
**KIRURGISEN OSASTON HOITAJIEN KOKEMUKSIA
VAS-KIPUMITTARIN KÄYTÖSTÄ LOIMAAN
ALUESAIRAALASSA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa 27.5.2014

Anna Salonen

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Anna Salonen	Vuosi 2014
Työn nimi	Kirurgisen osaston hoitajien kokemuksia VAS-kipumittarin käytöstä Loimaan aluesairaalassa	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aihe saatiin toimeksiantona Loimaan aluesairaalan kirurgian osastolta. Aihe koettiin mielenkiintoiseksi, ajankohtaiseksi sekä perustelluksi, sillä osastolla oli huomattu VAS-kipumittarin käytön olevan edelleen melko vähäistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia ja käsityksiä VAS-kipumittarin käytöstä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tarvittavaa tietoa VAS-kipumittarin käytön kehittämiseksi.

Opinnäytetyössä käytettiin aikaisempaa teoriatietoa, muun muassa tutkimuksia, joiden avulla muodostettiin tutkimuskysymykset ja kyselylomake. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena.

Opinnäytetyön tulokset viittasivat siihen, että Loimaan aluesairaalan kirurgisen osaston hoitajat ovat hyvin tietoisia VAS-kipumittarista, ja kokevat osaavansa käyttää sitä. Kuitenkin kehittämiskohteita esiintyi VAS-kipumittarin varsinaisessa käytössä, jonka osa vastaajista koki jäävän vähäiseksi. Myös potilaan määrittämän VAS-luvun kirjaaminen koettiin toisinaan unohtuvan.

Avainsanat Kipukokemus, kivun arviointi, VAS-kipumittari.

Sivut 34 s. + liitteet 6 s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author	Anna Salonen	Year 2014
Subject of Bachelor's thesis	Nurses' experiences of visual analog pain rating scale in surgery department of Loimaa regional hospital	

ABSTRACT

The subject of this thesis was derived from Loimaa regional hospital's surgery department. The subject seemed to be interesting, topical and justified, because in the department it had been noticed that the usage of the visual analog pain rating scale was still rather low.

The purpose of this thesis was to investigate nurses' experiences and perceptions of the visual analog pain rating scale. The aim was to provide appropriate information how to develop the usage of the visual analog pain rating scale and how to make the usage of the scale more common among nurses in the surgery department of Loimaa regional hospital.

Other researches of the subject were used in this thesis. Research questions and the questionnaire were formed utilizing them. The thesis was quantitative.

The results of this thesis indicated that nurses in Loimaa regional hospital's surgery department are well aware of the visual analog pain rating scale and nurses feel that they know how to use it. However, the need of development occurred in the actual usage of the visual analog pain rating scale. Some of the nurses felt that the usage remains low. According to results, nurses sometimes forget to record the visual analog scale number that the patient has rated.

Keywords Experiences of pain, pain assessment, visual analog pain rating scale.

Pages 34 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIIITEKEHYS.....	2
2.1	Kipu kokemuksena.....	2
2.2	Kivun tunnistaminen ja arviointi.....	2
2.2.1	Kivun arvioinnin apuvälineet	4
2.2.2	VAS-kipumittari	4
2.2.3	Hoitajien kokemuksia VAS-kipumittarin käytöstä	5
2.2.4	VAS-kipumittari ja sen haasteet päivittäisessä hoitotyössä	6
2.2.5	Kivun arviointi ja VAS-kipumittari kirurgisessa hoitotyössä	7
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET..	8
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	9
4.1	Kuvaus yhteistyökumppanista sekä kohdeyhteisöstä.....	9
4.2	Aineistonkeruumenetelmä.....	10
4.3	Tulosten analysointi ja raportointi.....	11
4.4	Osastotunti.....	13
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	13
5.1	Taustatiedot	13
5.2	Kivun arviointi ja tunnistaminen potilastyössä	15
5.3	VAS-kipumittari päivittäisessä hoitotyössä	18
5.4	VAS-kipumittarin käyttöön liittyvät haasteet	22
5.5	VAS-kipumittarin käytön kehittäminen kirurgisella osastolla.....	24
5.5.1	Hoitajien motivointi ja koulutus	24
5.5.2	Konkreettisia kehittämisideoita	24
5.5.3	Potilaaseen kohdistuvien haasteiden huomioiminen mittarin käytössä. 25	
6	TULOSTEN TARKASTELU	25
6.1	Tulosten tarkastelu ja pohdinta	25
6.1.1	Kipu yksilöllisenä kokemuksena.....	25
6.1.2	Kivun tunnistaminen ja arviointi potilaskohtaisesti	26
6.1.3	Kivun arvioinnissa käytettävät apuvälineet	27
6.1.4	VAS-kipumittari hoitajien kokemana.....	27
6.1.5	VAS-kipumittari ja haasteet sen käytössä päivittäisessä hoitotyössä....	28
6.2	Eettisyys	29
6.3	Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu.....	30
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	31
	LÄHTEET	32
	HAASTATTELUT.....	34

Liite 1 Kyselylomake

Liite 2 Kyselylomakkeen saatekirje

1 JOHDANTO

Kipukokemus on aina yksilöllinen, potilaskohtainen. Kivun piirteistä sen voimakkuus on useimmiten ensimmäisenä arvioitava asia. Kipua arvioitaessa potilaalta selvitetään hänen oma subjektiivinen kokemuksensa muun muassa kivun voimakkuudesta, kestosta sekä paikantumisesta. Kivun arvioinnin ja potilaan antamien arvojen dokumentoinnin tulee olla säännöllistä. (Turunen 2007, 20; Kuurne & Erämies 2012.)

Turusen (2007, 20) mukaan kivun arvioinnissa käytettäviä apuvälineitä ovat mm. visuaalinen, numeerinen ja verbaalinen asteikko sekä kuvaasteikko. Arviointiin kehitetyistä monenlaisista apuvälineistä tässä opinnäytetyössä selvittämisen kohteeksi on valittu VAS-kipumittari.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia VAS-kipumittarin käytöstä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvan yhteistyökumppanin, Loimaan aluesairaalan kirurgian osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tarvittavaa tietoa VAS-kipumittarin käytön kehittämistä sekä yleistymistä varten Loimaan aluesairaalan kirurgian osaston hoitajien keskuudessa.

Opinnäytetyön aihe, joka alun perin nousi tekijän kiinnostuksesta kirurgiseen osaamiseen sekä kivun hoitoon liittyen, saatiin toimeksiantona Loimaan aluesairaalan kirurgian osastolta. Aihe koettiin ajankohtaiseksi ja hieman ehkä vielä vieraaksikin, kun osastolla oli huomattu mittarin käytön olevan edelleen melko vähäistä.

Opinnäytetyön merkitys sairaanhoitajan näkökulmasta on tärkeä, koska työssään sairaanhoitaja tapaa erilaisia kipupotilaita lähes osaamisalastaan riippumatta. Kipua ja sen arviointia sekä hoitoa myös tutkitaan kokoajan lisää, joten hoitajien panostuksen potilaiden kivuttomuuteen ja kivun lievitykseen voidaan päätellä vain kasvavan.

Työn keskeisiä käsitteitä ovat kipukokemus, kivun arviointi sekä VAS-kipumittari.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettinen viitekehys koostuu keskeisimpien käsitteiden tietoperustasta. Kyselylomakkeen (LIITE 1) kysymykset perustuvat aikaisempaan teoriatietoon, mistä muodostuu opinnäytetyön teoreettinen viitekehys. Kyselylomakkeen kysymyksillä kerätyillä vastauksilla saadaan vastaukset opinnäytetyössä asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

2.1 Kipu kokemuksena

Kipu on tuntemuksena hyvin henkilökohtainen ja yksilöllinen, vaikeasti toiselle selitettävä asia. Sen voimakkuus ja laatu riippuvat mm. tilanteesta, jossa se koetaan. Potilas on oman kipunsa asiantuntija, joka tietää parhaiten miltä hänestä tuntuu. Hoitohenkilökunnan tehtävä on joka tapauksessa ottaa selvää potilaan kivun tuntemuksista. (Qvick & Sailo 2000, 62; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7–8, 75; Vainio 2009.)

Kivun kokemiseen vaikuttavat eri tekijät, kuten sukupuoli, ikä, persoonallisuus, tarkkaavaisuus ja vireystila, tunnetila, suggestio, asenteet, aikaisemmat kipukokemukset sekä odotukset. Potilaan henkilökohtaisten ominaisuuksien on todettu vaikuttavan myös kipukynnykseen ja kivunsihtokykyyn. (Sailo 2000, 37; Sarlio 2000, 26; Salanterä ym. 2006, 9–10, 59; Vainio 2009.)

Tarkkaavaisuudella on todettu olevan suuri merkitys kivun voimakkuuden kokemiseen. Kun huomio kiinnittyy muualle, kipuaistimus on vähemmän voimakas. Positiivisen mielialan on todettu vähentävän kipukokemusta, kuten myös päinvastoin negatiivinen mieliala voimistaa kipukokemusta. (Sailo 2000, 37; Sarlio 2000, 26; Salanterä ym. 2006, 9–10, 59; Vainio 2009.)

Potilaan kokiessa kipua, hän yleensä alitajuntaisesti arvioi sen merkityksen, vaarallisuuden ja tavallisesta poikkeamisen. Potilas miettii usein myös kivun luonnetta, onko se harmitonta tai tunnettua, kiinnittääkö siihen huomiota vai ei. Nämä vaikuttavat kivun voimakkuuden kokemukseen ja ovat siis huomioon otettavia seikkoja kipua arvioitaessa. (Sailo 2000, 37; Sarlio 2000, 26; Salanterä ym. 2006, 9–10, 59; Vainio 2009.)

2.2 Kivun tunnistaminen ja arviointi

Kivun tunnistamisen ja arvioinnin oleellinen osa on kivun aiheuttajan, eli syyn löytyminen. Vaikka syytä ei löytyisikään, tulee hoitotyössä paneutua kivun voimakkuuden arviointiin, jotta potilaalle voidaan taata mahdollisimman hyvä kivunhoito. Kipua arvioidaan yksilöllisesti säännöllisin väliajoin riippuen kivun syystä, potilaan voinnista ja toteutettavista hoidoista. On tärkeää muistaa arvioida myös toteutetun kivun hoidon vaikuttavuutta, esimerkiksi tunnin kuluttua lääkkeen antamisesta. (Salanterä ym. 2006, 75; Kuurne & Erämies 2012.)

Kipua voidaan arvioida haastattelemalla potilasta ja käyttämällä erilaisia tähän tarkoitettuja mittareita potilaan kanssa yhdessä. Arvioita voidaan tehdä myös fysiologisesti, eli mittaamalla peruselintoimintoja tai pohtimalla kivun mekanisme. Kivun mekanismeilla tässä tarkoitetaan esimerkiksi neuropaattista eli hermovauriokipua, viskeraalista eli sisäelinkipua tai idiopaattista eli mekanismeiltaan tuntematonta kipua. Kivun voimakkuuden lisäksi tulee muistaa arvioida myös sen sijaintia, kestoa, laatua sekä tekijöitä, joiden potilas kokee vähentävän tai lisäävän kipua. (Salanterä ym. 2006, 75–82.)

Kivun arviointi voi olla hyvinkin haasteellista. Jokainen potilas on erilainen ja jokaisen kipu ilmenee omalla tavallaan. Hoitotyön haaste onkin havaita ja lievittää kipua sekä lisätä hoitohenkilökunnan tietoa kivunhoidosta. Hoitajien tulee vaikeissakin tilanteissa selvittää kivun todellinen luonne, vaikka potilas liioittelisi, väheksyisi tai salailisi kipukokemustaan. (Blomqvist 2002.)

Herr, Coyne, McCaffery, Manworren ja Merkel (2011) ovat kirjoittaneet oppaan liittyen kivun arviointiin potilailla, jotka eivät pysty, syystä tai toisesta, siitä itse kertomaan. He toteavat kivun olevan subjektiivinen kokemus, jota tulee aina kysyä potilaalta itseltään. On olemassa kuitenkin tilanteita, jolloin potilas ei pysty ilmaisemaan itseään verbaalisesti, kirjoittamalla, sormeaa liikuttamalla, silmää räpäyttämällä tai millään muullakaan tavalla. Syitä tähän voivat olla esimerkiksi pitkälle edennyt dementia, pienet lapsipotilaat, jotka eivät vielä osaa puhua, kriittisesti sairaat ja tajuttomat potilaat, saattohoitopotilaat sekä joissakin tapauksissa myös psyykkisesti sairaat potilaat.

Näiden potilaiden kohdalla hoitajan osuus kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa korostuu erityisesti, jotta kaikille voidaan tarjota laadukasta ja vertailukelpoista kivun hoitoa. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa mm. kärsimyksen lievittäminen ja ihmisarvon kunnioittaminen nousevat esille tällaisissa tapauksissa. (Sairaanhoidajaliitto, 2014.)

Potilaiden, jotka eivät pysty itseään ilmaisemaan, kipua arvioitaessa muut keinot korostuvat. Tällöin hoitajien tehtäviin kuuluvat esimerkiksi mahdollisten kivun aiheuttajien etsiminen ja paikallistaminen sekä potilaan käyttäytymisen, kuten esimerkiksi kasvojen ilmeiden ja kehon liikkeiden tarkkailu. Myös potilaan omaisia, läheisiä ja mahdollisen pitkäaikaishoitopaikan hoitajia haastattelemalla voidaan saada selville kivun tunnistamisen ja arvioinnin kannalta hyödyllisiä asioita. (Herr ym. 2011.)

Keskinen (2007, 42) on tutkinut hoitajien päätöksentekoa erilaisissa kivunhoitotilanteissa. Hän on todennut kivunhoitotilanteiden päätöksentekoon vaikuttavan hoitajien työn luonteen, työkokemuksen, koulutuksen sekä kivunhoitotilanteiden yleisyyden. Hän on todennut muun muassa yli viisi vuotta terveysalan työkokemusta omaavien hoitajien käyttävän kivunhoitotilanteissa sekä intuitiivista että analyttistä ajattelutapaa, kun taas alle viisi vuotta työskennelleet hoitajat tekivät päätöksensä pelkästään analyttisesti.

2.2.1 Kivun arvioinnin apuvälineet

Hoitotyön suunnittelussa ja seurannassa kivun arviointi on tärkeää. Siksi osastoilla on yleisesti käytössä erilaisia kivun arviointiin tarkoitettuja lomakkeita ja mittareita, joilla erityisesti kivun voimakkuutta arvioidaan yhdessä potilaan kanssa. (Salanterä ym. 2006, 83; Vaasan keskussairaala 2013.)

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna esimerkiksi kipuanalyysiin tarkoitettua lomaketta. Siinä selvitetään muun muassa kivun paikantuminen, kesto, laatu, voimakkuus, kipuun vaikuttavat asiat, kipuun käytetyt lääkkeet ja onko niistä ollut apua, oireiden voimakkuus ja erityispiirteet, potilaan kokemat pahimmat kipuun liitettävissä olevat ongelmat sekä liikkumiskyky. (Friman 2013; Kotovainio & Mäenpää 2013.)

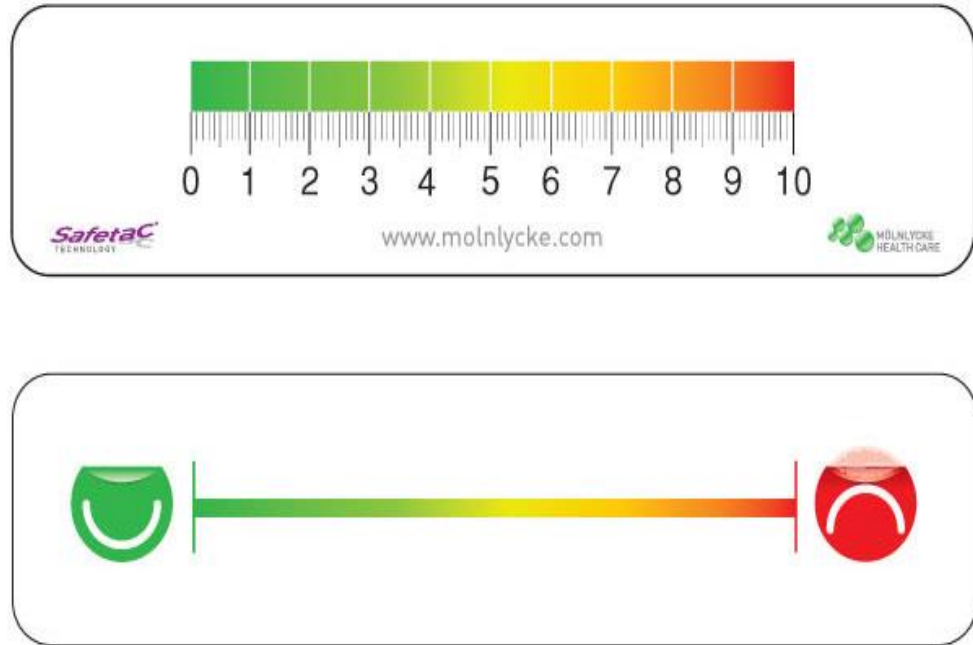
Kivun voimakkuuden arvioimiseen voidaan käyttää haastattelun, tutkimusten ja tarkkailun tukena visuaalisanalogisia mittareita. Näitä ovat esimerkiksi kasvoasteikko, joka on lapsipotilailla hyvä, sekä erilaiset kipujanat. Kipujanoja on monia erilaisia, ja yksi niistä on tässä opinnäytetyössä käsiteltävä VAS-kipumittari. (Salanterä ym. 2006, 83, 86–87; Keituri 2013; Kotovainio & Mäenpää 2013.)

2.2.2 VAS-kipumittari

VAS-kipumittari (Kuva 1.) kehitettiin alun perin koulutukselliseen tarkoitukseen vuonna 1923 ja vasta 1960-luvulla se alkoi saavuttaa suosiotaan kivun arvioinnissa. Konkreettisesti VAS-kipumittarilla tarkoitetaan visuaalisanalogista asteikkoa, joka on 10 cm pitkä jana. Sen toisessa päässä on luku 0, joka tarkoittaa että kipua ei ole, ja toisessa päällä luku 10, joka taas kuvaa pahinta mahdollista kipua. (Salanterä ym. 2006, 83–84; Turunen 2007, 20; Vainio 2009, Vaasan keskussairaala 2013.)

VAS-kipumittari on tarkoitettu käytettäväksi siten, että potilas saa itse merkitä janaan kohdan, joka kuvaa hänen senhetkistä kipukokemustaan. (Salanterä ym. 2006, 83–84; Vainio 2009.) Jos potilas ei kykene itse merkitsemään janaan arvioimaansa kohtaa, voi hoitaja myös näyttää kipumittaria ja pyytää potilasta sanallisesti arvioimaan kivun voimakkuus mittarin asteikolle. Potilaiden saattaa olla helpompi määrittää kivun voimakkuuden aste nähdessään mittarin skaalan.

VAS-kipumittarin käyttö tulee selvittää potilaalle jo mielellään ennen kivun alkamista. Kipumittarin ohjaus voi kuulua esimerkiksi osaksi leikkausta edeltävää preoperatiivista käyntiä, mutta viimeistään ohjausta mittarin käyttöön on annettava, kun kivun arvioinnin tarve ilmenee. (Salanterä ym. 2006, 83–84; Vainio 2009.)



Kuva 1. VAS-kipumittari ja kasvoasteikko (Mölnlycke Healthcare n.d.)

Hawker, Mian, Kendzerska ja French (2011), ovat tutkimuksessaan jakanut VAS-kipumittarin osiin millimetreittäin. Kivun vaikeusaste on luokiteltu millimetrin mukaisesti, jolloin mittarissa 0-4 mm tarkoittavat ”ei kipua”, 5-44 mm lievää kipua, 45-75 mm kohtalaista kipua ja 75-100 mm vakavaa kipua.

2.2.3 Hoitajien kokemuksia VAS-kipumittarin käytöstä

Kyrönlahti ja Varjokoski (2006) ovat selvittäneet ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään kivun hoidon kirjaamista päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeille sekä haastatellen keränneet tietoa sairaanhoitajien kokemuksista VAS-kipumittarin käytöstä. VAS-kipumittari oli tuolloin ollut käytössä kyseessä olevalla osastolla viikon ajan, jota ennen hoitajat olivat saaneet perehdytyksen sen käyttöön.

Tulosten mukaan hoitajat kokivat VAS-kipumittarin muuten helppokäyttöiseksi, mutta varsinkin iäkkäiden potilaiden, joiden kognitiokyky oli heikentynyt, kannalta hankalaksi. VAS-kipumittaria ei ollut käytetty säännöllisesti kivun arvioinnissa, vaan vain noin puolessa tapauksista. Kuitenkin VAS-kipumittarin koettiin olevan hyödyksi kivun arvioinnissa sekä myös kirjaamisessa mm. siksi, että kipua ja sen laatua muistettiin kysyä potilaalta useammin. (Kyrönlahti & Varjokoski, 2006.)

Kivun lääkehoidon todettiin olevan puutteellista, vaikka VAS-kipumittarin luku olisi sitä edellyttänytkin. VAS-kipumittarin käyttöön liittyviä asioita, ongelmia ja sen luotettavuutta oli myös pohdittu. (Kyrönlahti & Varjokoski, 2006.)

Rissanen (2013) on tutkinut monikulttuurisuuden aiheuttamia haasteita postoperatiivisen kivun hoidossa pro gradu -tutkielmassaan, Sairaanhoita-

jien kuvauksia monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta. Tutkimuksessa on todettu yhteisen kielen puuttumisen aiheuttavan potilaille turvattomuuden tunnetta sekä väärinymmärryksiä. Väärinymmärryksiä todettiin tapahtuvan lähinnä ohjaustilanteissa sekä kipumittarin käytössä. Haasteena oli huomattu myös se, etteivät potilaat huomanneet tuoda ymmärtämättömyyttään ilmi.

Tutkimuksessa osa sairaanhoitajista koki kipumittarin olevan hyvä apuväline monikulttuuristen potilaiden hoidossa, kun taas osan mielestä kipumittarin käyttö oli mahdotonta tai vaikeaa mahdollisten väärinymmärrysten vuoksi. Sairaanhoitajat kokivat, etteivät potilaan merkitsemät numerot vastanneet todellista kivun voimakkuutta, kun kivun määritelmän huomattiin olevan helposti pahin mahdollinen. Joissakin kulttuureissa myös numeroiden merkitysten käsittämisen todettiin olevan omastamme poikkeavaa. (Rissanen 2013.)

2.2.4 VAS-kipumittari ja sen haasteet päivittäisessä hoitotyössä

Bijur, Silver ja Gallagher (2001) ovat tutkineet VAS-kipumittarin luotettavuutta akuutin kivun arvioinnissa, ensiaputilanteissa. He toteavat mittarin olevan pätevä niin kroonisen, kuin akuutinkin kivun arvioinnissa. He ovat huomioineet potilaiden arvioivan kipunsa voimakkuuden mielellään mittarin jompaankumpaan ääripäähän. Helpommin siis annetaan kivun voimakkuudelle arvioksi lievää tai vakavaa, kuin kohtalaista kipua.

VAS-kipumittarin tulosten toistettavuuden todettiin heikentyvän, jos potilaan huomattiin olevan vaikeaa muuttaa tuntemuksensa numeeriseen muotoon, jos potilaalla oli todettu kognition, motoriikan tai näön heikentymistä tai jos esteenä olivat kulttuuriset tai luonteenpiirteisiin liittyvät kysymykset. Myös potilaan erittäin kovan kivun oli todettu heikentävän VAS-kipumittarin luotettavuutta. (Bijur ym. 2001.)

Williamson ja Hoggart (2005) ovat vertailleet tutkimuksessaan kolmea eri kivun mittaamiseen käytettävää apuvälinettä, VAS-kipumittaria, sanallista sekä numeerista mittaria. Tutkimuksessaan he ovat todenneet kaikkien näiden mittareiden olevan perusteellisia kliinisessä työssä sekä niiden olevan avain onnistuneeseen kivun hoitoon.

VAS-kipumittarin on todettu olevan herkän vaihtelulle, eli pienikin muutos kivun voimakkuudessa oli nähtävissä potilaan määrittämästä mittarin lukemasta. He havaitsivat VAS-kipumittarissa olevan alueita, joita monetaakaan potilaat eivät käytä, vaikka kuitenkin noin 75 % vastaajista huomasi mittarin käsittävän yhteensä 11 pistettä (luvut 0-10). VAS-kipumittarin käytön haasteena he mainitsevat väärinymmärrysten mahdollisuuden, jolloin korostuu mittarin käytön ohjaaminen potilaalle. Tämän on todettu vievän jonkin verran aikaa päivittäisessä hoitotyössä ja siksi VAS-kipumittari on määritelty vaikeimmaksi käytettävyydeltään sekä heikoimmaksi virhemarginaaliltaan, sanalliseen sekä numeraaliseen kipumittariin verraten. (Williamson & Hoggart, 2005.)

Tutkimuksessa on todettu voimakkuuden olevan helpoin arvioitava asia kipuun liittyen. Potilaat kuitenkin usein kertovat myös paljon muutakin mm. kivun luonteesta sen voimakkuuden lisäksi, määrittäessään lukua mittarilla. Varsinkin VAS-kipumittarin avulla on todettu saatavan paljon muutakin tietoa potilaan kipukokemuksesta. Toisaalta mittausten toistaminen oli tuonut ilmi jopa 20 %:n vaihtelun potilaiden antamien lukemien välille. (Williamson & Hoggart, 2005.)

Hawker, Mian, Kendzerska ja French (2011) ovat tutkineet erilaisia aikuisen kivun arviointiin tarkoitettuja mittareita reumatologisten potilaiden hoidossa. VAS-kipumittarin käytön todetaan olevan nopeaa, sillä sen näyttäminen ja sillä kivun voimakkuuden arviointi vie aikaa keskimääräisesti alle minuutin. Mittarin käytön ongelmiksi koetaan se, ettei sitä voida käyttää esimerkiksi puhelinkontaktissa, vaan tuloksen pätevyyden varmistamiseksi potilaan tulee nähdä mittari määrittäessään lukua kivulleen. Myös potilaan ja hoitajan eri äidinkielen tai monikulttuurisuuteen liittyvien kysymysten on todettu lievästi heikentävän VAS-kipumittarilla kerättyjen arviointien pätevyyttä.

Tutkimuksessa todetaan VAS-kipumittarin olevan yleisesti hyväksytty potilaiden keskuudessa. Toisaalta, ikääntyneiden potilaiden, joilla kognition ja/tai motoristen taitojen on todettu heikentyneen, on vaikeampi hahmottaa VAS-kipumittarin käyttöä tai yleensäkin antaa kivun voimakkuudelle numeerista arviota. Pitämällä potilasta silmällä ja arvioimalla hänen antamansa luvun pätevyyttä, voidaan virhearviot minimoida. Yleisesti mittarin luotettavuuden on kuitenkin todettu olevan hyvä ja sen käyttö erityisen kannattavaa tilanteissa, kun kipu on kroonistunut ja sen vaihtelua on tarkoitus seurata ja tilastoida. (Hawker ym. 2011.)

Eri kipumittareita, VAS-kipumittaria ja numeerista sekä sanallista mittaria ovat vertailleet myös Hjermsstad, Fayers, Haugen, Caraceni, Hanks, Loge, Fainsinger, Aass, & Kaasa, (2011). He ovat todenneet VAS-kipumittarin olevan näistä suosituin, eniten käytetyin. VAS-kipumittarilla on mahdollista saada tarkka arvo kivun voimakkuudesta, jos potilas pystyy tarkasti erottelemaan ja määrittämään kipunsa käyttämällä mittarin koko asteikkoa. VAS-kipumittarin käytön haasteiksi he ovat todenneet samoja asioita kuin muutkin asiaa tutkineet, muun muassa ikääntyneiden heikentyneen kognition sekä väärinymmärrykset.

2.2.5 Kivun arviointi ja VAS-kipumittari kirurgisessa hoitotyössä

Erityisesti kirurgisessa hoitotyössä kivun arviointi korostuu esimerkiksi postoperatiivisessa hoitovaiheessa, kun arvioidaan kivunhoidon tarvetta ja vaikuttavuutta. Vaikka potilasta ei hoidettaisikaan operatiivisesti, on kivun arviointi yksi hyvän hoitotyön kulmakivistä.

Varsinkin kirurgiselle potilaalle voi kipua aiheuttaa varsinaisen sairauden, vamman tai operaation lisäksi esimerkiksi tehokkaimman kuntoutumisen saavuttamiseksi määrätty asento, jolloin yksilöllinen rentoutuminen ja lepo eivät välttämättä toteudu. Fysiologisesti kipu saattaa ilmetä potilaan hikoi-

luna, sykkeen kiihtymisenä, verenpaineen kohoamisena tai periferian vii-
lenemisenä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 71–72.)

DeLoach, Higgins, Caplan ja Stiff (1998) ovat tutkineet VAS-kipumittarin
käyttöä postoperatiivisen kivun arvioinnissa. He ovat todenneet, että VAS-
kipumittarin käytettävyys ja validiteetti riippuvat sen ymmärrettävyydestä.
Ongelmina VAS-kipumittarin käytössä postoperatiivisesti todettiin mah-
dollisen anestesian vaikutukset, näön hämärtyminen ja pahoinvoinnin. He
ovat kuitenkin loppupäätelmänä arvioineet VAS-kipumittarin olevan vali-
di kivun arvioinnissa postoperatiivisesti.

Leino, Kuusniemi, Lertola ja Olkkola (2011, 498–501) ovat vertailleet eri
kipumittareita lonkkamurtumapotilailla sekä potilailla, joilla on jokin muu
alaraajojen trauma. He ovat todenneet VAS-kipumittarin epäluotettavaksi
kipumittariksi lonkkamurtumapotilaiden kivun arvioinnissa. Toisaalta sa-
massa tutkimuksessa, muiden alaraajojen traumojen yhteydessä VAS-
kipumittarilla on todettu saatavan erinomaisia ja luotettavia tuloksia.

He ovat pohtineet tulokseen vaikuttavan lähinnä sen, että lonkkamurtuma-
potilaat ovat yleisemmin iäkkäämpiä, kuin muut alaraajatraumapotilaat.
Potilaiden ikääntyminen voi osaltaan vaikuttaa VAS-kipumittarin käytet-
tävyyteen. VAS-kipumittari onkin todettu tutkimuksessa heikoksi kivun
arvioimisen apuvälineeksi juuri ikääntyneiden potilaiden hoidossa. (Leino
ym. 2011, 498–501.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirurgisen osaston hoitajien ko-
kemuksia VAS-kipumittarin käytöstä Loimaan aluesairaalaissa. Yhteistyö-
kumppani, Loimaan aluesairaala kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoito-
piiriin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tarvittavaa tietoa VAS-kipumittarin
käytön kehittämistä sekä yleistymistä varten. Tämä tieto jaettiin osaston
henkilökunnalle mahdollista kehittämistä varten.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten hoitajat kokevat kivun arvioinnin ja tunnistamisen potilastyössä
kirurgisella osastolla?
2. Miten hoitajat ovat omaksuneet VAS-kipumittarin käytön jokapäiväi-
seen hoitotyöhön kirurgisella osastolla?
3. Millaisia haasteita VAS-kipumittarin käytössä ilmenee kirurgisella
osastolla?
4. Miten VAS-kipumittarin käyttöä voitaisiin kehittää ja lisätä kirurgisel-
la osastolla?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön metodologisina lähtökohtina pohdittiin sekä kvalitatiivista, että kvantitatiivista lähestymistapaa. Näiden kahden tyylin eroista on keskusteltu jo pitkään ja niitä on pyritty havainnollistamaan monin tavoin. Toisaalta kvantitatiivista ja kvalitatiivista menettelytapaa on pidetty toisi-
aan täydentävinä. Oli siis pohdittava, kummalla menettelytavalla saataisiin paremmin vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 135–137.)

Opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään kvantitatiivista menettelytapaa, koska opinnäytetyön tulosten uskottiin olevan parhaiten käsiteltävissä ky-
seisellä lähestymistavalla. Kvantitatiivinen menettelytapa sopi kyseessä olevan asian pohtimiseen, aikaisempaa teoretietoa oli riittävästi mittarin rakentamista varten ja otoksen koettiin olevan riittävän kokoinen kvantita-
tiivista opinnäytetyötä varten. Lisäksi toivottiin, että vastaus saataisiin kaikilta hoitajilta, jolloin mm. osaston kiire tuli ottaa huomioon menettely-
tapaa ja kyselylomakkeen rakennetta mietittäessä. Päädyttiin selvittämään hoitajien kokemuksia määrällisen mittarin avulla kerättynä.

Kvantitatiivista menettelytapaa käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskunta-
tieteissä. Siinä korostuvat syyn ja seurauksen lait, objektiivisesti todetta-
vissa olevat tosiasiat sekä teorioiden, käsitteiden ja hypoteesien, eli asetet-
tuihin ongelmiin ennakoitujen ratkaisujen eli väitteiden, asema. Myös se, että kaikki tieto on peräisin loogisesta päättelystä ja aistihavainnoista, on ominaista kvantitatiiviselle menettelytavalle. (Hirsjärvi ym. 2009, 139–
140, 158.)

Kvantitatiivisessa menettelytavassa laaditaan ensin teoreettinen viitekehys, jolla tarkoitetaan ongelmanasettelua, tieteenfilosofisia valintoja, menetel-
män valintaa ja aiheen teoreettista ymmärtämistä. Tämän jälkeen määritel-
lään käsitteet ja asetetaan mahdolliset hypoteesit. (Hirsjärvi ym. 2009, 124, 140.)

4.1 Kuvaus yhteistyökumppanista sekä kohdeyhteisöstä

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvassa Loimaan aluesairaалassa toimii kolme toiminnallista kokonaisuutta, joista yksi on kirurgisen hoidon kokonaisuus. Kirurginen osasto, joka on yhteistyökumppanina tässä opin-
näytetyössä, on tämän kokonaisuuden yksi osa. (Loimaan aluesairaala 2012; Loimaan aluesairaala 2013.)

Loimaan aluesairaalan kirurgisella osastolla on yhteensä 26 potilaspaik-
kaa. Osastolla keskeisimpiä potilasryhmiä ovat ortopediset, vatsan alueen kirurgiset, virtsaelinkirurgiset, gynekologiset ja traumatologiset potilaat. Kirurgiselle osastolle potilaat tulevat esimerkiksi leikkausosastolta, päi-
vystyspoliklinikalta tai siirtona muista sairaaloista. (Loimaan aluesairaala 2012.)

Henkilökuntana Loimaan aluesairaalan kirurgisella osastolla työskentelee tällä hetkellä hallinnollinen osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja, 23 sairaanhoitajaa, 10 perus-/lähihoitajaa sekä fysioterapeutti. Yhteensä siis 36 henkilöä, joista tämän opinnäytetyön otantaan valittiin 35. Yhdessä toimeksiantajan kanssa päätettiin, että fysioterapeutti ei osallistu kyselyyn. (Alkio, haastattelu 14.1.2014; Talvitie, haastattelu 20.1.2014.)

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Tässä opinnäytetyössä muun muassa otannan koosta (N=35) johtuen aineiston keräämisen menetelmänä käytettiin kyselylomaketta (LIITE 1). Kyselyllä pyrittiin saamaan selville hoitajien ajatuksia, tunteita, kokemuksia ja uskomuksia selvitettävää asiaa kohtaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 179–180, 183–185.)

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset muodostamalla teoreettisen viitekehysten pohjalta kyselylomake. Kyselyllä tarkoitetaan aineiston keräämistä standardoidusti, eli asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täysin samalla tavalla, esimerkiksi monivalintakysymyksillä. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–195, 198–201.)

Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja (34 kappaletta), että yhden avoimen kysymyksen, joka vastasi yhteen tutkimusongelmista. Avoimella kysymyksellä pyrittiin varmistamaan niidenkin seikkojen esilletulo, joita opinnäytetyön tekijä ei ollut osannut etukäteen ottaa huomioon kyselylomaketta laatiessaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–195, 198–201.)

Tutkimuskysymykseen 1. saatiin vastaukset kyselylomakkeen kysymyksillä numero 4-15, tutkimuskysymykseen 2. kysymyksillä 16–23, tutkimuskysymykseen 3. kysymyksillä 24–34 sekä tutkimuskysymykseen 4. vastaus saatiin kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä, numero 35. Kyselylomakkeen kysymykset 1-3 olivat taustakysymyksiä, joilla selvitettiin vastaajien työkokemus kirurgiselta osastolta, ammattiryhmä sekä mahdollinen täydennyskoulutus.

Kyselylomake esitettiin keräämällä vastaukset osaston neljältä hoitajalta. Esitestauksessa ei ilmennyt korjattavia seikkoja, joten saadut vastaukset otettiin mukaan lopulliseen aineistoon.

Varsinaisessa aineiston keruun vaiheessa kohdejoukolle, eli Loimaan aluesairaalan kirurgian osaston perus- ja sairaanhoitajille jaettiin kyselylomakkeet. Vastausaikaa annettiin aluksi kaksi viikkoa. Vastausaikaa pidennettiin tämän jälkeen vielä kolmella päivällä.

Käytännössä toteutus tapahtui kevättalvella 2014 niin, että esitestauksen jälkeen opinnäytetyön tekijä vei saatekirjeet (LIITE 2), kyselylomakkeet ja palautuslaatikon osastolle. Osaston henkilökuntaa informoitiin asiasta. Hoitajia pyydettiin vastaamaan omatoimisesti nimettömään kyselyyn tarkasti vastauksia pohtien, kirjallisesti, sekä palauttamaan täytetty lomake palautuslaatikkoon.

Vastausaikaa harkittiin sen mukaan, onko henkilökunnasta osa esimerkiksi lomilla. Lomakkeiden viennin yhteydessä sovittiin, että opinnäytetyön tekijä hakee lomakkeet osastolta kahden viikon kuluttua. Vastausaikaa pidennettiin myöhemmin vielä kolmella päivällä.

Opinnäytetyössä käytettiin kokonaisotantaa, jolloin lomakkeita jaettiin 35 kappaletta, kahden ja puolen viikon ajan. Lomakkeita saatiin takaisin 25 kappaletta, hylkäämään ei jouduttu yhtään. Kyselyn vastausprosentti oli siis 71 %. Tämän jälkeen aineisto käsiteltiin ja analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmaa apuna käyttäen. Aineisto hävitettiin asianmukaisesti, tietosuojaa kunnioittaen.

Kyselyn avulla selvitettiin, miten VAS-kipumittarin käyttöä voitaisiin kehittää ja miten se saataisiin yleistymään Loimaan aluesairaalassa kirurgian osastolla. Pidettiin osastotunti, jossa tulokset ja kehittämisehdotukset esiteltiin ja käsiteltiin yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Tulokset raportoitiin kirjallisesti opinnäytetyössä ja koko opinnäytetyö toimitettiin osastolle mahdollista myöhempää käyttöä varten.

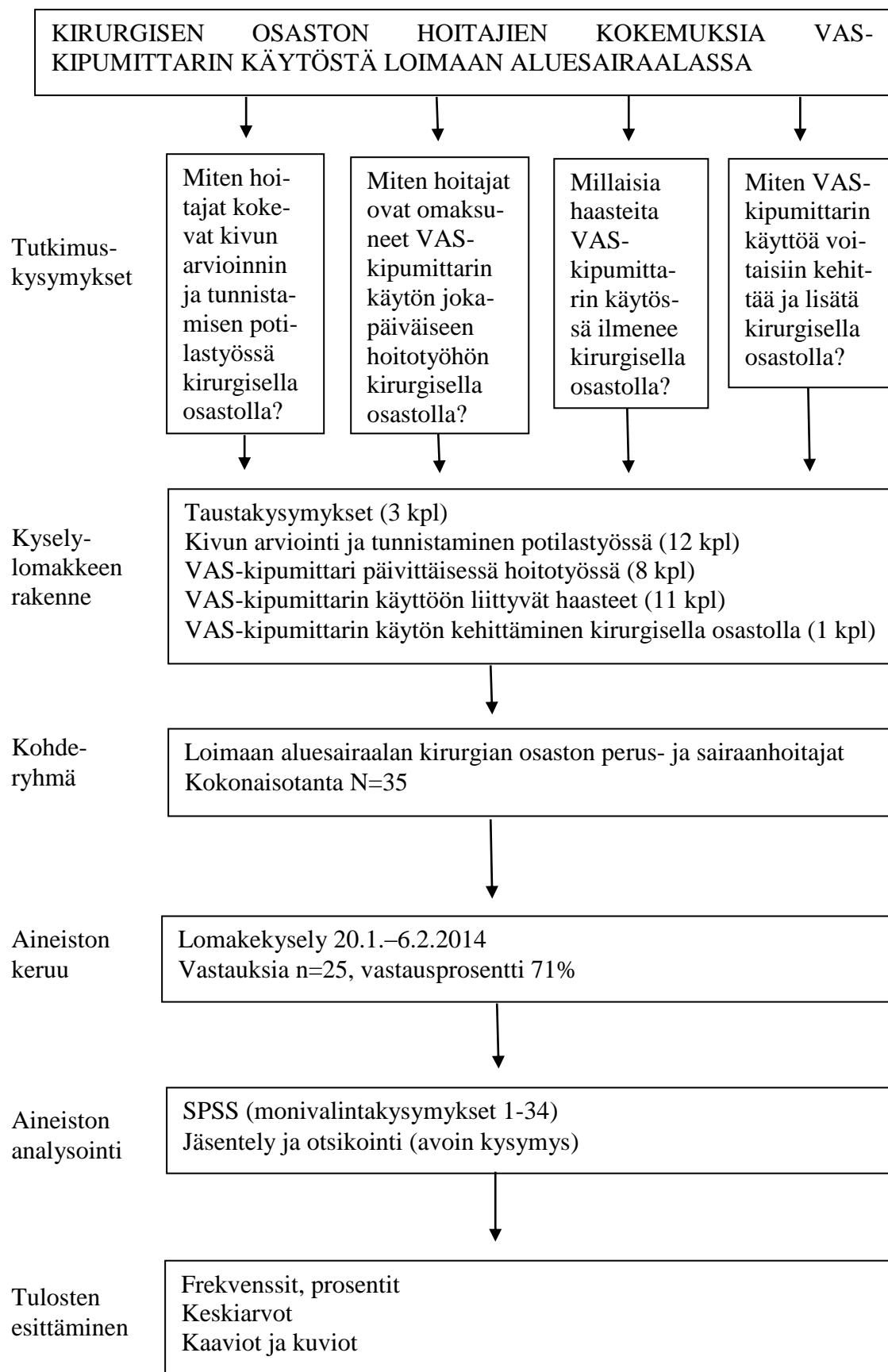
4.3 Tulosten analysointi ja raportointi

Tulokset käsiteltiin kysymys kerrallaan SPSS-tilasto-ohjelmaa apuna käyttäen, koska sen koettiin sopivan hyvin strukturoitujen kysymysten käsitteilyyn. Yksi avoin kysymys ei kerännyt paljoakaan vastauksia, joten vastaukset esiteltiin lyhyesti lainattuna.

Saaduista vastauksista tehtiin yhteenveto, jota voitiin hyödyntää ja havainnollistaa tuloksia käsitellessä ja osastotuntia suunniteltaessa sekä toteutettaessa. Opinnäytetyössä tulokset raportoitiin frekvenssein, prosentein sekä taustamuuttujien yhteyttä vertaillen.

Opinnäytetyössä tulosten havainnollistamisessa käytettiin apuna kuvia, kaavioita ja taulukoita. Tulosten tulkinnan ja toiminnallisen osuuden jälkeen mietittiin vielä opinnäytetyön validiteettia, eli pätevyyttä ja reliabiliteettia, eli mittausten toistettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 224, 229, 231.) Myös osastotunnin kulku raportoitiin.

Kuvaus opinnäytetyön toteutuksesta ja tutkimusasetelmasta seuraavassa kaaviossa (Kuvio 1).



Kuvio 1. Tutkimusasetelma kaavio.

4.4 Osastotunti

Osastotunti järjestettiin 2.4.2014 Loimaan aluesairaalan kirurgisella osastolla, ja sille osallistui kymmenkunta osaston hoitajaa mukaan lukien hallinnollinen osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja. Osastotunnin tarkoituksena oli tuoda esille kehittämiskohtia VAS-kipumittarin käyttöön liittyen, sekä motivoida hoitajia sen käytössä.

Osastotunnilla käsiteltiin Power Point -esityksen avulla opinnäytetyön tietoperustaa lyhyesti, opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite, tulokset ja niiden tarkastelu sekä johtopäätökset. Myös jatkotutkimusehdotukset käytiin läpi, ja näistä havaittiinkin tarvetta tutkimukselle VAS-kipumittariin liittyen, potilaan näkökulmasta tarkasteltuna. Osastotunnilla siis tulkittiin ja selitettiin saatuja tuloksia ja niistä tehtiin päätelmiä yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa keskustellen.

Osastotunnilla hoitajien kanssa tehdyt päätelmät olivat pääpiirteittäin samoja, kuin mitä opinnäytetyön tekijä oli jo aikaisemmin tehnyt. Lisäyksenä kiinnostusta herätti vastaajien työkokemuksen ja täydennyskoulutuksen vertaileminen keskenään, josta tehtiin vielä jälkeinpäin ristiintaulukointi tähän opinnäytetyöhön.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Seuraavaksi esitellään opinnäytetyön tulokset. Tulokset on jaoteltu tutkimuskysymysten, ja siten myös kyselylomakkeen aihealueiden mukaisesti. Lopuksi kerrotaan toteutetun osastotunnin kulusta.

5.1 Taustatiedot

Taustakysymykset koskivat työkokemusta kirurgiselta osastolta, ammattiryhmää sekä kivun hoidon täydennyskoulutusta. Vastaajien työkokemus jakautui melko tasaisesti vastausvaihtoehtojen kesken. Eniten vastaajia oli molempien ääripäiden vaihtoehtoissa, eli ryhmissä työkokemusta 0-5 vuotta (28 %) sekä 21 vuotta tai yli (32 %). Pienin osa (8 %) vastaajista oli työskennellyt kirurgisella osastolla 11–15 vuotta. Taulukosta 1. selviää työkokemuksen tarkempi jakautuminen.

TAULUKKO 1. Vastaajien työkokemus kirurgisella osastolla.

Työkokemus kirurgisella osastolla	f	%
0-5v	7	28,0
6-10v	5	20,0
11-15v	2	8,0
15-20v	3	12,0
21v tai yli	8	32,0
Yhteensä	25	100,0

Vastaajista suurin osa oli sairaanhoitajia (76 %). Perus- tai lähihoitajia oli 24 % vastaajista.

Vastaajista (n=24) yli puolet (56 %) olivat saaneet täydennyskoulutusta kivun hoitoon liittyen, kun taas 40 % ei ollut täydennyskoulutautunut. Yhdessä lomakkeista ei ollut vastattu täydennyskoulutusta koskevaan kysymykseen. Perus-/lähihoitajista täydennyskoulutusta olivat saaneet kaikki ja sairaanhoitajista alle puolet. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Täydennyskoulutus ammattiryhmittäin.

Täydennyskoulutus		Perus-/lähihoitaja		Sairanhoitaja	
ammattiryhmittäin		%	f	%	f
Täydennyskoulutus	Kyllä	100	5	47,4	9
	Ei			52,6	10

Osastotunnilla ihmetystä aiheutti täydennyskoulutusta saaneiden hoitajien määrä, ja se, että noin puolet sairaanhoitajista ei ollut täydennyskoulutautunut. Tästä syystä tehtiin vielä ristiintaulukointi työkokemuksen ja täydennyskoulutuksen vertailemiseksi. (Taulukko 3.)

Tulosten mukaan täydennyskoulutuksella ja työkokemuksella oli havaittavissa pieni yhteys, kun eniten täydennyskoulutautuneita hoitajia oli ryhmässä 21 vuotta tai yli. Toisaalta myös saman verran 6-10 vuotta työkokemusta omaavista hoitajista, oli saanut täydennyskoulutusta. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Täydennyskoulutuksen ja työkokemuksen vertailu.

Täydennyskoulu- tuksen ja työko- muksen yhteys		Työkokemus vuosina				
		0-5	6-10	11-15	16-20	≥21
Täydennyskoulutus	Kyllä	1	5	1	2	5
	Ei	6	0	1	1	2

5.2 Kivun arviointi ja tunnistaminen potilastyössä

Potilaan kipukokemukseen vaikuttavien seikkojen huomioimisessa esitettiin neljä eri osa-aluetta, joiden on osoitettu vaikuttavan potilaan kipukokemukseen. Näitä olivat ikä, sukupuoli, persoonallisuus sekä aikaisemmat kokemukset.

Vastaajat olivat yksimielisimpiä aikaisempien kokemusten vaikuttavuudesta, kun 92 % oli samaa mieltä asiasta. Seuraavaksi tärkeimmäksi tekijäksi arvioitiin ikä, kun vastaajista 84 % oli tästä samaa mieltä. Persoonallisuuden ajateltiin vaikuttavan näistä neljästä tekijästä toiseksi vähiten kipukokemukseen ja potilaan sukupuolen vähiten. Sukupuoleen liittyvässä väittämässä eri mieltä oli 20 % vastaajista, mikä oli selvästi eniten muihin tekijöihin verraten. Taulukossa 4. on esitetty tarkemmin vastausten jakautuminen näiden neljän tekijän kesken.

Seuraavassa väittämässä käsiteltiin kivun voimakkuuden arvioimisen lisäksi kipukokemusta pahentavien tai helpottavien tekijöiden huomioimisesta. Nämä tekijät olivat samat, kuin edellisessä kohdassa, eli ikä, sukupuoli, persoonallisuus sekä aikaisemmat kokemukset.

Jälleen eniten samaa mieltä vastauksia keräsi väittämä potilaan aikaisemmista kipukokemuksista, kun vastaajista 88 % oli samaa mieltä. Toisin kun edellisessä väittämässä, kipukokemusta toiseksi tärkeimmäksi pahentavaksi tai helpottavaksi seikaksi arvioitiin tässä kohdassa potilaan persoonallisuus, kun vastaajista 80 % oli samaa mieltä. Toiseksi vähiten vastaajat arvioivat vaikuttavan potilaan iän, vaikka silti suurin osa vastaajista (60 %) oli samaa mieltä asiasta. Vähiten kipukokemusta helpottavan tai pahentavan arvioitiin potilaan sukupuolen. Tässäkin kohdassa kuitenkin vastaajista 40 % oli samaa mieltä ja vain 24 % eri mieltä. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Potilaan kipukokemukseen vaikuttavat asiat.

Potilaan kipukokemus	Täysin eri mieltä					f
	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	%	
Huomioin, että potilaan kivun koke- mukseen vaikuttavat potilaan:						
- ikä	8	0	8	52	32	25
- sukupuoli	8	12	12	44	20	24
- persoonallisuus	8	0	16	32	44	25
- aikaisemmat kokemukset	0	4	4	32	60	25
Arvioin kivun voimakkuuden lisäksi myös tuntemusta helpotta- via/pahentavia tekijöitä, kuten esi- merkiksi						
- ikä	8	8	24	36	24	25
- sukupuoli	8	16	32	24	16	24
- persoonallisuus	4	4	12	56	24	25
- aikaisemmat kokemukset	4	0	8	52	36	25

Vastaajista lähes kaikki olivat joko jokseenkin samaa mieltä (48 %) tai täysin samaa mieltä (44 %) siitä, että osaavat arvioida potilaskohtaisesti, milloin kivun voimakkuutta tulisi arvioida. Loput vastaajista (8 %) eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä. Myös potilaan sanaton kipukäyttäytyminen, esimerkiksi kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kohdalla, koettiin tunnistettavan hyvin, kun 88 % vastaajista oli samaa mieltä ja vain 12 % eri mieltä tai ei samaa eikä eri mieltä.

Vastaajista kaikki käyttivät kivun arvioinnissa apunaan potilaan haastattelua ja tarkkailua. Kivun arvioinnissa sen voimakkuuden lisäksi myös sijaintia, kestoa ja laatua arvioitiin hyvin. Kivun sijainnin arvioinnista kaikki vastaajat olivat samaa mieltä sekä kivun laadun arvioimisesta 96 % samaa mieltä. Kivun keston suhteen vastaajista 80 % oli samaa mieltä, mutta lisäksi jopa 20 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Taulukossa 5. on esitettyä vastausten tarkempi jakautuminen eri vaihtoehtojen kesken.

TAULUKKO 5. Kivun arviointi potilastyössä.

Potilaan kivun arvioiminen	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	%		Täysin samaa mieltä	f
			Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä		
Käytän potilastyössä kivun arvioinnissa						
- haastattelua	0	0	0	28	72	25
- tarkkailua	0	0	0	24	76	25
Arvioin kivun voimakkuuden lisäksi myös sen						
- sijaintia	0	0	0	24	76	25
- kestoja	0	0	20	36	44	25
- laatua	0	0	4	32	64	25

Kivun arvioimiseen käytetyistä mittareista vastaajat olivat hyvin tietoisia, kun lähes kaikki (96 %) olivat asiasta samaa mieltä. Myös mittareiden käytön osaaminen koettiin hyväksi, kun 92 % vastaajista oli samaa mieltä. Taulukossa 6. on selvitetty tarkempi vastausten jakautuminen.

Kipumittareiden varsinaiseen käyttöön potilastyössä liittyvä kysymys sisälsi enemmän hajontaa. Vastaajista 44 % oli samaa mieltä ja noin kolmasosa eri mieltä jonkin visuaalis-analogisen mittarin säännöllisestä käytöstä potilastyössä. Vastaajista noin neljäsosa ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Taulukko 6.)

Vastaajat siis kokivat olevansa hyvin tietoisia mittareiden olemassaolosta ja he kokivat osaavansa käyttää niitä. Kuitenkin jostain syystä merkittävä osa vastaajista koki säännöllisen käytön jäävän vähäiseksi. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Kivun voimakkuuden arviointiin tarkoitettut mittarit.

Kipumittarit	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	f
	%					
Olen tietoinen erilaisista kivun voimakkuuden arviointiin tarkoitettamista mittareista	0	4	0	36	60	25
Osaan käyttää kivun voimakkuuden arviointiin tarkoitettuja mittareita	0	0	8	48	44	25
Käytän potilastyössä säännöllisesti jotakin visuaalis-analogista mittaria	20	12	24	28	16	25

Kysymys sisälsi myös avoimen kohdan siitä, minkälaista mittaria hoitajat käyttävät. Käytössä olevia kipumittareita mainittiin VAS-kipumittari, kipukiila sekä kasvoasteikko.

5.3 VAS-kipumittari päivittäisessä hoitotyössä

Lähes kaikille vastaajista VAS-kipumittari oli tuttu. Vastaajista (n=25) 96 % oli samaa mieltä ja vain yksi vastaajista koki olevansa VAS-kipumittarin tuttuudesta jokseenkin eri mieltä. Taulukosta 7. selviää vastausten jakautuminen tarkemmin.

Vastaajista suurin osa (88 %) oli samaa mieltä mittarin käytön osaamisesta kivun voimakkuuden arvioinnissa. Kuitenkin myös muutama vastaajista (12 %) koki olevansa eri mieltä tästä väittämästä. (Taulukko 7.)

VAS-kipumittarin käyttö säännöllisesti potilastyössä kivun voimakkuuden ja kivunhoidon vaikuttavuuden arvioimiseen sisälsi hajontaa, kuten vastaava kysymys minkä vain visuaalis-analogisen mittarin säännöllisestä käytöstäkin. Vastaajista noin kolmasosa oli samaa mieltä siitä, että käyttää VAS-kipumittaria säännöllisesti hoitotyössä, hieman alle kolmasosa eri mieltä ja jopa 40 % ei samaa eikä eri mieltä. VAS-kipumittarin käytöstä kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnissa 40 % vastaajista oli samaa mieltä

tä, noin neljäsosa ei samaa eikä eri mieltä ja jopa hieman yli kolmasosa eri mieltä. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. VAS-kipumittarin tuttuus ja käyttö potilastyössä.

VAS-kipumittarin tuttuus hoitajille ja sen käyttö potilastyössä	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	%		Täysin samaa mieltä	f
			Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä		
VAS-kipumittari on minulle täysin tuttu	0	4	0	20	76	25
Osaan käyttää VAS-kipumittaria potilaan kivun voimakkuuden arvioimiseen	0	4	8	16	72	25
Potilastyössä käytän säännöllisesti VAS-kipumittaria:						
- kivun voimakkuuden arvioimiseen	8	20	40	24	8	25
- kivunhoidon vaikuttavuuden arvioimiseen	8	28	24	36	4	25

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 8.) on vertailtu työkokemuksen ja VAS-kipumittarin säännöllisen käytön yhteyttä potilaan kivun voimakkuuden arvioimisessa. Työkokemus jaettiin tässä kohdassa 10 vuotta ja alle työkokemusta omaavat sekä yli 10 vuotta kirurgisella osastolla työskennelleet.

Vastausten perusteella näyttäisi siltä, että enemmän, siis yli 10 vuotta työkokemusta kirurgisella osastolla omaavat hoitajat käyttäisivät VAS-kipumittaria säännöllisemmin, kuin 10 vuotta tai alle työskennelleet. Ero on pieni, mutta havaittavissa, kun eri mieltä asiasta ovat olleet 10 vuotta tai alle työkokemusta omaavista 33,4 % ja yli 10 vuotta kirurgisella osastolla työskennelleistä pienempi osuus, 28 %. Vastaavasti samaa mieltä ovat olleet 10 vuotta tai alle työkokemusta omaavista 25 % ja yli 10 vuotta kirurgisella osastolla työskennelleistä isompi osuus, 32 %. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Työkokemuksen ja VAS-kipumittarin käytön yhteyden vertailu.

Työkokemuksen ja VAS- kipumittarin säännöllisen käytön välinen yhteys	Työkokemusta 10 vuotta tai alle	Työkokemusta yli 10 vuotta
Täysin eri mieltä	16,7	8,0
Jokseenkin eri mieltä	16,7	20,0
Ei samaa eikä eri mieltä	41,7	40,0
Jokseenkin samaa mieltä	% 16,7	24,0
Täysin samaa mieltä	8,3	8,0
Yhteensä	100	100

VAS-kipumittarin säännöllistä käyttöä verrattiin myös ammattiryhmien kanssa. Perus-/lähihoitajista kukaan ei ollut vastannut täysin eri eikä täysin samaa mieltä VAS-kipumittarin säännöllisestä käytöstä. Heistä puolet oli vastannut ei samaa eikä eri mieltä, kolmasosa jokseenkin eri mieltä ja noin kuudesosa jokseenkin samaa mieltä. (Taulukko 9.)

Sairaanhoitajiin verrattuna perus- ja lähihoitajien vastausten hajonta oli pienempi, ja sairaanhoitajilla siis vastaukset jakautuivat enemmän kaikkien vastausvaihtoehtojen kesken. Vastanneista sairaanhoitajista kolmasosa oli asiasta samaa mieltä, mutta myös kolmasosa ei samaa eikä eri mieltä. Kuitenkin vastanneista sairaanhoitajista suuri joukko, jopa yli neljäsosa, oli asiasta myös eri mieltä. (Taulukko 9.)

Näyttäisi siis siltä, että sairaanhoitajat kokevat käyttävänsä VAS-kipumittaria säännöllisemmin, kuin perus- ja lähihoitajat. Taulukossa 9. selvitetään tarkemmin ammattiryhmän ja VAS-kipumittarin säännöllisen käytön välinen yhteys.

TAULUKKO 9. Ammattiryhmän ja VAS-kipumittarin käytön yhteyden vertailu.

Ammattiryhmän ja VAS- kipumittarin säännöllisen käytön välinen yhteys	Perus- /lähihoitaja	Sairaanhoitaja
Täysin eri mieltä	0,0	10,5
Jokseenkin eri mieltä	33,3	15,8
Ei samaa eikä eri mieltä	50,0	36,8
Jokseenkin samaa mieltä	% 16,7	26,3
Täysin samaa mieltä	0,0	10,5
Yhteensä	100	100

VAS-kipumittarin käytön ohjaaminen potilaalle ymmärrettävästi ennen kivun arviointia oli yleistä. Vastaajista 68 % oli tästä samaa mieltä. Kuitenkin vastauksia oli muutamia myös kohdissa täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä. Potilaan arvioiman VAS-luvun kirjaamisessa 72 % vastaajista oli samaa mieltä. Kuitenkin moni vastaajista (28 %) oli asiasta myös eri mieltä. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10. VAS-kipumittarin ohjaaminen potilaalle, sekä potilaan määrittämän luvun kirjaaminen.

VAS-kipumittarin ohjaus ja kirjaaminen	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	f
	%					
Ohjaan potilaalle ymmärrettävästi VAS-kipumittarin käytön, ennen kuin pyydän arvioimaan kivun voimakkuutta	8	4	20	40	28	25
Kirjaan aina potilaan arvioiman VAS-luvun potilaskertomukseen	4	24	0	20	52	25

VAS-kipumittarin käyttö koettiin kaiken kaikkiaan helpoksi ja nopeaksi. Vastaajista noin puolet oli täysin samaa mieltä siitä, että VAS-kipumittarin käyttö on helppoa. Vastaajista viidesosa oli jokseenkin samaa mieltä, kuten myös ei samaa eikä eri mieltä. Vastaajista muutama oli VAS-kipumittarin käytön helppoudesta myös eri mieltä. (Taulukko 11.)

VAS-kipumittarin käytön nopeuteen liittyvässä kysymyksessä ilmeni hieman enemmän hajontaa. Suurin osa (60 %) oli kuitenkin asiasta samaa mieltä, ja ei samaa eikä eri mieltä 36 %. Vain 4 % vastaajista oli eri mieltä VAS-kipumittarin käytön nopeudesta. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11. VAS-kipumittarin käytön nopeus ja helppous.

VAS-kipumittarin käytön nopeus ja helppous	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	f
	%					
VAS-kipumittarin käyttö on mielestäni:						
- helppoa	0	12	20	20	48	25
- nopeaa	0	4	36	20	40	25

5.4 VAS-kipumittarin käyttöön liittyvät haasteet

Opinnäytetyössä kartoitettiin VAS-kipumittarin käyttöön liittyviä haasteita. Suurimmaksi haasteeksi vastaajat kokivat ikääntyneen potilaan heikentyneen muistin. Tässä kohdassa vastaajista 88 % oli samaa mieltä. Seuraavaksi eniten eli samaa mieltä vastauksia molemmissa 68 %, keräsivät haasteet liittyen anestesian vaikutuksiin potilaalla sekä potilastyön kiireeseen. Potilaan kokeman kovan kivun aiheuttamasta haasteesta vastaajista 64 % oli samaa mieltä, monikulttuurisuuden haasteesta 60 % ja äidinkielen 56 %. (Taulukko 12.)

Oma osaamattomuus haasteen tuottajana aiheutti hajontaa. Vastaajista 36 % olivat eri mieltä asiasta ja sama määrä ei samaa eikä eri mieltä. Melko suuri joukko vastaajista, 28 %, oli samaa mieltä siitä, että haasteen VAS-kipumittarin käytössä tuottaa oma osaamattomuus. Näyttäisi siis siltä, että koulutuksen tarve voisi olla perusteltua. (Taulukko 12.)

TAULUKKO 12. Haasteet VAS-kipumittarin käytössä.

VAS-kipumittarin haasteet	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	f
	%					
VAS-kipumittarin käytössä haasteen tuottaa:						
- anestesian vaikutukset potilaalla	4	8	20	56	12	25
- ikääntyneen potilaan heikentynyt muisti	0	0	12	24	64	25
- monikulttuurisuus	8	0	32	40	20	25
- äidinkieli	8	4	32	40	16	25
- potilaan kokema kova kipu	8	8	20	36	28	25
- kiire potilastyössä	8	16	8	36	32	25
- oma osaamattomuus	24	12	36	12	16	25

VAS-luvun pätevyyttä koettiin osattavan arvioida hyvin, kun vastaajista 72 % oli asiasta samaa mieltä. Ei samaa eikä eri mieltä oli 16 % vastaajista, ja jokseenkin eri mieltä 12 %. Myös potilaan antamiin mahdollisiin virhearviointeihin koettiin osattavan varautua hyvin. Tähän kysymykseen vastaukset olivat jakautuneet lähes samalla tavalla kuin pätevyyden arviointiin liittyvään kysymykseen.

Vastaajat olivat montaa mieltä siitä, arvioivatko potilaat kipunsa useammin mittarin jompaankumpaan ääripäähän, kuin keskelle. Samaa mieltä oli vastaajista 52 %, eri mieltä 44 % ja ei samaa eikä eri mieltä 4 % vastaajista.

Vastaajat olivat melko yksimielisiä väittämässä VAS-kipumittarin käytännöllisyydestä kivun voimakkuutta ja vaihtelua pidemmällä aikavälillä seurattaessa. Vastaajista 72 % oli asiasta samaa mieltä, 20 % ei samaa eikä eri mieltä ja 8 % jokseenkin eri mieltä.

5.5 VAS-kipumittarin käytön kehittäminen kirurgisella osastolla

Kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä pyrittiin saamaan vastaus neljänteen tutkimuskysymykseen, eli: Miten VAS-kipumittarin käyttöä voitaisiin kehittää ja lisätä kirurgisella osastolla?

Vastauksia tuli jonkin verran, vaikka monessa lomakkeessa avoin kysymys olikin jätetty tyhjäksi. Seuraavaksi esitellään aihealueittain lainattuna esille tulleita ideoita VAS-kipumittarin käytön kehittämiseksi. Otsikointi on muodostettu jäsentämään vastaajien samankaltaisia ajatuksia yhteen. Aihealueista kehittämis ehdotukset jakaantuivat hoitajien motivointiin ja koulutukseen, konkreettisiin kehittämisideoihin sekä potilaaseen kohdistuvien haasteiden huomioimiseen.

5.5.1 Hoitajien motivointi ja koulutus

Hoitajia motivoimalla ja kouluttamalla VAS-kipumittarin käyttöä voitaisiin lisätä ja kehittää. Myös muutamissa kyselylomakkeen kohdissa ilmeni viitteitä mahdollisesta lisäkoulutuksen tarpeesta.

Kipumittarin käyttöön pitäisi hoitajia enemmän motivoida.

Asiaa voitaisiin taas kerrata esim. osastotunnilla.

Esimerkkejä hyvästä mittarin käytöstä.

Opastusta, jos joku ei osaa käyttää.

Pitäisi saada näyttöä siitä mikä mittarin käytön hyöty on.

Kivun hoidosta yleisesti enemmän puhetta ja ohjausta.

5.5.2 Konkreettisia kehittämisideoita

Konkreettisia ideoita mittarin käytön kehittämiseksi ja lisäämiseksi tuli esille muutamia.

Jokaiselle mittari taskuun.

Kipumittari pitäisi olla esim. jokaisella potilaspöydällä tms. heti saatavilla, koska se helposti tuntuu vaan jäävän rintataskuun vaikka sen käyttö erittäin helppoa ja yksinkertaista onkin.

Tehtäisiin selkeä suunnitelma miten ja missä tilanteissa käytetään ja valitaan vastuuhenkilö kuka vie asiaa eteenpäin ja seuraa ja arvioi asian toteutumista ja etenemistä.

Pistokokeet mittarin käytöstä.

5.5.3 Potilaaseen kohdistuvien haasteiden huomioiminen mittarin käytössä

Potilaaseen kohdistuvat haasteet liittyivät potilasohjaukseen, sen ymmärrettävyyteen ja tehokkuuteen. Toki myös ikääntymisen aiheuttama kognition tai motoriikan heikentyminen voi aiheuttaa haasteen.

Ikääntyneiden potilaiden kanssa voi olla hyvä turvautua esimerkiksi kasvoasteikkoon, jos VAS-kipumittarin hahmottaminen on vaikeaa. Tämä vaihtoehto on hyvän ohjaamisen lisäksi tärkeä huomioida väärinymmärrysten välttämiseksi. Potilaan ikääntymisen aiheuttama haaste tuli esille myös monivalintakysymysten vastauksissa.

Potilas ei aina ymmärrä määritelmää sietämätön kipu.

Vanhemmat ja dementoituneet ihmiset eivät ymmärrä tai halua ymmärtää numeraalista mittaria vaan sanallista.

6 TULOSTEN TARKASTELU

Tämä opinnäytetyön osio käsittelee saatuja tuloksia pohtimalla ja vertailemalla niitä teoreettiseen viitekehykseen. Lisäksi pohditaan opinnäytetyön eettisyyttä, reliabiliteettia sekä validiteettia. Tarkasteltavaksi nostetaan myös opinnäytetyön eri vaiheissa esiintyneet haasteet sekä jatkotutkimusehdotukset.

Opinnäytetyön eettisyyttä, reliabiliteettia ja validiteettia pohdittiin myös kyselyyn vastanneiden kanssa osastotunnilla tuloksia käsiteltäessä. Näin voitiin varmistaa opinnäytetyön tekijältä huomiotta jääneiden, opinnäytetyön eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavien seikkojen julkitulo.

6.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Tulosten raportoinnissa keskityttiin tuomaan tulokset julki oikeassa valossa sekä minimoimaan virhetulkinnat. Käytännössä virhemahdollisuuksia esiintyi esimerkiksi tulkittaessa annettuja vastauksia sekä niiden ohjelmaan syöttämävaiheessa.

Tulokset pyrittiin esittämään realistisesti ja selkeästi, ja niiden havainnollistamisessa käytettiin apuna taulukoita ja kaavioita. Opinnäytetyön tuloksia verrattiin teoreettiseen viitekehykseen, eli aikaisempiin tutkimustuloksiin.

6.1.1 Kipu yksilöllisenä kokemuksena

Sailo (2000), Sarlio (2000), Salanterä ym. (2006) ja Vainio (2009) ovat tutkimuksissaan todenneet kivun kokemukseen vaikuttavan potilaan sukupuolen, iän, persoonallisuuden ja, aikaisempien kipukokemusten. Opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, että kirurgisen osaston hoitajat kokevat pääasiassa ottavansa nämä tekijät hyvin huomioon arvioidessaan poti-

laan kipua. Näistä tekijöistä potilaan sukupuoli koettiin huomioitavan heikoinen.

Salanterä ym. (2006) ovat havainneet, että nämä tekijät saattavat myös helpottaa tai pahentaa potilaan kipukokemusta. Opinnäytetyön tulosten mukaan kirurgisen osaston hoitajat kokevat arvioivansa potilaalta myös näitä tekijöitä. Myös tässä potilaan sukupuolen merkitys jäi vähäisimmäksi vastaajien mielestä.

Näiden tekijöiden arviointi tapahtunee hoitajilla luonnostaan, kun he tapaavat potilaan. Hankaluuksia voi aiheuttaa esimerkiksi se, miten ottaa huomioon nämä seikat silti kohtelemalla tasa-arvoisesti jokaista potilasta. Esimerkiksi ikä ja persoonallisuus saattavat olla seikkoja, joista voi muodostua hoitotyön kannalta haitallinen ennakkokäsitys potilaasta.

6.1.2 Kivun tunnistaminen ja arviointi potilaskohtaisesti

Salanterän ym. (2006) ja Kuurneen & Erämiehen (2012) mukaan kipua tulee arvioida potilaskohtaisesti säännöllisin väliajoin. Opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, että hoitajat kokevat tietävänsä hyvin, milloin kipua tulisi potilaskohtaisesti arvioida. Tätä seikkaa voisi selvittää myös potilailta, jotta saataisiin selville myös heidän mielipiteensä asiasta.

Salanterä ym. (2006) ja Kuurne & Erämies (2012) muistuttavat myös tärkeydestä arvioida toteutetun kivun hoidon vaikuttavuutta, esimerkiksi tunnin kuluttua lääkkeen antamisesta. Opinnäytetyössä kivun hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa ilmeni vastaajien kesken eriäviä mielipiteitä, kun suunnilleen saman verran vastaajista oli sekä samaa että eri mieltä. Näyttäisi siis siltä, että noin puolet vastanneista hoitajista arvioi toteutetun kivun hoidon tehoa, ja noin puolet eivät. Tähän saattaa vaikuttaa myös se, että usein potilaat ilmoittavat itse, jos toteutettu kivun hoito ei ole auttanut, vaan kipu jatkuu siitä huolimatta.

Salanterä ym. (2006) muistuttaa kivun arvioinnin yhtenä hyväksi koettuna menetelmänä erilaisten kipumittareiden ohella olevan haastattelun mahdollisuuden. Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaan haastattelu ja tarkkailu olivatkin suosittuja kivun arvioinnin menetelmiä. Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä näiden tärkeydestä päivittäisessä potilastyössä. Haastattelu ja tarkkailu kivun arvioinnin menetelminä ovat ehkä juurtuneet potilastyöhön erillisiä kipumittareita syvemmin, sillä ovathan ne olleet tärkeimpiä kivun arvioinnin menetelmiä jo kauan ennen kipumittareiden kehitymistä.

Salanterän ym. (2006) mukaan kivun voimakkuuden lisäksi tulee muistaa arvioida myös sen sijaintia, kestoja, laatua. Opinnäytetyön tulosten perusteella nämäkin ovat juurtuneet hoitajien ammatilliseen osaamiseen, kun kukaan vastaajista ei ollut eri mieltä näiden asioiden selvittämisestä potilaalta. Kivun keston arvioiminen koettiin näistä kolmesta vieraimmaksi, mikä saattaa johtua siitä, että kirurgisilla, ja varsinkin operatiivisilla potilailla arvioitavan kivun katsotaan usein alkaneen postoperatiivisesti.

Kivun tunnistamisen ja arvioinnin haasteena ovat potilaat, jotka eivät syystä tai toisesta pysty kommunikoimaan. Herr ym. (2011) ovat tutkimuksessaan muistuttaneet, että tällöin hoitajien tehtäviin kuuluu potilaan käyttäytymisen, kuten esimerkiksi kasvojen ilmeiden ja kehon liikkeiden tarkkailu sekä potilaan omaisten, läheisten ja mahdollisen pitkäaikaishoitopaikan hoitajien haastattelu. Opinnäytetyössä hoitajat arvioivat omaa osaamistaan potilaan sanattoman kipukäyttäytymisen tunnistamisessa ja suurin osa vastaajista koki osaavansa tämän hyvin. Vain kaksi vastaajaa epäröivät potilaan sanattoman kipukäyttäytymisen tunnistamista.

6.1.3 Kivun arvioinnissa käytettävät apuvälineet

Salanterä ym. (2006), Keituri (2013) ja Kotovainio & Mäenpää (2013) ovat tutkineet kivun voimakkuuden arvioimiseen käytettäviä visuaalis-analogisia mittareita, kuten esimerkiksi kasvoasteikkoa sekä erilaisia kipujanoja, kuten VAS-kipumittaria. Opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien tietoisuutta kivun arvioinnin apuvälineiksi tarkoitetuista mittareista, niiden käytön osaamista sekä varsinaista käyttöä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat tuntevansa ja osaavansa käyttää kipumittareita, mutta niiden käyttö potilastyössä oli vaihtelevaa. Hieman useampi hoitajista koki käyttävänsä jotakin mittaria säännöllisesti, kuin jotka kokivat kipumittarin käyttönsä epäsäännölliseksi. Väittämässä kysyttiin mittarin käyttöä säännöllisesti, joten vastaajat ovat voineet ymmärtää säännöllisyyden eri tavalla. Osa vastaajista on voinut ajatella esimerkiksi sen tarkoittavan mittarin käyttöä jokaisella potilaalla, osa käyttöä kerran päivässä tai vielä jotain muutakin. Tämä osaltaan saattoi vaikuttaa vastausten suurempaan hajontaan.

6.1.4 VAS-kipumittari hoitajien kokemana

Williamson & Hoggart (2005), Salanterä ym. (2006) ja Vainio (2009) ovat muistuttaneet kipumittarin käytön selvittämisestä potilaalle jo mielellään ennen kivun alkamista. Kivun ennakointi on mahdollista elekttiiviseen leikkaukseen tulevilla potilailla, jolle VAS-kipumittari tulisi ohjata esimerkiksi leikkausta edeltävällä preoperatiivisella käynnillä.

Opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, että ohjaamisessa voisi olla parantamisen varaa. Vaikka suurin osa vastaajista koki ohjaavansa kipumittarin käytön potilaalle ymmärrettävästi, myös epäröiviä vastauksia ilmeni. Kysymyksessä hajontaa on saattanut kuitenkin aiheuttaa määritelmä ymmärrettävästi, jolloin vastaajat ovat jääneet miettimään ohjaamistaan ja sitä, kuinka ymmärrettävästi sen on osannut toteuttaa.

Kyrönlahden ja Varjokosken (2006) tulosten mukaan hoitajat kokivat VAS-kipumittarin helppokäyttöiseksi. Myös tässä opinnäytetyössä vastaajista kaksi kolmasosaa koki VAS-kipumittarin olevan helppo käyttää. Kuitenkin muutama vastaaja oli tästä eri mieltä.

Hawker ym. (2011) ovat todenneet VAS-kipumittarin käytön olevan nopeaa, sillä sen näyttäminen ja sen avulla kivun voimakkuuden arviointi vie aikaa keskimääräisesti alle minuutin. Eriävän tuloksen ovat esittäneet Williamson ja Hoggart (2005). Heidän mukaansa mittarin käytön ohjaaminen potilaalle vie jonkin verran aikaa päivittäisessä hoitotyössä. Tästä syystä heidän tutkimuksessaan VAS-kipumittari on määritelty vaikeaksi käytettävyydeltään sekä heikoksi virhemarginaaliltaan.

Opinnäytetyön tulokset viittaavat hoitajien kokevan VAS-kipumittarin käytön helpoksi ja nopeaksi. Myös tässä eriäviä mielipiteitä esiintyi, mutta kaksi kolmasosaa päätyi kuitenkin olemaan samaa mieltä VAS-kipumittarin helppokäyttöisyydestä ja nopeudesta. Helppous ja nopeus liittyvät vahvasti myös siihen, miten paljon mittaria käyttää, siis miten totunut hoitaja on työskentelemään VAS-kipumittari apuvälineenään.

Kyrönlampi ja Varjokoski (2006) toteavat VAS-kipumittarin olevan hyödyksi kivun arvioinnissa sekä myös kirjaamisessa mm. siksi, että kipua ja sen laatua muistettiin kysyä potilaalta useammin. Opinnäytetyön tulosten mukaan VAS-kipumittarilla saatujen lukujen kirjaaminen potilaskertomukseen saattaa toisinaan unohtua hoitajilta. Vaikka oman arvionsa mukaan suuri osa vastaajista niin yleisesti tekeekin, jopa kolmasosa ei ilmoita kirjaavansa saatuja lukuja. Tähän voisi auttaa esimerkiksi osastolla hoitajien kesken sovittu käytäntö siitä, että kivun hoidon toteutusta kirjattaessa hoitajat ottaisivat tavakseen kirjata samalla myös VAS-luvun. Tällöin luku toimisi samalla ikään kuin perusteluna toteutetulle kivun hoidolle.

Bijur ym. (2001) ovat huomanneet potilaiden arvioivan kipunsa voimakkuuden mielellään mittarin jompaankumpaan ääripäähän, eli VAS-kipumittarissa olevan alueita, joita monetkaan potilaat eivät käytä. Heidän mukaansa siis potilaat määrittävät helpommin kivun voimakkuuden lieväksi tai vakavaksi, kuin kohtalaisen kivun alueelle. Opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien käsitystä kyseisestä ilmiöstä, ja vastaukset hajaantuivat koko skaalalle melko tasaisesti. Noin puolet hoitajista oli samaa mieltä asiasta, kuten myös noin puolet eri mieltä. Joitakin huomioita ilmeni muun muassa siitä, voisivatko suomalaiset kouluarvosanat, 4-10, vaikuttaa tähän ilmiöön.

6.1.5 VAS-kipumittari ja haasteet sen käytössä päivittäisessä hoitotyössä

Bijur ym. (2001), Kyrönlampi ja Varjokoski (2006) sekä Hjermsstad ym. (2011) ovat todenneet VAS-kipumittarin tulosten toistettavuuden huonontuvan, jos potilaalla oli todettu kognition heikentymistä tai jos esteenä olivat kulttuuriset kysymykset. Myös Hawker ym. (2011) sekä Rissanen (2013) ovat todenneet monikulttuurisuuden ja yhteisen kielen puuttumisen aiheuttavan potilaille turvattomuuden tunnetta sekä väärinymmärryksiä puolin ja toisin.

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaiden ikääntymisen aiheuttama haaste oli havaittu selvästi hoitajien keskuudessa. Joidenkin mielestä myös potilaiden monikulttuurisuus sekä äidinkieli muodostivat haasteen VAS-

kipumittarin käytölle, mutta osa vastaajista ei kuitenkaan kyseistä haastetta kokenut. Syynä tähän saattanee olla monikulttuuristen tai eri äidinkielisten potilaiden vähäisyys, jolloin tilanne on harvinainen. Toinen mahdollinen selitys tälle on hoitajien hyvä kielitaito sekä ymmärrys eri kulttuureista, jolloin he eivät koe kyseisiä tilanteita haastaviksi.

Bijur ym. (2001) havaitsivat kipumittarin käytössä luotettavuuden haasteena olevan myös potilaan kokema erittäin kova kipu. Opinnäytetyön tulokset viittaavat samaan, kun yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaan kokema kova kipu voi olla haasteena potilaan määrittämisen luvun luotettavuuden osalta.

Williamson ja Hoggart (2005) sekä Hjermsstad ym. (2011) mainitsivat VAS-kipumittarin käytön haasteena väärinymmärrysten mahdollisuuden. Heidän mukaansa pitämällä potilasta silmällä ja arvioimalla hänen antamansa luvun pätevyyttä, voidaan virhearviot minimoida.

Opinnäytetyössä selvitettiin sekä hoitajien osaamista potilaan määrittämisen VAS-kipumittarin luvun pätevyyden arviointiin sekä potilaan määrittämien virhearviointien ennakoitua. Molemmissa tilanteissa oma osaaminen koettiin melko hyväksi. Tosin eettisyyteen liittyviä kysymyksiä herätti mm. se, voitaisiinko potilaan määrittämä luku kyseenalaistaa, vaikka hoitajasta tuntuisikin siltä, ettei potilaan kokema kipu ole hänen määrittämänsä lukua vastaava.

Hawker ym. (2011) ovat havainneet VAS-kipumittarin käytön olevan erityisen kannattavaa tilanteissa, kun kivun vaihtelua on tarkoitus seurata ja tilastoida. Opinnäytetyön tulokset viittaavat samaan, kun selvästi yli puolet vastaajista on ollut tätä mieltä. Vastaukset ovat pienessä ristiriidassa kirjaamiseen liittyvän kysymyksen kanssa, koska noin puolet vastaajista ei ilmoita kirjaavansa saatua VAS-lukua. Tosin tilanne voi olla eri, jos hoitaja tietää potilaan kipuilun olevan kroonista, ja pidemmällä aikavälillä seurattavaa.

Eryteisesti kirurgista hoitotyötä ajatellen on joitakin tilanteita, jolloin VAS-kipumittarin käyttö voi olla haasteellista. Näitä ovat esimerkiksi DeLoachin ym. (1998) tutkimuksessa todetut mahdolliset anestesian vaikutukset, näön hämärtyminen ja pahoinvoinnin aiheuttamat haasteet. Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaiset, joskin muutama vastaajista ei ole kokenut anestesian vaikutuksia haasteena VAS-kipumittarin käytölle. Tämä saattaa johtua siitä, että useimmiten potilaat ovat jo hyvin hereillä osastolle siirtyessään.

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyön eettisyys perustuu pohdintoihin oikeasta ja väärästä sekä hyvästä ja pahasta. Eettisesti hyvän opinnäytetyön edellytys on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat mm. rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus sekä muiden työn kunnioittaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–25.)

Tässä opinnäytetyössä eettisyys korostui huolellisuudessa sekä tarkkuudessa työn jokaisessa vaiheessa, alusta loppuun. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti toimittiin tiedonkeruuvaiheesta aina aineiston analysointiin ja raportointiin asti. Lähteet ja tutkimusmenetelmät valittiin tarkasti, ja vain tieteelliset artikkelit ja tutkimukset hyväksyttiin. Lähdemerkinnät tehtiin huolella, millä voitiin taata muiden työn kunnioittaminen.

Tutkimuksissa eettisiä ongelmia saattavat aiheuttaa esimerkiksi tiedonhankintatavat tai koejärjestelyt, jolloin tulee muistaa eettisen työskentelyn lähtökohta, ihmisarvon kunnioittaminen. Tämä ilmenee esimerkiksi itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena, annettaessa vastaajien päättää osallistumisestaan opinnäytetyön kyselyyn. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–25.)

Jokainen vastaaja sai itse päättää, vastaako kyselyyn vai ei. Lisäksi nimettömänä täytetyt kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti, vastausten tilastoinnin jälkeen.

Aiheena tämä opinnäytetyö ei ollut erityisesti eettisyyttä korostava, koska aihetta ei ajatella arkaluontoisena tai kenenkään ajatuksia tai tunteita loukkaavana. Kyselyyn vastaaminen ja omien vastaustensa suojaaminen jäi jokaisen vastaajan omalle vastuulle, koska erillistä koetilannetta ei voitu järjestää henkilökunnan vuorotyön ja työn luonteen vuoksi.

Toimeksiantajan kanssa tehtiin tiivistä yhteistyötä. Tapaamisia järjestettiin, ja lisäksi yhteyttä pidettiin sähköpostitse sekä puhelimitse. Kaikki toimeksiantajaa koskeva tieto varmistettiin, ja yhteyshenkilöiltä pyydettiin palautetta prosessin eri vaiheissa.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu

Opinnäytetyössä virheiden välttämiseksi huolimatta tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys saattavat vaihdella, minkä vuoksi luotettavuutta on arvioitava opinnäytetyön tulosten selvittyä. Reliabiliteettia voidaan arvioida esimerkiksi kahden eri henkilön samasta aiheesta, samalla mittarilla saatujen tulosten vertailulla. Reliabiliteettia voidaan arvioida myös pohtimalla tulosten toistettavuutta, jos toista vastaavaa tutkimusta ei ole tehty tai ei voida tehdä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Reliabiliteetti miellettiin tässä opinnäytetyössä melko hyväksi, koska samaan aikaan samoilla osallistujilla teetetty kysely luultavimmin antaisi samankaltaiset tulokset. Reliabiliteettia pyrittiin lisäämään muodostamalla kyselylomakkeen kysymykset tarkasti aikaisemman teorian pohjalta.

Kyselytutkimuksen etuna voidaan pitää sen mahdollistamaa kattavaa tutkimusaineistoa, kun otokseen voidaan saada monia henkilöitä ja kysyä voidaan monia asioita. Kyselytutkimuksen haittoina pidetään mm. sitä, ettei voida varmistua miten vakavasti vastaajat ovat siihen suhtautuneet. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–195, 198–201.)

Kyselylomake esitettiin, minkä koettiin lisäävän opinnäytetyön reliabiliteettia. Esitestaus toteutettiin osaston neljälle hoitajalle ennen varsinaista kyselyä. Esitestauksen tarkoituksena oli mahdollisten virheiden ja puutteiden esilletulo ennen varsinaista aineiston keruuta. Tarvittaessa kyselylomaketta olisi voitu muokata esitestauksessa esiin tulleiden huomioiden mukaisesti, mutta siinä ei havaittu virheitä eikä puutteita, joten muutoksia ei tehty.

Validiteettia selvitetessä mietittiin, oliko vastaukset saatu juuri siihen asiaan, mitä oli haluttu kysyä. Ehkä tärkeimpiin lukeutuva validiteettia heikentävä seikka lienee se, jos vastaaja ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin kysyjä on sen tarkoittanut. Saattaa myös olla, ettei vastaaja ole, syystä tai toisesta, suhtautunut kyselyyn vakavasti, tai hän ei ole tarpeeksi selvillä kysyttävästä asiasta, jolloin vastausten validiteetti kärsii. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Validiteettia pyrittiin parantamaan esittämällä kysymykset selkeästi, jotta kaikki vastaajat ymmärtäisivät ne samalla tavalla kuin kysyjäkin. Kysymykset laadittiin mahdollisimman lyhyiksi ja johdonmukaisiksi väärinymmärrysten sekä kaksoismerkitysten välttämiseksi. Kysymyksissä päädyttiin monivalintatyyppeihin vaihtoehtoihin, minkä osaltaan koettiin nopeuttavan vastaamista ja parantavan hoitajien suhtautumista kyselyn tekemiseen.

Samoista syistä päädyttiin juuri kvantitatiiviseen menettelytapaan, vaikka useimmiten kokemuksia selvitetessä aihetta lähestytään kvalitatiivisesti. Kvantitatiivisella menettelytavalla ja tässä opinnäytetyössä strukturoidulla kyselylomakkeella koettiin saatavan hoitajien kokemuksia hyvin esille. Vaihtoehtona kvalitatiivinen menettelytapa, ja esimerkiksi teemahaastattelu olisi voinut tuoda syvemmin julki kokemuksia, mutta tällöin otos olisi jäänyt huomattavasti pienemmäksi.

Mittarin kysymykset pyrittiin muodostamaan niin, että niillä saataisiin mahdollisimman kattava vastaus opinnäytetyön tarkoitukseen. Opinnäytetyön aihe siis operationalisoitiin kyselylomakkeelle kysymyksiksi.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tärkeimpänä jatkotutkimusehdotuksena tälle opinnäytetyölle olisi selvitys siitä, onko VAS-kipumittarin käyttö yleistynyt ja miten sitä on lähdetty kehittämään Loimaan aluesairaalan kirurgian osastolla. Jos kehittämistyötä ei ole vielä tämän asian saralla tehty, niin siinäkin olisi jatkotutkimus- tai jatkokehitysehdotus.

Toki VAS-kipumittarin käyttöä voisi tutkia laajemminkin, esimerkiksi ottamalla selvitetäväksi saman sairaalan muita osastoja. VAS-kipumittarin käyttöä, toimivuutta ja kehittämistä voisi selvittää myös potilaiden näkökulmasta.

LÄHTEET

- Bijur, P. E., Silver, W. & Gallagher, J. 2001. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic emergency medicine* 8(12), 1153-1157. Viitattu 16.8.2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2001.tb01132.x/pdf>
- Blomqvist, K. 2002. Older people in persistent pain: nursing and paramedical staff perceptions and pain management. *Journal of advanced nursing* 41(6), 575-584. Viitattu 20.11.2013. <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOID=112946&fileOID=623724>
- DeLoach, L., Higgins, M., Caplan, A. & Stiff, J. 1998. The visual analog scale in the immediate postoperative period: Intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesthesia & analgesia* 86(1), 102-106. Viitattu 16.3.2013. <http://www.anesthesia-analgesia.org/content/86/1/102.full.pdf+html>
- Friman, P. 2013. Kipuanalyysi. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 29.4.2013. Saatavissa Terveysportti, sairaanhoidajan tietokannat – tietokannasta. <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.hamk.fi:2048/dtk/shk/koti>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T. & French, M. 2011. Measures of adult pain. *Arthritis care and research* 63(S11), 240-252. Viitattu 16.8.2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20543/pdf>
- Herr, K., Coyne, P.J., McCoffery, M., Manworren, R. & Merkel, S. 2011. Pain assessment in the patient unable to self-report. Position statement with clinical practice recommendations. Accepted by the board of directors, July 2011. Viitattu 8.10.13. http://www.aspmn.org/organization/documents/UPDATED_NonverbalRevisionFinalWEB.pdf
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.–14. osin uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hjermstad, M.J., Fayers, P.M., Haugen, D.F., Caraceni, A., Hanks, G.W., Loge, J.H., Fainsinger, R., Aass, N. & Kaasa, S. 2011. Review article: Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of pain and symptom management* 41(6), 1073–1093. Viitattu 4.11.2013. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392411000145.pdf>

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2009. Sisätauti-
tien, kirurgisten sairauksien ja syöpätauti-
hoitotyö. 4.–7. painos. Helsinki:
WSOY.

Keituri, T. 2013. Kivun mittaamisen visuaalis-analogisia mittareita. Saira-
raanhoitajan käsikirja –kuvat. Viitattu 29.4.2013. Saatavissa Terveysportti,
sairaanhoitajan tietokannat –tietokannasta.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi:2048/dtk/shk/koti>

Keskinen, S. 2007. Hoitajien päätöksenteko kahdessa eri kivunhoitotilan-
teessa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2013. Kivun arviointi. Sairaanhoitajan kä-
sikirja. Viitattu 29.4.2013. Saatavissa Terveysportti, sairaanhoitajan tieto-
kannat –tietokannasta.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi:2048/dtk/shk/koti>

Kuurne, S. & Erämies, T. 2012. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla.
Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 3.1.2014. Saatavissa Terveysportti, sai-
raanhoitajan tietokannat –tietokannasta.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi:2048/dtk/shk/koti>

Kyrönlahti, A. & Varjakoski, L. 2006. Kivun hoidon merkitys kuntoutu-
misessa: Kivun kirjaaminen ja sairaanhoitajien kokemukset kipumittarin
käytöstä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusoh-
jelma. Opinnäytetyö. Viitattu 11.3.2013.
[http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6766/stadia_1165920972_0.p
df?sequence=1](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6766/stadia_1165920972_0.pdf?sequence=1)

Leino, K.A., Kuusniemi, K.S., Lertola, K.K. & Olkkola, K.T. 2011. Com-
parison of four pain scales in patients with hip fracture or other lower limb
trauma. *Acta anaesthesiologica Scandinavica* 55(4), 495-502.

Loimaan aluesairaala. 2012. Kirurginen vuodeosasto. Viitattu 9.1.2014.
<http://www.loimaanaluesairaala.fi/fi/1013>

Loimaan aluesairaala. 2013. Loimaan aluesairaala. Viitattu 9.1.2014.
<http://www.loimaanaluesairaala.fi/fi/sairaanhoitopalvelut>

Mölnlycke Healthcare. n.d. VAS-4colours. Viitattu 24.1.2014.
[http://www.molnlycke.com/patient/Global/Wound/Safetac/VAS_4colours.
jpg](http://www.molnlycke.com/patient/Global/Wound/Safetac/VAS_4colours.jpg)

Qvick, L. & Sailo, K. 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa
Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 60–65.

Rissanen, K. 2013. Sairaanhoidtajien kuvauksia monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta. Pro Gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 4.11.2013. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130540/urn_nbn_fi_uef-20130540.pdf

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 30–38.

Sairaanhoidtajaliitto. 2014. Sairaanhoidtajan eettiset ohjeet. Viitattu 21.3.2014 https://www.sairaanhoidtajaliitto.fi/sairaanhoidtajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoidtajan_eettiset_ohjeet/

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. p. Helsinki: WSOY.

Sarlio, J. 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 23–29.

Turunen, J. 2007. Pain and pain management in Finnish general population. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 20.11.2013. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0629-7/urn_isbn_978-951-27-0629-7.pdf

Vaasan keskussairaala, 2013. Leikkauksen jälkeen. Viitattu 20.11.2013. http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1.aspx?id=1041513

Vainio, A. 2009a. Kivun havaitseminen ja kokeminen aivoissa. Terveyskirjasto. Viitattu 12.3.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00017

Vainio, A. 2009b. Voiko kipua mitata? Kivunhallinta. Terveyskirjasto. Viitattu 10.3.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

Williamson, A. & Hoggart, B. 2005. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of clinical nursing* 14(7), 798-804. Viitattu 9.10.2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x/pdf>

HAASTATTELUT

Alkio, H. 2014. Sairaanhoidtaja. Loimaan aluesairaala. Haastattelu 14.1.2014.

Talvitie, R. 2014. Hallinnollinen osastonhoitaja. Loimaan aluesairaala. Haastattelu 20.1.2014.

KYSELYLOMAKE



TAUSTAKYSYMYKSET

1. Työkokemuksesi kirurgisella osastolla
 - a. 0-5 vuotta
 - b. 6-10 vuotta
 - c. 11-15 vuotta
 - d. 15-20 vuotta
 - e. 21 vuotta tai enemmän

2. Mihin seuraavista ammattiryhmistä kuulut
 - a. perus-/lähihoitaja
 - b. sairaanhoitaja
 - c. muu, mikä? _____

3. Oletko saanut täydennyskoulutusta kivun hoitoon liittyen viimeisen kymmenen vuoden aikana (tarkoittaen mitä tahansa kivunhoidon koulutusta)
 - a. kyllä
 - b. ei

Seuraavaksi esitetään väittämiä. Ympyröi kokemustasi vastaava vaihtoehto valitsemalla asteikolta 1-5. (1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa mieltä eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä).

KIVUN ARVIOINTI JA TUNNISTAMINEN POTILASTYÖSSÄ

4. Huomioin, että potilaan kivun kokemukseen vaikuttavat potilaan

ikä	1	2	3	4	5
sukupuoli	1	2	3	4	5
persoonallisuus	1	2	3	4	5
aikaisemmat kokemukset	1	2	3	4	5

**1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa mieltä eikä eri mieltä,
4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä**

5. Arvioin kivun voimakkuuden lisäksi myös
tuntemusta helpottavia/pahentavia tekijöitä,
kuten esimerkiksi
- | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| ikä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| sukupuoli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| persoonallisuus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| aikaisemmat kokemukset | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
6. Tiedän potilaskohtaisesti, milloin
kivun voimakkuutta tulisi arvioida
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
7. Tunnistan potilaan sanattoman
kipukäyttäytymisen (esimerkiksi
kommunikoimaan kykenemättömät potilaat)
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
8. Käytän potilastyössä kivun arvioinnissa haastattelua
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
9. Käytän potilastyössä kivun arvioinnissa tarkkailua
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
10. Arvioin kivun voimakkuuden lisäksi myös
sen sijaintia
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
11. Arvioin kivun voimakkuuden lisäksi myös
sen kesto
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
12. Arvioin kivun voimakkuuden lisäksi myös
sen laatua
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
13. Olen tietoinen erilaisista kivun voimakkuuden
arviointiin tarkoitetuista mittareista
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
14. Osaan käyttää kivun voimakkuuden
arviointiin tarkoitettuja mittareita
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|

**1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa mieltä eikä eri mieltä,
4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä**

15. Käytän potilastyössä säännöllisesti kivun
arvioinnissa jotakin visuaalis-analogista mittaria 1 2 3 4 5

Jos käytät, niin minkälaista mittaria? _____

VAS-KIPUMITTARI PÄIVITTÄISESSÄ HOITOTYÖSSÄ

16. VAS-kipumittari on minulle täysin tuttu 1 2 3 4 5

17. Osaan käyttää VAS-kipumittaria potilaan
kivun voimakkuuden arvioimiseen 1 2 3 4 5

18. Potilastyössä käytän säännöllisesti VAS-kipumittaria
kivun voimakkuuden arvioimiseen 1 2 3 4 5

19. Potilastyössä käytän säännöllisesti VAS-kipumittaria
kivunhoidon vaikuttavuuden arvioimiseen 1 2 3 4 5

20. Ohjaan potilaalle ymmärrettävästi VAS-kipumittarin
käytön, ennen kuin pyydän arvioimaan kivun
voimakkuutta sanallisesti/numeerisesti 1 2 3 4 5

21. Kirjaan aina potilaan arvioiman VAS-luvun
potilaskertomukseen 1 2 3 4 5

22. VAS-kipumittarin käyttö on mielestäni
helppoa 1 2 3 4 5

23. VAS-kipumittarin käyttö on mielestäni
nopeaa 1 2 3 4 5

**1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa mieltä eikä eri mieltä,
4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä**

VAS-KIPUMITTARIN KÄYTTÖÖN LIITTYVÄT HAASTEET

- | | |
|--|-----------|
| 24. VAS-kipumittarin käytössä haasteen tuottavat mahdolliset anestesian vaikutukset potilaalla | 1 2 3 4 5 |
| 25. VAS-kipumittarin käytössä haasteen tuottaa ikääntyneen potilaan kohdalla heikentynyt muisti | 1 2 3 4 5 |
| 26. VAS-kipumittarin käytössä haasteen tuottaa monikulttuurisuus | 1 2 3 4 5 |
| 27. VAS-kipumittarin käytössä haasteen tuottavat äidinkieleen liittyvät kysymykset | 1 2 3 4 5 |
| 28. VAS-kipumittarin käytössä haasteen tuottaa potilaan kokema kova kipu | 1 2 3 4 5 |
| 29. VAS-kipumittarin käytössä haasteen tuottaa mahdollinen kiire potilastyössä | 1 2 3 4 5 |
| 30. VAS-kipumittarin käytössä haasteen tuottaa mahdollinen oma osaamattomuus mittarin käytön suhteen | 1 2 3 4 5 |
| 31. Osaan arvioida potilaan VAS-kipumittarilla antaman luvun pätevyyttä, onko se realistinen | 1 2 3 4 5 |
| 32. Osaan varautua potilaan VAS-kipumittarilla antaman luvun mahdollisiin virhearviointeihin | 1 2 3 4 5 |
| 33. Potilaat arvioivat kipunsa voimakkuuden useammin mittarin ääripäihin (ei kipua tai sietämätön kipu), kuin keskelle (kohtalainen kipu) | 1 2 3 4 5 |

**1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa mieltä eikä eri mieltä,
4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä**

- 34.** VAS-kipumittari on erityisen käytännöllinen tilanteissa,
joissa kivun voimakkuutta ja vaihtelua seurataan
pidemmällä aikavälillä

1 2 3 4 5

JA VIELÄ LOPUKSI...

VAS-KIPUMITTARIN KÄYTÖN KEHITTÄMINEN LAS/KIR -OSASTOLLA

- 35.** Kirjoita vapaamuotoisesti minkälaisia kehittämissuhteita sinulla on VAS-
kipumittarin käytön lisäämiseksi ja tehostamiseksi. Voit myös muuten antaa pa-
lautetta ja kirjoittaa ajatuksiasi vapaamuotoisesti tähän

Kiitos vastauksistasi! 😊



KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE

7.11.2013



Hei!

Olen Hämeen Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija ja teen opinnäytetyötä Loimaan aluesairaalan kirurgian osastolle. Työni aiheena on VAS-kipumittarin käytön selvittäminen hoitajien näkökulmasta Loimaan aluesairaalan kirurgian osastolla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on siis selvittää perus- ja sairaanhoitajien kokemuksia ja käsityksiä VAS-kipumittarin käytöstä Loimaan aluesairaalan kirurgian osastolla sekä tuottaa mahdollisia kehittämisideoita kipumittarin käyttöön liittyen. Opinnäytetyön tulokset tulevat Loimaan aluesairaalan kirurgian osaston käyttöön ja toiminnan kehittämiseen. Työtä varten tarvitsen sinun mielipiteitäsi sekä kokemuksiasi.

Kyselylomakkeen kysymykset ovat monivalintakysymyksiä, joten vastaaminen on nopeaa ja helppoa. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastauksenne ovat luottamuksellisia sekä jäävät ainoastaan opinnäytetyön tekijän käyttöön.

Voit palauttaa täytetyn kyselylomakkeen toimistossa sijaitsevaan palautuslaatikkoon.

Kiitos jo etukäteen osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin
Anna Salonen

Hämeen ammattikorkeakoulu
Wahreninkatu 11
30100 Forssa