

Marika Niskanen, Timo Peltola

Potilasohjauksen toteutuminen leikkauksen jälkeisessä kivunhoitotyössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyö

Opinnäytetyö

20.3.2015

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Marika Niskanen ja Timo Peltola Potilasohjauksen toteutuminen leikkauksen jälkeisessä kivunhoitotyössä 25 sivua + 1 liite Maaliskuu 2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Liisa Montin, TtT, sh, lehtori
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla, kuinka sairaanhoitaja toteuttaa leikkauksen jälkeistä kivunhoitotyöhön liittyvää potilasohjausta. Tavoitteena on, että työn tuloksia voidaan hyödyntää kivunhoitotyön kehittämisessä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisin menetelmin. Aineisto kerättiin strukturoidusti havainnoimalla tilanteita, joissa sairaanhoitaja antoi potilasohjausta kivun hoidossa tai arvioi potilaan kipua kirurgisella vuodeosastolla. Aineisto kerättiin elokuussa 2014. Havainnoitavat asiat perustuivat HUS:n kivunhoitotyön care bundle -ohjeistukseen. Saatu aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Havainnoituja tilanteita oli 99.</p> <p>Potilasohjausta annettiin jossain muodossa noin 40 prosentissa (n=99) tapauksista. Kivusta kysyttiin potilaalta noin puolessa havainnoituista tilanteista. Kipumittarin käytön ohjaus ja sen käyttö kivun arvioinnissa oli harvinaisempaa. Kipua ei systemaattisesti arvioitu levossa ja liikkeessä. Myös lääkkeenannon jälkeistä kivun uudelleenarviointia tapahtui verrattain harvoin. Potilaan ilmoitukseen kivusta ei aina reagoitu.</p> <p>Havainnointien perusteella kipumittarin käyttö ei ollut säännöllistä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Potilasohjaus sisälsi puutteita, joiden vuoksi sairaanhoitajien kivunhoidollinen lisäkoulutus voisi olla tarpeen. Vuodeosastolla pitää noudattaa sairaalan care bundle -ohjeistusta, jonka toteutumista kliinisessä hoitotyössä pitää arvioida säännöllisin väliajoin.</p>	
Avainsanat	postoperatiivinen kipu, potilasohjaus, kivunhoitotyö, kivun arviointi, havainnointi

Authors Title Number of Pages Date	Marika Niskanen and Timo Peltola Patient Education on a Surgical Ward: Pain Assessment and Management 25 pages + 1 appendix March 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of our final project was to chart how registered nurses educated patients in pain assessment and management. The aim was to utilise the results of this final project to improve pain assessment and management.</p> <p>This final project was implemented by quantitative methods. Data of this final project were collected by observation on a surgical ward in South Finland. The situations where registered nurses educated patients in pain management or assessed the postoperative pain of patients were observed by using an observational checklist. The observed behaviour were based on a new care bundle recommended by The Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Finland. The data were gathered in August 2014, and it was analysed statistically.</p> <p>Patient education in some form was realised in 39 per cent of the cases. In 51 per cent of the observed situations, registered nurses asked about the pain. The use of a pain rating scale and how to assess the pain were more rare (9 %) to happen. The pain was not systematically assessed at rest or during movement. The re-assessment of pain were observed to happen quite rarely after the administering of pain medication (21 %). The registered nurses working on the surgical ward did not react every time when a patient told about pain.</p> <p>The results lead to the conclusion that the use of pain rating scale was not regular in post-operative pain management on a surgical ward. Patient education was insufficient, too. Therefore, we would like to point out the need for additional education in pain assessment and management. The results may also indicate the lack of common guidelines in patient education related to postoperative pain management. The realisation of the recommended pain management tools in clinical nursing environments should be assessed and developed regularly.</p>	
Keywords	postoperative pain, patient education, pain management, pain assessment, observation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Potilasohjaus leikkauksen jälkeisessä kivunhoitotyössä	2
2.1	Kipu ja postoperatiivinen lyhytkestoinen kipu	2
2.2	Kivun arviointi ja kivunhoito	3
2.3	Ohjaus hoitotyössä	4
2.3.1	Erialaisten taustatekijöiden huomioiminen	5
2.3.2	Ohjausmenetelmät	7
2.3.3	Ohjaus kivunhoitotyössä	7
3	Aikaisemmat tutkimustulokset	8
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	10
5	Aineiston keruu ja analyysi	10
5.1	Aineistonkeruumenetelmä	10
5.2	Aineistonkeruu	11
5.3	Aineiston analysointi	12
6	Tulokset	13
7	Pohdinta	14
7.1	Tulosten pohdinta aikaisemman tutkimustiedon valossa	14
7.2	Luotettavuuden pohdinta	18
7.3	Eettisyyden pohdinta	20
8	Yhteenveto ja kehittämissuhteet	22
Liitteet		
Liite 1. Aineistonkeruulomake		

1 Johdanto

Monet potilaat joutuvat kokemaan kirurgisen toimenpiteen jälkeistä lyhytkestoista kipua sairaalassaoloaikanaan, vaikka käytettävissä olisi tehokkaita menetelmiä kivunhoitoon. Hoitamattomaksi jäänyt kipu hidastaa paranemista. Akuuttiin kipuun liittyy myös suolen toiminnan lamaantumista, virtsaummen mahdollisuus ja hormonaalisten stressivasteiden ilmeneminen. Hyvällä lyhytkestoisen kivun lievityksellä voidaan mahdollistaa potilaan liikkeellelähtö jo varhain ja täten parantaa hoidon tuloksia. (Salanterä – Heikkinen – Kauppila – Murtola – Siltanen 2013: 3.) Kivun asianmukaisella hoidolla voidaan nopeuttaa toipumista, parantaa potilaan vointia ja tehostaa hengitysfunktiota, vähentää sydän- ja verenkiertoelimistöön kohdistuvaa räsitusta sekä ehkäistä terveydenhuollon kustannuksia (Iivanainen – Jauhiainen – Syväoja 2010: 500).

Epäonnistunut kivunhoito kirurgisen toimenpiteen jälkeen voi aiheuttaa kivun pitkittymistä. Leikkauksen aiheuttama akuutti kipu pitkittyy 10–50 prosentilla potilaista, ja osalle näistä kehittyy vaikeahoitoinen krooninen kiputila. Hoitamattomana pitkään jatkunut kipu aikaansaa kipuratojen toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia, joita voidaan ehkäistä akuutin kivun tehokkaalla hoidolla. (Salanterä ym. 2013: 3.)

Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, sekä muista hoitoon merkityksellisesti liittyvistä seikoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3, 5.) Vuosittain Suomessa tehdään yli 400 000 toimenpidettä, joihin liittyy kipua — mikä tekee kivunhoidosta terveydenhuollon keskeisiä tehtäviä. Kivun arviointimenetelmien ja hoitovaihtoehtojen valinnan, käytön ja arvioinnin tuleekin perustua tutkittuun tietoon sekä vankkaan kliiniseen kokemukseen hyvän kivunhoidon mahdollistumiseksi. (Salanterä ym. 2013: 3.) Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu puutteita esimerkiksi kivun arviointiin liittyen: sairaanhoitajat aliarvioivat merkittävästi kaikkia potilaiden kivun ulottuvuuksia (Sloman – Rosen – Rom – Shir 2005: 125–132).

Tässä työssä kuvaillaan kirurgisen potilaan kivunhoitotyön toteutumista sairaanhoitajan antamaan potilasohjaukseen keskittyen. Kyseessä on HUS/HYKS operatiivisen tulosyksikön työelämälähtöinen opinnäytetyöaihe.

2 Potilasohjaus leikkauksen jälkeisessä kivunhoitotyössä

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat kipu, kivunhoitotyö, potilasohjaus, kirurginen toimenpide, postoperatiivinen lyhytkestoinen kipu ja kivun arviointi.

2.1 Kipu ja postoperatiivinen lyhytkestoinen kipu

Kansainvälinen kipututkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun seuraavasti: ”epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein (Estlander 2003: 12).” Kipu on kokemuksena tuttu jokaiselle ihmiselle — kipu on ruumiillista kärsimystä. Kivun hoito tapahtuu lääketieteellisen tiedon viitekehityksessä, tiedon tasolla. Kivun pystyy luokittelemaan sen neurofysiologisen mekanismin mukaan. Filosofinen pohdinta kipuun liittyen käsittelee muun muassa sitä, miten ihmisellä on edellytyksiä ymmärtää toisen kipua. Kivusta ei voi olla mielikuvaa, vaan kivun tajuaminen vaatii sen omakohtaista kokemista. Sen aiheuttajia voi ymmärtää, mutta primaaristi ymmärtämisen edellytyksiä kivulle ei juuri ole. (Vainio 2009: 12, 21.)

Kivun voimakkuuteen sekä syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat jännittyneisyys, pelko, aikaisemmat kipukokemukset, kudostulehdus, leikkausviillon sijainti sekä toimenpiteen laatu. Useat ortopediset leikkaukset ovat varsin kivuliaita. Mikäli luukalvoa on käsitelty, kipu on vieläkin voimakkaampaa. Potilas kokee kipua esimerkiksi leikkaushaavan tai dreenin aiheuttamana, hankalasta olosta tai lihasten kipeytymisestä johtuen sekä nostamiseen ja kääntämiseen liittyen. (Iivanainen ym. 2010: 498–500.)

Lääketieteen alana kirurgialla tarkoitetaan sairauksien, vammojen sekä kasvaimien ja epämuodostumien hoitamista leikkauksen avulla. Kirurgisen toimenpiteen toteuttaminen vaatii potilaan kudoksen vaurioittamista, jotta toimenpide voidaan suorittaa. Kirurgisena toimenpiteenä voidaan tehdä esimerkiksi avohaava, tähystys ja

poltto. Leikkauksessa syntyneet vauriot voivat aiheuttaa muun muassa kipua, verenvuotoa, turvotusta ja kuumetta. (Salanterä ym. 2013: 6.)

Leikkauskivun kokeminen johtuu aiheutetusta kudosaivuriosta, joka saa aikaan nosiseptoreiden stimulaation ja informaation kulkeutumisen keskushermostoon. Kivun kokemukseen vaikuttavat lisäksi potilaan varhaisemmat muistikuvat ja kipukokemukset sekä emotionaaliset ja affektiiviset tekijät, kuten ahdistus, masennus, pelko tai jännittyneisyys. Näistä syistä johtuen potilaiden kokemukset kivusta vaihtelevat suuresti. Esimerkiksi masennuksen ja ahdistuksen tunteet leikkausta edeltävästi lisäävät postoperatiivisen kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta. (Hamunen – Kalso 2009: 280.)

Postoperatiivinen kipu on voimakkuudeltaan tuskin tuntuvasta kivusta täysin sietämättömään kipuun. Kipu on yleensä kovinta kolmena ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. (Iivanainen ym. 2010: 499.) Lyhytkestoinen kipu, joka on hyvin hoidettu, tukee hengitystoimintaa ja edistää kudosten hapettumista, mikä vähentää komplikaatioiden esiintyvyyttä (Salanterä ym. 2013: 6).

2.2 Kivun arviointi ja kivunhoito

Kipua arvioidaan erilaisissa tilanteissa sekä säännöllisesti että tarvittaessa. Arvioitaessa kipua potilaalta kysytään kivun laatua ja sijaintia sekä havainnoidaan potilaan kipukäyttäytymistä. Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kipua arvioidaan havainnoimalla potilaan kipukäyttäytymistä. (Salanterä ym. 2013: 12.) Kasvojen ilmeet, ääntely, kivun ilmaisu sanallisesti ja liikkeet kuuluvat kipukäyttäytymisen kokonaisuuteen (Kalso ym. 2009: 21).

Potilas on kipunsa paras kuvaaja, eikä kivun kokemista voida mitata objektiivisesti. Kivun kuvaamisessa potilas voi kuitenkin käyttää kipusanastoa (VRS, *verbal rating scale*) tai erilaisia kipujanoja. Kipujanon käyttöä tulisi opettaa potilaalle. (Iivanainen ym. 2010: 499.) Käytettäessä havainnointimittareita kivun arviointi perustuu toistuvasti samoihin kriteereihin, jolloin yksittäiset arviointikerrat ovat keskenään verrannollisia (Salanterä ym. 2013: 12). Numeeriset kivun voimakkuuden asteikot ovat tarkempia kivun kuvaamisessa kuin sanalliset. Numeerinen asteikko (NRS, *numeric rating scale*) kuvaa potilaan kipua asteikolla 0-10 (kivuton - pahin mahdollinen kipu). VAS, eli *visual analogue scale*, on 10 cm pitkä jana, jonka toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toiseen

suuntaan mentäessä kuvaa kivun kovenemista. (Iivanainen ym. 2010: 499–500.) Kasvoasteikkoa (FPS, *faces pain scale*) käytettäessä potilas valitsee kasvokuvista ilmeen, joka kuvaa parhaiten tuntemansa kivun voimakkuutta. Kasvoasteikkoa on suosittu erityisesti lasten ja iäkkäiden kivun mittaamisessa. (Chuang – Wu – Lin – Hsieh 2013: 130.) Potilasasiakirjoihin laitetaan merkintä potilaan valitsemasta kipumittarista. Samaa kipumittaria käytetään koko hoitajakson ajan. (Salanterä ym. 2013: 12.) Kipumittarit soveltuvat tutkimusten mukaan vaihtelevasti eri potilasryhmille. Esimerkiksi ortopedisille potilaille VRS-kipumittari saattaa soveltua paremmin kuin VAS-kipujanahan käyttö (Briggs – Closs 1999: 443). NRS vaikuttaisi soveltuvan laajasti eri potilasryhmille (Farrar – Young Jr. – LaMoreaux – Werth – Poole: 155). Kasvoasteikkoa on käytetty myös aivohalvauspotilaiden kivun arviointiin yhdistettynä numeeriseen kipumittariin (NPRS, *numerical pain rating scale*), ja yhdistelmän luotettavuus on todettu myös tieteellisessä tutkimuksessa (Chuang ym. 2013: 136).

Vaaraton kipu häviää silloin kun potilas itse tai hoitajan avustamana vaihtaa asentoa. Vaarallinen kipu taas on äkillistä ja voimakasta ja se lisääntyy jatkuvasti. Tällaista kipua on esimerkiksi akuutti ylävatsakipu sekä rintalastan seudulla oleva kipu. Hoitaja pystyy arvioimaan potilaan kokemaa kipua tämän käyttäytymisestä: potilas voi esimerkiksi käpertyä tiettyyn asentoon tai hän voi olla liikkumaton. Kipu saattaa ilmetä myös ähkimisenä, valittamisena, itkemisenä ja huutamisenä. (Iivanainen ym. 2010: 499–500.)

Potilaan kokema kipu on lähtökohta kivunhoidolle, joka tarkoittaa potilaan kivun lievittämistä hoitotyön keinoin. Kivunhoidon prosessi on pitkälti sairaanhoitajan toteuttamaa ja se tapahtuu potilaan vierellä. Sairanhoitaja hoitaa potilasta ympäri vuorokauden kaikenlaisissa tilanteissa. Säännöllinen kivun arviointi auttaa lääkehoidon toteuttamisessa sekä valitsemaan hoitotyön auttamismenetelmiä, jotka ovat potilaalle sopivia. (Salanterä ym. 2013: 5-6.)

2.3 Ohjaus hoitotyössä

Hoitotyössä ohjauksen tunnistaminen ja tiedostaminen ei ole aina yksinkertaista, sillä käytössä on moninaisia, merkitykseltään epäselviä käsitteitä. Usein käytettyjä synonyymejä ohjaukselle ovat koulutus, kasvatus ja valmennus. Ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan mahdollisuuksia parantaa elämäänsä toivomallaan tavalla. Hoitajan ei tule tarjoilla valmiita ratkaisuja, vaan hänen tehtävänä on tukea

asiakasta, joka on aktiivinen pulman ratkaisija. Keskustelun rakenne on suunnitelmallinen, ja se voi sisältää tiedon antamista etenkin tilanteissa, joissa asiakas ei kykene ratkaisemaan tilannetta. Luonteeltaan ohjaussuhde on tasa-arvoinen ja vuorovaikutteinen. Ollakseen tuloksekasta ohjausta voidaan tarvita useita kertoja. Täsmällisellä kirjaamisella voidaan varmistaa se, että kaikki ohjaukseen osallistuvat ovat tietoisia ohjausprosessin vaiheista ja käsitellyistä asioista. (Kyngäs ym. 2007: 25, 46.)

Ohjaussuhde rakentuu vuorovaikutuksen kautta. Toimivassa ohjaussuhteessa ohjauksen sisältö, tavoitteet ja käytettävät keinot suunnitellaan yhdessä asiakkaan ja hoitajan kesken. Molemmat kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Vuorovaikutus on kaksisuuntaista, kun asiakasta kannustetaan kertomaan taustatekijöistään, odotuksistaan sekä pyrkimyksistään. (Kyngäs ym. 2007: 39–40.) Jos potilas ei usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa, hän kokee olevansa riippuvainen hoitajastaan eikä näin ollen ota vastuuta hoidostaan. Asiakkaalle tulee tarjota mahdollisuus olla eri mieltä ja tehdä halutessaan itsenäisiä, hoitajan mielipiteestä eroavia valintoja. Kun ohjaussuhde on toimiva, asiakas saa kaipaamansa tiedon ja tuen sekä kokee tulleen arvostetuksi. Hänen ymmärryksensä itseään ja tilannettaan kohtaan on lisääntynyt. Asiakkaan ollessa passiivinen hoitajalla on ammattinsa antama pätevyys ja oikeus käydä läpi välttämättömiksi katsomansa perusasiat. Ohjauksella ei kuitenkaan tarkoiteta pelkkää tiedon antamista, sillä se sisältää kaikki sosiaalisen tuen muodot. Asiakkaalle tarjotaan emotionaalista ja käytännön tukea, tiedollista tukea sekä tulkintatukea. (Kyngäs ym. 2007: 41–42.)

Hoitajan tulisi arvioida ohjausta jatkuvasti yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi on tärkeää, että tavoitteista on tehty selkeitä ja konkreettisia. Asiakkaan motivoimiseksi positiivista palautetta tulisi antaa säännöllisesti arvioinnin yhteydessä. Hoitajan ammatillisen kehittymisen kannalta omia ohjaustaitojaan ja ohjauksen toteutumista tulisi myös arvioida säännöllisesti. (Kyngäs ym. 2007: 45.)

2.3.1 Erilaisten taustatekijöiden huomioiminen

Ohjauksen alkutilanteessa vallitsevat tilanne, tunteet ja tavoitteet johtavat ennen pitkää erilaiseen tilanteeseen. Tämä syntyvä, uudentyypinen tilanne on sidoksissa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin. Jotta ohjaustavoitteet saavutettaisiin, sekä asiakkaan että

hoitajan taustatekijät tulisi tunnistaa ja ottaa huomioon. Omien tunteiden, arvojen, ihmiskäsityksen sekä ajattelu- ja toimintatapojen tiedostaminen on hoitajana tärkeää, jotta hän kykenee toimimaan asiakkaan hyväksi. Mikäli taas asiakkaan taustatekijöihin ei kiinnitetä huomiota, ohjaus ei ole yksilöllistä. (Kyngäs ym. 2007: 26–28.)

Hoitajan kannalta haasteita luovat asiakkaiden erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet. Fyysiset tekijät kuten ikä, sukupuoli, sairaudet ja terveydentila vaikuttavat siihen, millaista ohjausta asiakas kaipaa. Rajoittunut näkökyky, fyysiset rajoitteet tai muistihäiriöt ovat esimerkkejä taustatekijöistä, joiden huomioiminen voi olla olennaista ohjauksen onnistumiseksi. Kirurgiset asiakkaat saavat erityyppistä ohjausta pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa, vaikkakin ohjauksen peruseriaatteet pysyvät samoina. Ohjaus vaihtelee myös eri leikkausten välillä. Asiakas voi vältellä ohjausta, olla muistamaton tai kieltää asioita fyysisistä taustatekijöistä johtuen. Vastikään saatu tieto vakavasta sairaudesta voi vaikeuttaa ohjaukseen keskittymistä. Olennaista onkin miettiä, mitkä asiat ovat ensisijaisen tärkeitä käsitellä ja mitkä voidaan jättää myöhemmille ohjaustapaamisille. (Kyngäs ym. 2007: 26, 29–30.)

Tiedon puute rajoittaa päätöksentekoa, ja asiakkaat toivovatkin hoitajalta herkkyyttä antaa tietoa ja ohjeita. Kaikki asiakkaat eivät tunnista tai halua sanoa ohjaustarpeitaan. Tällöin hoitaja auttaa asiakasta tunnistamaan omat tarpeensa. Asiakas tarvitsee riittävästi tilaa tehdä päätöksiä, mutta hoitaja voi auttaa tässä erilaisia kysymyksiä esittämällä. (Kyngäs ym. 2007: 32–35.)

Arvot ja maailmankatsomus vaikuttavat sekä asiakkaalla että hoitajalla siihen, kuinka he suhtautuvat ohjauksessa käsiteltäviin asioihin. Kulttuurista, etninen tausta, sosiaalisuus, uskonnollisuus ja eettisyys vaikuttavat kaikki asiakkaan toimintaan. Hoitajana on olennaista tunnistaa ohjauksen lähtökohdat: mitä ohjaus tarkoittaa, miksi ja miten ohjataan, mikä ohjauksessa on ensisijaista, ja miten vastuu valinnoista jakautuu asiakkaan ja hoitajan välillä. Kulttuuriset ja kielelliset tekijät tulee myös huomioida - vieras äidinkieli voi aiheuttaa turvattomuutta ja estää osallistumasta ohjaukseen tasavertaisesti. (Kyngäs ym. 2007: 31, 35–36.)

Hoitotyön kulttuuri sekä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristö voivat joko tukea tai heikentää ohjaustilannetta. Asiakkaalle ensivaikutelma hoitoyksiköstä luo odotuksia, mutta merkittävin on kuitenkin ohjaukselle varattu tila. Hyvä fyysinen ympäristö on

rauhallinen eikä herätä asiakkaassa negatiivisia tunteita kuten pelkoa. Tilanteen tulisi olla keskeytyksetön ja ohjauksessa tarvittavan materiaalin olisi oltava helposti saatavilla. Huoneen valoisuus ja äänieristys ovat myös tärkeitä. Kiire ja ohjaukseen käytettävän ajan vähyyks vähentävät vuorovaikutusta asiakkaan ja hoitajan välillä. Avoimuus, luottamuksellisuus ja tasavertainen vuorovaikutus luovat hyvän psyykkisen ympäristön ohjaukselle. (Kyngäs ym. 2007: 31, 36–38.)

2.3.2 Ohjausmenetelmät

Oikean ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa ohjauksen päämäärä sekä asiakkaalle sopivimmat keinot omaksua asioita. Useiden eri ohjauskeinojen käyttö on suotavaa ohjauksen vaikuttavuuden lisäämiseksi. Hoitaja auttaa asiakasta tunnistamaan itselle luontaisimmat tavat oppia. Keskeiset asiat tulisi kerrata aina ohjaustilanteen lopuksi. Suullinen ohjaus on yleisin ohjausmenetelmä, sillä vuorovaikutuksella katsotaan olevan iso merkitys. Suullista ohjausta voidaan tukea oheismateriaalien avulla. Asiakkaat arvostavat usein yksilöohjausta ryhmäohjausta enemmän, ja sitä pidetäänkin usein tehokkaimpana menetelmänä. Puhelinohjaus on lisääntynyt viime vuosina, ja sitä suositetaan etenkin päiväkirurgisen toiminnan yhteydessä. Leikkausta edeltävä ohjaus ja leikkauksen jälkeinen seuranta toteutetaan usein puhelinohjauksena. (Kyngäs ym. 2007: 73–74, 119.)

2.3.3 Ohjaus kivunhoitotyössä

Sairaanhoitaja ohjaa potilasta kivun syistä, sen arvioinnista ja hoidosta ja mahdollisista lääkkeiden sivuvaikutuksista. Potilaan kanssa yhdessä valitaan kipumittari (NRS, VAS tai VRS). Potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta kysytään aina kivunlievitysinterventtion jälkeen. Potilaan kipua tulee hoitaa mikäli NRS > 3, VAS > 30 tai VRS > 1. Potilaan kivun sijainti, luonne ja ajallisuus tulee arvioida. Ajallisuudella tarkoitetaan kivun jatkuvuutta, toistuvuutta, ilmenemisajankohtaa ja säännöllisyyttä. Potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta tulee kysyä valitulla kipumittarilla levossa ja liikkeessä vähintään kerran työvuoron (kahdeksan tunnin) aikana. (HUS 2014: 1.) Tutkimuksessa on kuitenkin havaittu, että ohjaus saattoi jopa lisätä potilaan ahdistusta: siksi ohjauksen sisältöön ja määrään on kiinnitettävä huomiota (Lilja – Rydén – Fridlund 1998: 281).

3 Aikaisemmat tutkimustulokset

Tätä työtä varten haettiin aikaisempia tieteellisiä tutkimuksia Medline, Medic, Cinahl ja Ovid Nursing Database -tietokannoista. Aineistoa haettiin hakusanoilla ”assess”, ”pain”, ”postoperative” ja ”nursing”. Suomenkielisestä Medic-tietokannasta haettiin tietoa sanoilla ”kipu”, ”arviointi”, ”hoitaja”, ”postoperatiivinen”, ”hoito” ja ”potilaan ohjaus.” Ajalliseksi rajaukseksi asetettiin tieteellisille tutkimuksille 10 vuotta, ja artikkelin tyyppiä ja relevanttiuden astetta rajoitettiin. Tutkimuksista tuli olla saatavilla sekä tiivistelmä että koko teksti.

Israelilaistutkimuksessa sairaanhoitajat aliarvioivat merkittävästi kaikkia potilaiden postoperatiivisen kivun ulottuvuuksia, mutta kykenivät kuitenkin arvioimaan tarkasti potilaan tyytyväisyyden hoitoon. Hoitajien arviot kivun tunteesta, kipuaistimuksen voimakkuudesta levossa ja liikkeessä, kokonaisvaltaisesta kivun intensiteetistä sekä kivun aiheuttamasta kärsimyksestä potilaalle olivat merkittävästi aliarvioitua suhteessa potilaiden omiin arvioihin. Kulttuurilliset tai etniset tekijät eivät vaikuttaneet merkittävästi kivun arviointiin. Myöskään hoitajien työskentely-ympäristöllä tai heidän koulutuksensa tasolla ei ollut vaikutusta kivun arviointiin. Tutkimustulokset osoittavat tarpeen paremmalle sairaanhoitajien koulutukselle kivun arviointiin liittyen. (Sloman – Rosen – Rom – Shir 2005: 125–132.)

Suomessa tehdyssä leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatuun liittyvässä tutkimuksessa oli tarkoituksena vertailla hoitajien asenteita kivun mittaamiseen ja potilastyytyväisyyttä kahden eri sairaalan neljällä eri vuodeosastolla. Tutkimus toteutettiin potilastyytyväisyyskyselykaavakkein sekä hoitajille suunnattujen asennekyselykaavakkeiden avulla. Toteutunutta kivun mittaamista seurattiin potilaiden kivunhoidon seuranta-kaavakkeista ensimmäisen vuorokauden ajalta. Tiheästi VAS-

asteikolla toteutetuista mittauksista huolimatta lähes 28 prosenttia lonkan tai polven tekonivelleikkaukseen tulevista potilaista oli kokenut kovaa kipua leikkauspäivänä ja yli 39 prosenttia ensimmäisenä postoperatiivisena yönä. Huonoja kokemuksia aiemmista leikkauksen jälkeisistä kivuista omaavat potilaat kärsivät merkittävästi muita useammin voimakkaasta kivusta vielä kolmantenakin leikkauksen jälkeisenä päivänä. Osa potilaista oli kokenut myös kovaa kipua ilman, että se olisi tullut VAS-mittauksissa esiin. Kuitenkin 80 prosenttia tutkimuksessa olleista potilaista oli tyytyväisiä leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon. Hoitajien asenteet kivun mittaamiseen olivat myönteisiä, eikä vuodeosastojen välillä havaittu tässä eroja. Potilastyytyväisyyttä lisäsivät huomaavainen, hyvä hoito sekä mahdollisuus keskustella leikkaukseen ja anestesiaan liittyvistä peloista. Kivun säännöllisellä mittaamisella ei näytä tutkimuksen mukaan olevan yhteyttä potilastyytyväisyyteen. (Niemi-Murola ym. 2005.)

Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien kyky arvioida potilaan kipua oli hieman parantunut kahden vuoden jälkeen siitä, kun he olivat suorittaneet kivunhoidollisen koulutusohjelman. Tästä koulutusinterventiosta huolimatta 40 prosenttia sairaanhoitajista kertoi, että he eivät käyttäneet VAS-mittaria tai arvioineet kipua potilaan ollessa levossa ja liikkeellä. Neljännes hoitajista ei myöskään arvioinut kipulääkkeiden vaikutuksia. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että hoitajien mahdollisesta teoreettisesta kivunhoitoon liittyvästä tiedosta huolimatta tietoa ei onnistuta täysin hyödyntämään kliinisessä työssä. Kivun dokumentoinnin määrä oli kahdessa vuodessa kuitenkin kasvanut. Hoitajat myös informoivat potilaita enemmän kivun arviointiin ja hoitoon liittyen kuin koulutusohjelmaa edeltävästi. Profylaktisen kipulääkityksen käytöstä oli kahden vuoden jakson myötä tullut aiempaa säännönmukaisempaa (50 % → 95 %). (Ene Wickström ym. 2008.)

Postoperatiivinen kipu vaikuttaa potilaiden unenlaatua huonontavasti. Tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkittävä korrelaatio ortopedisten potilaiden yöaikaisen kivun intensiteetin ja unenlaadun välillä. Tutkittavien potilaiden suurimmaksi unta häiritsevä tekijäksi nousi kipu (83 %). Muut häiriötekijät kuten melu (~ 41 %) tai hoitohenkilökunnan huoneessa liikkuminen (24 %) koettiin huomattavasti vähemmän unenlaatua heikentäväksi tekijäksi. Suurin osa potilaista kuvasi kivun leikkausalueen ulkopuolella tuntuvaksi (~ 89 %), sykkiväksi, viiltäväksi tai teräväksi kivuksi. (Büyükyılmaz – Şendir – Acaroğlu 2011: 333–334.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, kuinka sairaanhoitaja toteuttaa kivunhoitotyöhön liittyvää potilasohjausta kirurgisella vuodeosastolla. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä kivunhoitotyötä.

5 Aineiston keruu ja analyysi

5.1 Aineistonkeruumenetelmä

Aineisto kerättiin kvantitatiivisia menetelmiä käyttäen strukturoidusti havainnoimalla. Kvantitatiivinen tutkimus keskittyy muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön sekä tarkastelemaan niitä yhteyksiä, joita muuttujien väliltä löytyy (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 55). Havainnointia käytetään menetelmänä yleisimmin kvalitatiivisissa tutkimuksissa, tosin sitä käytetään jossain määrin kaiken tyyppisissä tutkimuksissa. Havainnoinnin kohteen määrittämisen jälkeen on tärkeää varmistaa, että jokainen muuttuja havainnoidaan samalla tavoin joka kerralla. Aineistonkerääjien tehtävään kouluttamiseen tuleekin kiinnittää huomiota. Havainnoinnilla on menetelmänä taipumus olla subjektiivinen, ja sitä pidetään vähemmän uskottavana kuin joitain muita menetelmiä. Joka tapauksessa kyseessä on monesti ainoa mahdollinen tapa kerätä tärkeää näyttöä käytäntöjen kehittämistä varten. Strukturoidussa havainnoinnissa on tärkeää kuvailla tarkasti mitä tiettyä käyttäytymistä tai tapahtumia tutkitaan tai havainnoidaan. Tutkijat määrittelevät kuinka havainnointi toteutetaan, dokumentoidaan ja merkitään. Useimmiten tutkijat kehittävät havainnointilomakkeen tai luokittelujärjestelmän ohjaamaan aineistonkeruuta ja organisointia sekä erotellakseen havainnoitavaa asiaa. Näiden luokkien tyhjentyvyys vaihtelee tutkimuksittain. (Grove – Burns – Gray 2013: 421.)

Havainnointiluokkien tulisi olla toisensa poissulkevat. Mikäli kategorioissa on osittaista päällekkäisyyttä, havainnoitsija joutuu joka kerralla päättämään mihin kategorioihin sisällyttää havainnoitavat asiat. Tämä saattaa aiheuttaa epäjohdonmukaisuuksia aineistonkeruuseen ja dokumentointiin. Joissain luokittelujärjestelmissä vain kiinnostuksen kohteena oleva käytös tallennetaan tuloksiin. Useimmat järjestelmät

vaativat havainnoitsijaa tekemään joitain päätelmiä havainnoidusta tapahtumasta. Mitä enemmän havainnoijalta vaaditaan tällaista päättelyä, sitä vaativampaa luokittelujärjestelmän käyttö on. Havainnointilomake on esimerkki luokittelujärjestelmästä, jota käytetään osoittamaan ilmenikö käytöstä vai ei. Havainnoitsija merkitsee aineistonkeruulomakkeeseen jokaisen kerran, jolloin hän todistaa kyseisen tapahtuman. Havainnointilomakkeen kategorioiden ulkopuolelle jäävä käytös jätetään huomioimatta. Tutkimuksesta riippuen havainnoitsija voi merkitä yhden tai useamman kategorian toteutuneeksi todistaessaan yhtä tapahtumaa. (Grove – Burns – Gray 2013: 421–422.)

Kirurgisella vuodeosastolla, jossa kivunhoitotyöhön liittyvää potilasohjausta havainnoitiin, on käytössä kivunhoitotyön care bundle. Kyseinen ohjeistus on tarkoitettu aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitoon. Care bundlen mukaisesti potilaalle on annettava ohjausta kivun syistä, arvioinnista, sekä kivun hoidosta ja mahdollisista sivuvaikutuksista. Potilaan kanssa yhdessä valitaan kipumittari, jota käytetään alusta loppuun. Kipumittareita ovat NRS, VAS ja VRS. Potilas itse on paras arvioimaan kokemaansa kipua ja siksi on tärkeää kysyä potilaalta hänen kipukokemuksestaan käyttäen apuna kipumittaria. Arvioinnissa otetaan huomioon kivun sijainti, luonne ja ajallisuus. Ajallisuudella tarkoitetaan kivun jatkuvuutta, ilmenemisajankohtaa, säännöllisyyttä ja toistuvuutta. Potilaan kipua on hoidettava, kun kipumittari ylittää tietyn raja-arvon (esimerkiksi NRS yli 3). Potilaan kiputuntemuksen voimakkuutta on kysyttävä valitulla kipumittarilla aina kivunlievityksen jälkeen. (HUS 2014: 1.) Tämän työn toteutuksessa käytetyn aineistonkeruulomakkeen kategoriat otettiin suoraan HUS:n kivunhoitotyön care bundle -ohjeistuksesta (Liite 1).

5.2 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin kirurgisella vuodeosastolla elokuussa 2014. Osastolla hoidetaan gastro- ja yleiskirurgisia potilaita. Tyypillisimpiä leikkauksia ja toimenpiteitä ovat sappileikkaukset, tyräkorjaukset, suolistoleikkaukset sekä proktologiset toimenpiteet. Sairaansijoja osastolla on 28. Vaikka valtaosa potilaista oli iäkkäitä, keskimääräinen hoitoaika osastolla oli 2,5 vuorokautta. Osastolla noudatettiinkin optimaalisen toipumisen ERAS-hoitomallia. Otokseen kuuluivat sairaanhoitajat, jotka toteuttivat havainnointijakson aikana kirurgisten aikuispotilaiden leikkauksen jälkeistä kivunhoidon potilasohjausta kyseisellä vuodeosastolla. Arkisin aamu- ja iltavuoroon oli mitoitettu

kuusi hoitajaa. Tämän työn molemmat tekijät toimivat vuorollaan havainnoitsijoina osastolla.

Tässä työssä keskityttiin kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitotyön ohjaukseen, jota sairaanhoitajan tulisi toteuttaa HUS:n care bundle -ohjeistuksen mukaisesti. Aineisto kerättiin havainnoimalla viitenä eri päivänä vaihdellen sekä aamu-että iltavuoroissa. Yhtenä päivänä tapahtuneen havainnointijakson pituus vaihteli neljästä yhdeksään tuntiin. Ensimmäisenä päivänä aineistonkeruulomakkeen toimivuus varmistettiin ja määriteltiin tarkasti, minkä kriteerien mukaisesti ohjaukselliset elementit katsotaan toteutuneiksi. Kun havainnoijilla oli yhteinen käsitys mittarin käytön suhteen, itsenäinen aineistonkeruu aloitettiin omilla havainnointivuoroissa. Luotettavuuden ja yleistettävyyden lisäämiseksi tavoitteena oli kerätä noin 100 havainnointia tilanteista, joissa sairaanhoitaja antoi potilaalle leikkauksen jälkeen kivunhoidollista ohjausta tai arvioi tämän kipua. Aina ennen havainnoinnin aloittamista sekä hoitajilta että potilailta kysyttiin suostumus havainnoinnin toteuttamiselle. Havainnoijat odottivat potilassalissa ja seurasivat sairaanhoitajaa tämän mennessä potilaan luo. Mikäli kyseessä oli kivunhoidollinen tilanne, jossa potilas sai ohjausta tai hänen kipuaan arvioitiin, hyväksyttiin se osaksi aineistoa. Mikäli nämä kriteerit eivät täytyneet, tilannetta ei kelpuutettu mukaan aineistoon. Sadan havainnoidun tilanteen jälkeen havainnointi osastolla päättyi.

5.3 Aineiston analysointi

Aineistonkeruun jälkeen havainnointilomakkeet käytiin läpi kohta kohdalta. Havainnointien kriteerienmukaisuus tarkistettiin molempien tekijöiden toimesta. Yksi havainnointi piti hylätä, sillä se ei täyttänyt aineistolle asetettuja vaatimuksia. Myöskään saraketta ”Arviointi 8 tunnin välein” ei voitu ottaa mukaan tuloksiin, sillä kyseisen tekijän havainnoiminen luotettavasti oli mahdotonta havainnoijia ollessa potilassalissa vain yksi kerrallaan. Tarkempaan analyysiin hyväksyttiin 99 havainnointia. Kerätty aineisto analysoitiin kuvailevaa tilastotiedettä käyttäen raportoiden frekvenssit ja prosentit. Analysointi suoritettiin manuaalisesti laskemalla otoksen pienuudesta johtuen. Kaikki laskut tehtiin useampaan kertaan molempien tekijöiden toimesta virheriskin pienentämiseksi. Tulokset taulukoitiin manuaalisesti ja raportoitiin tämän työn tulososiossa. Joitain mahdollisesti selittäviä tekijöitä tai erityishuomioita merkittiin ”Muita huomioita” -sarakeeseen. Anonymiteetin takaamiseksi joitain huomioita on jätetty pois, sillä muutoin osallistujien tunnistettavuuden riski olisi suurentunut.

6 Tulokset

Tilanteita, joissa sairaanhoitaja antoi potilasohjausta kivunhoitoon tai arviointiin liittyen, hyväksyttiin lopullisiin tuloksiin yhteensä 99 (Taulukko 1). Havainnointi kohdistui 43 eri potilaan kivunhoitotilanteisiin. Osaa potilaista ohjattiin tai heidän luonaan käytiin kivunhoitoon liittyen useamman kerran havainnointijakson aikana. Potilasohjausta tapahtui 39 tilanteessa. Potilasohjaus oli yksinkertaisimmillaan kysymyksiä kuten ”onko kipua” tai pyyntöjä kuten ”kerro jos kipua ilmenee.” Potilasohjauksen katsottiin myös toteutuneen, jos potilaalle kerrottiin, ettei kivusta tarvitse turhaan kärsiä, tai hoitaja kertoi potilaalle tämän saavan kipulääkettä. Potilasohjaus toteutui yleisimmin edellä kuvatulla tavalla.

Taulukko 1. Saadut tulokset havainnoinnista vuodeosastolla.

Havainnoitava asia	Toteutui		Muita huomioita
	f	%	
n= 99			Havainnoiteja 99 kpl. Eri potilaita oli 43.
Potilasohjaus	39	39	
Kipumittarin käytön ohjaus	9	9	Ohjaus hyväksytty tapahtuneeksi kahdessa tapauksessa, joissa kipumittarin käytön ohjaus oli annettu ennen havainnointia.
Kivunhoito	28	29	Kivunhoito katsottu tapahtuneeksi kolmessa tapauksessa, joissa potilasta ei lisälääkitty, mutta hänellä oli epiduraalinen kivunhoito. Kipua ei aina hoidettu vaikka potilaalla kipua olikin (n =5).
Kivusta kysyminen potilaalta	50	51	Neljän potilaan kohdalla kivusta ei kysytty osastolle saapuessa. Kivusta ei kysytty yhdessä siirtotilanteessa.
Kivun arviointi levossa (NRS)	13	13	Kivun voimakkuutta ei arvioitu, vaikka potilaiden (n=10) mukaan oli kipua.
Kivun arviointi liikkeessä (NRS)	2	2	Kivun arviointia ei tehty, vaikka potilaat (n=5) olivat liikkeellä valvotusti.

Kivun arviointi lääkkeen jälkeen	6	21	Tässä kohdassa huomioitu vain ne potilaat joiden kipua hoidettiin. (n= 28)
---	---	----	--

Potilasta ohjattiin kipumittarin käytöstä yhdeksässä tapauksessa 99:stä. Kahdessa tapauksessa sekä hoitaja että potilas totesivat kipumittarin käyttöohjauksen tapahtuneen aiemmin, jolloin ohjaus hyväksyttiin tapahtuneeksi myös tämän työn tuloksissa. Aineistonkeruulomakkeen kohta ”Arviointi 8 tunnin välein” jouduttiin jättämään tuloksista pois, sillä kyseistä tekijää ei voitu arvioida luotettavasti. Kivunhoito voi olla lääkkeellistä tai lääkkeetöntä kivunlievitystä. Kipua hoidettiin 28 tapauksessa 99 havainnoinnista. Kaikkina kertoina kyseessä oli lääkkeellinen kivunlievitys. Kolmessa havainnointitilanteessa potilaalla oli epiduraalinen kivunhoito, eikä lisälääkitystä annettu. Viisi kertaa havainnoitiin tilanne, jossa potilas ilmoitti kipua olevan, mutta sitä ei hoidettu tai siihen ei puututtu.

Hoitaja kysyi kivusta 50 kertaa kaikista havainnoiduista tilanteista. Yhteensä neljä potilasta saapui leikkauksen jälkeen heräämöstä osastolle ilman että kivusta olisi kysytty. Yhdessä tilanteessa autettaessa potilasta pyörätuolista sänkyyn kivusta ei myöskään kysytty. Kipua arvioitiin levossa 13 tilanteessa. Kymmenessä havainnoidussa tapauksessa kivun voimakkuutta levossa ei arvioitu, vaikka kipua oli. Liikkeellä ollessa kipua arvioitiin kahdessa tapauksessa. Viidessä tapauksessa kivusta ei kysytty ja sitä ei arvioitu, vaikka potilas oli liikkeellä hoitajan valvomana. Lääkkeen jälkeistä kivun arvioinnin toteutumista havainnoitiin niillä potilailla, joiden kipua havaittiin hoidettavan (n=28). Kuudessa tapauksessa kipua arvioitiin lääkkeellisen kivunlievityksen jälkeen, eli 22 tilanteessa näin ei käynyt.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdinta aikaisemman tutkimustiedon valossa

Tässä työssä potilasohjaus hyväksyttiin tapahtuneeksi, mikäli hoitaja sanoi esimerkiksi ”kerro jos tulee kipua.” Mikäli potilasohjaukseksi olisi laskettu vain ne tilanteet, joissa hoitaja kertoo esimerkiksi potilaan kipulääkityksestä tai onnistuneen kivunhoidon merkityksestä toipumisen kannalta, potilasohjausta olisi tapahtunut vain muutama

otteeseen. Yllättävää havainnointien perusteella oli se, kuinka harvoin potilaalle mainittiin mitä tämän saamat kipulääkkeet olivat tai kuinka ne tulisi ottaa. Kivun hoitotyön care bundle ohjeistaa hoitajaa ohjaamaan potilasta kivun syistä, kivun arvioinnista ja hoidosta sekä mahdollisista sivuvaikutuksista (HUS 2014: 1). Kivunhoitoon liittyvä ohjaus ja kivun arviointi olivat aineistomme perusteella systemaattisinta ja kattavinta niillä hoitajilla, jotka olivat saaneet kivunhoidollista lisäkoulutusta. Mikäli osastolla halutaan kehittää kivunhoidon ohjausta, yksi mahdollinen keino voisikin olla lisäkoulutuksen tarjoaminen sairaanhoitajille. Myös aiemmin saadut kansainväliset tutkimustulokset vahvistavat havaitun tarpeen kivun arvioinnin koulutukselle (Sloman – Rosen – Rom – Shir 2005: 125–132). Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien kyky arvioida potilaan kipua parani hieman ja he myös informoivat potilaita kivun arvioinnista ja hoidosta enemmän koulutusintervention jälkeen. (Ene Wickström ym. 2008.) Olisi tärkeää, että hoitaja kertoisi esimerkiksi kipulääkkeitä potilaalle tuodessaan mitä lääkkeet ovat ja miten ne otetaan: nielläänkö kokonaisina, otetaanko juoman vai ruoan kanssa tai saako lääkkeet pureskella. Myös yleisimmistä haittavaikutuksista kertominen olisi oleellista kun kyse on vahvoista kipulääkkeistä.

Osastolla, jolla havainnointi suoritettiin, potilaat olivat isoissa potilassaleissa pelkkien verhojen erottaessa vuodepaikkoja toisistaan. Etenkin tästä syystä olisi tärkeää, että hoitaja oma-aloitteisesti kertoisi potilaalle kaiken olennaisen. Potilaat eivät välttämättä uskalla tai halua esittää kysymyksiä muiden potilaiden kuullen. Jotta potilasohjaus toteutuisi optimaalisesti, olisi tärkeää tiedostaa potilasohjauksen merkitys ja varmistaa, että sille on aikaa. Osaston erityispiirteet ovat toisaalta voineet vaikuttaa myös siihen, että potilasohjausta tapahtui verrattain vähän; 39 tapauksessa. Yksityisyyden puute ja mahdollisuus, että kaikki potilassalissa olevat kuulevat keskustelun, ovat saattaneet vaikuttaa potilasohjauksen antoon. Hoitaja on saattanut haluta keskittää ohjausta sen sijaan, että antaisi ohjausta jokaisen potilaskontaktin yhteydessä.

Vaikka potilasohjaus kivunhoitoon liittyen toteutui havainnointien mukaan vain 39 tapauksessa, joissain tapauksissa potilasohjaus on saattanut tapahtua jo aiemmin. On todennäköistä, että esimerkiksi osastolle saapuessa potilaalle on kerrottu kivunhoidosta sekä -arvioinnista ja häntä on pyydetty itse ilmoittamaan milloin kipua ilmenee sen sijaan, että asiaa käytäisiin tiedustelemassa usein. Koska kovakin kipu voi jäädä huomaamatta kipumittarin käytöstä huolimatta (Niemi-Murola ym. 2005.), tällainen potilaan kannustaminen ilmoittamaan itse kivustaan voi olla hyvä ratkaisu.

Havainnoituna kipumittarin käytön ohjaus toteutui ainoastaan yhdeksän kertaa, joista kaksi oli tapahtunut aiemmin potilaan tullessa vuodeosastolle. Ylivoimaisesti suurin osa potilaista oli jo valmiiksi osastolla havainnointien tapahtuessa. Onkin hyvin mahdollista, että kipumittarin käyttöä on ohjattu useammin kuin mitä tulokset antavat ymmärtää. Preoperatiivinen ohjaus ei välttämättä potilaan peloista ja jännityksestä johtuen jää kuitenkaan mieleen, joten leikkauksen jälkeinen kertaus kipumittarin käyttöön olisi aina aiheellista. Merkillepantavaa on, että vain alle 10 prosentissa tapauksista kipumittarin käyttöä ohjattiin vuodeosastolla, vaikka velvoite ohjata potilasta kivun arvioinnista löytyy care bundle -ohjeistuksestakin (HUS 2014: 1).

Kivunhoito toteutui noin 30 prosentissa tapauksista. Oletettavasti kaikilla leikkauspotilailla kuitenkin meni kipulääkettä lääkelistalla, mistä ei tutkimusmenetelmästä johtuen oltu tietoisia. Kaikilla potilailla ei myöskään ollut kipua, jolloin lisälääkettä ei tarvittu. Jotkut potilaat eivät kivusta huolimatta halunneet lääkettä. Näissä tapauksissa kivunhoidon ei katsottu toteutuneen. Viidellä potilaalla oli kipua ja hoitajan kysyessä asiasta he kertoivat kivusta, mutta hoitaja ei reagoinut asiaan ja täten kipu jäi hoitamatta. Syntyikin vaikutelma, että hoitaja esitti rutiininomaisen kysymyksen, mutta ei ajatuksella kuunnellut vastausta tai ollut muutoin täysin läsnä potilaskontaktissa. Care bundle ohjeistaa hoitajan arvioimaan kivun sijainnin, luonteen sekä ajallisuuden, eli kivun jatkuvuuden, toistuvuuden, ilmenemisajankohdan ja säännöllisyyden (HUS 2014: 1). Liian suureksi koettu työmäärä tai useat samanaikaisesti muistettavat asiat saattavat osaltaan vaikuttaa potilaan kuulemisen unohtumiseen ja asian huomioimatta jättämiseen. Hoitaja ei myöskään välttämättä ota potilaan kipukokemusta tosissaan, mikäli potilas ei vaikuta silminnähden kivuliaalta. Tutkimustiedonkin mukaan hoitajat aliarvioivat merkittävästi kivun tunteen, kivun voimakkuuden sekä kivun aiheuttaman kärsimyksen potilaalle suhteessa potilaan omaan arvioon (Sloman – Rosen – Rom – Shir 2005: 125–132). Hoitaja on saattanut tehdä mielessään arvion lisäkipulääkkeen tarpeettomuudesta, esimerkiksi tietäessään listakipulääkkeiden jaon tapahtuvan pian. Näissäkin tapauksissa kivuliaan potilaan informointi lääkitsemättä jättämisen syystä on välttämätöntä eettisistä syistä. Kivunhoitotyön care bundle kehottaa hoitamaan potilaan kipua, kun kipumittarin tulos ylittää tietyn raja-arvon (HUS 2014: 1). Huomionarvoista oli se, että kivunhoito havainnointijakson aikana perustui vain lääkkeelliseen kivunlievitykseen. Fysikaalisia kivunlievitysmetodeja ei havaittu käytettävän kertaakaan — esimerkiksi kylmähoitoa voitaisiin käyttää leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa kudosten aineenvaihduntaa hidastavan vaikutuksensa takia (Pohjolainen 2009: 238).

Suomessa toteutetun tutkimuksen mukaan osa potilaista koki leikkauksen jälkeen voimakastakin kipua tiheästi VAS-asteikolla toteutetuista mittauksista huolimatta. Potilaan voimakas kipu ei aina ilmennyt kivun VAS-arvioinneissa. Tuloksien perusteella kivun säännöllinen mittaaminen ei vaikuta suoranaisesti potilastyytyväisyyteen. Osallistuneista potilaista suurin osa oli tyytyväisiä postoperatiiviseen kivunhoitoon osastolla. (Niemi-Murola ym. 2005.) Viidessä havainnoidussa tilanteessa potilaan kivusta ei kysytty, kun potilas oli leikkauksen jälkeen jalkeilla hoitajan valvonnassa. Näissä tilanteissa syynä tuskin lienee hoitajan kiire, sillä he saattoivat viettää hyvän tovin potilaan vierellä keskustellen. Hoitajille suunnatuissa ohjeistuksissa ja koulutuksissa voisikin alleviivata, että kivun arviointi tulee tehdä niin levossa kuin liikkeessä. Myös kivunhoitotyön care bundle ohjeistaa kysymään potilaan omaa arviota kivusta (HUS 2014: 1). Kymmenessä tapauksessa potilaalla oli kipua, mutta sen voimakkuutta ei arvioitu. Voimakkuuden arvioimatta jättäminen vaikeuttaa kivunhoidon vaikuttavuuden seuranta. Todenmukaisen ja riittävän kuvailevan dokumentoinnin mahdollistamiseksi potilaskertomukseen tulisi merkitä kivun voimakkuutta kuvaava sanallinen tai numeraalinen arvio. Yhdessä tilanteessa hoitajien auttaessa potilasta siirtymään pyörätuolista sänkyyn kivusta ei kysytty lainkaan. Kaiken kaikkiaan kivun arviointi ei vaikuttanut tapahtuvan osastolla systemaattisesti ja suositusten mukaisesti havainnointijakson aikana. Care bundle -ohjeistuksen mukaan käytettävä kipumittari tulee valita yhteistyössä potilaan kanssa ja kivun arviointi on suoritettava vähintään kerran kahdeksassa tunnissa (HUS 2014: 1). Kivusta kysyttiin varsin usein, mutta sen arviointi levossa (13 %) ja liikkeessä (2 %) oli harvinaisempaa. Saadut tulokset vahvistavat aiemmista tutkimuksista saatuja viitteitä siitä, että hoitajien teoreettista kivunhoitoon liittyvää tietoa ei kyetä täysin hyödyntämään kliinisessä hoitotyössä: kivunhoidollisen koulutusintervention jälkeen 40 prosenttia sairaanhoitajista ilmoitti edelleen, että he eivät käyttäneet VAS-mittaria tai arvioineet kipua levossa ja liikkeellä (Ene Wickström ym. 2008).

Havainnoiduissa 99 tapauksessa kipua hoidettiin 28 kertaa, ja näillä kivunlievitystä saaneilla potilailla kipu arvioitiin uudestaan kipulääkkeen antamisen jälkeen vain kuudessa tapauksessa. Care bundlen mukaan potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta tulee kysyä aina kivunlievityksintervention jälkeen valittua kipumittaria hyödyntäen (HUS 2014:1). Saatu tulos ei välttämättä kuvaa täysin luotettavasti todellisuutta, koska potilassalissa oli kerrallaan vain yksi havainnoitsija, jolloin usean sairaanhoitajan samanaikainen havainnointi ei ollut mahdollista. Ruotsalaistutkimuksen

mukaan kivunhoidollisen lisäkoulutuksen jälkeen vain neljäsosa hoitajista jätti arvioimatta kipulääkkeen vaikutuksen. (Ene Wickström ym. 2008.) Koulutusinterventiolla voitaisiin siis lisätä jossain määrin kivunarvioinnin toteutumista kliinisessä hoitotyössä.

Opinnäytetyömme tarkoitus täyttyi: työssä kuvattiin kuinka sairaanhoitaja toteuttaa kivunhoidon potilasohjausta. Työn tavoite täyttyy, mikäli kivunhoitotyötä kehitetään esimerkiksi parantamalla havaittuja puutteita.

7.2 Luotettavuuden pohdinta

Määrällisessä tutkimuksessa sen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteettia tarkastelemalla voidaan arvioida onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Tällä viitataan siihen, onko teoreettiset käsitteet voitu operationalisoida luotettavasti käytännössä. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimuksen tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Koko tutkimuksen luotettavuus on mittarin sisältövaliditeetti. Luotettavia tuloksia ei voida saada, mikäli mittari on valittu väärin eikä se mittaa haluttua tutkimusilmiötä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189–190.)

Sisäisen validiteetin uhkia tässä työssä ovat esimerkiksi poistumat ja kontaminaatio. Ulkoisen validiteetin uhkista esimerkkinä on Hawthornen efekti, joka tarkoittaa sitä, että tutkittava muuttaa käyttäytymistään tietäessään olevansa tutkimuksen kohteena. Muita uhkia ovat asetelma, tutkijavaikutus ja valikoituminen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189–190.) Empiiristä tutkimusta tehtäessä ja yleistämiseen pyrittäessä kaikilla tutkittavien ryhmään kuuluvilla tulee olla yhtäläinen mahdollisuus päästä tutkimuksen tietolähteiksi. Tutkittavien tietoinen suostuminen tutkimukseen osallistumisesta sekä yhteistyöhalu lisäävät osaltaan tutkimusaineiston luotettavuutta. Osa virhelähteistä voi tulla tiedostamattomasti aineistoon, esimerkiksi tutkijan ennakoasenteista johtuen. Ennakoasenteiden tunnistaminen ja niistä luopuminen onkin olennaista raportoinnin luotettavuuden lisäämiseksi. (Leino-Kilpi – Välimäki 2008: 366–370.)

Yleensä aineistonkeruulomakkeen toimivuus esitestataan ennen varsinaisen havainnoinnin aloittamista. Esitestauksen perusteella käsitteiden määrittelyssä ja operationalisoinnissa olisi ollut kehitettävää, mutta aineistonkeruulomaketta ei voitu muokata enää havainnointijakson aikana, sillä tutkimuslupa oli myönnetty kyseisen lomakkeen käyttöön. Ennen havainnoinnin aloittamista kaikki sairaanhoitajat ilmaisivat suostumuksensa osallistumisestaan havainnointiin. Havainnoitavan hoitajan valinta oli ratkaiseva tulosten luotettavuuden kannalta. Jos kaikkia sairaanhoitajia olisi voitu seurata tasavertaisesti, saatujen tulosten ohjautuvuus tiettyyn suuntaan olisi voinut olla vähäisempää. Eri päivinä ei havainnoitu määrällisesti lukuisia eri hoitajia, vaan tietolähteinä olivat ne sairaanhoitajat, jotka sattuivat työvuorossa olemaan viiden havainnointipäivän aikana. Muutama heistä oli useana päivänä havainnoinnin kohteena, jolloin yhden hoitajan toimintatapa on voinut näkyä tuloksissa korostuneesti. Koska kriteerien mukaisia potilasohjaustilanteita ei välttämättä tullut yhtään kappaletta useamman havainnointitunnin aikana, aineistoa oli kerättävä eri vuoroissa tai samassa vuorossa ollessa havainnoitava eri potilassaleissa. Tavoitteena oli havainnoida yhden päivän aikana aina yli kahdeksan tunnin jakso tulosten luotettavuuden lisäämiseksi mitattavien asioiden suhteen. Käytännössä havainnointia ei voitu toteuttaa tauotta havainnoitsijoiden pienestä määrästä johtuen. Havainnointiin tuli katkoja joka vuoron aikana, mikä heikentää osaltaan tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Tulosten luotettavuutta heikentää myös se, että menetelmästä johtuen tarkentavien kysymysten esittäminen hoitajille ei ollut mahdollista. Esimerkiksi annettua lääkettä ei voitu varmuudella tietää kipulääkkeeksi, jos hoitaja ei kertonut potilaalle, mistä lääkkeestä on kyse.

Tuloksia raportoitaessa pyrittiin minimoimaan virhelähteet. Työn kaksi tekijää on luotettavuutta lisäävä seikka, sillä tällöin aineiston tai tulosten tietoinen muuttaminen tai jopa väärentäminen vaikeutuu. Molemmat tekijät sitoutuivat paneutumaan työhön tunnollisesti, toimimaan rehellisesti ja pidättäytymään eettisten vaatimusten loukkaamisesta. Tulosten laskennat tehtiin molempien tekijöiden toimesta ja aineistot käytiin yhdessä läpi tulosten ja raportoinnin oikeellisuuden lisäämiseksi. Aineistonkeruulomakkeen yksi kohta jouduttiin jättämään huomioimatta tuloksissa, sillä havainnointijaksojen katkonaisuuden vuoksi kyseisen tekijän toteutumista ei pystytty luotettavasti arvioimaan. Kyseessä oli kohta ”Arviointi 8 tunnin välein.” Myöskään lomakkeen testipäivän aineiston hyödyntämisestä päättäminen ei ollut yksinkertaista, ja se vaati päätöksen oikeellisuuden huolellista arviointia tulosten luotettavuuden säilyttämiseksi.

7.3 Eettisyyden pohdinta

Helsingin julistus (1964) ohjaa hoitotieteellistä tutkimusta. Julistuksessa perustellaan tutkimustyön tarve, otetaan kantaa haavoittuviin ryhmiin, määritellään millainen tutkimussuunnitelman on oltava ja kuinka se tulee arvioitaa, sekä ohjeistetaan kuinka potilaiden turvallisuus ja oikeudet turvataan tutkimustyössä. Lisäksi kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet määrittävät hoitotieteellisen tutkimuksen tekoa, näistä esimerkkeinä henkilötietolaki (523/1999) ja asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (494/1998). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on hyväksynyt korkeakouluissa yleisesti käytössä olevat tieteellisen käytännön menettelyohjeet. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 212–216.)

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Aiheen yhteiskunnallista merkitystä ja tutkimuksen vaikutusta osallistujiin on arvioitava. Tutkimuksen yhtenä oikeutuksena onkin sen hyödyllisyys: hyöty voi kohdistua tutkittavaan tai vasta tulevaisuudessa uusiin potilaisiin hoitotyön laadun kehittämisen kautta. Helsingin julistuksen mukaisesti potilaiden turvallisuus ja oikeudet on turvattava aina tutkimustyössä. Tutkittavan fyysinen ja psyykinen koskemattomuus turvataan, ja persoonallisuuteen kohdistuvat haitat on ehkäistävä kaikin käytettävissä olevin keinoin. Tutkijan on ehkäistävä tarpeettomia haittoja ja epämukavuuksia. Osallistujiin kohdistuvat haitat voivat olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia. Mahdolliset haitat on arvioitava jo tutkimusta suunniteltaessa ja niiden ehkäisyyn ja hoitoon on varauduttava. Yksityisyyttä on kunnioitettava ja potilastiedot pidettävä salassa. Anonymiteetti on olennainen asia aina tutkimusta tehdessä, ja se tulee huomioida myös aineistoa kuvattaessa ja tuloksia raportoitaessa. Esimerkiksi lupa organisaation tai osaston nimen mainitsemiseen tutkimusraportissa kysytään hyvissä ajoin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 214, 218, 221.)

American Nurses Association (ANA) on julkaissut tutkijan yhdeksän eettistä periaatetta. Yksi näistä periaatteista on potilaiden ja hoitohenkilökunnan itsemääräämisoikeus: osallistumisen oli oltava aidosti vapaaehtoista ja tutkimuksesta kieltäytymisestä on tehtävä mahdollista missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tutkijan velvollisuutena on kuvata oma eettinen vastuunsa sekä kertoa avoimesti tutkimuksen mahdollisista eduista ja haitoista tutkittaville. Tutkittavien on saatava tietää tutkimuksen luonne sekä oikeutensa keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen. Tutkittavilla on oikeus kuulla

etukäteen tutkimuksen tavoite, menetelmät, odotettavissa oleva hyöty sekä tutkittavalle mahdollisesti lankeavat riskit ja rasitus. Myös tutkimuksen rahoitus, eturistiriidat sekä tutkijan sidonnaisuudet laitoksiin ovat asioita, joista tulee kertoa tutkittaville. Vasta tällöin osallistuminen voi perustua tietoiseen suostumukseen. Suostumus tulisi saada tutkittavilta mieluiten kirjallisena – jos tämä ei ole mahdollista, suostumus dokumentoidaan täsmällisesti ja kirjataan todistettuna. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 214, 217–219.) Tutkittavien kohtelun tulee olla aina kunnioittavaa ja rehellistä. Silloin kun hoitotyöntekijä on tutkimuksen kohteena, myös potilaiden oikeuksien on toteuduttava. Tutkimustulosten analysoinnissa on eettisesti tärkeää hyödyntää koko kerättyä aineistoa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti saadut tulokset tulee julkaista avoimesti ja täten saattaa ne tiedeyhteisön arvioitavaksi. (Leino-Kilpi – Välimäki 2008: 364–369.)

Koko opinnäytetyöprosessin ajan noudatettiin yleisiä tutkimusetiikan mukaisia käytäntöjä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti kaikessa toiminnassa oltiin rehellisiä ja tarkkoja. Valitut tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmät olivat niin tieteellisesti kuin eettisestikin kestäviä. Opinnäytetyötä aloittaessa pohdittiin etenkin havainnoitavien valintaan liittyviä eettisiä piirteitä. Toiminnalla haluttiin varmistaa, että havainnointi häiritsisi mahdollisimman vähän osaston normaalia arkea tai havainnoitavien sairaanhoitajien työnteoa. Koska havainnoijia oli kerrallaan potilassalissa vain yksi, havainnoitavien hoitajien valintaan oli kiinnitettävä huomiota, jotta kaikilla osaston sairaanhoitajilla oli yhtäläinen mahdollisuus päätyä tietolähteeksi. Tämän huomioimalla pystyttiin ehkäisemään tutkimustulosten vinoutumista johonkin suuntaan.

Hoitajien halukkuus jatkaa havainnoitavana oloa varmistettiin jokaisen aineistonkeruupäivän aluksi. Samoin kysyttiin potilailta lupa hoitajan toiminnan havainnoimiseen. Sekä hoitajat että potilaat saivat vapaasti esittää kysymyksiä missä vaiheessa tahansa. Yleisimmin hoitajat kysyivät tarkempaa tietoa tutkimusaiheesta. Tarkkaa havainnoinnin kohdetta ei haluttu kertoa, koska näin voitiin minimoida Hawthornen efektin vaikutus tutkimuksen tuloksiin. Osastolle saapuessa pidettiin kaksi tilaisuutta, joissa kerrottiin opinnäytetyöstä ja tulevasta havainnoinnista. Hoitohenkilökunta sai myös tiedon aineiston säilyttämiseen ja tulosten julkaisuun liittyvistä asioista. Havainnointiosastolla pidettiin opinnäytetyön valmistuttua osastotunti, missä havainnoitavana olemisen herättämistä tunteista sekä saaduista tuloksista voitiin keskustella ja osallistujat saivat antaa palautetta tekijöille.

Tutkimussuunnitelmaa noudatettiin tarkasti käytännössä, sillä tutkimuslupa oli myönnetty sen perusteella. Mitään potilastietoja ei pyydetty, kerätty tai tallennettu mihinkään. Yhteistyöorganisaation käytännön mukaisesti vaitiolovelvollisuutta sitouduttiin noudattamaan ennen havainnoinnin aloittamista. Havainnoijat pysyttelivät potilassaleissa ja yleisissä tiloissa välttääkseen tarpeettoman arkaluonteisten tietojen näkemisen. Havainnoitavien hoitajien anonymiteetti taattiin olemalla keräämättä mitään tunnistetietoja sekä säilyttämällä kerätty aineisto lukitussa paikassa. Saatuja tietoja ei luovutettu kenellekään ulkopuoliselle. Havainnointimateriaalia kerätessä kiinnitettiin huomiota siihen, että tutkittavien kohtelu oli eettisten kriteerien mukaista. Tutkimusaineistoa ei kerätty haavoittuvilta ryhmiltä. Kohdeorganisaatio oli myöntänyt tutkimusluvan, ja kyseisen osaston hoitohenkilökunta ja potilaat hyväksyivät havainnoinnin tapahtuvaksi kohdallaan.

8 Yhteenveto ja kehittämissuhteet

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri pilotoi care bundle -ohjeistusta käytettäväksi aikuispotilaan lyhytkestoisen leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa (HUS). Kirurgisella vuodeosastolla havainnoitiin viitenä eri päivänä yhteensä 99 tilannetta, joissa sairaanhoitaja antoi kivunhoidollista ohjausta tai arvioi potilaan kipua. Havainnoitavat asiat olivat care bundlen mukaiset: potilasohjauksen toteutuminen, kipumittarin käytön ohjaus, kivunhoidon toteutus, kivusta kysyminen potilaalta, kivun arviointi levossa ja liikkeessä sekä kivun arviointi lääkkeen jälkeen. Potilasohjausta havaittiin tapahtuneen 39 tapauksessa. Yleisimmin se ilmeni kehotuksina kertoa, mikäli kipua on, tai kertomalla potilaalle, ettei kivusta tarvitse turhaan kärsiä. Potilaalle harvemmin kerrottiin, mitä hänen saamansa kipulääkkeet olivat, tai perusteltiin, miksi kivunhoito ja arviointi ovat olennaisia asioita leikkauksen jälkeisessä hoidossa. Osaston käytäntönä mitä ilmeisimmin oli ohjata kipumittarin käyttöä preoperatiivisesti, sillä käyttöä ei havaittu ohjattavan yli 90 prosentissa tapauksista. Kipua hoidettiin alle kolmasosalla potilaista, eikä kipua aina hoidettu vaikka potilas ilmoittikin kipua olevan. Tutkimusmenetelmästä johtuen ei kuitenkaan voitu olla tietoisia potilaalle annettavista listakipulääkkeistä. Potilaan kivusta kysyttiin noin joka toisessa havainnoidussa

potilaskontaktissa. Kipumittarin käyttö kivun arvioinnissa oli huomattavasti harvinaisempaa: levossa kipua arvioitiin 13 tapauksessa ja liikkeessä vain kahdessa tapauksessa. Care bundle -ohjeistusta ei tältä osin noudatettu täysin. Saadut tulokset potilasohjaukseen ja kivun arviointiin liittyen osoittavat, että leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa olisi syytä kehittää luomalla yhtenäinen toimintamalli vuodeosastolle. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaankin hyödyntää kehitettäessä edelleen kivunhoitotyötä.

Kivunhoidon potilasohjauksen ja kivun arvioinnin koulutusta pitää lisätä, ja sen vaikutusta tulisi arvioida kliinisessä hoitotyössä säännöllisin väliajoin. Potilasohjauksen määrää ja laatua olisi lisättävä sekä kiinnitettävä huomiota sen ajankohtaan. Kivunhoidon potilasohjauksen tulisi perustua yhtenäisiin pelisääntöihin, joissa kivunhoitotyön care bundle -ohjeistuksella on keskeinen rooli. Havainnointiaikana osastolla ei havaittu olevan selkeää yhtenäistä linjaa potilasohjauksen suhteen. Esimerkiksi yhden potilaan kohdalla ei kahden peräkkäisen havainnointipäivän yli 14 tunnin aikana todistettu tapahtuvan minkäänlaista kivunhoidollista potilasohjausta tai kivun arviointia. Eräällä havainnointikerralla kyseinen potilas kertoi kysyttäessä että kipua oli, mutta kipua ei hoidettu eikä arvioitu. Toisella kerralla sama potilas kertoi kivusta oma-aloitteisesti, jolloin potilas sai listalääkkeet. Hyvä jatkotutkimusaihe olisi kivunhoidon potilasohjauksen koulutusintervention toteuttaminen sairaanhoitajille sekä toteutetun intervention tehokkuuden arviointi tässä työssä käytetyin menetelmin kahden vuoden kuluttua.

Lisäksi havainnointijakson aikana huomasimme, että aseptiikan toteutuminen potilaskontaktien aikana ei ollut täysin hygieniasuosituksen mukaista. Tässä olisi yksi mahdollinen aihe jatkotutkimukselle.

Lähteet

Briggs, Michelle – Closs, José 1999. A Descriptive Study of the Use of Visual Analogue Scales and Verbal Rating Scales for the Assessment of Postoperative Pain in Orthopedic Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 18(6). 443.

Büyükyılmaz, Funda Esen – Şendir, Merdiye – Acaroğlu, Rengin 2011. Evaluation of Night-Time Pain Characteristics and Quality of Sleep in Postoperative Turkish Orthopedic Patients. *Clinical Nursing Research* 20 (3). 326-342.

Chuang, Li-ling – Wu, Ching-yi – Lin, Keh-chung – Hsieh, Ching-ju 2014. Relative and Absolute Reliability of a Vertical Numerical Pain Rating Scale Supplemented With a Faces Pain Scale After Stroke. *Physical Therapy* 94 (1). 129–138.

Ene Wickström, Kerstin – Nordberg, Gunnar – Bergh, Ingrid – Gaston-Johansson, Fannie – Sjöström, Björn 2008. Postoperative pain management — the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17. 2042–2050.

Estlander, Ann-Mari 2003. *Kivun psykologia*. Juva: WSOY.

Farrar, John – Young Jr., James – LaMoreaux, Linda – Werth, John – Poole, Michael 2001. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 94. 149–158.

Grove, Susan – Burns, Nancy – Gray, Jennifer 2013. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. St. Louis: Elsevier Saunders.

Hamunen, Katri – Kalso, Eija 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): *Kipu*. Helsinki: Duodecim. 280.

HUS 2014. Kivun hoitotyön ”care bundle” -aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitoon. Julkaisematon dokumentti. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

HUS. Laadukasta ja turvallista hoitoa yhtenäisillä toimintamalleilla. Poster. Verkkodokumentti. <[http://www.hus.fi/hus-tietoa/tapahtumat/Aja ... isto/13HUS_Yhtenaiset_kaytannot_posteri.PDF](http://www.hus.fi/hus-tietoa/tapahtumat/Aja...isto/13HUS_Yhtenaiset_kaytannot_posteri.PDF)>. Luettu 4.11.2014.

Iivanainen, Ansa – Jauhiainen, Mari – Syväoja, Pirjo 2010. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2008. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Lilja, Ylva – Rydén, Steefan – Fridlund, Bengt 1998. Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. *Intensive and Critical Care Nursing* 14 (6). 276–282.

Niemi-Murola, Leila – Pöyhiä, R – Onkinen, K – Rhen, B – Mäkelä, A – Yildirim, Y – Niemi, T. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu — hoitajien asenteet ja potilastyytyväisyys. *Anestesiologian ja tehohoidon klinikka, HYKS. FINNANEST* 2005, 38 (5). 473.

Pohjolainen, Timo 2009. Kylmähoidot. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): *Kipu*. Helsinki: Duodecim. 238.

Salanterä, Sanna – Heikkinen, Katja – Kauppila, Marjo – Murtola, Laura-Maria – Siltanen, Hannele 2013. *Hoitotyön tutkimussäätiö. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus*. Verkkodokumentti. Päivitetty 19.2.2013. <http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf>. Luettu 17.2.2014.

Sloman, Rod – Rosen, Gila – Rom, Miriam – Shir, Yoram 2005: Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 52 (2). 125–132.

Vainio, Anneli 2009. Kipu ja kärsimys. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): *Kipu*. Helsinki: Duodecim. 12, 21.

