



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiina Ylimäki & Tuovi Maajärvi

SAIRAAHOITAJIEN VALMIUDET
KIVUNHOIDOSSA ENSIMMÄISINÄ
POSTOPERATIIVISINA PÄIVINÄ

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Tiina Ylimäki & Tuovi Maajärvi
Opinnäytetyön nimi	Sairaanhoitajien valmiudet kivunhoidossa ensimmäisinä postoperatiivisina päivinä
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	62 + 3 liitettä
Ohjaaja	Suvi Kallio

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien valmiudet kivunhoidossa ensimmäisinä postoperatiivisina päivinä. Tarkoituksena oli myös tutkia, osaavatko hoitajat tunnistaa kiputilat ja arvioida potilaiden kipua oikein. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla sairaanhoitajien kivunhoidon valmiuksia postoperatiivisessa hoitotyössä voidaan parantaa.

Työ tehtiin Vaasan keskussairaalan kahdelle kirurgiselle osastolle. Tutkimusaineisto kerättiin lokakuussa 2015 puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla. Aineiston kvalitatiiviset osuudet analysoitiin sisällönanalyysillä ja kvantitatiivinen osuus IBM SPSS Statistics -ohjelmistolla. Vastausprosentti oli 52,5.

Tutkimustulosten perusteella tutkittavien osastojen sairaanhoitajat käyttivät postoperatiivisen kivun tunnistamiseen kipumittaria. Kipumittarin käyttö koettiin helpoksi tutkittavilla osastoilla ja molemmilla osastoilla koettiin kipumittarin käytön helpottavan jonkin verran kivun arviointia. Tutkittavilla osastoilla suurin osa kyselyyn osallistuneista hoitajista ottaa huomioon kivun sijainnin, keston ja minkä tyyppistä kipu on. Kivun arvioinnissa potilaalta itseltään kysytään tämän kiputunteuksista, sekä kipua arvioidaan molemmilla osastoilla lääkkeen annon jälkeen uudestaan. Potilaan kivun tulkitsemiseen ja hoitamiseen käytettävästä ajasta tuli eriäviä tuloksia. Molemmilla tutkittavilla osastoilla yli 50 % vastaajista haluaisi lisäkoulutusta kivunhoidon suhteen.

Tutkimuksessa ilmi tulleita kehitysideoita olivat parempi ajankäyttö, kouluttautuminen ja kipumittareiden käyttöönoton kehittäminen.

ABSTRACT

Author	Tiina Ylimäki and Tuovi Maajärvi
Title	Nurses Knowledge and Skills for Managing Pain during the First Postoperative Days
Year	2016
Language	Finnish
Pages	62 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Suvi Kallio

The aim of this bachelor's thesis was to find out what kind of pain management skills and knowledge nurses have during the first postoperative days. A further aim was to find out if nurses can assess patients' pain and evaluate it right. The purpose of this bachelor's thesis was to produce knowledge that could help develop the pain management skills and knowledge of the nurses during the first postoperative days.

This bachelor's thesis was carried out on two surgical wards of the Vaasa Central Hospital. The material of this study was collected in October 2015 with semi-structured forms. The qualitative part was analyzed with content analysis method and the quantitative parts with IBM SPSS Statistics program. The response rate was 52,5%.

Based on the results, the nurses who work in the surgical wards use pain scales to evaluate the pain. Using the pain scales was experienced to be easy to use and on both wards the nurses felt that the pain scales helped to some extent in evaluating and assessing the pain – especially the location of the pain, the duration and also what kind of pain it is. During the evaluation of the pain, they ask about the pain from the patients themselves and they also evaluate the pain both before and after giving the medication. There were differences in the amount of time used to interpret and manage the patient's pain. In both wards, over 50% of the nurses wanted to have more education about the pain management.

The development ideas that came up in the study include a better time management, education and developing the introduction and use of pain scales.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	9
2	KIPU.....	11
2.1	Kivun tyypit	12
2.1.1	Nosiseptiivinen kipu	12
2.1.2	Neuropaattinen kipu.....	12
2.1.3	Idiopaattinen kipu.....	13
3	POSTOPERATIIVINEN KIPU	14
3.1	Kivun hoidon etiikka.....	15
3.2	Kivun mittaaminen ja arviointi	16
4	KIVUN HOITAMINEN.....	19
4.1	Kivun hoitaminen farmakologisin menetelmin	19
4.1.1	Tulehduskipulääkkeet	20
4.1.2	Parasetamoli	21
4.1.3	Opioidit	22
4.1.4	Puudutteet.....	22
4.2	Kivun hoitaminen ei-farmakologisin menetelmin	23
4.2.1	Asentohoito	23
4.2.2	Lämpöhoidot	24
4.2.3	Kylmähoidot.....	24
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	26
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
6.1	Työn prosessi ja kustannukset	27
6.2	Tutkimusetiikka	27
6.3	Anonymiteetti	28
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	29
7.1	Vastaajien taustatiedot	30
7.2	Kipumittarit ja niiden käyttö.....	32
7.3	Fysiologiset muutokset	37
7.3.1	Sairaanhoitajien näkemys fysiologisista muutoksista.....	38

	5
7.4 Kivunhoitokeinot	39
7.5 Sairaanhoidajien aika ja yhteistyö muun henkilökunnan kanssa osastolla 41	
7.6 Lisäkoulutus ja kivunhoidon kehittäminen	43
7.6.1 Lisäkoulutuksen laatu.....	44
7.7 Kivunhoidon kehittäminen osastoilla	45
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	46
8.1 Oma pohdinta.....	49
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	50
8.2 Jatkotutkimusaiheet.....	50
LÄHTEET	52
LIITTEET	

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Vastaajien sukupuoli	s. 30
Taulukko 2. Vastaajien ikä	s. 30
Taulukko 3. Kokemus alalla	s. 31
Taulukko 4. Koulutus	s. 31
Taulukko 5. Kipumittareiden käyttö os. A	s. 32
Taulukko 6. Kipumittareiden käyttö os. B	s. 32
Taulukko 7. Kipumittareiden käyttö kivun arvioinnissa os. A	s. 33
Taulukko 8. Kipumittareiden käyttö kivun arvioinnissa os. B	s. 33
Taulukko 9. Kipumittareiden helppokäyttöisyys, os. A	s. 34
Taulukko 10. Kipumittareiden helppokäyttöisyys, os. B	s. 34
Taulukko 11. Potilaan kivun arviointi os. A	s. 35
Taulukko 12. Potilaan kivun arviointi os. B	s. 35
Taulukko 13. Potilaan kiputuntemusten arviointi os. A	s. 36
Taulukko 14. Potilaan kiputuntemusten arviointi os. B	s. 36
Taulukko 15. Fysiologiset muutokset, os. A	s. 37
Taulukko 16. Fysiologiset muutokset, os. B	s. 37
Taulukko 17. Muut kivunhoitokeinot	s. 39
Taulukko 18. Kivun uudelleen arviointi, os. A	s. 40
Taulukko 19. Kivun uudelleen arviointi, os. B	s. 40
Taulukko 20. Sairaanhoidajien aika, os. A	s. 41

Taulukko 21. Sairaanhoidajien aika, os. B	s. 41
Taulukko 22. Yhteistyön toteutuminen, os. A	s. 42
Taulukko 23. Yhteistyön toteutuminen, os. B	s. 42
Taulukko 24. Lisäkoulutus, os. A	s. 43
Taulukko 25. Lisäkoulutus, os. B	s. 43

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake**LIITE 3.** Sisällönanalyysi

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Vaasan keskussairaalan kirurgisten osastojen sairaanhoitajien valmiudet kivunhoidossa ensimmäisinä postoperatiivisina hoitopäivinä. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Tavoitteena oli saada selville millaisilla keinoilla sairaanhoitajat tunnistavat postoperatiivisen kivun, miten sairaanhoitajat arvioivat potilaiden kipua, millaisia valmiuksia sairaanhoitajilla on eri osastoilla hoitaa postoperatiivista kipua sekä millä keinoilla kivunhoitoa voitaisiin tehostaa.

Kiinnostus aiheeseen on saanut alkunsa useiden harjoittelujen ja kesätöiden kautta. Käytännön työssä on kohdattu monenlaisia potilaita erilaisine kipuineen. Samalla on tullut kiinnitettyä huomiota kivunhoitoon ja sen tärkeyteen. Huomiota on myös herättänyt sairaanhoitajien valmiudet hoitaa kipua.

Leikkauspotilaiden kivun kokemisessa on yksilöllisiä eroja. Usein kipu koetaan epämiellyttävänä tunteena, joka voi pahimmillaan aiheuttaa potilaalle henkistä kärsimystä. Voimakas postoperatiivinen kipu voikin aiheuttaa potilaalle akuutteja psyykkisiä kriisejä sekä pitkäkestoisia tunneperäisiä muutoksia. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 371.) Kivusta saattaa aiheutua myös fysiologisia haittoja, jotka saattavat pidentää toipumisaikaa leikkauksista sekä lisätä sairaalaloaikaa (Lukkari ym. 2007, 371).

Vuonna 1996 julkaistujen sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan yksi tehtävä on kärsimyksen lievittäminen. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitajan ensisijaisena tehtävänä on tukea ja auttaa potilasta selviytymään kivusta ja siten edistää potilaan yksilöllistä oloa. Potilas kohdataan arvokkaana ihmisenä ja siten luodaan hoitokulttuuri, jossa otetaan huomioon potilaan yksilöllinen näkemys hoidostaan. Kivunhoitoa koskevissa päätöksissä, tulee sairaanhoitajien kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. (Sailo & Vartti 2000, 63.)

Hyvässä kivunhoidossa vaaditaan sekä herkkyyttä potilaan tarpeille että pätevyttä kohdata ne. Jos keskitytään vain tekemiseen tai osaamiseen ilman että poti-

las on osallisena hoidossa, unohdetaan ihmisen kokonaisuus ja silloin sitä ei arvosteta. (Sailo & Varti 2000, 63.)

Tietolähteinä on käytetty alan kirjallisuutta, tutkimuksia sekä pro graduja. Tutkimuksia on haettu Cinahlista, Medicista ja PubMedista.

2 KIPU

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivurio tai jota kuvataan samalla tavoin. (Sailo & Vartti 2000, 30.)

Sailo & Vartti toteavat kirjassaan (2000, 30), että kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät. Kokonaiskivun tuntemukseen liittyvien tekijöiden tunteminen auttaa ymmärtämään kipupotilaan tuntemuksia ja tunnistamaan erilaisia kipukokemuksia.

Akuutin kivun tarkoitus on varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta, esimerkiksi kudosaivuriosta. Tämän kaltainen kipu ei jätä jälkeä keskushermostoon, kun taas krooninen kipu aiheuttaa pysyviä muutoksia hermostossa. Akuutin kivun luonteeseen kuuluu kivun yllätyksellisyys, jolloin kipu voi liittyä esimerkiksi liikenneonnettomuuteen. Akuutti kipu on mielekäästä kipua, koska kivun syy tiedetään ja sen oletetaan lievittyvän ajallaan asianmukaisella hoidolla. Asianmukainen ja ajoissa aloitettu hoito voi ehkäistä kivun kroonistumisen. (Sailo & Vartti 2000, 34.)

Terveen kipuhermojärjestelmän reaktio on kipu. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 85). *Pitkäaikainen kipu* eli *krooninen kipu* on sen sijaan kipuhermon toiminnan tai kipuradan vaurion merkki. Rautava-Nurmi ym. (2012, 86) toteavatkin kivun olevan pitkäaikaista, kun se kestää normaalin kudosten paranemisajan yli tai kun se on kestänyt yli kuusi kuukautta.

Tässä työssä keskitytään tutkimaan kivun hoitoa ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä.

2.1 Kivun tyypit

Rautava-Nurmi ym. Westergård, Henttonen & Vuorinen (2012, 86) jakavat kivun kirjassaan ”Hoitotyön taidot ja toiminnot” nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun tai näiden yhdistelmään, jolloin puhutaan sekamuotoisesta kiputilasta.

2.1.1 Nosiseptiivinen kipu

Kun kipuhermopäätteet reagoivat voimakkaalle kudonsvauriota aiheuttavalle ärsykkeelle, syntyy nosiseptiivinen kipu. Nosiseptiivinen eli kudonsvauriosta johtuva kipu jaetaan somaattiseen (lihas, luusto, iho ja sidekudos jne) kipuun ja viskeraaliseen, sisäelimestä johtuvaan kipuun. Tulehdukset, iskemia ja kasvain ovat tyypillisiä kiputiloja, joiden aiheuttaja on kudoksessa tapahtuva prosessi. (Sailo & Vartti 2000, 32.)

Viskeraalinen eli sisäelinkipu on nosiseptiivista kipua, joka syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Sisäelinkipu poikkeaa somaattisesta kivusta sekä akuuttina että kroonisena. Tyypillistä viskeraaliselle kivulle on se, että se on vaikeasti paikannettavissa. Tämä johtuu siitä, että kipu tuntuu laajemmalla alueella kuin se elin, josta kipu on lähtöisin. Sisäelinkipu voikin usein tuntua kaukokipuna. Ilmenemiseen kuuluu autonomisen hermoston säätelemiä oireita: pahoinvointia, kalpeutta, hikoilua ja sydämentykytystä. (Sailo & Vartti 2000, 33.)

2.1.2 Neuropaattinen kipu

Neuropaattisessa kivussa vaurio on itse kipua välittävässä hermossa. Kipu voi johtua sisäisestä vammasta, esimerkiksi kasvain voi painaa hermoa, tai se voi johtua ulkoisen tekijän aiheuttamasta hermovauriosta, esimerkiksi hammashoidon komplikaatio. Neuropaattista kipua kuvataan viiltävänä, polttavana ja pistelynä ja siihen liittyy myös äkillisiä kipukohtauksia. (Sailo & Vartti 2000, 33.)

2.1.3 Idiopaattinen kipu

Kun kipuun ei ole löydettävissä kipua selittävää syytä tai sairautta, kutsutaan sitä idiopaattiseksi kivuksi (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 86). Idiopaattista kipua voidaan kutsua myös psykogeeniseksi tai somatoformiseksi kipuoireyhtymäksi. Tällaiseen kipuun liittyy usein ahdistusta ja levottomuutta. Kaikilla idiopaattisista kiputiloista kärsivillä ei ole poikkeavia psyykkisiä oireita, mutta usein kipu liittyy depression. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 177.)

3 POSTOPERATIIVINEN KIPU

Keskeisintä postoperatiivisessa vaiheessa on potilaan tilan jatkuva arviointi ja vertaaminen pre- ja intraoperatiivisesti todettuun vointiin. Tavoitteena hoidossa on saada potilaan elintoiminnat vakaalle tasolle. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 371.)

Sairaanhoitaja arvioi ja hoitaa kipua heti potilaan saapumisesta lähtien. Kivun arvioinnissa ja hoidossa sairaanhoitajalla on keskeinen rooli, sillä hän on eri ammattiryhmistä eniten vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Kivunhoito jatkuu koko hoidon ajan aktiivisena. Tavoitteena tulisi olla, että erilaisilla menetelmillä lievitetään kipua niin, että lepokipu on korkeintaan lievää. Arvioidessa kipua, sairaanhoitaja ja potilas tekevät yhteistyötä: potilaan pitää tulla kuulluksi kipukokemuksestaan. Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija, koska kipua koetaan hyvin subjektiivisin kokemuksiin. Potilaan saamaan kivunhoitoon kuitenkin vaikuttavat sairaanhoitajien tiedot, arviointitaidot ja asenteet. (Lukkari ym. 2013, 372.)

Tehokas kivunhoito on tärkeää postoperatiivisessa hoitotyössä. Sillä varmistetaan siitä, että potilaat eivät koe tarpeetonta ahdinkoa tai kärsimystä ja siinä samalla minimoidaan potentiaalisesti komplikaatiot ja tuetaan parantumista. (Mackintosh 2007, 55.) Kivun helpottaminen nopeuttaa mobilisaatiota, vähentää sairaalassa oloa, vähentää sairaalakuluja ja nostaa potilastyytyväisyyttä (Kolettas, Lazaridis, Baka, Mpoukovinas, Karavasilis, Kioumis, Pitsiou, Papaiwannou, Lampaki, Karavergou, Pataka, Machairiotis, Katsikogiannis, Mpakas, Tsakiridis, Fassiadis, Zarogoulidis & Zarogoulidis 2015, 62). Keskeinen osa hoidon turvallisuudessa ja laadussa on potilaan kivuttomuus (Vaajoki & Haatainen 2014, 45).

Mackintosh toteaa tutkimuksessaan (2007, 55), että hyvä sairaanhoito on tärkeää kaikin tavoin, jotta voidaan turvata tehokas postoperatiivinen kivunhoito. Se on myös avainasemassa sairaanhoitajilla, jotta he voivat varmistaa, että tarpeeton epämukavuus on vähäistä.

Myös Ward (2014, 107) toteaa hoitajien roolin olevan ratkaisevassa asemassa potilaiden postoperatiivisen kivunhoidon onnistumisessa. Etenkin sairaanhoitajien

tieto, asenteet ja taidot vaikuttavat potilaiden sekä kivunhallintaan että terveydentilaan.

3.1 Kivun hoidon etiikka

Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 1994 tekemässä sekä Lissabonissa vuonna 1995 tehdyissä julistuksissa todetaan, että potilaalla on oikeus nykyaikaisen lääketieteellisen tietämyksen mukaiseen kivun lievitykseen. Vuonna 1997 Suomi sitoutui Euroopan neuvoston biolääketiedettä koskevaan yleissopimukseen. Tässä yleissopimuksessa korostetaan sitä, että potilaalla on oikeus saada tieteelliseen tietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuvaa kivunhoitoa, jossa otetaan huomioon uudet menetelmät. Velvoite kärsimyksen lievittämiseen on sekä kansainvälisesti että kansallisesti hyväksytyissä sairaanhoitajien ja lääkäreiden eettisissä ohjeissa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 28.)

Oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon on säännelty potilaslaissa (3§). Laki terveydenhuollosta (8§) edellyttää terveydenhuollon toiminnan perustuvan näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, asianmukaisesti toteutettua sekä turvallista. Ammattihenkilölain (15§) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä sekä kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Näitä hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. (Terveydenhuollon laatupas 2011, 7.)

Hoitotyön tutkimussäätiö on määritellyt, että hoitohenkilökunnalle tulee järjestää säännöllisesti koulutusta kivunlievityksestä. Potilaan kivunhoidon tulisi olla moniammatillista sekä hyvin järjestettyä, esimerkiksi eri ammattiryhmien vastuualueiden tulee olla selkeästi määritelty. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Vuonna 2001 valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) laati yhteiset eettiset periaatteet (2001) terveydenhuollossa toimiville. Potilaiden oikeus hyvään hoitoon edellyttää vastuullisuutta terveydenhuollon kaikilla tasoilla. (Salanterä ym. 2006, 28.) Riittävät edellytykset ja resurssit kivusta kärsi-

vien potilaiden hoitamiseksi ovat päättäjien velvollisuus. Kivun hoidon laadusta vastaavat palvelun tuottajat. Ihmisarvon kunnioitus ja itsemääräämisoikeus kivun hoidossa tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua itseään koskeviin päätöksiin. Potilas tarvitseekin tietoa kivustaan, sen hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. Potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt hakevat tarvittaessa vaihtoehtoja sekä kuulevat asiantuntijoita ja konsultoivat. Erityistä huomiota kivun hoidon oikeudenmukaisuuden periaatteen toteutumiseksi tulee kiinnittää lasten, ikääntyneiden, kehitysvammaisten ja muuten sanallisesti kommunikoidaan kykenemättömien kohdalla, koska he eivät välttämättä kykene ilmaisemaan kipuaan. Heillä on yhtäläinen oikeus samoja periaatteita noudattavaan kivunhoitoon kuin muillakin ihmisillä. Ammattitaidon ylläpitämiseen velvoite edellyttää vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksien kehittämistä työn sisältöosaamisen lisäksi. Kivun hoidon monialainen ja ammatillinen luonne vaatii yhteistyötaitoja ja eri ammattialojen keskinäistä arvontoa. (Salanterä ym. 2006, 29.)

3.2 Kivun mittaaminen ja arviointi

Vaajoki & Haatainen (2014, 45) toteavat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajilla on merkittävä ja välttämätön rooli potilaiden kivun arvioinnissa ja kivunhoidon toteutuksessa, koska he ovat välittömän potilashoidon keskiössä 24 tuntia vuorokaudessa.

Idvallin, Hamrinin, Sjöströmin sekä Unssonin (2002, 332) tutkimuksessa vertailtiin potilaiden ja hoitajien kivun arviointia. Tutkimuksessa todettiin, että hoitajat arvioivat potilaan pahimman kivun lievemmäksi mitä potilaat itse. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että potilaat arvioivat tyytyväisyyden hoitoon korkeammaksi kuin hoitajat. Tämän arveltiin johtuvan siitä, että hoitajat kokivat kivunhoidon olevan heikkoa omasta ammatillisesta näkökulmastaan ja siksi arvioivat tyytyväisyyden hoitoon huonommaksi kuin potilaat.

Kovinta kipu on ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 71). Arvioidessaan kipua, sairaanhoitaja käyttää ennakoivaa työotetta kivunhoidossa. Apuvälineinä arvioinnissa käytetään erilaisia kipumittareita sekä toistuvia kysymyksiä. Arvioimisessa käytetään saman

potilaan kohdalla yhtä mittaria, jotta kivusta saadaan luotettava ja vertailukelpoinen käsitys. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 372.) Potilaan kipukokemuksesta selvitetään kivun voimakkuus, sijainti, laatu sekä kivun aiheuttama haitta (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 197). Potilaan kyetessä itse puhumaan, kivun arvioiminen onnistuu parhaiten kysymällä tai esimerkiksi VAS-asteikkoa käyttämällä. Ulkopuolinen henkilö arvioi kipua vain siinä tapauksessa, jos potilas ei itse pysty puhumaan. (Kontinen & Hamunen 2015, 1921-1922.) On tärkeää mitata sekä lepo- että liikekivun voimakkuus. Vaikka potilas olisikin levossa paikallaan ollessaan kivuton, voi liikkeisiin liittyvä kipu vaikeuttaa syvään hengittämistä tai yskimistä, vuoteesta liikkeelle lähtemistä tai leikatun raajan kuntouttamista.

Wickströmin, Norbergin, Berghin, Johanssonin sekä Sjöströmin (2008, 2049) tutkimuksessa 40% kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista ei käyttänyt kivun arvioinnin apukeinona VAS-mittaria, eivätkä he arvioineet potilaan kipua erikseen tämän levätessä tai liikkeessä. Kipututkimuksissa VAS-asteikko on osoittautunut hyväksi kipumittariksi helppokäyttöisyytensä vuoksi. VAS-mittarin on todettu olevan luotettava mittari sekä akuutin kivun että kroonisen kivun mittaamisessa (Bijurin, Silverin & Gallagherin 2001, 1153). VAS-mittareita on erilaisia: asteikot, kipujana, kipukiila sekä ilmeasteikko. VAS-mittarin asteikko 0-10 antaa viitteen kivun voimakkuudesta. Kivun ollessa 4 tai yli, kipu alkaa olla häiritsevä, tasolla 7 potilas ei voi ajatella muuta kuin kipua ja tasolla 10 kipu on voimakkain jonka potilas voi kuvitella. (Sailo & Varti 2000, 130.) Kipumittareiden onkin tärkeää olla selkeitä, helppokäyttöisiä sekä niiden tulee vastata yksikön tarpeita (Lauritsalo 2003, 33). Täydellinen kivuttomuus ei useinkaan ole realistinen tavoite leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. (Kontinen & Hamunen 2015, 1922.) Kivunhoidon perustana käytetään potilaan omaa subjektiivista kokemusta kivun laadusta. Jos potilas ei itse voi arvioida kipuaan, tulee hoitajan huomioida toimenpiteen aiheuttama kipu. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 197.)

Kivun hoidon tehokkuutta on mahdotonta arvioida ilman kivun mittaamista: leikkauksen jälkeisen kivunhoidon arvioidaan olevan riittävää, kun potilaan kipu on

alle VAS 3. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 198). Kipumittarin apuna voidaan käyttää potilaan sanallista kuvailua, sillä se auttaa hahmottamaan kivun aistimusta, tunnepitoisia piirteitä sekä auttaa arvioimaan kivun voimakkuutta. (Sailo & Varti 2000, 130). Idvall ym. (2002, 332) tutkimuksessa arveltiin hoitajien arvioivan potilaiden kipua lievemmäksi koska, hoitajat kokivat ajan riittämättömäksi hoitaa potilaiden kipua, tai he eivät ole varmoja kuinka toimia.

Tämän lisäksi olisi hyvä huomioida leikatun potilaan fyysiset oireet: verenpaineen nousu, hikoilu, kuivat limakalvot, kalpea tai kuumen punoittava iho viittaavat kipuun. Myös käytökseen on syytä kiinnittää huomiota. Kivulias potilas saattaa olla ärtynyt, vetäytyä, olla unelias tai tuskainen. (Sailo & Varti 2000, 123.) Kipua voi ilmaista myös fyysisellä liikkumisella (Kaarlola, Larmila, Lundgren-Laine, Pyykkö, Rantalainen & Ritmala- Castrén 2010, 409). Potilas voi myös olla levoton ja malttamaton (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 72). Liikkeet voivat olla varovaisia, hitaita tai potilas voi olla kokonaan liikkumaton. Potilaan asento voi olla jännittynyt, varuillaan oleva tai jäykkä. Liikehdintä voi ilmaista potilaan halua tulla huomatuksi. (Kaarlola ym. 2010, 409.) Hän saattaa ähkiä, valittaa, jopa huutaa tai itkeä. Muutokset potilaan tajunnan tasossa merkitsevät todella kovaa kipua. (Holmia ym. 2003, 72.)

4 KIVUN HOITAMINEN

Leikkauksen jälkeinen kipu vaihtelee leikkauksen laajuuden, leikkaustekniikan, haavan sijainnin sekä potilaan kipuperkkyyden mukaan. Kipu on yleensä lyhytaikaista, ohimenevää ja ajoittaista. Tavallisesti se on vaaratonta ja helpottuu, kun potilaalle annetaan huomiota, hänen asentoaan muutetaan ja hänelle annetaan kipulääkitystä. Kovinta kipu on kolmena ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 71.)

Kivun hoito tuottaa haasteita hoitotyössä. Kivuista tulisi päästä eroon potilaan hyvää oloa tavoiteltaessa. Tutkimukset kivusta ovat lisääntyneet lääketieteessä kahden viime vuosikymmenen aikana ja rohkaisseet kiinnittämään huomiota kivunhoidon mahdollisuuksiin. (Hyypä, Latva- Mäenpää, Manninen, Myllymäki, Salo & Vallejo Medina 1997, 279.) Kivunhoidon järjestäminen kokonaisuutena ja potilaan yksilöllisyyden huomioiminen kipua hoidettaessa ovat tärkeämpiä kuin yksittäinen lääke tai kivunhoidon tekniikka (Kontinen & Hamunen 2015, 1922).

4.1 Kivun hoitaminen farmakologisilla menetelmin

Tavoitteita kivun lääkehoidossa ovat tehokas kivun lievitys sekä vähäiset haittavaikutukset. Monimuotoisessa kivunhoidossa yhdistetään useita kivunhoitoon vaikuttavia lääkkeitä ja annostelureittejä. Tämä mahdollistaa sen, että voidaan käyttää pienempiä annoksia heikentämättä kivunhoitoa. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 199.)

Hyvän lääkityksen tarkoituksena on edistää potilaan parantumista mahdollisimman vähillä kiputuntemuksilla. Kipulääkettä vähennetään asteittain, potilaan vointia ja kiputuntemuksia seuraten (Sailo & Varti 2000, 123). Kipulääkkeen annostelun jälkeen kipu mitataan uudestaan ja arvioidaan kipulääkkeen vaikutus. Jos vaikutus ei ole riittävä, suunnitellaan jatkotoimia kivun lievittämiseksi. Erityisryhmiin, kuten lasten ja iäkkäiden lääkehoito poikkeaa aikuispotilaista ja kivun mittaaminen voi olla haastavampaa. (Kontinen & Hamunen 2015, 1926, 1922.)

Leikkauksen jälkeinen kipu on voimakkuudeltaan hyvin vaihtelevaa, mutta yleensä lyhytkestoista. Liian voimakas kipu aiheuttaa potilaalle paitsi henkistä niin myös fysiologisia häiritteitä. Anestesiologien tavoitteena onkin taata mahdollisimman tehokas kivunlievitys potilaalle ilman komplikaatioita. Kivunhoito kuuluu jokaiselle potilaan hoitoketjuun osallistuvalla ammattiryhmällä sekä eri erikoisalojen välillä (Kotinen & Hamunen 2015, 1927). Suomessa leikkauspotilaat ovat haastattelututkimuksissa kertoneet hyväksyvänsä tietyn määrän kipua normaalina ilmiönä leikkauksen jälkeen. Potilaat myös vierastivat tehokkaisiin menetelmiin liittyviä riskitekijöitä. (Kalso & Vainio 2002, 222.)

Tavallisimmin leikkauksen jälkeistä kipua hoidetaan yhdistelemällä erityyppisiä lääkkeitä. Pienen leikkauksen jälkeen valitaan joko tulehduskipulääke tai parasetamoli. Mikäli niiden teho ei riitä, niihin voidaan yhdistää heikko opioidi kuten dekstropropoksifeeni, kodeiini tai tramadoli. (Salomäki & Nuutinen 1998.)

Opioidin tai jotain puudutustekniikkaa käytetään yleensä voimakkaan kivun hoidossa. Kipua voidaan hoitaa paikallisesti traumakohdassa, selkäydintasolla ja aivojen kipumekanismiin vaikuttamalla. Yhdistämällä eri vaikutuspaikkoihin kohdistuvia hoitoja voidaan kipua lievittää erittäin tehokkaasti. (Salomäki & Nuutinen 1998.)

4.1.1 Tulehduskipulääkkeet

Yleisimmin käytettyjä kipulääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet. Ne lievittävät tehokkaasti tulehdusta, kipua ja kuumetta. Tulehduskipulääkkeitä käytetään lievän tai keskivaikean kudonvauriokivun hoitoon sekä tulehduksen että turvotuksen lievittämiseen (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 118). Tuki- ja liikuntaelinperäiset kivut, kuukautiskivut, päänsärky, hammassärky sekä leikkauksen jälkeinen kipu ovat tyypillisiä tulehduskipulääkkeiden käyttöaiheita. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 110.)

Postoperatiivisessa kivunhoidossa tulehduskipulääkkeitä pidetään haittavaikutuksista huolimatta suhteellisen turvallisina käyttää. Anestesia- ja analgesia-erikoislääkärin tehtävänä onkin arvioida tulehduskipulääkkeiden hyödyt ja riskit suunnitellessaan potilaan yk-

silöllistä kipulääkitystä. Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita leikkauskivun lievittäjiä, ja ne soveltuvat lievien ja kohtalaisten kiputilojen hoitoon. Tulehduskipulääkkeitä pidetään perioperatiivisen kivunhoidon perustana, ja niitä käytetään yhdessä opioidien ja puudutusten kanssa. Tällöin lääkkeiden kipua lievittävää tehoa voidaan parantaa, yksittäisten lääkkeiden annoksia pienentää ja siten vähentää lääkkeiden haitallisia vaikutuksia. Ne vähentävät erityisesti opioidien tarvetta ja toisaalta tehostavat niiden vaikutusta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 372.)

Tulehduskipulääkkeiden merkittävimmät haittavaikutukset kohdistuvat ruuansulatuskanavaan, verenkiertoelimistöön sekä munuaisiin. Ruuansulatuskanavan limakalvoilla estyy luonnollinen suojausmekanismien toiminta, sekä verenvuototaipumus lisääntyy. Tulehduskipulääkkeiden vaikutuksesta munuaisten verenkierto voi vähentyä, sekä astmasta sairastavat voivat saada keuhkoputkien supistusreaktion. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013,119.)

4.1.2 Parasetamoli

Parasetamolilla on kuumetta alentava ja kipua lieventävä vaikutus, mutta se ei vaikuta tulehdusreaktioon. Parasetamolia käytetään lievän ja keskivaikean kudosaivuriosta johtuvan kivun hoitoon samoissa käyttöaiheissa kuin tulehduskipulääkkeitäkin. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 115.)

Parasetamolin selkeä ero tulehduskipulääkkeisiin on parasetamolin vaikutus keskushermostossa, kun taas tulehduskipulääkkeillä ääriosien anti-inflammatorinen vaikutus on merkittävä. Parasetamolia voidaan antaa yhdessä opioidien kanssa, ja annettaessa parasetamolia laskimonsisäisesti voidaan opioidin tarvetta vähentää tulehduskipulääkkeiden tapaan. Parasetamolilla on vähäinen vaikutus munuaisten toimintaan ja diureesiin, joten lääkevalmiste on erityisen sopiva ikäänntyneiden kivunhoidossa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 372.)

Parasetamolia voidaan myös annostella esilääkkeen tavoin ennen leikkausta (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 115).

4.1.3 Opioidit

Tehokkaimpia kipulääkkeitä, joita meillä on käytössä, ovat opioidit. Niitä käytetään vaikeiden akuuttien kipujen ja leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon sekä synnytyskivun ja syövästä johtuvien kipujen hoitoon. Niitä voidaan käyttää myös muiden kuin syövästä johtuvien kroonisten kipujen hoitoon. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 116.)

Opioidit estävät kivun välttymistä aivoissa ja selkäytimessä. Kivun lievittymisen lisäksi, opioidit vähentävät ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta sekä saavat potilaalle aikaan hyvän olon tunteen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 372.) Vahvoja opioideja ovat alfentaniili, fentanyyli, morfiini, oksikodoni, petidiini, remifentaniili sekä sufentaniili. Keskivahva opioidi on buprenofiini sekä heikkoja opioideja ovat tramadoli sekä kodeiini. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 116.)

Opioidien tavallisimpia haittavaikutuksia ovat hengityslama, suolilama sekä ummetus, pahoinvointi, kutina ja ihottuma, sappikoliikki, lihasjäykkyys sekä keuhkoputkien supistuminen. Opioideja annostellaan pääsääntöisesti laskimoon, epiduraalisesti, intrakateeraalisesti, ihon alle, lihakseen, suun kautta sekä laastarina. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 116.)

4.1.4 Puudutteet

Kipua, joka syntyy isojen ja kivuliaiden leikkausten jälkeen, voidaan hoitaa tehokkaasti lisäämällä tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin ja opioidin yhdistelmään spinaalinen (epiduraalinen tai subaraknoidaalinen) analgesia tai hermokudospuudutus. Puudutteen infiltroiminen ihoon tai johtopuudutus tehostaa kivunlievitystä ja sillä vähennetään kipulääkkeiden tarvetta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 73.)

Spinaalinen kivunlievitys tehostaa erityisesti liikkeen (yskiminen, liikkuminen) aiheuttaman kivun lievitystä. Tämä takaa potilaan aikaisemman jalkeille pääsyn ja postoperatiiviset hengityskomplikaatiot vähenevät, kun kivuttomuus mahdollistaa hyvän hengittämisen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 73.)

Potilaalla on myös mahdollisuus saada PCA- laite (tutummin kipupumppu), jonka avulla hän annostelee itse opioidinsa. Täten hän saa hyvin yksilöllisen kivunlievityksen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 73.)

4.2 Kivun hoitaminen ei-farmakologisin menetelmin

Kipua voidaan hoitaa lääkehoidon lisäksi, myös lääkkeettömän kivunhoidon avulla. Tämä on potilaslähtöistä ja edullista. Lääkkeetön kivunhoito ei kuitenkaan korvaa potilaan lääkehoitoa. (Hovi 2000, 124.) Moni potilas haluaa kuitenkin nykyään kokeilla muitakin hoitomenetelmiä kuin lääkehoitoa. Potilaille on usein myös omia keinoja, joita kannattaa kokeilla tai kehottaa potilasta käyttämään, mikäli ne eivät aiheuta vahinkoa toimenpidealueelle. (Sailo & Vartti 2000, 124.)

Kivunhoitoon onkin tarjolla useita eri vaihtoehtoja. Silti, kivunhoito on useiden potilaiden kohdalla huonoa. Ward (2014, 110) toteaaakin tutkimuksessaan, että kasvavat vuotuiset kirurgiset toimenpiteet tekevät hoitajien taidoista arvioida ja hallita postoperatiivista kipua merkittävän terveydenhuollon huolenaiheen.

4.2.1 Asentohoito

Asentohoidon toteutus tapahtuu muuttamalla potilaan asentoa usein ja kehottamalla potilasta itseään liikuttelemaan raajoja, käsiä ja jalkoja vointinsa mukaan. Potilaan asentoa voidaan tukea tyynyillä, joita asetetaan selän taakse, polvitaipeden, nilkkojen ja kyynärvarsien alle. Tarpeen vaatiessa, potilas voidaan asettaa myös kylkiasentoon. Tärkeintä on saada mahdollisimman rento asento leikkausalueelle. Mitä rennompi olo potilaalla on, sitä kauemmin kipu pysyy poissa ja parantuminen edistyy. Potilasta voidaan myös kehottaa liikuttelemaan raajoja sekä oikaisemaan itseään, jotta hengittäminen ei olisi raskasta. (Sailo & Vartti 2000, 124.)

Tärkeää on tarkistaa myös vuodevaatteiden tila: lakanat tulee oikaista, kuin myös yllä oleva pyjama tai avopaita. Samalla voidaan poistaa kiristävät vaatekappaleet ja painavat peitteet, tarvittaessa voidaan asettaa vuodekaari. (Sailo & Vartti 2000, 124.)

Asentohoito helpottaa potilaan lihasjännitystä sekä parantaa hänen verenkiertoon. Asentohoidolla voidaan myös ehkäistä ihopainaumien ja makuuhaavojen syntymistä. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 203.)

4.2.2 Lämpöhoidot

Lämpöhoitoja on tarjolla kahta erilaista: pinta- ja syvälämpöhoitoja (Kalso & Vainio 2002, 203).

Esimerkkejä pintalämpöhoidoista ovat lämpöpakkaukset, parafiinikylvyt ja lämpölamput. Niiden vaikutus kohdistuu lähinnä ihoon, syvemmälle kudoksiin vaikutus on lievä. Vaikutus syntyy ruumiin oman lämmönsäätelymekanismin kautta, kun lisääntyvä verenkierto tasaa lämmön. Vaivan laatu ja potilaan yksilöllinen tapa reagoida lämpöön vaikuttavat annosteluun. Annostelu tapahtuukin lähinnä potilaan subjektiivisten tuntemusten kautta. Tavallisimmin pintalämpöhoitoja käytetään hieronnan, liikehoitojen ja vetohoitojen esihoitona. Hoitojen tavoitteena on lihasten rentoutuminen ja nivelsiteiden venyvyyden lisääntyminen. (Kalso & Vainio 2002, 203.)

Syvälämpöhoitoja ovat lyhytaaltohoito, mikroaaltohoito ja ultraäänihoito. Hoidon tavoitteena on paikallinen analgesia, verenkierron vilkastuminen, kudosten venyvyyden lisääntyminen ja lihasten rentoutuminen. Lyhytaaltohoitoa käytetään esihoitona ennen liike- tai vetohoitoa mm. traumojen jälkitiloissa. (Kalso & Vainio 2002, 203.)

Lämpöhoitoa annetaan 20–30 minuuttia kerrallaan (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 203).

4.2.3 Kylmähoidot

Pinnallista kylmäkäsitelyä käytetään vähentämään verenkiertoa, hidastamaan kudosten aineenvaihduntaa ja laukaisemaan spastista lihasjännitystä (Kalso & Vainio 2002, 204). Kylmähoidoissa voidaan käyttää kylmägeeliä, jääpusseja ja viileitä pyyhkeitä (Sailo & Vartti 2000, 125).

Kylmägeeli levitetään iholle, ei haavaan. Geeli antaa viilentävän ja puuduttavan tunteen, mutta se ei kuitenkaan ole puudutusaine. (Sailo & Vartti 2000, 125.)

Jääpusseja käytetään turvotuksen laskemiseen. Hoitajan tulee huolehtia, että pussin kylmyys säilyy, ja että pussi vaihdetaan tarpeeksi usein. Potilas osaa harvoin itse arvioida riittävän kylmyyden. (Sailo & Vartti 2000, 125.)

Viileät pyyhkeet ovat erittäin hyvä keino lievittää turvotusta ja kipua. Tämä on hellävarainen tapa ja sitä on mahdollisuus käyttää jokaisella osastolla, jos muut kylmähoidot puuttuvat. (Sailo & Vartti 2000, 125.)

Kylmähoito nostaa kipukynnystä sekä vähentää turvotusta ja tulehdusreaktiota, kylmähoitoa annetaan 20–30 minuuttia kerrallaan (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 203).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaiset valmiudet sairaanhoitajilla on kivunhoitoon postoperatiivisessa hoitotyössä. Tarkoituksena oli myös tutkia, osaavatko hoitajat tunnistaa kiputilat ja arvioida potilaiden kipua oikein. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla sairaanhoitajien kivunhoidon valmiuksia postoperatiivisessa hoitotyössä voidaan parantaa.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia keinoja sairaanhoitajat käyttävät postoperatiivisen kivun tunnistamiseen?
2. Miten sairaanhoitajat arvioivat potilaiden kipuja?
3. Millaiset valmiudet sairaanhoitajilla on eri osastoilla hoitaa postoperatiivista kipua?
4. Millä keinoilla kivunhoitoa voitaisiin tehostaa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen teoria perustuu alan kirjallisuuteen, tutkimuksiin sekä pro graduihin. Lähteet koostuvat kivunhoidosta, erilaisista kiputyypeistä, kivun lääkehoidosta sekä farmakologisista että ei-farmakologisista menetelmistä ja kivun hoidon etiikasta.

Seuraavaksi kerrotaan miten tutkimuksen prosessi eteni, tutkimusetiikasta, miten tutkimus toteutettiin sekä anonymiteetista.

6.1 Työn prosessi ja kustannukset

Tutkimukseen osallistui kaksi Vaasan keskussairaalan kirurgista vuodeosastoa. Vastaajina olivat osastojen sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat saivat itse valita osallistuvatko kyselyyn vai eivät. Vastaajia oli 21.

Tutkimus oli kvantitatiivinen, mutta mukana oli myös avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeet olivat puolistrukturoituja lomakkeita, joita työntekijät täyttivät mahdollisuuksien mukaan työpäivänsä aikana. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä. Lomakkeissa pyrittiin arvioimaan mahdollisimman kattavasti, kuinka sairaanhoitajat kokivat kivunhoidon onnistuvan jokapäiväisessä työssään. Lomakkeet palautettiin osastolla olevaan laatikkoon, jotka haettiin lokakuun puolella välissä pois osastoilta. Tutkimukseen osallistuville osastoille ei koitunut mitään kuluja tutkimuksesta.

6.2 Tutkimusetiikka

Tutkimukseen osallistuville kerrottiin, että osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavien osastojen sairaanhoitajien oli mahdollista myös kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Heille myös selvisi, että tutkimukseen osallistumisesta ei palkita, eikä kieltäytymisestä aiheudu ongelmia. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt saivat myös keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218, 219.) Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 219) kertovat kirjassaan, että tutkittavan on tiedettävä omat oikeutensa

kieltäytyä tutkimuksesta, tutkimuksen tulosten säilyttämisestä sekä tulosten julkaisusta.

Kyselylomakkeet tulostettiin tutkimusta tekevien johdosta tutkimukseen osallistuville osastoille. Kyselylomakkeet olivat kolme viikkoa osastoilla. Tulokset analysoitiin marraskuun ja joulukuun aikana SPSS-ohjelmalla sekä sisällönanalyysillä. Puolistrukturoidut kyselylomakkeet tuhottiin paperisilppurilla. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että tutkimustulokset ilmestyvät toukokuun aikana. Osastojen pyynnöstä, tulokset voidaan esittää vierailemalla kyseisillä osastoilla.

6.3 Anonymiteetti

Kyselylomakkeet sai täyttää anonymisti. Tutkimustietoa ei luovuteta kenellekään prosessiin kuulumattomalle. SPSS-analyysin ja sisällönanalyysin jälkeen tutkimustulokset on siirretty tietokoneelle, jossa ne säilytetään salasanalla suojatussa kansiossa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksessa oli 18 kysymystä. Kysymyksistä 14 oli strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä, 1 puolistrukturoitu kysymys ja 3 avointa kysymystä. Kysymykset olivat vastaajan ikä, sukupuoli, kokemus alalla ja koulutus, kipumittareiden käyttö, helpottaako kipumittarin käyttö kivun arviointia, kipumittarin helppokäyttöisyys, kipua arvioidessa kivun sijainnin, keston ja tyyppin huomioonottaminen, potilaan omat kiputunteukset, potilaassa tapahtuneet fysiologiset muutokset ja niiden luotettavuus kivun arvioinnissa, mistä fysiologisista muutoksista päättelet kivun esiintymisen, muita kivunhoitokeinoja lääkehoidon lisäksi, potilaan arvio kivusta lääkkeenannon jälkeen, onko tarpeeksi aikaa tulkita ja hoitaa potilaan kipua, yhteistyö työpaikalla, lisäkoulutus kivun suhteen, millaista lisäkoulutusta haluaisi sekä miten sairaanhoitajana kehittäisit kivunhoitoa osastollasi. (Liite 2.)

Strukturoidut kysymykset ja niiden vastausvaihtoehdot oli toteutettu viisiportaisella (1-5) Likert-asteikolla. Vastausvaihtoehtoina oli: 1 = täysin eri mieltä, 2= jonkin verran eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jonkin verran samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä. Vastaajien määrä oli yhteensä (n=21), joista kaksi vastauslomaketta hylättiin. Vastausprosentti oli 52,5 %.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kysymyksiin vastanneista eniten oli naisia (85,7 %) ja miehiä (4,8 %). Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 9,5 %) oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. (Taulukko1.)

Taulukko 1. Vastaajien sukupuoli

	Lukumäärä	Prosentti
Nainen	18	85,7
Mies	1	4,8
Ei vastannut kysymykseen	2	9,5
Yhteensä	21	100,0

Vastaajien ikärakenne jakautui seuraavasti: vastanneista 33,3 % kuului ikäryhmään 20–29 vuotta tai 30–39 vuotta. Vastaajista 19 % kuului ikäryhmään 50–59 vuotta. Pienin ryhmä oli 40–49 vuotta (4,8 %). Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 9,5 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Vastaajien ikä

	Lukumäärä	Prosentti
20-29	7	33,3
30-39	7	33,3
40-49	1	4,8
50-59	4	19,0
Ei vastannut kysymykseen	2	9,5
Yhteensä	21	100,0

Kysymykseen vastanneista suurin osa eli 33,3% oli työskennellyt alalla 0-5 vuotta. Vastaajista 23,8% oli työskennellyt 10-15 vuotta alalla. 14,3% vastaajista oli työskennellyt alalla joko 6-9 vuotta tai yli 20 vuotta. Pienin ryhmä oli 16-20 vuotta alalla työskennelleet (4,8%). Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 9,5 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kokemus alalla

	Lukumäärä	Prosentti
0-5	7	33,3
6-9	3	14,3
10-15	5	23,8
16-20	1	4,8
yli 20	3	14,3
Ei vastannut kysymykseen	2	9,5
Yhteensä	21	100,0

Kyselyyn vastanneista suurin osa (71,4 %) oli käynyt ammattikorkeakoulun ja 19 % oli käynyt opistotasoisesta koulutuksesta. Yksi vastaajista oli käynyt molemmat. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 9,5 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Koulutus

	Lukumäärä	Prosentti
Opisto	4	19,0
AMK	15	71,4
Ei vastannut kysymykseen	2	9,5
Yhteensä	21	100,0

7.2 Kipumittarit ja niiden käyttö

Osastolla A suurin osa vastaajista käyttää kipumittareita usein (45,5 %) ja 36,4 % vastaajista käyttää kipumittareita joskus. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 9,5 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Kipumittareiden käyttö osastolla A

	Lukumäärä	Prosentti
Usein	5	45,5
Joskus	4	36,4
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Osastolla B oli vastaajien kesken enemmän vaihtelevuutta. Puolet vastanneista eli 50 % vastasi käyttävänsä usein kipumittareita. 30 % vastaajista kertoi käyttävänsä kipumittareita joskus. Yksi kyselyyn vastaajista (10 %) kertoi, että ei koskaan käytä kipumittareita. Tutkimukseen osallistuneista yksi (n=1, 10 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kipumittareiden käyttö osastolla B

	Lukumäärä	Prosentti
Usein	5	50,0
Joskus	3	30,0
En koskaan	1	10,0
Ei vastannut kysymykseen	1	10,0
Yhteensä	10	100,0

Osastolla A enemmistö (45,5 %) vastaajista oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että kipumittareiden käyttö helpottaa kivun arviointia. 27,3 % vastaajista oli jonkin verran eri mieltä siitä, että kipumittareiden käyttö helpottaa kivun arviointia. 9,1 % vastaajista oli täysin samaa mieltä. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Kipumittareiden käyttö kivun arvioinnissa osastolla A

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran eri mieltä	3	27,3
Jonkin verran samaa mieltä	5	45,5
Täysin samaa mieltä	1	9,1
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Myös osastolla B suurin osa vastaajista (60 %) vastasi olevansa jonkin verran samaa mieltä siitä, että kipumittareiden käyttö kivun arvioinnissa helpottaa kivun arviointia. 10 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Jonkin verran eri mieltä asiasta oli 10 % vastaajista. Myös täysin eri mieltä oli 10 % vastaajista. Tutkimukseen osallistuneista yksi (n=1, 10 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Kipumittareiden käyttö kivun arvioinnissa osastolla B

	Lukumäärä	Prosentti
Täysin eri mieltä	1	10,0
Jonkin verran eri mieltä	1	10,0
Jonkin verran samaa mieltä	6	60,0
Täysin samaa mieltä	1	10,0
Ei vastannut kysymykseen	1	10,0
Yhteensä	10	100,0

Osastolla A jonkin verran samaa mieltä kipumittarin helppokäyttöisyydestä oli suurin osa vastaajista (45,5 %). Täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 18,2 %. Jonkin verran eri mieltä oli vastaajista 18,2 %. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymyksen. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Kipumittarin helppokäyttöisyys, osasto A

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran eri mieltä	2	18,2
Jonkin verran samaa mieltä	5	45,5
Täysin samaa mieltä	2	18,2
Ei vastannut kysymyksen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Toisin kuin osastolla A, osastolla B jopa 40 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että kipumittareita on helppo käyttää. Toiset 40 % vastaajista vastasi olevan jonkin verran samaa mieltä siitä, että kipumittareita on helppo käyttää. Ei samaa eikä eri mieltä oli 10 % vastanneista. Tutkimukseen osallistuneista yksi (n=1, 10 %) jätti vastaamatta kysymyksen. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Kipumittarin helppokäyttöisyys, osasto B

	Lukumäärä	Prosentti
Ei samaa eikä eri mieltä	1	10,0
Jonkin verran samaa mieltä	4	40,0
Täysin samaa mieltä	4	40,0
Ei vastannut kysymyksen	1	10,0
Yhteensä	10	100,0

Osastolla A potilaan kipua arvioidessaan vastaajista 72,7 % ottaa kipua arvioidessaan huomioon kivun sijainnin, keston ja minkä tyyppistä kipu on. Jonkin verran samaa mieltä vastasi 9,1 % vastaajista. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Potilaan kivun arviointi osastolla A

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran samaa mieltä	1	9,1
Täysin samaa mieltä	8	72,7
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

OsastoB:n tulokset ovat samankaltaiset kuin osastolla A. 60 % vastaajista huomioi kipua arvioidessaan kivun sijainnin, keston ja minkä tyyppistä kipu on. Jonkin verran samaa mieltä oli 30 % vastaajista. Tutkimukseen osallistuneista yksi (n=1, 10 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Potilaan kivun arviointi osastolla B

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran samaa mieltä	3	30,0
Täysin samaa mieltä	6	60,0
Ei vastannut kysymykseen	1	10,0
Yhteensä	10	100,0

Osastolla A suurin osa vastaajista 72,7 % kysyy potilaalta itseltään tämän kiputunteuksista. Jonkin verran samaa mieltä oli 9,1 % vastaajista. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Potilaan kiputunteusten arviointi osastolla A

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran samaa mieltä	1	9,1
Täysin samaa mieltä	8	72,7
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Myös osastolla B enemmistö (80 %) vastaajista kysyy potilaan kipua arvioidessaan tämän omista kiputunteuksista. Jonkin verran samaa mieltä oli 10 % vastaajista ja täysin eri mieltä 10 % vastaajista. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Potilaan kiputunteusten arviointi osastolla B

	Lukumäärä	Prosentti
Täysin eri mieltä	1	10,0
Jonkin verran samaa mieltä	1	10,0
Täysin samaa mieltä	8	80,0
Yhteensä	10	100,0

7.3 Fysiologiset muutokset

Osastolla A suurin osa (45,5 %) kyselyyn vastanneista oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että potilaassa tapahtuneet fysiologiset muutokset ovat luotettavia mittareita kivun arvioinnissa. Poiketen osasto B:n tuloksista, osasto A:lla täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 27,3 % vastanneista. Jonkin verran eri mieltä väitteen kanssa oli 9,1 %. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Fysiologiset muutokset, osasto A

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran eri mieltä	1	9,1
Jonkin verran samaa mieltä	5	45,5
Täysin samaa mieltä	3	27,3
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Osastolla B oltiin samoilla linjoilla osasto A:n kanssa. 90 % vastanneista oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että potilaassa tapahtuneet fysiologiset muutokset ovat luotettavia mittareita postoperatiivisen kivun arvioinnissa. 10 % vastanneista oli jonkin verran eri mieltä väitteen kanssa. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Fysiologiset muutokset, osasto B

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran eri mieltä	1	10,0
Jonkin verran samaa mieltä	9	90,0
Yhteensä	10	100,0

7.3.1 Sairaanhoidajien näkemys fysiologisista muutoksista

Tutkimuksessa sairaanhoitajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, mistä fysiologisista muutoksista he päättelivät kivun esiintymisen. Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista suurin osa vastasi päättelevänsä potilaan kivun esiintymisen potilaan olemuksessa tapahtuvissa muutoksissa. Vastauksissaan he painottivat potilaan omaa kokemusta kivusta sekä potilaan kuuntelemista, koska kivun kokeminen on yksilöllistä. Vastauksissa oli myös kivun aiheuttamia reaktioita, kuten hikoilu ja jännittyneisyys.

”Potilaan liikehdintä”

”Pitää kuunnella potilasta, kivun kokeminen yksilöllistä”

Toiseksi eniten vastattiin verenkiertoelimistöön liittyviä muutoksia. Vastaajat olivat kertoneet pulssin kohoamisen sekä verenpaineen laskun tai nousun viittaavaan kipuun. Myös virtsanmäärä löytyi vastauksista.

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat vastasivat myös hengityselimistöön liittyvien muutosten viestivän kipua.

7.4 Kivunhoitokeinot

Kysymys oli monivalintakysymys. Tutkimukseen osallistuneista 45,9 % käyttää asentohoitoa kivunhoitokeinona lääkehoidon lisäksi. 25 % käyttää kylmähoitoa. 15,6 % vastaajista valitsi itse täytettävän vaihtoehdon. He vastasivat kyseiseen kohtaan seuraavasti: kävely, kylmägeeli, hieronta, potilaan omat toiveet sekä hengityksestä muistuttamisen. Lämpöhoito valitsi 6,3 % vastaajista. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 6,3 %) jätti vastaamatta kysymyksen. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Muut kivunhoitokeinot.

	Lukumäärä	Prosentti
Kylmähoito	8	25,0
Lämpöhoito	2	6,3
Asentohoito	15	46,9
Muu, mikä?	5	15,6
Ei vastannut kysymykseen	2	6,3
Yhteensä	32	100,0

Osastolla A täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli suurin osa vastanneista (63,6 %). 18,2 % vastanneista oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että lääkkeen annon jälkeen, potilasta pyydettiin arvioimaan kipuaan uudelleen. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Kivun uudelleen arviointi, osasto A

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran samaa mieltä	2	18,2
Täysin samaa mieltä	7	63,6
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Myös osastolla B suurin osa vastanneista (70 %) oli täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Jonkin verran samaa mieltä oli 20 % vastanneista. Tutkimukseen osallistuneista yksi (n=1, 10 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Kivun uudelleen arviointi, osasto B

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran samaa mieltä	2	20,0
Täysin samaa mieltä	7	70,0
Ei vastannut kysymykseen	1	10,0
Yhteensä	10	100,0

7.5 Sairaanhoidajien aika ja yhteistyö muun henkilökunnan kanssa osastolla

Osastolla A 72,7 % vastaajista oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että heillä on tarpeeksi aikaa tulkita ja hoitaa potilaan kipua. 9,1 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä väitteen kanssa. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Sairaanhoidajien aika, osasto A

	Lukumäärä	Prosentti
Ei samaa eikä eri mieltä	1	9,1
Jonkin verran samaa mieltä	8	72,7
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Osastolla B 40 % vastaajista oli jonkin verran samaa mieltä siitä, että heillä on tarpeeksi aikaa tulkita ja hoitaa potilaan kipua. Osastolla B useampi vastaaja (40 % vastanneista) ei ollut samaa eikä eri mieltä väitteen kanssa, kun taas osastolla A tätä mieltä oli 9,1 %.. Vastaajista 10 % oli jonkin verran eri mieltä väitteen kanssa. Tutkimukseen osallistuneista yksi (n=1, 10 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Sairaanhoidajien aika, osasto B.

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran eri mieltä	1	10,0
Ei samaa eikä eri mieltä	4	40,0
Jonkin verran samaa mieltä	4	40,0
Ei vastannut kysymykseen	1	10,0
Yhteensä	10	100,0

Osastolla A suurin osa (36,4 %) vastaajista koki olevansa jonkin verran eri mieltä siitä, että yhteistyö esim. lääkäreiden ja fysioterapeuttien kanssa toteutuu hyvin. 18,2 % vastaajista ei ollut väitteen kanssa samaa eikä eri mieltä. Vastaajista jonkin verran samaa mieltä oli 9,1 % väitteen kanssa. Täysin samaa mieltä oli 9,1 %. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 22.)

Taulukko 22. Yhteistyön toteutuminen, osasto A

	Lukumäärä	Prosentti
Täysin eri mieltä	1	9,1
Jonkin verran eri mieltä	4	36,4
Ei samaa eikä eri mieltä	2	18,2
Jonkin verran samaa mieltä	1	9,1
Täysin samaa mieltä	1	9,1
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Vastausten perusteella voidaan päätellä, osastolla B yhteistyö toimii paremmin kuin osastolla A. Osastolla B jopa 60 % vastaajista oli väitteen kanssa jonkin verran samaa mieltä. 20 % vastaajista koki olevansa ei samaa eikä eri mieltä siitä, että yhteistyö esim. lääkäreiden ja fysioterapeuttien kanssa toteutuu hyvin. 10 % oli jonkin verran eri mieltä väitteen kanssa. Tutkimukseen osallistuneista yksi (n=1, 10 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 23.)

Taulukko 23. Yhteistyön toteutuminen, osasto B

	Lukumäärä	Prosentti
Jonkin verran eri mieltä	1	10,0
Ei samaa eikä eri mieltä	2	20,0
Jonkin verran samaa mieltä	6	60,0
Ei vastannut kysymykseen	1	10,0
Yhteensä	10	100,0

7.6 Lisäkoulutus ja kivunhoidon kehittäminen

Osastolla A 72,7 % haluaisi lisäkoulutusta ja 9,1 % ei. Tutkimukseen osallistuneista kaksi (n=2, 18,2 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 24.)

Taulukko 24. Lisäkoulutus, osasto A

	Lukumäärä	Prosentti
Kyllä	8	72,7
Ei	1	9,1
Ei vastannut kysymykseen	2	18,2
Yhteensä	11	100,0

Osastolla B myös enemmistö (50 %) vastaajista haluaisi lisäkoulutusta, mutta, toisin kuin osastolla A, jopa 40 % vastanneista vastasi kieltävästi. Tutkimukseen osallistuneista yksi (n=1, 10 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 25.)

Taulukko 25. Lisäkoulutus, osasto B

	Lukumäärä	Prosentti
Kyllä	5	50,0
Ei	4	40,0
Ei vastannut kysymykseen	1	10,0
Yhteensä	10	100,0

7.6.1 Lisäkoulutuksen laatu

Tutkimuksessa kysyttiin avoimella kysymyksellä, minkälaista lisäkoulutusta sairaanhoitajat haluaisivat kivunhoidon suhteen. Eniten lisäkoulutusta toivottiin lääkehoidon suhteen. Vastanneet sairaanhoitajat haluaisivat lisää tietoa uusista kipulääkkeistä, enemmän tietoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja mitä lääkettä tulisi antaa minkälaiseen kipuun, ettei aina annettaisi vahvimpia. Myös eri potilasryhmien lääkehoidosta haluttaisiin lisää koulutusta. Eräs vastaaja haluaisi myös farmaseutin opastusta ilman, että tarvitsee kysyä.

”Sellaista missä käydään läpi yleisimmät kipulääkkeet, vahvuudet, maksimimäärät”

”Uusista lääkkeistä (kipulääkkeet)”

Osa vastanneista toi vastauksissaan ilmi henkilökunnan lisäkoulutuksen tarpeen. Pari vastaajista haluaisi päivittää omia tietojaan kivunhoidon suhteen sekä yksi toivoisi ylläpitävää koulutusta. Sairaanhoitajien kouluttamisen lisäksi, vastauksissa pohdittiin lääkärin lisäkoulutuksen tarvetta. Lisäkoulutusta haluttaisiin myös erilaisista kivunhoidon muodoista.

”Ehkä lääkärit tarvitsisi lisäkoulutusta”

”Erilaisista kivunhoidon muodoista”

”Ylläpitävää koulutusta”

Vastauksissa tuli ilmi myös halu oppia uusia menetelmiä kivunhoidossa. Sairaanhoitajat olivat vastanneet haluavansa koulutuksia vaihtoehtoisten kivunhoito muotojen sekä toivovansa kunnollisia luentoja eri vaihtoehdoista. Uusista kivunlievityksistä toivottiin myös koulutuksia. Vastanneista yksi oli kaikelle avoin ja ilmoitti kaiken käyvän.

”Kunnollisia luentoja eri vaihtoehdoista”

7.7 Kivunhoidon kehittäminen osastoilla

Tutkimuksessa kysyttiin avoimella kysymyksellä, miten sairaanhoitajat kehittäisivät kivunhoitoa osastolla. Tutkimukseen vastanneet sairaanhoitajat kehittäisivät kivunhoitoa osastollaan panostamalla ajankäyttöön ja koulutukseen. Vastaajat toivoivat enemmän osastotunteja sekä koulutuksia kivunhoidosta. Sairanhoitajat toivoivat myös kirjallisia ohjeita kivunhoidosta, jotka voisi potilaille antaa kotiin. Sairanhoitajat toivoivat myös enemmän aikaa potilaille ja kuntoutukseen.

”Kivunhoidon kirjallinen ohje potilaiden kotiin”

”Enemmän aikaa kuntoutukselle (liikkumiselle)

Tutkimuksessa tuli ilmi myös toive lääkäreiden osallistumisesta hoitoon sekä kivunhoitoon. Vastaajat toivoivat lääkäreiden määräävän tarpeeksi kipulääkettä, että sairaanhoitajan ei tarvitsisi soittaa perään kun potilas on kipeä. Vastauksissa tuli ilmi myös se, että kirurgien osallistuminen ja heidän kannanottonsa kivunhoitoon ei ole riittävä. Kehitysideana vastattiin myös syöpäkivun hoitoon liittyvä koulutus.

”Kirurgien osallistuminen ja heidän kannanotto kivunhoitoon ei riittävä”

”Lääkärit määräävät tarpeeksi kipulääkettä, että sairaanhoitajan ei tarvitse soittaa perään kun potilas on kipeä”

Vastauksissa tuli ilmi myös kipumittareiden kehittäminen. Sairanhoitajan halusivat paremmat mittarit ja enemmän puhetta aiheesta (VAS koetaan potilaille vaikeaselkoiseksi). Kipumittareiden käyttöönotto nostettiin myös esiin.

”Paremmat mittarit (VAS on oikeasti potilaille vaikeaselkoinen), enemmän puhetta asiasta”

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien valmiuksia kivunhoidossa ensimmäisinä postoperatiivisina hoitopäivinä kirurgisilla vuodeosastoilla. Tutkimuksessa käytettiin strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien valmiudet kivunhoitoon ensimmäisinä postoperatiivisina päivinä kysymällä kipumittareiden toimivuudesta ja käytöstä, kivun arvioinnista, muista kivunhoitokeinoista, yhteistyöstä sekä lisäkoulutuksesta.

Tutkimustulosten perusteella tutkittavien osastojen sairaanhoitajat käyttivät postoperatiivisen kivun tunnistamiseen kipumittaria. Kipumittarin käyttö koettiin helpoksi tutkittavilla osastoilla ja molemmilla osastoilla koettiin kipumittarin käytön helpottavan jonkin verran kivun arviointia. Tulosta voidaan pitää kohtalaisena, sillä kipumittarin säännöllinen käyttö antaa vertailukelpoisen tuloksen kivunhoidon toteutumisesta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 372.) Molemmilla osastoilla noin kolmasosa sairaanhoitajista vastasi käyttävänsä kipumittaria joskus.

Suurin osa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista koki kipumittarin käytön helpottavan kivun arviointia. Kuitenkin kolmasosa osaston A sairaanhoitajista oli jokseenkin eri mieltä, että kipumittari helpottaisi kivun arviointia. Vastaavasti osaston B sairaanhoitajista viidesosa ei kokenut kipumittarin helpottavan kivun arviointia.

Molemmilla osastoilla suurin osa sairaanhoitajista koki kipumittarin olevan helpokäyttöinen. Viidesosa osaston A hoitajista vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä kipumittarin helpokäyttöisyydestä, kun taas osastolla B kymmenesosa vastaajista ei ollut samaa tai eri mieltä väittämän kanssa.

Tutkimuksissa on kuitenkin todettu VAS-mittarin olevan käytännöllinen kivun arvioinnissa helpokäyttöisyytensä vuoksi (Sailo & Varti 2000, 130). Avoimissa kysymyksissä pyydettiin hoitajia omin sanoin kertomaan kivunhoidon kehittämisestä. Osa hoitajista kertoi VAS-mittarin olevan vaikeaselkoinen potilaille, ja näin ollen kipumittareita tulisi kehittää. Bijurin ym. (2001, 1153) tutkimuksessa todet-

tiin VAS-mittarin olevan luotettava mittari sekä akuutin että kroonisen kivun mittaamiseen.

Tutkittavien osastoiden sairaanhoitajista valtaosa huomioi kipua arvioidessaan kivun sijainnin, keston sekä minkä tyyppistä kipu on. Potilaan ollessa kivuton levossa, voi kuitenkin liikkumiseen liittyä kipua joka voi ilmetä esimerkiksi syvään hengittämisen vaikeutena tai vuoteesta nousemisen ongelmallisuutena. Tämän vuoksi on tärkeää arvioida kipua sekä liikkeessä että levossa. (Kontinen & Hamunen 2015, 1922). Kuitenkin Wickströmin ym. (2008, 2049) tutkimuksessa todettiin, että 40 % tutkimukseen osallistuneista hoitajista ei käyttänyt kivun arvioinnissa VAS-mittaria, eivätkä he arvioineet potilaan kipua erikseen levossa että potilaan liikkuesssa.

Kipua arvioidessaan lähes kaikki kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat kysyvät potilaalta itseltään tämän kiputuntemuksista. Toisella tutkittavalla osastolla kymmenesosa vastaajista ei kuitenkaan kysy potilaalta itseltään tämän kiputuntemuksista. Kuitenkin Kontisen ja Hamusen (2015, 1921–1922) artikkelissa todetaan, potilaan kyetessä itse puhumaan, kivun arvioiminen onnistuu parhaiten kysymällä tai esimerkiksi VAS-asteikkoa käyttämällä. Ulkopuolinen henkilö arvioi kipua vain siinä tapauksessa, jos potilas ei itse pysty puhumaan.

90 % osaston B sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että potilaassa tapahtuneet fysiologiset muutokset ovat luotettavia mittareita postoperatiivisen kivun arvioinnissa. Vastaavasti alle puolet osaston A sairaanhoitajista oli sitä mieltä että fysiologiset muutokset potilaan voinnissa ovat luotettavia mittareita kivunhoidossa. Fysiologisia muutoksina mainittiin esimerkiksi verenpaineen kohoaminen, potilaan väri, liikehdintä sekä hengitysfrekvenssi sekä saturaatio. Sailo & Varti (2000, 123) toteavat, että potilaan fyysiset oireet tulee huomioida kipua arvioidessa. Verenpaineen nousu, ihon väri sekä potilaan käyttäytyminen voivat kertoa kivusta.

Suurin osa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista käyttää kivunhoidon keinona lääkehoidon lisäksi asentohoitoa, toiseksi suosituin vaihtoehto oli kylmähoito. Muina kivunhoitokeinoina mainittiin esimerkiksi hieronta, kylmägeeli sekä potilaan omat toiveet. Kivunhoidon järjestäminen kokonaisuutena ja potilaan yksilöl-

lisyyden huomioiminen kipua hoidettaessa ovat tärkeämpiä kuin yksittäinen lääke tai kivunhoidon tekniikka (Kontinen & Hamunen 2015, 1922).

Kyselyyn vastanneista valtaosa pyytää potilasta arvioimaan kipuaan uudelleen kipulääkkeen annon jälkeen. Kipulääkkeen annostelun jälkeen kipu mitataan uudestaan ja arvioidaan kipulääkkeen vaikutus. Jos vaikutus ei ole riittävä, suunnitellaan jatkotoimia kivun lievittämiseksi. (Kontinen & Hamunen 2015, 1922.)

Osastolla A suurin osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että heillä on tarpeeksi aikaa arvioida potilaan kipua. Alle kymmenesosa vastaajista koki, ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa arvioida potilaan tilaa. Osaston B sairaanhoitajista suurin osa koki, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa tulkita ja hoitaa potilaan kipua. Idvall ym. (2002, 332) tutkimuksessa arveltiin hoitajien arvioivan potilaiden kipua lievemmäksi juuri sen vuoksi, että hoitajat kokivat ajan riittämättömäksi hoitaa potilaiden kipua, tai he eivät olleet varmoja, kuinka toimia.

Kolmasosa vastaajista osastolla A koki yhteistyön sujuvaksi muiden ammattiryhmien kanssa. Kuitenkin suurin osa vastaajista oli tyytymätön yhteistyöhön esimerkiksi lääkäreiden ja fysioterapeuttien kanssa. Osastolla B yli puolet vastaajista kertoi yhteistyön sujuvan hyvin muiden ammattiryhmien kanssa. Kolmasosa vastaajista koki, ettei yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa suju. Kotisen ja Hamusen (2015, 1927) artikkelissa todetaan, että kivunhoito kuuluu jokaiselle potilaan hoitoketjuun osallistuvalla ammattiryhmällä sekä eri erikoisalojen välillä.

Tutkittavilla osastoilla suurin osa vastaajista kaipasi lisäkoulutusta kivunhoidon suhteen. Eniten lisäkoulutusta kaivattiin lääkehoitoon ja eri erityisryhmien kivunhoitoon. Erityisryhmien, kuten lasten ja iäkkäiden lääkehoito poikkeaa aikuispotilaista ja kivun mittaaminen olla haastavampaa. (Kotinen & Hamunen 2015, 1926).

Kivunhoidon kehittämisestä osastolla vastaajat saivat kirjoittaa vapaasti. Kehitysehdotuksina mainittiin esimerkiksi lisää aikaa potilaiden kuntouttamiseen. Lääkäreitä toivottiin myös osallistuvan kivunhoitoon aktiivisemmin. Osastoilla koettiin myös tarvetta lisäkoulutukseen. Hoitohenkilökunnalle tulee järjestää säännöllisesti koulutusta kivunlievityksestä. Potilaan kivunhoidon tulisi olla moniammatillista

sekä hyvin järjestettyä, esimerkiksi eri ammattiryhmien vastuualueiden tulee olla selkeästi määritelty. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Molemmilla tutkittavilla osastoilla yli puolet vastaajista haluaisi lisäkoulutusta kivunhoidon suhteen. Lisäkoulutusta haluttaisiin eniten lääkehoidon suhteen, muun muassa tietoa uusista lääkkeistä sekä eri potilasryhmien kivunhoidosta. Osastoilla haluttaisiin myös henkilökunnan lisäkoulutusta ja uusien menetelmien esiintuontia kivunhoidossa.

Tutkimuksen perusteella, kehitysehdotuksia kivunhoidon suhteen olisi vastanneiden sairaanhoitajien mielestä lääkäreiden osallistuminen sekä potilaan kivunhoito. Vastanneiden sairaanhoitajien kehitysideana olisi myös parempi ajankäyttö ja kouluttautuminen. Heidän mielestään myös kipumittareiden käyttöönotossa olisi kehitettävää.

8.1 Oma pohdinta

Tutkimusta tehdessä meille on käynyt yhä selvemmin ilmi kivunhoidon tärkeys sekä se, että sairaanhoitajilla on parhaat mahdolliset valmiudet huolehtia kivunhoidon toteutumisesta. Hyvä ja laadukas kivunhoito takaa sen, että potilaalle jää miellyttävä mielikuva hoidosta sekä tunne siitä, että sosiaali- ja terveysalalla on työnsä osaavia ihmisiä.

Tutkimuksesta saadut tulokset eivät yllättäneet meitä vaan vastasivat odotuksimme. Kirurgisilla osastoilla on totuttu hoitamaan kipua ja sairaanhoitajat tietävät mitä tekevät. He tietävät mitä seurata kipua tarkkaillessa ja osaavat hyödyntää kipumittareita työssään. Tutkimus osoittaa, että he tietävät miten tärkeää kivun hoitaminen on.

Tutkimuksessa tuli ilmi myös kehitysideoita kivunhoitoon. Mielestämme on hienoa, että sairaanhoitajat ovat valmiita kehittämään kivunhoitoa osastoillaan ja olimme myös tyytyväisiä siihen, että he olivat valmiita käymään lisää koulutuksia kivunhoidon suhteen. Tällainen asenne on tärkeää hoitotyössä, koska uutta tietoa

ja taitoa tulee koko ajan lisää. Tämän takia on tärkeää olla valmis ottamaan se vastaan.

Tutkimuksen ansiosta myös me osaamme nyt kehittää kivunhoidon valmiuksiamme ja tiedämme enemmän kivunhoidosta. Aihe on ollut mielenkiintoinen ja sitä on ollut mukava tutkia.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 189) mukaan tutkimuksen luotettavuutta kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia (validity) ja reliabiliteettia (reliability). Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti puolestaan viittaa tulosten pysyvyyteen.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleisiä luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Niihin on myöhemmin lisätty myös totuusarvo, sovellettavuus, kiinteys ja neutraalisuus. (Kankkunen ym. 2013, 197.)

Luotettavuutta pyrittiin varmistamaan erilaisin keinoin. Tutkimuksen alussa hankittiin taustatietoa aiheesta ja päätettiin tärkeimmät käsitteet tutkimusta koskien. Aineisto kuvaa kahden kirurgisen osaston sairaanhoitajien valmiuksia kivunhoidossa ensimmäisinä postoperatiivisina hoitopäivinä.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkittavien pieni lukumäärä. Strukturoituihin kysymyksiin vastattiin paremmin kuin avoimiin kysymyksiin. Tähän on saattanut vaikuttaa se, että kyselylomakkeet toteutettiin vain suomeksi ja näin ollen ruotsinkieliset sairaanhoitajat jättivät vastaamatta kyselyyn. Pienestä otosmäärästä johtuen, tuloksia ei voida yleistää.

8.2 Jatkotutkimusaiheet

Hyvä jatkotutkimusaihe olisi VAS- mittareiden tutkiminen potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajien mielestä VAS on potilaille vaikeaselkoinen. Kuitenkin useat tutkimukset ovat olleet tästä väittämästä eri

mieltä ja näiden tutkimusten mukaan VAS on potilaille helpoin taopa kertoa kipunsa.

Toinen hyvä jatkotutkimusaihe olisi tutkia sairaanhoitajien valmiuksia kivunhoidossa eri erikoisalojen potilasryhmissä.

LÄHTEET

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2013. Viitattu 27.1.2016.

http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Bijur, P., Silver, W. & Gallagher J. 2001. Reliability of the Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. *Academic emergency medicine*, 8, 12, 1153-1157.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B. & Unsson, M. 2002. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care* 11. 327-334.

Hovi, S-L. 2000. Kipua kokevan syöpäpotilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Hyypä, E., Latva-Mäenpää, S., Manninen, K., Myllymäki, L., Salo, H. & Vallejo Medina, A. 1997. Sisätauti-kirurgisen hoitotyön perusteet. 1 p. WSOY.

Ilola, T., Heikkinen K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Kaarlola, A. Larmila, M. Lundgren-Laine, H. Pyykkö, A. Rantalainen, T. Ritmala-Castrén, M. 2010. Teho- ja valvontatyön opas. Tallinna: Kolofon Baltico OÜ. (Kustannus Oy Duodecim.)

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Jyväskylä. Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kolettas, A., Lazaridis, G., Baka, S., Mpoukovinas, I., Karavasilis, V., Kioumis, I., Pitsiou, G., Papaiwannou, A., Lampaki, S., Karavergou, A., Pataka, A., Machairiotis, N., Katsikogiannis, N., Mpakas, A., Tsakiridis, K., Fassiadis, N., Zarogoulidis, K. & Zarogoulidis, P. 2015. Postoperative pain management. *Journal of Thoracic Disease* 7, 1, 62-72.

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Duodecim.

Lauritsalo, P. 2003. Sairaanhoidaja kivunhoidon kehittäjänä. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopistopaino.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Mackintosh, C. 2007. Assesment and managment of patients with post-operative pain. Nursing Standard 22, 5, 49-55.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Sailo, E. & Vartti, A-M. 2000: Kivunhoito. Tampere. Tammer-Paino Oy.

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

Salomäki, T. & Nuutinen, L. 1998. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 114, 16, 39-47.

Terveysthuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisuja. 2011. S. 7. Koivuranta-Vaara, P. (toim.). Suomen kuntaliitto. Helsinki. Viitattu 26.1.2016. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

Vaajoki, A. & Haatainen, K. 2014. Kivunhoito näkyviin ammattikorkeakoulujen uudistuvassa opetussuunnitelmassa. Tutkiva hoitotyö 12, 3, 45-46.

Ward, C. 2014. Procedure- Specific Postoperative Pain Management. Medsurg Nursing 23, 2, 107-110.

Wikström, K., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F. & Sjöström B. 2008. Post-operative pain management – the influence of surgical ward nurses. Journal of Clinical Nursing, 17, 2042-2050.

SAATEKIRJE

Arvoisa Sairaanhoitaja,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulusta, valmistumme keväällä 2016. Opinnäytetyömme aiheena on sairaanhoitajien valmiuden postoperatiivisessa kivunhoidossa.

Kyselyn tavoitteena on kartoittaa eri osastojen sairaanhoitajien valmiuksia tunnistaa, hoitaa ja arvioida postoperatiivista kipua. Sairaanhoitajilla on tärkeä rooli kivunhoidossa ja kivunhoidon kehittäminen on tärkeä osa hyvää potilashoitoa. Keräämme aineiston kyselylomakkeella Vaasan keskussairaalan osastoilta.

Kyselylomakkeet ovat nimettömiä ja luottamuksellisia. Lomakkeet tullaan hävittämään tulosten analysoinnin jälkeen asianmukaisesti. Tulokset tullaan julkistamaan niin, ettei yksittäinen vastaaja erotu joukosta.

Toivomme Teidän vastaavan kyselyymme ja palauttavan kyselylomakkeen suljetuun laatikkoon, jonka tuomme osastollenne. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Noudamme laatikot kolmen viikon kuluttua siitä, kun olemme toimittaneet ne osastollenne. Kyselyyn vastaaminen vie n. 10 minuuttia.

Kerätyt ja analysoidut tulokset tullaan toimittamaan lyhyessä koosteessa osastollenne.

Kiitos jo etukäteen vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin,

Tuovi Maajärvi
e1300831@edu.vamk.fi
Tiina Ylimäki
e1300063@edu.vamk.fi

Ohjaava opettaja:
Suvi Kallio
suvi.kallio@vamk.fi

KYSELYLOMAKE

Ikäanne?

- 20–29 v.
- 30–39 v.
- 40–49 v.
- 50–59 v.
- 60-

Sukupuoli?

- Nainen
- Mies

Kokemus alalla?

- 0-5v.
- 6-9v.
- 10-15v.
- 16-20v.
- Yli 20v.

Koulutuksenne?

- Opisto
- AMK

Potilaan kipua arvioidessani käytän kipumittareita (esim. VAS, VRS)?

- Usein
- Joskus
- En koskaan

Helpottaako kipumittarin käyttö kivun arviointia?

- Täysin eri mieltä
- Jonkin verran eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jonkin verran samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Mielestäni kipumittaria on helppo käyttää?

- Täysin eri mieltä
- Jonkin verran eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jonkin verran samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Potilaan kipua arvioidessani otan huomioon kivun sijainnin, kivun keston ja min-
kä tyyppistä kipu on?

- Täysin eri mieltä
- Jonkin verran eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jonkin verran samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Potilaan kipua arvioidessani kysyn potilaalta itseltään kiputuntemuksista?

- Täysin eri mieltä
- Jonkin verran eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jonkin verran samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Potilaassa tapahtuneet fysiologiset muutokset ovat mielestäni luotettavia mittareita postoperatiivisen kivun arvioinnissa.

- Täysin eri mieltä
- Jonkin verran eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jonkin verran samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Mistä fysiologisista muutoksista päättelet kivun esiintymisen?

Mitä muita kivunhoitokeinoja käytän lääkehoidon lisäksi?

- Kylmähoito
- Lämpöhoito
- Asentohoito
- Muu, mikä? _____

Lääkkeen annon jälkeen, pyydän potilasta arvioimaan kipuaan uudelleen.

- Täysin eri mieltä
- Jonkin verran eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jonkin verran samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Koen, että minulla on tarpeeksi aikaa tulkita ja hoitaa potilaan kipua.

- Täysin eri mieltä
- Jonkin verran eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jonkin verran samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Koetko yhteistyön esim. lääkäreiden ja fysioterapeuttien kanssa toteutuvan hyvin työpaikallasi?

- Täysin eri mieltä
- Jonkin verran eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jonkin verran samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

Haluaisitko lisäkoulutusta kivunhoidon suhteen?

- Kyllä
- En

Minkälaista lisäkoulutusta haluaisit kivunhoidon suhteen?

Miten sairaanhoitajana kehittäisit kivunhoitoa osastollasi?

Sisällönanalyysi

	MISTÄ FYSIOLOGISISTA MUUTOKSISTA PÄÄTTELET KIVUN ESIINTYMISEN?	
ALKUPERÄINEN ILMAUS	ALAKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Verenpaine koholla. Pulssi koholla. Matala verenpaine. Virtsanmäärä.	Verenkiertoelimistö	
Potilaan vointi Potilaan oma kokemus kivusta Kasvojen ilmeet Potilaan liikehdintä Jännittyneisyys Pitää kuunnella potilasta, kivun kokeminen yksilöllistä Ilme Itkeminen Levoton Tuijottava katse Silmien sulkeminen Väri Kivun paikan näyttäminen Kylmänhikinen Sekava Potilas tyytymätön Potilas monitorisesti levoton Hikoilu Tajunnantason lasku	Potilaan olemus	Fysiologiset ja psyykkiset muutokset potilaan voinnissa.
Hengitysfrekvenssi Hengitys Saturaatio	Hengityselimistö	

	MINKÄLAISTA LISÄKOULUTUSTA HALUAISIT KIVUNHOIDON SUHTEEN?	
ALKUPERÄINEN ILMAUS	ALAKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
<p>”Vaikeiden” potilasryhmien kivunhoito (esim. sekavat vanhukset, huumeiden väärinkäyttäjät). Uusista lääkkeistä (kipulääkkeet). Lääkkeiden yhdistämistä. Sellaista missä käydään läpi yleisimmät kipulääkkeet, vahvuudet, maksimimäärät. Farmaseutin opastusta ilman, että tarvitsee kysyä. Enemmän tietoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Mitä antaa minkälaiseen kipuun, ettei aina vain anneta vahvimpia opiaatteja, jos muustakin olisi apua. Vanhusten kivunhoito.</p>	Lääkehoito.	
<p>Ehkä lääkärit tarvitsisi lisäkoulututusta. Ylläpitävää koulutusta. Erilaisista kivunhoidon muodoista. Päivittää aika ajoin tietojani. Omien tietojen päivittämistä kivunmenetelmien suhteen.</p>	Henkilökunnan lisäkoulutus.	Henkilökunnan tietojen ja taitojen kehittäminen.
<p>Vaihtoehtoiset kivunhoidon muodot. Kunnollisia luentoja eri vaihtoehtoista. Kaikki käy. Uusia kivunlievityksiä.</p>	Uudet menetelmät kivunhoidossa.	

	MITEN SAIRAANHOITAJANA KEHITTÄISIT KIVUNHOITOA OSASTOLLASI?	
ALKUPERÄINEN ILMAUS	ALAKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Lääkärit määräävät tarpeeksi kipulääkettä, että sairaanhoitajan ei tarvitse soittaa perään kun potilas on kipeä. Kirurgien osallistuminen ja heidän kannanotto kivunhoitoon ei riittävä. Syöpä kivun hoito.	Tarpeenmukaiset lääkemääräykset.	
Paremmat mittarit (VAS on oikeasti potilaille vaikeaselkoinen), enemmän puhetta asiasta. Kipumittarit käyttöön. Paremmat ohjeet Intrassa. Saatavana pitäisi olla kirjallista potilasinfoa, jonka potilaille antaa Kivunhoidon kirjallinen ohje potilaiden kotiin.	Kipumittarit ja ohjeet.	Kivunhoidon välineet.
Enemmän osastotunteja/ koulutuksia kivunhoidosta. Koulutuksia. Enemmän henkilökuntaa = enemmän aikaa potilaille. Enemmän aikaa kuntoutukselle (liikkumiselle)	Ajankäyttö ja koulutukset.	