mielialan, liikkumisen sekä tuntemusten kirjaukset. Lääkkeen vaste kirjattiin potilasasiakirjoihin sanallisesti potilaan voinnin kuvailuna ja potilasta havainnoimalla. Lisäksi kirjattiin esimerkiksi, onko kipua vähemmän tai enemmän, autoiko kipulääke, vaikuttiko kipulääke toivotulla tavalla sekä onko kipulääke helpottanut oloa. Osa vastaajista kirjasi kipulääkkeen haittavaikutuksista. Vaste kirjattiin ajoittain VAS-arvona, mutta sanalliset kuvaukset kipulääkkeen vaikutuksesta korostuivat kirjaamisessa. Kipulääkkeen vaste kirjattiin monipuolisesti potilasasiakirjoihin.

Onko kipua enemmän tai vähemmän kuin aikaisemmin

Onko kipulääke vaikuttanut

Kuinka hyvä vaste kipulääkkeellä on

Kipulääkkeestä kirjattuja tietoja olivat lääkkeen nimi, antotapa, vahvuus, antoaika, annosten tiheys ja annetun lääkkeen määrä. Pääosa kirjasi samat tiedot kipulääkkeestä ja lääkkeellisestä kivunhoidosta kirjaaminen oli yhdenmukaista.

Kivun kirjaamisen osalta kirjattiin sijainti, luonne ja voimakkuus. Kivun sijaintia oli kuvattu esimerkiksi seuraavasti: ”Missä kipu tuntuu”, ”Missä kohdassa kipu sijaitsee”, ”Kivun sijainti potilaan kokemana”, ”Missä kipu on”, ”Mihin potilas kivun paikallistaa” ja ”kipualue”.

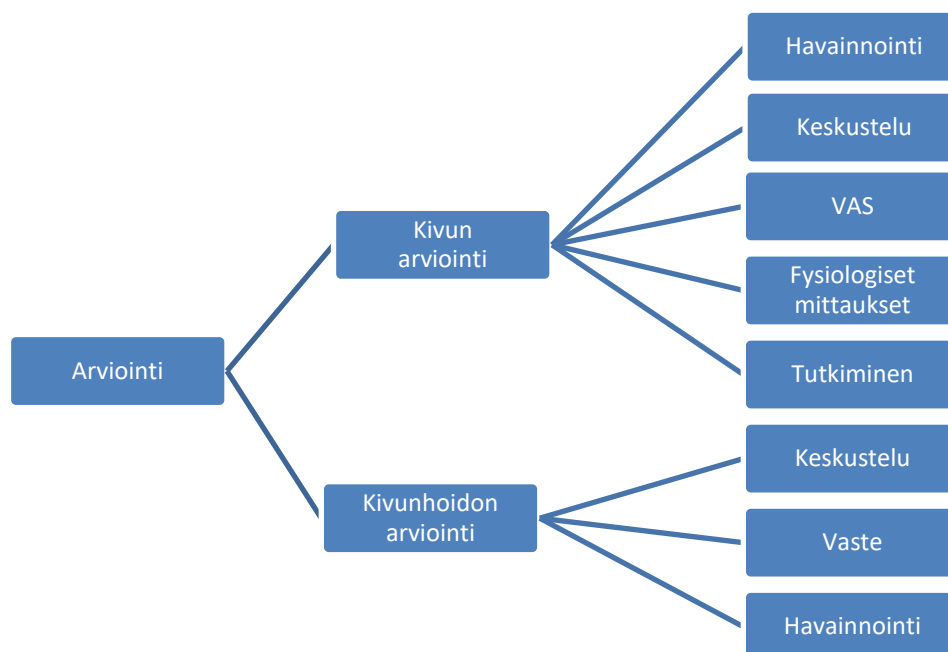
Kivun luonnetta kuvailtiin sanalla laatu: minkälainen potilaan kipu on, minkä tyyppistä kipu on, mitkä lääkitykset auttavat kipuun, sekä potilaan omat kuvaukset kiputunteuksesta. Kivun luonne oli kirjattu erilaisin adjektiivein. Kivun luonteesta vastaajat mainitsivat seuraavia esimerkkejä: ”aaltoileva, pistävä, viiltävä, tykyttelevä, puristava, krampimainen, millaista kipu on”. Luonnetta kirjattiin potilaan näkökulmasta; miten potilas kuvailee kivun tai kipukokemuksen. Kirjaaminen oli kuvaavaa ja siinä huomioitiin potilaan näkökulma ja potilaan omat kuvaukset kiputunteuksesta. Voimakkuutta kirjattiin kipumittaria käyttäen, potilaan oman kuvauksen perusteella ja sanallisesti. Vastauksista ei käynyt ilmi, kuinka usein kysytty kivun voimakkuus oli kirjattu potilaan hoitosuunnitelmaan tai fysiologisiin mittauksiin.

Mikäli kipulääkkeen vaste jäi kirjaamatta, kiire oli siihen merkittävin syy. Osa vastasi unohtaneensa ja joskus kirjaamatta jättäminen johtui siitä, ettei kipumittaria ollut käytössä. Muut syyt vasteen kirjaamatta jättämiseen: hoitajapari oli saattanut ehtiä vasteen kirjaamaan; ei ole ollut systemaattista tapaa kirjata; vastetta ei ole tullut kysyttyä, jos potilas ei sitä selvästi ilmoita; ja osa kirjaa vasteen vain, mikäli potilas tarvitsee lisää kipulääkettä. Suurin osa kirjaa kipulääkkeen vasteen aina, osa satunnaisesti.

Väittämään ”kirjaan potilaalle toteutetun lääkkeettömän kivunhoidon” noin puolet vastasi kirjaavansa sen aina ja toinen noin puolet kysymykseen vastanneista lähes aina. Muutama vastaajista vastasi kirjaavansa lääkkeettömän kivunhoidon satunnaisesti tai ei joka kerta.

Kysyttäessä mitä asioita kivunhoidosta kirjataan, ei vastauksista ilmennyt, että lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmien käytöstä kirjattaisiin. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kyselyn vastausten perusteella kuitenkin käytettiin.

5.2 Kivun ja kivunhoidon arvioinnin toteuttaminen



Kuvio 2. Kivun ja kivunhoidon arvioinnin toteutuminen

Kivun arvioinnissa käytettiin havainnointia. Hoitajat arvioivat potilaan kipua seuraamalla potilaan olemusta, ilmeitä sekä eleitä, yleiskuntoa ja liikkuvuutta; pystyykö potilas liikkumaan tai käveleekö suorassa. Potilaan yleisvointia tarkkailtiin etsien kivun tunnusmerkkejä. Hoitajat käyttivät omaa subjektiivista arviotaan ja kokemusta analysoidessaan potilaan kivuliaisuutta/kivuttomuutta. Kipua arvioidessaan hoitajat keskustelivat potilaan kanssa siitä, miten potilas itse sanallisesti kuvailee kipuaan ja mikä on potilaan oma kokemus kivusta.

Kipumittareista eniten käytetty oli VAS. Kivun arvioinnissa VAS-mittaria käytettiin enemmän kun taas kivunhoidon toteutumisen arvioinnissa VAS-mittarin käyttäminen jäi vähemmälle huomiolle. Vastauksissa korostui potilaan ilmaisema sanallinen arvio kivunhoidon toteutumisesta.

Kipua arvioitiin vitaalielintoimintoja ja hemodynamiikkaa seuraamalla. Suureita, joita käytettiin kivun arvioimisessa, olivat verenpaine, lämpö, happisaturaatio ja hengitystaajuus. Näistä eniten kontrolloitiin verenpainetta ja pulssia sillä näiden koettiin kertovan

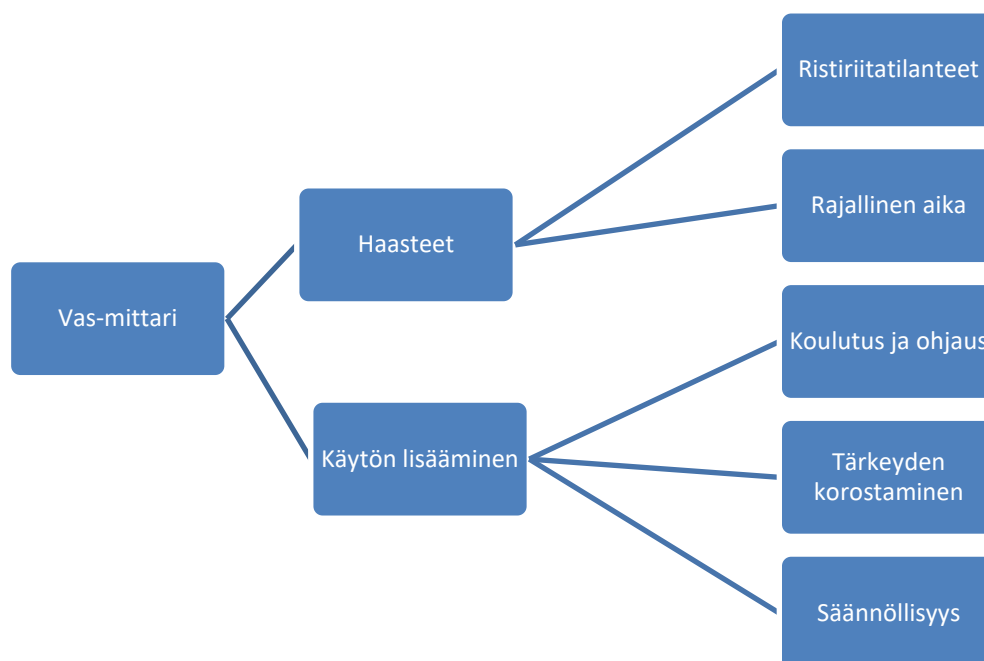
eniten kivusta. Verenpaineen ja pulssin alentuminen olivat merkkejä kivun lakkaamisesta, kun taas verenpaineen nousu kivun lisääntymisestä. Osa mainitsi arvioivansa kivunhoidon riittävyttä katsomalla potilaan lähiaikana saadun kipulääkkeen määrän.

Osa tunnusteli tai etsi käsin kipukohtaa. Tunnustelun avulla tutkittiin vatsan myötävyyttä ja arkuutta sekä ihon lämpöä ja väriä. Jos potilaalla oli haava tai haavoja, niiden kuntoa tarkkailtiin kipua arvioitaessa. Vatsan aluetta tunnustelemalla pystyttiin arvioimaan potilaan reaktioita. Tunnustelussa korostuivat vatsan alueen kipujen etsiminen ja arviointi. Reaktiot saattoivat olla ilmeitä tai eleitä. Nämä vahvistivat tiedon kivusta potilaan oman kertomuksen lisäksi.

Enimmäkseen kivunhoidon toteutumista arvioitiin keskustelemalla potilaan kanssa. Osa arvioi kivunhoidon toteutumista kysymällä suoraan potilaalta kipulääkkeen vaikutuksesta tai, onko kipulääkkeestä ollut apua. Eräs vastaajista pyrki ottamaan huomioon potilaan oman kuvauksen kivunhoidon toteutumisesta, mutta vastasi myös arviointiin tarvittavan hoitajan arviota kivunhoidon onnistumisesta. Kivunhoidon toteutumisen arvioinnissa hoitajat käyttivät havainnointia, eli tarkkailivat potilaan vointia ja ulkoista olemusta sekä liikkumista.

Kipulääkkeen vastetta arvioitaessa oli kysymys läkehoidon riittävydestä. Kivunhoidon vastetta arvioitiin sanallisesti ja sitä kuvattiin toteamalla ”onko kivunhoito riittävää/riittämätöntä” ja ”onko kipulääke auttanut”. Potilaat ilmoittivat, mikäli kipulääke ei auttanut. Kivunhoidon arviointiin liittyen hoitohenkilökunnalta kysyttiin kuinka usein he tiedustelevat potilaalta kipulääkkeen vasteen. Suurin osa vastaajista kysyi potilaalta kipulääkkeen vasteen aina, kun taas hyvin vähäinen määrä vastaajista kertoi kysyvänsä vastetta harvoin. Vasteen kysymisen poisjääntiin vaikutti selkeästi eniten osaston kiire, potilaan spontaani ilmaisu vasteesta kysymättä tai unohdus.

5.3 VAS- mittarin käyttö osastolla



Kuvio 3. VAS-mittarin käyttö osastolla

Mittarin käytön haasteiksi ilmaantuivat ristiriitatilanteet sekä rajallinen aika, esimerkkinä korkea VAS-arvo kivuttoman oloisella potilaalla. Ristiriitaa aiheuttaa, onko potilas ymmärtänyt mittarin käytön oikein vai eikö hän halua käyttää mittaria. Potilaan haluttomuuteen käyttää VAS- mittaria liittyi se, että potilaat eivät itse koe mittarin käyttöä tärkeäksi tai eivät näe sen hyötyjä. Potilas ei osaa käyttää mittaria tai potilas ei suostu kertomaan VAS- arvoa.

Rajallinen aika asetti haasteita mittarin käytölle, minkä vuoksi mittari voi jäädä käyttämättä. Mittaria ei käytetty, jos mittarin käyttö vaati lisääaikaa, kuten käytön ohjausta potilaalle. Rajallisen ajan vuoksi mittarin käyttö saattoi myös unohtua.

Käytön lisäämistä edistäviä tekijöitä vastaajien mielestä oli mittarin ohjauksen lisääminen potilaille ja koulutuksen lisääminen henkilökunnalle. Mittarin käyttöä ehdotettiin ohjattavaksi jo pre-poliklinikalla, leikossa tai heräämössä. VAS:n tärkeyttä tulisi korostaa ja muistuttaa osastolla sen käytöstä. Haasteena koettiin VAS-mittarin saaminen jokapäiväiseen säännölliseen käyttöön. VAS- mittarin käytön lisäämiseksi ehdotettiin sen käyttöön

ottamista pakolliseksi rutiiniksi vitaalimittausten oton yhteydessä. Lisäksi hoitohenkilökunnalta saatujen vastausten perusteella VAS-mittarin käytön lisääminen vaatisi mittarin käytön tärkeyden korostamista.

Osa vastanneista kertoi arvioivansa kipua VAS-mittarin avulla. Kyseinen mittari saatettiin jättää käyttämättä, jos hoitaja pystyy kokemuksen perusteella tulkitsemaan potilaan kiputilan. VAS-arvo jäi vähäiseksi kivunhoidon vasteen arvioinnissa. Yleensä VAS-arvon kysymättömyys kivunhoidon jälkeen johtui kiireestä. Potilas oli saattanut ilmaista kipulääkkeen vasteen kysymättä. Muita syitä VAS-arvon kysymättömyyteen olivat johdonmukaisen mallin puuttuminen tai kysyminen tuntui hoitajan mielestä turhalta.

VAS-arvo kirjattiin satunnaisesti. Joskus arvon kirjaamisen edellytyksenä oli se, että potilas osaa kertoa sen. Toisinaan VAS saatettiin jättää kirjaamatta, koska osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei potilaiden oma-arvio vastaa objektiivista kuvaa kiputilasta. Osasta vastauksista tulkinnanvaraiseksi jäi, miten vastaaja kirjaa vasteen: onko vaste kirjattu VAS-arvona vai jollain muulla tavoin. VAS-arvon tukena kirjaamisessa käytettiin usein sanallista kuvausta. Epäselväksi jäi, oliko kirjattu VAS ennen vai jälkeen kipulääkkeen annon vai sekä että.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön merkittävyys

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen. Kivun arvioinnin ja kivunhoidon kirjaamisen haasteet ovat korostuvasti läsnä osastoilla, joilla hoidetaan leikkauspotilaita. Leikkauspotilailla kipu korostuu hoidon aikana, sillä leikkauksista ja suoliston alueen ongelmista aiheutuva kipu voi tuottaa potilaalle suurtakin inhimillistä kärsimystä. Aihe on saatu suoraan Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Gastroenterologiselta kirurgiselta osastolta, joten opinnäytetyölle on tilaus suoraan työelämästä käytännön kentältä.

Työmme teoriaosuus kokooa kattavasti yhteen erilaiset kiputyypit, niiden syntymekanismit ja hoitomenetelmät, joita on tutkittu paljon. Lisäksi se käsittelee laajasti kivunhoidon kirjaamista ja arviointia. Teoriataustaa hyödynnettiin kyselytutkimuksen laatimisessa. Se myös toimii johdantona tai kertauksena aiheeseen kivun parissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle. Työmme merkittävin uutuusarvo on kokeellisessa osassa, jossa kyselyn avulla hankittiin ja analysoitiin ajankohtaista, paikallista tietoa kivunhoidon kirjaamisesta ja arvioinnista gastroenterologiselta osastolta. Tulokset mahdollistavat käytännön työelämässä havaittujen haasteiden ja kehityskohteiden tunnistamisen kuten myös hyvien käytäntöjen jatkamisen ja laajemman käyttöönoton.

Vastauksia kyselyymme saimme kahdelta eri ammattiryhmältä. Vastauksista jäi puuttumaan fysioterapeuttien ja lääkäreiden näkemys ja kokemus tutkittavasta asiasta. Olisimme toivoneet jokaiselta ammattiryhmältä vastausta kyselyyn. Vastausten puuttumiseen voi olla monia syitä ja ne todennäköisesti jäävät avoimeksi. Puuttuvilla vastauksilla on vaikutusta ainakin tulosten monipuolisuuteen näiden ammattiryhmien näkökulman puuttuessa. Tulosten kattavuus vastanneilla ammattiryhmillä oli kuitenkin hyvä.

Opinnäytetyöstämme on hyötyä gastroenterologisella osastolla ja VAS-mittarin käyttöä kehitetään osastolla osaston suunnitelmien mukaisesti. Kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi on saman tyyppistä muillakin erikoisaloilla, joten opinnäytetyö on sovellettavissa muillekin osastoille, joissa on haastavista kiputiloista kärsiviä potilaita.

6.2 Keskeisiä havaintoja

Kivunhoidolle haasteena on kivun subjektiivisuus. Potilaan kivun hoidossa korostuu moniammatillinen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Tämä tulee olemaan osana tulevaa työtämme sairaanhoitajina. Opinnäytetyön myötä tietoutemme aiheesta lisääntyi ja projektityöskentelytaitomme kehittyivät. Kyseinen aihe tuki ammatillista kasvuamme. Valitsimme aiheen, koska se kiinnosti meitä ja meillä oli aikaisempaa osaamista ja tietoa aiheesta. Halusimme perehtyä aiheeseen syvällisemmin. Tulevaisuudessa työtehtävämme tulevat pitämään sisällään kipupotilaiden hoitotyötä.

Sairaanhoitajina tulemme myös kohtaamaan ihmisten kokemaa henkistä kriisiä sairauksien eri vaiheissa ja tällöin hengellisen tuen tarve lisääntyy. Potilaan olotilaa voi usein helpottaa jo kahdenkeskinen keskustelu esimerkiksi hoitohenkilökunnan jäsenen kanssa. Henkisen kivun hoitaminen hoitotyössä ei vaadi paljoa, se on potilaan aitoa kohtaamista ja läsnäoloa. Opinnäytetyötä tehdessämme saimme arvokasta tietoa henkisen kivunhoidon tärkeydestä. Hoitotyön toteuttaminen on kokonaisvaltaista, siihen kuuluu rinnalla kulkeminen, koskettaminen ja aito kohtaaminen. Jokainen henkilökunnan jäsen osastolla voi auttaa omalta osaltaan henkisestä kivusta kärsivää potilasta kuuntelemalla ja olemalla läsnä. Aistien heikentyessä kosketuksen merkitys korostuu kommunikoinnin tukena.

Kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi ovat tärkeässä osassa sairaanhoitajan työtä. Kattava kirjaaminen on tärkeää lisäksi sairaanhoitajan oikeusturvan vuoksi – mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty. Kirjaamisella tehdään myös hoitotyö näkyväksi. Osoitetaan, mitä kivunhoidon eteen on tehty ja miten kivunhoitoa on arvioitu. Kirjaamisesta on järjestetty koulutusta, mutta säännöllinen koulutus tulee jatkossakin olemaan tärkeää kirjaamisen osalta. Kirjaamisen vaatimukset muuttuvat ja potilaiden hoitotyön ongelmat yhä monimutkaisuutuvat, mikä asettaa samalla kirjaamiselle tiettyjä haasteita ja tavoitteita. Sairaanhoitajan ja potilaan oikeusturvan kannalta on tärkeää, että potilaan hoitoon liittyä kirjaaminen on laadukasta ja tarkoituksenmukaista.

Usein kivunhoito toteutetaan hyvin, mutta kivunhoidon arviointi voi unohtua tai jäädä vähemmälle muun työn ohessa. Kivunhoidon arviointi on tärkeää, koska se on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Kipu vaikuttaa potilaaseen kokonaisvaltaisesti, minkä vuoksi sen riittävä hoito on tärkeää. Jotta voitaisiin mitata kivunhoidon riittävyyttä, on sitä arvioitava.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyölle haettiin tarvittavat ja viralliset luvat. Ennen opinnäytetyön toteuttamista tarvittiin tutkimuslupa, joka haettiin kirjallisella lomakkeella. Tutkimusluvan myönsi tulosalueen johtaja. Tässä tapauksessa opinnäytetyön toteuttamiseksi ei tutkimuseettiseltä toimikunnalta tarvittu lausuntoa, sillä tutkimuksen kohteena oli hoitohenkilökunta. Kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi liittyy ensisijaisesti heidän työhönsä ja heidän väliseen tiedonkulkuun. Tutkimusluvan saannin jälkeen kyselylomake hyväksytettiin koululla ja yhteistyökumppanilla ennen sen lähettämistä vastaajille. Saatekirje kyselystä lähetettiin kaikille vastaajille. Opinnäytetyöprosessin jokaisessa vaiheessa yhteistyökumppaniin on oltu tiiviissä yhteydessä. Sekä yhteistyökumppanin että koulun toiveet on otettu huomioon.

Tutkimuksen tulee noudattaa tarkasti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten kriteerejä, jotka ovat suunnittelu, toteutus ja raportointi. Ennen kuin tutkimus voidaan aloittaa, tulee ryhmän jäsenten asema, oikeudet, osuus, vastuu ja velvollisuudet hyväksyttävä kaikilla osapuolilla. (Hirsjärvi 1997, 24.)

Tutkimusaineiston luottamuksellisuus perustuu aineiston käsittelyn, käytön ja säilyttämisen rajaukseen. Tutkimusaineistoa ei saa käyttää eikä luovuttaa muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Yksityisyyden suojasta huolehditaan aineiston anonymisointitoimenpiteillä, joihin kuuluu yksilöivien tunnisteiden poistaminen tutkittavien tunnistamisen estämiseksi. Saatu aineisto on tarkoitettu käytettäväksi ainoastaan tutkimustarkoitukseen. Aineiston käyttäjillä on pysyvä vaitiolositoumus ja aineisto tulee hävittää tutkimuksen päättyttyä. Tutkittaville tulee korostaa, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että tutkittavalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.)

Opinnäytetyön kyselyn tuloksia on käytetty ainoastaan analyysin tekemisessä ja tulosten kirjoittamisessa. Kyselylomakkeen tulokset ovat olleet ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Opinnäytetyöhön liittyvät asiakirjat on säilytetty huolellisesti ja tarkkuutta noudattaen. Kyselyn tuloksena saatu aineisto on ollut anonyymi meille opinnäytetyön tekijöille. Meillä ei ole tutkittavista henkilöistä muuta tietoa kuin ammattiryhmä. Ammattiryhmän kysyminen oli yhteistyökumppanin toive ja se huomioitiin.

Saatekirje lähetettiin vastaajille ennen kyselyyn toimittamista. Saatekirjeessä tuotiin ilmi tutkimuksen taustat ja yhteystietomme mahdollisia kysymyksiä varten. Osastonhoitaja lähetti saatekirjeen sekä kyselylomakkeen tutkimukseen valituille henkilöille sähköpostitse, joten emme ole osallistuneet näiden toimittamiseen vastaajille. Saatekirjeen lisäksi osastonhoitaja on informoinut suullisesti osaston hoitohenkilökuntaa, lääkäreitä ja fysioterapeutteja kyselytutkimuksesta. Saatekirjeessä korostettiin kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuutta ja sitä, että vastaajan on mahdollista keskeyttää osallistumisensa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Kyselyn vastaukset käytiin läpi ja kyselystä saadut vastaukset hävitettiin niin, ettei kukaan ulkopuolinen saa tietoonsa yksittäisiä vastauksia.

Hirsjärven ym. (1997) Tutki ja kirjoita -kirjan mukaan tämän opinnäytetyön tutkimusta voidaan pitää luotettavana ja pätevänä tutkimuksen antaessa yhdenmukaisia vastauksia. Kyselyyn vastanneet päätyivät samanlaisiin tuloksiin eikä kysymyksiä ollut ymmärretty erilailla, kuin ne oli aseteltu tutkijoiden toimesta. Opinnäytetyön kysely on näin ollen tehty luotettavasti ja siitä saadut tulokset ovat uskottavia. Tutkimusta tehdessä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamia toimintatapoja, joita ovat huolellisuus, rehellisyys sekä tarkkuus tulosten säilyttämisessä, esittämisessä ja arvioidessa saatuja tuloksia. Tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmiä on käytetty eettisten ohjeiden mukaan.

6.4 Jatkotutkimusaiheita

Yhtenä erityisenä jatkokehittämishaasteena on, miten VAS-mittari saataisiin säännölliseen rutiininomaiseen käyttöön osastolla. Toinen selkeä jatkotutkimusaihe voisi myös olla, miten potilaat kokevat VAS-mittarin. Sen käytössä on ollut haasteita henkilökunnan mukaan. Haasteena kivun arvioinnille on kivun subjektiivisuus. Tämä asettaa kysymyksen, sopiiko VAS-mittari kaikille vai tulisiko käytössä olla myös vaihtoehtoisia mittareita potilaan tilanteen mukaan. Osa potilaista ei ymmärrä VAS-mittaria, osa ei sitä halua käyttää. Aina potilas ei tiedä mikä VAS on. Koulutustarvetta asiaan on.

LÄHTEET

- Carr, Daniel; Goudas, Leonidas 1999. Acute pain. The Lancet 6/1999, Vol. 353. 2051 – 2058.
- Erämies, Tuija 2015. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Viitattu 6.4.2016. Saatavissa <http://diana.amkit.fi>, Sairaanhoitajan käsikirja.
- Gothóni, Raili 2012. Kosketuksia arjessa, hoidossa ja pyhässä. Helsinki: Kirjapaja.
- Greenstreet, Wendy 2006. Integrating spirituality in health and social care – perspectives and practical approaches. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Haanpää, Maija & Pohjolainen, Timo 2015. Kipu. Viitattu 4.5.2016. Saatavissa <http://diana.amkit.fi>, Terveysportti.
- Haanpää, Maija & Soinila, Seppo 2008. Neuropaattisen kivun diagnostiikka tarkentuu. Suomen lääkärilehti 36/2008, vsk 63.
- Hallila, Liisa (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Heinonen, Minna 2007. Kivun arviointimenetelmät. Viitattu 1.5.2016. Saatavissa <http://diana.amkit.fi>, Terveysportti.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huotari, Ari-Matti i.a. Kipu. Viitattu 29.4.2016. <http://www.terve.fi/kipu/kipu>
- Jääskeläinen, Satu 2010. Miten kliininen neurofysiologia auttaa hermovauriokivun diagnostiikassa? Suomen lääkärilehti 43/2010, vsk 65.
- Kalso, Eija 2013. Global year against visceral pain – Koko vuosi viskeraaliseen kipuun perehtymistä. Kipu viesti 1/2013.
- Kalso, Eija; Vainio, Anneli & Haanpää, Maija 2009. Näyttöön perustuva kivunhoito. Viitattu 7.5.2016. Saatavissa <http://diana.amkit.fi>, Terveysportti.
- Käypä hoito –suositus 2015. Kipu. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 25.4.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50103>
- Kotovainio, Taina & Lehtonen, Annu 2015. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 21.4.2016. Saatavissa <http://diana.amkit.fi>, Terveysportti.

- Kumar, Senthil; Prasad, Krishna & Shenoy, Kamalaksha 2013. Music therapy for pain relief in cancer. *Indian journal of cancer education and research* vol.1, 69 – 71.
- Lane, Elaine & Latham, Tracy 2009. Managing pain using heat and cold therapy. *Paediatric Nursing* 21.6., 14–18.
- Lapveteläinen, Tuomo 2012. Pajunkuoesta kipulääkkeiden vaikutusmekanismien ymmärtämiseen. *Sic!* 4.4.2012. Viitattu 29.4.2016. http://fimea-sic.innofactor.com/1_2012/pajunkuoesta_kipulaakkeiden_vaikutusmekanismien_ymmartamiseen.aspx
- Masuda, Akinori; Yasuyuki, Koga; Hattanmaru, Masato; Shinichi, Minagoe & Chuwa, Tei 2005. The effects of repeated thermal therapy for patients with chronic pain. *Psychotherapy and psychosomatics* 79/2005, 288–294.
- Paakkari, Pirkko 2013. Krooninen (pitkäaikainen) kipu – lääkehoito. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 26.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a. Osasto 8. Viitattu 5.5.2016. https://www.ppshp.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime104/prime107.aspx
- Pohjolainen, Timo 2009. Kipu. Viitattu 5.5.2016. Saatavissa <http://diana.amkit.fi>, Terveysportti.
- Pudas-Tähkä, Sanna-Mari & Kangasmäki, Elisa 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. *Duodecim*. Viitattu 29.4.2016. Saatavissa <http://diana.amkit.fi>, Terveysportti.
- Pätäri, Jenni 2014. Sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Salanterä, Sanna; Hekkinen, Katja; Kauppila, Marjo; Murtola, Laura-Maria & Siltanen, Hannele 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö – hoitotyön suositus. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Salanterä, Sanna; Heikkinen, Katja; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Satakunnan sairaanhoitopiiri 2015. Syöpäpotilas ja kipu. Viitattu 29.4.2016.
<http://www.satshp.fi/sairaanhoito/Syopataudit-ja-sadehoito/Syptaudit/Sy%C3%B6p%C3%A4potilas%20ja%20kipu.pdf>
- Simmonds, Maureen & Wideman, Timothy 2010. Physical therapy and rehabilitation. Teoksessa Mary, Lych; Kenneth, Craig & Philip, Peng (toim.). Clinical pain management: A practical guide. Wiley – Blacwell, 183–190.
- Suomen anestesiologiyhdistys 2015. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Viitattu 2.5.2016. http://www.say.fi/fi-les/say_suositus_kivun_kirjaamisesta_1_.pdf
- Tiippana, Elina 2015. Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä? Suomen lääkärilehti 1-2/2015, vsk 70.
- Townsend, Cynthia; Rome, Jeffrey; Bruce, Barbara & Hooten Michael 2010. Interdisciplinary pain rehabilitation programs. Teoksessa Michael, Ebert & Robert Kerns. (Toim.) Cambridge University Press, 114–127.
- Tutkimuseettinen lautakunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Viitattu 4.11.2016.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-214. Viitattu 4.11.2016. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissä/eettiset-periaatteet>

LIITE 1: SAATEKIRJE

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

SAATE 31.5.2016

Arvoisa gastroenterologisen osaston työntekijä,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Diakonia-ammattikorkeakoulusta Oulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Oulun yliopistollisen sairaalan gastroenterologinen kirurginen osasto. Opinnäytetyön tarkoituksena on kivunhoidon kirjaamisen ja arvioinnin kehittäminen sekä VAS- mittarin käytön edistäminen.

Osastollanne halutaan kehittää gastroenterologisen potilaan kivun hoidon kirjaamista ja arviointia ja VAS-mittarin käyttöä. Näiden asioiden lisäksi kysely sisältää lyhyen hengellisen osion, jossa kartoitetaan henkisen tuen antamista potilaille gastroenterologisella osastolla. Kehittämisen lähtökohdaksi tarvitaan tietoa kivunhoidon kirjaamisen ja arvioinnin käytännöistä sekä kehittämisen haasteista. Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa näitä asioita osastollanne. Kysely toteutetaan Webropol-kyselytyökalun avulla. Kysely kohdistetaan gastroenterologisen osaston hoitohenkilökunnalle (sairaanhoitajille, perushoitajille, lähihoitajille), lääkäreille sekä fysioterapeuteille. Kyselyyn vastaamiseen kuluu noin 10–15 minuuttia. Osastonhoitaja välittää linkin kyselystä vastaajille.

Vastaamalla oheiseen kyselyyn voitte vaikuttaa näiden asioiden kehittämiseen.

Opinnäytetyömme yhdyshenkilöitä gastroenterologisella osastolla ovat osastonhoitaja Anne Sivonen, apulaisosastonhoitaja Sari Kumavaara ja opetuskoordinaattori Tanja Tähinen. Opinnäytetyömme ohjaavat opettajat: Paula Haapalainen () ja Marja-Liisa Läksy ()

Mikäli teillä on kysyttävää opinnäytetyöhömme tai kyselyyn liittyen, voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse.

Janica Säily

Taru Noponen

LIITE 2: KYSELYLOMAKE



Opinnäytetyö aiheesta Kivunhoidon kirjaaminen ja arviointi –
Kysely PPSHP:n gastroenterologisen kirurgisen osaston lääkä-
reille, hoitohenkilökunnalle ja fysioterapeuteille

1. Ammattiryhmäni on: *

Valitse alla olevista ammattiryhmä, johon kuulut

- ☐ Lääkäri
- ☐ Lähihoitaja/perushoitaja
- ☐ Sairaanhoitaja
- ☐ Fysioterapeutti

Osio 1: Näyttöön perustuva kivunhoito

2. Mitä seuraavista kivunhoitomenetelmistä käytät kivunhoitotyössä eniten?

Valitse yksi tai useampi kohdallasi paikkansapitävä vaihtoehto alla olevista.

- ☐ Lääkkeellinen kivunhoito
- ☐ Fysioterapeuttiset menetelmät
- ☐ Stimulaatiohoidot (TNS- ja epiduraalstimulaattori)
- ☐ Psykologiset menetelmät (rentoutusohjaus, psykoterapia, vertaistukiryhmät)
- ☐ Puudutukset
- ☐ Radiotaajuushoidot
- ☐ Jotain muuta; mitä?
- ☐ _____

3. Käytän työssäni lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä *

Valitse mielestäsi sinulle sopivin vaihtoehto vastausvaihtoehdoista.

- ☐ Päivittäin
- ☐ Tilanteesta riippuen
- ☐ Satunnaisesti
- ☐ Harvoin
- ☐ En koskaan

4. Mielestäni kivunhoitotyön tutkimusta on hyödynnetty kivunhoitotyössä gastroenterologisella osastolla

Valitse mielestäsi sinulle sopivin vastausvaihtoehto alla olevista vastausvaihtoehdoista.

- ☐ Paljon
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Vaihtelevasti
- ☐ Ei ollenkaan
- ☐ En osaa sanoa

5. Saan viimeisintä tietoa kivunhoitotyöstä ja sen kehityksestä

Valitse yksi tai useampi mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.

- ☐ Koulutuksista
- ☐ Tieteellisistä julkaisuista
- ☐ Moniammatillisen tiimin tiedonkulun kautta
- ☐ Hoitosuosituksista
- ☐ Itse etsimällä tietoa

Muuta kautta, miten?

☐ _____

Osio 2: Kivunhoidon kirjaaminen

6. Kuvaile, mitä asioita kirjaat kivunhoidosta? *

7. Kirjaan kipulääkkeen vasteen potilastietojärjestelmään *

Valitse mielestäsi sinulle sopivin vastausvaihtoehto alla olevista vastausvaihtoehdoista.

- ☐ Aina
- ☐ En joka kerta

- ☐ Lähes aina
- ☐ Satunnaisesti
- ☐ En kirjaa kipulääkkeen vastetta

8. Jos kipulääkkeen vaste jää kirjaamatta, syynä on:

Valitse mielestäsi yksi tärkein syy alla olevista vastausvaihtoehdoista.

- ☐ Unohdus
- ☐ Kipumittari ei ollut käytössä
- ☐ Kiire

Jokin muu syy; mikä?

- ☐ _____

9. Mitä kipumittaria pääsääntöisesti käytät työssäsi?

10. Kirjaan potilaalle toteutetun lääkkeettömän kivunhoidon *

Valitse mielestäsi sinulle sopivin vastausvaihtoehto alla olevista vastausvaihtoehdoista.

- ☐ Aina
- ☐ Lähes aina
- ☐ Satunnaisesti
- ☐ En joka kerta

☐ En kirjaa lääkkeitöntä kivunhoitoa

11. Koen kipumittarin käytön tärkeäksi kivunhoidon kirjaamisessa

Valitse yksi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto alla olevista vastausvaihtoehtoista.

- ☐ Erittäin tärkeäksi
- ☐ Tärkeäksi
- ☐ En koe tärkeäksi
- ☐ En osaa sanoa

Osio 3: Kivunhoidon arviointi

12. Kuvaile, miten arvioit potilaan kipua? *

13. Miten mielestäsi VAS-mittarin käyttöä voitaisiin lisätä kivunhoidon arvioinnin tukena?

14. Kysyn kipulääkkeen vasteen potilaalta *

- ☐ Aina
- ☐ Joskus
- ☐ Harvoin
- ☐ En joka kerta

15. Ellei kipulääkkeen vastetta kysytty, vaikuttaako siihen jokin/jotkin seuraavista:

Valitse alla olevista yksi tai useampi mielestäsi tilannetta parhaiten kuvaava/kuvavat vaihtoehto/vaihtoehdot.

- ☐ Kiire
- ☐ Unohdus
- ☐ Johdonmukaisen toimintamallin puuttuminen
- ☐ Työnjaon epäselvyys
- ☐ Potilas on ilmaissut kipulääkkeen vasteen kysymättä
- ☐ Kysyminen tuntuu turhalta

Jokin muu syy, mikä?

☐ _____

16. Kuvaile, miten arvioit kivunhoidon toteutumista

Osio 4: Kipumittarit kivunhoidossa

17. Mitä kipumittaria pääsääntöisesti käytät?

18. Käytän kipumittaria työssäni *

Valitse mielestäsi sinulle sopivin vastausvaihtoehto alla olevista vastausvaihtoehdoista.

- ☐ Päivittäin
- ☐ Harvoin
- ☐ Satunnaisesti
- ☐ En koskaan

19. Mikäli kipumittari jää käyttämättä, syy on:

Valitse alla olevista yksi parhaiten mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.

- ☐ Kiireen vuoksi
- ☐ En koe sen käyttöä tärkeäksi
- ☐ Kukaan muukaan ei käytä sitä
- ☐ Kipumittarin käytöstä ei ole järjestetty tarpeeksi koulutusta
- ☐ Sen käytöstä ei ole selkeää ohjetta
- ☐ Sen käytön tärkeyttä ei korosteta tarpeeksi

- ☐ Ei ole selkeää ohjetta siitä, kenen tulisi kipumittaria käyttää
Jokin muu syy; mikä?

☐ _____

20. Oletko saanut koulutusta kipumittarien käytöstä kivunhoidossa? *

- ☐ En
☐ Kyllä
☐ En, mutta haluaisin koulutusta
☐ En koe tarvitsevani koulutusta
☐ Kyllä, mutta koen tarvitsevani lisäkoulutusta

Osio 5: Hengellisen kivun hoito

21. Mitä asioita hengellisen kivun hoito mielestäsi sisältää? Valitse alla olevista yksi tai useampi vaihtoehto.

- ☐ Sairaalapastorin käynti
☐ Keskustelu
☐ Kosketus
☐ Rukous
☐ Ei mitään yllä olevista vaihtoehtoista

Jotain muuta, mitä?

Kuvaile vapaamuotoisesti mitä ajattelet hengellisen hoidon sisältävän.

☐ _____

22. Kirjaan potilaalle annetun hengellisen tuen

Valitse mielestäsi sinulle sopivin vastausvaihtoehto alla olevista vastausvaihtoehdoista.

- ☐ Aina
- ☐ Satunnaisesti
- ☐ En koskaan
- ☐ En osaa sanoa

23. Hengellistä hoitoa toteuttavat

Valitse alla olevista yksi tai useampi vaihtoehto, joka vastaa mielipidettäsi.

- ☐ Sairaalapastori
- ☐ Sairaanhoitaja
- ☐ Ystävä
- ☐ Lääkäri
- ☐ Omainen
- ☐ Lähihoitaja/perushoitaja

Joku muu; kuka?

☐

24. Kuinka tärkeänä pidät hengellisen kivun hoitoa osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa?

Valitse mielestäsi sinulle sopivin vastausvaihtoehto alla olevista vastausvaihtoehdoista.

- ☐ Hyvin tärkeänä
- ☐ Melko tärkeänä
- ☐ En osaa sanoa
- ☐ En pidä kovin tärkeänä
- ☐ En pidä tärkeänä

25. Miten hengellisen kivun hoitoa toteutetaan mielestäsi

Valitse mielestäsi yksi tai useampi mielipidettäsi vastaava vaihtoehto alla olevista vaihtoehtoista.

☐ Sairaalapastorin käynti

☐ Keskustelu

☐ Kosketus

☐ Rukous

☐ Jumalanpalvelus

☐ Ehtoollinen

☐ Virret

Jollain muulla tavoin, miten?

☐

26. Onko hengellisen kivun hoidon toteutumiselle mielestäsi esteitä käytännön työssä osastolla?

☐ Ei

☐ Kyllä

☐ En osaa sanoa

27. Kuvaile, mitä esteitä koet olevan hengellisen kivunhoidon toteuttamiselle?
(Vastaa tähän kysymykseen vain, mikäli vastasit "kyllä" edelliseen kysymykseen).

Painathan lopuksi "Lähetä"-nappia, jotta vastauksesi rekisteröityy järjestelmään.

Lämmin kiitos kyselyymme vastaamisesta!