

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Aikuisen kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeinen kivun arviointi

Opas sairaanhoitajille

Laitala Marjut 0402681
Heli Löflund, 0402916
Sandberg Tiina 0402917
SHS04S2
Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia
Tukholmankatu 10
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
1.3.2007



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Laitala Marjut, Löflund Heli, Sandberg Tiina			
Työn nimi			
Aikuisen kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeinen kivun arviointi - Opas sairaanhoitajille			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2007	31+4 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus ja sen pohjalta koottu opas sairaanhoitajille kivunarvioinnin tueksi. Käsittelimme kirjallisuuskatsauksessa lähinnä vuodesta 2000 eteenpäin kivun arvioinnista ja mittausmenetelmistä tehtyjä tutkimuksia. Referoimme myös tutkimuksia potilaiden ja hoitajien suhtautumisesta kipuun ja sekä hoitajan että potilaan kokemuksiä kivun arvioinnista Työmme sisältää tietoa kivun mittaamisesta ja yleisimmistä akuutin kivun arviointiin kehitetyistä mittareista.</p> <p>Opas sairaanhoitajille sisältää akuutin kivun arviointimenetelmiä aikuisilla leikkauspotilailla auttaakseen Länsi-Talinnan keskussairaalaan sairaanhoitajia kivun arvioinnissa. Saadaksemme hyvän oppaan hyödynsimme ohjeita myös oppaan tekemisestä sisältävistä oppikirjoista. Näiden tietojen pohjalta oppaasta tehtiin lyhyt, selkeälukuinen ja ulkoasultaan kiinnostusta herättävä. Opas on taskuun sopiva ja oppaan voi antaa myös potilaalle luettavaksi. Tavoitteena on, että opas auttaa sairaanhoitajia laadukkaasti kivunhoidon toteuttamisessa.</p> <p>Työ kuuluu Stadian ja Länsi-Talinnan keskussairaalan yhteiseen StaLT-hankkeeseen, jonka tavoitteena on kehittää Länsi-Talinnan keskussairaalan hoitotyötä EU-maiden vaatimustason mukaiseksi. Tutustumiskäynnillä yhdessä Länsi-Talinnan keskussairaalan sairaaloista meille kerrottiin, että hoitajilta puuttuu tietoa siitä miten arvioida kipua ja ohjata potilaita kivun arvioinnissa.</p> <p>Kipua on kroonista ja akuuttia. Keskityimme omassa opinnäytetyössämme leikkauksen jälkeiseen kipuun, joka on luonteeltaan akuuttia. Kivun arviointia osana potilaan laadukasta hoitoa on aiemmin tutkittu potilaiden ja hoitajien näkökulmasta. Kävi ilmi, että hoitajat uskoivat osaavansa arvioida potilaiden kipua, mutta tulosten mukaan kivun arviointi on usein riittämätöntä.</p> <p>Virossa on hyväksytty vuonna 1996 Sairaanhoitajan eettiset ohjeet, joiden mukaan sairaanhoitajien tehtävänä on potilaslähtöinen hyvä hoito ja hoitotyön kehittäminen. Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on potilaslähtöisyyden lisäksi asioiden tekeminen tutkitusti oikealla tavalla. Olemme omalta osaltamme auttaneet Länsi-Talinnan keskussairaalan hoitohenkilökuntaa hyvän hoidon tavoittelussa ja hoitotyön kehittämisessä.</p>			
Avainsanat			
Arviointi, mittaaminen, akuutti kipu, kipu, kipumittari, opas			



Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Laitala Marjut, Löflund Heli, Sandberg Tiina			
Title Postoperative pain assessment of an adult surgical patient - Guide to nurses			
Type of Work Final Project	Date Spring 2007	Pages 31+4 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>Our Bachelor's thesis is a literature review and based on that, a guide to the nurses to be a support of the pain assesment. In the literature review we dealt mostly the studies since 2000 about pain assessment and measurement methods. We also give a summary of studies on the patients` and nurses` attitudes towards pain and both the nurses`s and the patient`s experiences of the assessment the of pain. The work contains information about pain measurement and the most generally used pain scales developed to assessment of acute pain.</p> <p>The guide to the nurses contains valuation methods of acute pain on adult surgical patients. It aims to help the nurses of The Western Tallin Central Hospital in assessing pain. To create a functional guide, we also utilized the guidelines about making a guide of the textbooks. Based on that information we made a guide, which is short, easily read and arousing interest from its layout. The guide is compact and can also be given to the patient to read. The aim is that the guide will help nurses providing high quality pain management.</p> <p>Our Bachelor`s thesis is part of the joint project StaLT, Stadia Polytechnic and The Western Tallinn Central Hospital. It aims to develop the quality of The Western Tallinn Central Hospital nursings procedures towards EU- standards. In our exursion to one of the hospitals of Western Tallinn, we were told, that there is lack of knowledge in nurses on how to assess pain and to direct the patients of assessing pain.</p> <p>Pain is chronic and acute. In our work we focus to the postoperative pain, which is acute by its nature. The assessment of pain as part of high-quality care has been studied before both patients` and nurses` point of view. From the studies it appeared that the nurses believed they knew how to assess patients`pain, but according to the results the assessment of pain is often inadequate. In Estonia it has been accepted the ethic guidelines from the nurses in 1996, which directs that the task of the nurses is the patient based good care and developing the nursing procedures. Evidence based nursing aims in addition of patient based nursing as well doing the things in right ways based on studies. In our ways we have helped The Western Tallinn Central Hospital nursing staff in the pursuid of good care and developing the nursing procedures.</p>			
Keywords Assessment, measurement, acute pain, pain, pain scales, guide			

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on kivun arviointi kirurgisella potilaalla. Työ kuuluu Stadian ja Länsi-Tallinnan keskussairaalan StaLT-hankkeeseen. Tavoitteena on kehittää Länsi-Tallinnan keskussairaalan hoitotyötä EU-maiden vaatimustason mukaiseksi. StaLT-hanke toteutuu vuosina 2004–2008, josta opinnäytetyömme ajoittuu vuosille 2006–2007.

Kipu on voimakkaasti läsnä hoitotyössä. Sitä on tutkittu paljon ja kivunhoidon menetelmiä pyritään jatkuvasti parantamaan niin lääketieteen kuin hoitotieteen keinoin. Kohtaamme työssämme päivittäin erilaisista kivuista kärsiviä ihmisiä; terveyskeskuksen vastaanotossa, heräämössä ja kuntoutuslaitoksessa.

Kivun arviointi on osa laadukasta kivunhoitoa. Kivun arvioinnin menetelmiä ja keinoja on kehitetty ja arvioinnin merkitystä potilaan hyvään kivun hoitoon on kansainvälisesti tutkittu laajasti. Havaintomme ovat, että käytännössä kivun arviointi ja sen arviointimenetelmien käyttö vaihtelevat sekä työpaikan käytännön että hoitohenkilöstön subjektiivisen ammattitaidon mukaan. Koemme kivunhoidon tärkeäksi osaksi kokonaisvaltaista potilaan hyvää hoitoa ja siksi haluamme olla kehittämässä kivun arviointia.

Opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus ja sen pohjalta koottu opas sairaanhoitajille. Käsittelemme pääasiassa vuodesta 2000 eteenpäin tehtyjä tutkimuksia kivun arvioinnista ja mittausmenetelmistä. Tavoitteenamme on, että oppaan avulla sairaanhoitajat saavat tietoa leikkauspotilaiden akuutin kivun arviointimenetelmistä. Rajaamme työn aikuispotilaiden akuutin kivun arviointimenetelmiin, koska lasten kipuongelmat ja niiden hoito ovat erilaista kuin aikuisilla (Kalso, Vainio 2002:312). Alue täytyi rajata, ettei työstä olisi tullut liian laaja.

Länsi-Tallinnan keskussairaalan ylihoitaja Raid on tehnyt tutkielman ”Virolaisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta” vuonna 1999. Tutkimuksesta kävi ilmi, että virolaisten sairaanhoitajien valmiuksia jakaa tietoa ennen leikkausta leikkauksen jälkeisestä vaiheesta ja kivun arvioinnista pitäisi parantaa.

Aiheeseen liittyviä tutkimuksia haimme tietokannoista hakusanoilla: kivun arviointi, kipu, arviointi, akuuttikipu, kipumittarit, postoperative pain assessment, pain, nursing, acute pain assessment measurement, postoperative pain research, pain assessment nursing research hakukoneilta Medline, Cinahl, Medic, Cocharane ja PubMed.

2 KIPU

2.1 Kivun määritelmä

McCaffery ja Meinhart (1983) ovat määritelleet, että kipu on mikä tahansa, mitä potilas sen sanoo olevan ja on siellä, missä kipua kokeva sen sanoo olevan. Kipu koskettaa yksittäistä ihmistä, mutta vaikuttaa myös ympäristöönsä, jolla on mahdollisuus monin tavoin lievittää sitä.

Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka on yhteydessä jo sattuneeseen tai uhkaavaan kudoksen vaurioon tai jota kuvaillaan samanlaisin käsittein. Myöhemmin määritelmään on lisätty subjektiivinen ja elämyksellinen näkökulma. Kipua voidaan havainnoida kielellisesti ja ei-kielellisesti. (IASP 1986.)

2.2 Erilaiset leikkauksen jälkeiset kiputilat

Kipua on akuuttia ja kroonista. Akuutissa kivussa kivun tunteminen suojaa henkilöä mutta kroonisessa kivussa kivun tuntemisen merkitys on epäselvä. Akuutti ja krooninen kipu on perinteisesti erotettu toisistaan kivun kestolla, ts. krooninen kipu on sellaista joka kestää yli 3-6 kk. (Kalso 2002: 87).

2.2.1 Akuutti kipu

Akuutti kipu on yhteydessä kudosaivuriioon ja kipu on usein kestoltaan lyhytaikaista (McGuire 1992). Akutteja kudosaivuriokipuja ovat akuutit tuki- ja liikuntaelinperäiset kiputilat (esim. rasitusperäiset kivut ja vammat) ja leikkauksen jälkeinen kipu (Salanterä ym. 2006:). Fysiologinen akuutti kipu syntyy terveessä yksilössä voimakkaan, vahingollisen stimuluksen seurauksena. Stimuluksen lakattua kipukin lakkaa. Patologisessa akuutissa kivussa kipua aistiva systeemi on esimerkiksi tulehduksen seurauksena herkistynyt siten, että reaktio heikoillekin stimuluksille on epäsuhtainen ja pitkittynyt. Akuutilla kivulla on tärkeitä elimistöä suojaavia tehtäviä. Se varoittaa kudosaivuriosta ja estää väistöheijasteen avulla lisäivurion syntymistä. Kivun vuoksi vaurioitunut ruumiinosa immobilisoidaan paranemisvaiheen ajaksi. Akuutti voimakas kipu aiheuttaa neurohumoraalisia vasteita, joiden ansiosta elimistö pystyy kompensoimaan elintärkeitä toimintoja kriittisissä tilanteissa esimerkiksi ylläpitämällä verenpainetta hypovolemian yhteydessä (Kalso 2002: 87.)

Välittömien puolustustehtävien jälkeen potilaan päästyä hoitoon ovat voimakkaan kivun vaikutukset haitallisia. Nämä fysiologiset seuraukset ovat sitä merkittävämpiä mitä kriittisempi potilaan tai tietyn elimen tila on. Esimerkiksi sydäninfarktin yhteydessä kivun aiheuttama sydämen työmäärän ja hapenkulutuksen lisääntyminen voivat johtaa sydänlihassaivurion laajenemiseen. (Kalso 2002: 87).

Leikkauksen jälkeinen (postoperatiivinen) kipu on akuuttia. Se on voimakkuudeltaan vaihtelevaa, mutta yleensä lyhytkestoista. Liian voimakas postoperatiivinen kipu aiheuttaa potilaalle paitsi henkisiä kärsimyksiä myös fysiologisia haittoja. Se lisää sympaattisenhermoston aktiviteettia aiheuttaen takykardiaa, ääreisverenkierron vastuksen nousua, sydämen työmäärän lisääntymistä ja hapenkulutuksen kasvamista. Verisuonten supistuminen voi huonontaa kudosten hapen saantia ja täten hidastaa haavan paranemista. (Lehtomäki 2002: 17–21.)

Eri leikkausten aiheuttamat kivut vaihtelevat suuresti niin määrällisesti kuin laadullisesti. Iho on tärkein kipua aistiva elin, joten siinä kuten myös limakalvoilla nosiseptorien, kudostuhoa aistivien solujen tiheys on suuri. Ortopedisista leikkauksista osa voi olla hyvinkin kivuliaita, etenkin isommat polvi- ja olkapääleikkaukset, etenkin mobilisointi vaiheessa. Kivuliaimpia leikkauksia ovat torakotomiat (rintakehän avaus),

ylämahaleikkaukset sekä munuaisiin kohdistuvat leikkaukset. (Kalso 2002: 222–223.) Akuutti kipu on stressitekijä, joka heikentää immuunijärjestelmän toimintaa, erityisesti luonnollisten tappajasolujen (natural killer cells) toimintaa ja voi edistää kasvaimien syntyä leikkauksen jälkeen. (Page 2005.)

2.2.2 Nosiseptiivinen kipu

Nosiseptiivinen kipu syntyy kun nosireseptorit reagoivat voimakkaalle, potentiaalisesti kudosaauriota aiheuttavalle ärsykkeelle. Tällöin itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on terve. Tyypillisiä tilanteita, joissa kudoksissa oleva prosessi aiheuttaa nosiseptiivista kipua, ovat esimerkiksi tulehdukset, iskemiat ja tuumorit. (Kalso 2002: 96.)

Sisäelimiin liittyvää kipua kutsutaan nosiseptiiviseksi kivuksi, joka tarkoittaa viskeraalista kipua. Se syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Riippumatta siitä, onko kysymys akuutista tai kroonisesta kivusta, sisäelinkipu eroaa luonteeltaan somaattisesta kivusta monin tavoin (Kalso 2002: 97).

Viskeraalisen kivun ominaisuuksia:

1. Viskeraalinen kipu on vaikeasti paikannettavissa
2. Kipu tuntuu laajemmalla alueella kuin se elin, josta kipu on lähtöisin
3. Kaukokipu (referred pain, kivun tuntuminen samanaikaisesti esim. iholla, kullekin elimelle tyypillisellä alueella) on yleistä
4. Kipuun kuuluu autonomisia oireita, esim. kalpeutta, hikoilua, sydämentykytystä, pahoinvointia. (Kalso 2002: 97.)

2.2.3 Neuropaattinen kipu

Neuropaattiselle eli hermovauriokivulle tyypillisiä piirteitä ovat sen riippumattomuus esimerkiksi rasituksesta tai asennosta, epänormaali tuntemukset kuten pistely, polttava

tunne tai puutuneisuus kipualueella sekä kliinisesti todettavat tuntohäiriöt. Kipeä alue voi olla samanaikaisesti tunnoton esimerkiksi kosketustunnon osalta, toisaalta kevyt kosketus voi laukaista ankaran, pitkään kestävän kivun. (Kalso 2002: 97–98.)

3 KIVUN ARVIOINTI

Hoitotyön suunnittelun lähtökohtana on kivun arviointi, johon kuuluu potilaan subjektiivinen näkemys omasta kivustaan, kivun ilmaisemisen havainnointi, kivun vaikutus fysiologisiin, sensorisiin, affektiivisiin, kognitiivisiin, sosiaaliskulttuurisiin ja käytöksellisiin tekijöihin, sekä konkreettinen kivun voimakkuuden mittaaminen luotettavalla kipumittarilla (Hovi - Salanterä 2000: 11).

Nyky-suomen sanakirjan (1996) mukaan sana arviointi, arvioida tarkoittaa suorittamista, arviota ja laskea summittaisesti. Kivun arviointi (assessment) on laaja-alaisempaa kuin kivun mittaaminen ja sen tarkoituksena on saada kivusta mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva. Kivun arviointi sisältää mittaamisen lisäksi muun muassa vastausten etsimisen siihen, mikä helpottaa tai pahentaa kipua tai mitkä tekijät vaikuttavat kivun kokemiseen. (Kokki 2000:14.)

Kivun arviointi on avainasemassa kivun hoitotyössä. Tehokas kivun hoito vaatii tämän vuoksi vertailevaa arviointia potilaan kivusta ja hoitajan tulisi hyödyntää tiedon eri ulottuvuuksia kuten patofysiologiaa, lääketieteellistä tietämystä käytettävistä lääkkeistä sekä arviointimenetelmistä läpi koko arviointiprosessin. Eri tietotyypin käyttö on tarpeen kun hoidetaan monenlaisia potilaita. Arviointimenetelmien tulee olla luotettavia. Perustana tulisi käyttää monipuolisesti eri lähteistä saatua tietoa kuten teorian, tutkimukset, filosofiset näkökannat kivusta ja sen hoidosta. Kivun hoidon tarkoituksena on saavuttaa kivuttomuus silloin kuin se vain on mahdollista ja varmistaa potilaalle paras mahdollinen hoito. (Walker 2003: 494–501.)

3.1 Kipumittarit kivun arvioinnin apuvälineinä

Kivun mittaaminen on osa kivun arviointia. Mittaamisella (measurement) tarkoitetaan kivun jonkin ulottuvuuden, kuten voimakkuuden, mittaamista tähän tarkoitukseen kehitetyllä mittarilla, siten kivulle saadaan jokin numeerinen arvo. (Kokki 2000: 14.)

Mittaaminen on prosessi, sarja tapahtumia, jossa arvioidaan lukuisia kohteita saman säännön avulla. Sääntö antaa ohjeen miten kohteelle annetaan mittayksikkö. Mittari on yleisesti seurantatapa, selvitys, myös menettely tai väline, jolla kerätään tietoa (Outinen 1999: 97).

Kipua kokevan potilaan hoitotyö alkaa kivun arvioinnista ja sen perusteella laaditaan hoitotyön suunnitelma. Kivunhoitoon kuuluu hoitotoimien tehokkuuden systemaattinen arviointi ja tulosta arvioidaan mittaamalla kivun voimakkuuden muutosta. (Hovi 2000:114–116.)

Postoperatiivisen kivun arviointi tulee aloittaa jo preoperatiivisesti viimeistään silloin, kun potilas tulee vuodeosastolle leikkausta varten. Potilaalle voidaan lähettää etukäteen tietoa postoperatiivisesta kivusta, sen hoidosta ja arvioimisesta. Kivun arviointi jatkuu koko sairaalassaoloajan. Potilaille kerrotaan kipumittareiden merkitys ja opetetaan niiden käyttö. Potilas valitsee mittarin, jota haluaa kivun voimakkuuden mittaamisessa käyttää leikkauksen jälkeen. (McCaffery 1999.)

Riittävän kivunhoidon todentamiseksi ovat kivusta ja sen hoidosta tehtävä kunnolliset sairauskertomusmerkinnät. Jotta merkinnät olisivat informatiivisia, kipua ja kivunhoidon onnistumista täytyy olla mitattu jollain mittarilla. Mitään täydellisen objektiivista kipumittaria ei ole vielä olemassa. (Tarkkila 2005: 30-31.)

Hoitotyön kirjaaminen on usein riittämätöntä kivun arvioinnin ja hoidon osalta. Idvallin ja Ehrenbergin (2002) tutkimuksessa ilmeni, että kivun arviointi perustui pääasiassa potilaan itseilmaisuuksiin, mutta vähemmän kuin 10 % lomakkeista sisälsi merkintöjä systemaattisesta kivun arvioinnista kivun arviointimittareilla. Kivun sijainti oli kirjattu 50 %:ssa ja kivun luonne 12 %:ssa. Hoitajista 73 %:n mielestä kirjaaminen oli tapahtunut voimassa olevien ohjeiden mukaisesti.

3.1.1 Kipumittarin valinta

Kipumittareita on kehitetty laaja valikoima. Näiden joukosta tulisi kyetä löytämään tarkoitukseensa sopivin mittari huomioiden potilasaineisto, joka on vaihtelevaa eri-ikäisistä aikuisista, akuutista kivusta krooniseen tai syöpäkipuun sekä psyykkisesti tai kognitiivisesti vajavaisiin potilaisiin. (Bird 2003, IASP 2006.) Osa mittareista käytetään ainoastaan tutkimustarkoituksessa, mutta osa niistä on käyttökelpoisia myös hoitotyössä. (Salanterä 2006: 83.) Mittarin tulee olla potilaalle helppokäyttöinen ja -lukuinen. Sen tulee kyetä mittaamaan mitä sen on tarkoituskin mitata (validiteetti) sekä antaa toistuvasti samansuuntaisia tuloksia (reliabiliteetti). Mikään kipumittareista ei osoita kipua vastaavalla tarkkuudella, kuten esimerkiksi lämpömittari osoittaa kehon lämpöä, eikä voi tarjota kaikkea haluttua tietoa. Tämän vuoksi mittareita tulisi käyttää kriittisesti ja pyrkiä kehittämään niitä edelleen paremmin tarpeita vastaavaksi (Bird 2005:47, IASP 2006.) Kivun voimakkuuden arvo kirjataan, jotta voidaan seurata potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia ja arvioida hoidon tehoa. (HUS Kipuklinikka 2001)

Jotta kivun voimakkuudelle voitaisiin saada numeraalinen arvo, täytyy potilaan itse pystyä antamaan se. Muutoin tulee käyttää vaihtoehtoisia, standardoituja kivun arviointimenetelmiä, mukaan lukien taustalla oleva sairaus, sekä tunnistaa toimenpiteet, jotka aiheuttavat kipua, ja tarkkailla kipukäyttäytymistä. (Pasero - McCaffery 2005: 50-53.) Kipumittarin valintaan vaikuttavat sen luotettavuus ja potilaan mieltymykset. Jonkun on helpompi ilmaista kivun voimakkuutta sanallisesti, toisen numeroilla ja joillekin kipukiila tai kipukasvomittari on helpompi ilmaisuväline. (Salanterä 2006: 83).

Prieurin (2002) tutkimuksessa ainoastaan 10 %:lla vastaajista oli käytetty kipumittaria kivun arvioinnin apuna. Kipumittarin käyttö ei ole vakiintunut potilaan kivun arvioinnissa (Prieur 2002: 38, Raid 1999: 56).

3.1.2 Kivun arvioinnissa yleisesti käytössä olevia kipumittareita

Kivun voimakkuuden tai laadun arvioinnissa voidaan kysyä kivusta sanallisesti tai käyttää apuvälineinä yksi- tai moniulotteisia kipumittareita. Kivun arvioinnissa käytetyt

asteikot vaihtelevat sen mukaan kuinka tarkkaa tietoa kivusta tarvitaan. (Salanterä 2006: 83.)

Yksiulotteinen kipumittari ilmaisee kivun voimakkuutta. Yleisimpiä akuutin kivun arviointiin käytettyjä yksiulotteisia mittareita ovat VAS-jana (Visual Analog Scale), NRS (Numerical Rating Scale) eli numeerinen kipumittari ja sanallinen kipumittari VRS (Verbal Rating Scale). Lapsilla käytetään usein kipukasvomittaria (Bird 2003; Coll - Ameen - Mead 2004: 128; Salanterä 2006: 86.)

VAS-JANA (Visual Analogue Scale, VAS)

- Vas-jana on 10 cm pitkä musta jana. Janan vasen pää vastaa tilannetta, jossa ei ole kipua ja oikea pää pahinta kuviteltavissa olevaa kipua.
- Potilas asettaa poikkiviivan janalle siihen kohtaan, joka vastaa hänen kipunsa voimakkuutta.
- VAS-arvo luetaan mittarin toiselta puolelta asteikolla 0-10 cm (0,5 cm:n tarkkuudella) (Liite 1).

KIPUKIILA (yhdistetty VAS ja NRS)

- Kipukiila on 10 cm pitkä punainen kiila. Kiilan vasen pää (josta punainen alue alkaa) vastaa tilannetta, jossa ei ole kipua ja oikea pää pahinta kuviteltavissa olevaa kipua.
- Potilas asettaa poikkiviivan janalle siihen kohtaan, joka vastaa hänen kipunsa voimakkuutta.
- Arvo luetaan mittarin toiselta puolelta asteikolla 0-10 cm (0,5 cm tarkkuudella) (Liite 1).

KIPUKASVOMITTARI

- Potilasta pyydetään valitsemaan ilme, joka parhaiten vastaa hänen kipuansa (Liite 1).

SANALLINEN ASTEIKKO (Verbal Rating Scale, VRS)

- Potilaalta kysytään, mikä sana parhaiten kuvaa hänen kipunsa voimakkuutta (Liite 2).

Moniulotteiset kipumittarit osoittavat kivun voimakkuuden lisäksi yleensä myös kivun paikan sekä kivun luonteen. Kipusanastosta valitaan parhaiten potilaan kipua kuvaavia sanoja sekä ihmistä esittävään piirroksen merkitään kivun sijainti ja mahdollinen kipusäteily. Muun muassa McGillin (MPQ, McGill Pain Questionare) kipusanasto on käytössä erityisesti kroonista kipua mitattaessa. (Bird 2003, Salanterä 2006: 87.) Moniulotteiset kipumittarit ovat soveltuvampia kroonisen ja syöpäkivun arviointiin (Bird 2003:, Coll ym. 2004: 129). ”Pain-O-Meter”-mittari on kansainvälisesti käytössä ja siinä kivun voimakkuuden lisäksi on kipusanasto kosketuskivun ja kiputunteen ilmaisemiseksi (Salanterä 2006: 89).

3.1.3 Kipumittareiden luotettavuudesta

VAS-mittari on yleisesti käytetty ja todettu tutkimuksissa herkäksi ja tarkoitukseen sopivaksi apuvälineeksi kivun mittaamisessa. Se soveltuu hyvin akuutin ja leikkauksen jälkeisen kivun mittaamiseen. VAS-mittarin heikkoutena voidaan mainita osoittimen jäykkyys ja näytön likimääräisyys. (Bird 2003; Coll ym. 2004: 127; Salanterä ym. 2006: 85.)

Verbal Rating Scale, VRS on todettu olevan jonkin verran heikompi kivun mittari akuutin kivun arvioinnissa verrattuna numeeriseen (NRS) tai visuaaliseen (VRS) kipumittariin. (Bijur - Silver - Gallanger 2003: 1153-1157). Williamsonin ja Hoggartin (2005) tutkimuksessa Verbal Rating Scale taas todettiin olevan VAS:ia herkempi ja siksi käyttökelpoisempi. VRS:n vahvuus on erityisesti kipulääkityksen vaikutuksen arvioinnissa, mutta vaikka se on erinomaisen käyttökelpoinen, niin kuitenkin puutteena voisi mainita, että sen avulla ei saada erityisen tarkkaa arviota (Coll ym. 2004: 129).

Numeral Rating Scale, NRS on kansainvälisissä tutkimuksissa todettu validiksi. Sen on todettu osoittavan kivun voimakkuutta VAS:ia vastaavasti, se on helppokäyttöinen ja sen on todettu soveltuvan hyvin akuutin kivun arviointiin aikuisilla kuten myös kognitiivisesti toimintakykyisillä geriatrisilla potilailla (Bijur ym.2003: 1153-1157; Bird 2003, Coll ym. 2004: 129; Ware - Epps - Herr - Packard 2006.) NRS sopii hyvin henkilöille, jotka kaipaavat tarkempaa kivun arviointia (Williamson ym.2005: 798).

3.1.4 Kipumittarien käytön ongelmia ja ratkaisuja

Kipumittarin käyttö voi olla haasteellista. McCaffery ja Pasero (2001) antavat ohjeita mahdollisiin ongelmiin:

- Potilas ei käytä kipumittaria oikein.

Varaa aikaa selvittää potilaalle kipumittarin oikea käyttö ja varmistu, että potilas on ymmärtänyt ohjeet. Myös kognitiivisilta kyvyiltään heikentyneet potilaat voivat käyttää kipumittaria, jos opetukseen varataan riittävästi aikaa ja heille valitaan sopiva mittari, esim. 0-5 asteikolla varustettu tai kipukasvomittari voi olla käyttökelpoinen.

- Potilas asettaa leikkauksen jälkeiselle kivulle tavoitteeksi mittarin asteikolla nolla.

Kun potilasta pyydetään asettamaan mittari kohtaan, jossa kulkee toimintakyvyn kannalta hyväksyttävän kivun raja, hän asettaa mittarin osoittamaan 0:aa. Tämä on usein epärealistinen tavoite, ja potilaalle voi kertoa, että leikkauksen jälkeen on odotettavissa jonkin asteista kipua. Kipu voidaan kuitenkin pitää hoitotoimenpiteillä lievänä, mutta haittaamattomana, yleisimmin tavoitteena on kolme tai alle kipumittarin asteikolla.

- Potilas asettaa mittarin lukeman toimintakyvyn osalta korkeammaksi kuin neljä.

On havaittu, että kipumittarin asteikolla yli neljä potilaiden toimintakyky huononee ja elämänlaatu laskee. Potilaalle tulisi kertoa kovan kivun aiheuttamista haittavaikutuksista elimistössä, kuten immuunijärjestelmän heikkeneminen, joka voi altistaa infektioille. Jos potilas ei halua vahvempaa kipulääkitystä sivuvaikutusten pelossa, niin kerro hänelle, että riski riippuvuuden kehittymiseen on pieni. Muita sivuvaikutuksia, kuten pahoinvointi ja oksennus voidaan hoitaa estolääkityksellä ja suolilamaa suolen peristaltiikkaa lisäävillä aineilla.

- Potilas arvioi kipunsa kovemmaksiksi kuin 10 numeraalisella 0-10- asteikolla.

Hoitajien tulisi opetella suhteuttamaan minkä tahansa arvon potilas ilmoittaa. Jos potilas ilmoittaa kivun olevan >10, luultavasti hänen kipunsa

on sietämätön ja kovempi kuin potilas on odottanut ja tarvitsee kipulääkitystä. Tulisi muistaa, että kipumittarin tarkoitus on auttaa hoitotyön toteuttajia hoitotyössä ja potilaan voinnin helpottamisessa

- Potilas osoittaa kipuasteikolla yli 10 huolimatta kipulääkityksestä.

Tämä todennäköisesti tarkoittaa, että lääkitys on riittämätön, eikä kuten hoitajat usein olettavat, että potilas on lääkeriippuvainen tai haluaa lisää kipulääkettä tunteakseen olonsa ”päihtyneeksi”. Kysy mieluummin kipukokemuksesta kuin potilaan motiiveista. Etsi tehokkaampia keinoja kivunlievitykseen, kuten kipulääkkeen annoksen nostaminen tai toinen kipulääke rinnalle.

- Hoitajilla on ongelmana sovittaa potilaan kasvojen ilmeet kipukasvomittarin kuviin.

Potilaan tulee itse näyttää mihin kohtaan mittarilla hän arvioi kipunsa voimakkuuden. Potilaan tulee ymmärtää asteikko ja sovittaa tunteuksensa sitä vastaavaksi (vaikka kasvojen ilme olisi kuvasta poikkeava).

- Hoitaja arvioi kivun vähäiseksi silloin, kun potilas on unessa.

Uni tai sedaatio voidaan virheellisesti arvioida kivun lieventäjäksi, mutta kovistakin kivuista kärsivät potilaat voivat nukkua. Potilas voi nukkua helpottaakseen kiputuntemusta. Jos potilaan kivunhoito on kontrolloitua, voi potilaan antaa nukkua ja merkitä papereihin, että ”vaikutta olevan unessa” kun kipumittauksen aika olisi. Tarpeen mukaan potilaan voi herättää, jos tuntuu siltä että kipulääkitystä olisi syytä lisätä.

- Hoitajien arvio potilaan kivusta eroaa potilaan omasta arviosta.

Hoitaja voi arvioida potilaan kivun vähäisemmäksi jos potilas ei näytä kivuliaalta. Etenkin, jos potilas ilmoittaa kovasta kivusta, mutta jaksaa laskea leikkiä, katsoa televisiota tms. On välttämätöntä, että hoitaja uskoo potilaan arvioon kivustansa ja että tämä on tärkein huomioonotettava seikka. Jos hoitaja muuttaa tuloksen omaksi arviokseen, niin hän vääristää tulosta, ja tämä taas vääristää kivunlievityksen tehokkuuden arviointia.

– Potilaalla on vaikeutta käyttää vaakasuoraa kipumittaria.

Kokeile auttaako, jos mittarin kääntää pystysuoraan siten, että 10 on ylöspäin? Tämä voi auttaa niitä, joilla on vaikeutta hahmottaa horisontaalista vasemmalta – oikealle -asteikkoa, tai esim. potilaita, jotka lukevat oikealta vasemmalle.

Osastolla tulisi olla järjestelmä, jolla varmistetaan, että kaikille potilaille opetetaan kuinka kipumittaria käytetään. Hoitajan tulee myös kirjata onko potilas ymmärtänyt miksi kipumittarin käyttö on tärkeää sekä se, että potilas on näyttänyt kykynsä käyttää kipumittaria. Kaikkien potilaiden tulisi saada tietoa oletettavasta kivusta ennen operaatiota ja siksi tämän varalta tulee kipumittarin käyttö opettaa etukäteen. Kun potilas on oppinut kipumittarin käytön, tulee varmistaa että samankaltaista mittaria käytetään jokaisella mittauskerralla. (McCaffery ym. 2001: 81-82.)

3.2 Potilaan kipukokemukset kivun arvioinnin lähtökohtana

Kivun arvioinnin tärkein lähtökohta on, että potilas itse kertoo kivustaan. Henkilökunnan tulee aina uskoa tämä. Potilaan oma arvio on tarkin ja luotettavin. Kun potilas itse pystyy kertomaan kivustaan, potilaan oman arvion sijasta ei koskaan saa käyttää potilaan käyttäytymistä, henkilökunnan mielipidettä tai fysiologisia arvoja. (McCaffery 1999: 48-52.) Kivun laadun ja voimakkuuden tietää ainoastaan kivun kokija, joten potilaan tulee saada itse luonnehtia kipunsa ja sen voimakkuus. (Tornivuori 2000: 23.)

Tietojen kerääminen potilaalta on aina kaksisuuntaista. Samalla, kun potilas puhuu kivustaan, hänelle kerrotaan asiaan liittyvää tietoa. Potilaan on hyvä oppia tuntemaan kipunsa ja opetella arvioimaan sen luonnetta ja voimakkuutta, sekä siinä ilmeneviä mahdollisia muutoksia. Kipunsa hyvin tunteva potilas kykenee myös kertomaan kivustaan selkeästi, kuvaavasti ja yksiselitteisesti. (Hovi 2000: 114–116.)

Kipu ei saa estää potilaan liikkumista, syvää hengittämistä eikä yskimistä. Tämän kivunhoidon tavoite on hyvä kertoa potilaalle. Kivun ja sen hoitokeinojen vaikutusten seuranta ja arviointi tulee olla järjestelmällistä ja jatkuvaa. (Tornivuori 2000: 23.)

Kokemuksen mukaan leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon arvioinnissa tulisi huomioida seuraavat asiat: kivun sijainti, luonne, kesto, ajallisuus, voimakkuus, kivunhoitomenetelmän arviointi, hoitajan huomioidot potilaan fysiologisista toiminnoista ja potilaan tyytyväisyys kivunhoitoon (Tornivuori 2000: 23).

Kivun sijaintia kysyttäessä kehoitetaan potilasta näyttämään missä hänen kipunsa tuntuu. Potilas voi kuvata kivun olevan leikkausalueella, toisaalla (esimerkiksi torakotomian jälkeinen olkavarressa), kaikkialla (saattaa liittyä muuhun sairauteen) tai potilas ei osaa paikantaa kipunsa (potilas saattaa olla myös ahdistunut). Kivun luonnetta kuvatessaan potilas voi käyttää kipua kuvaavaa sanaa esimerkiksi pistävä, repivä, kouristava jne. Jos potilaalla on ollut jo ennen leikkausta kipua, tulisi kysyä onko tämä kipu samanlaista vai erilaista kipua kuin ennen leikkausta. (Tornivuori 2000: 23.)

Kivun kesto tarkoittaa onko kipu jatkuvaa vai tuleeko se kohtauksittain. Sängystä ylösnoustessa tai yskiessä voimistuva kipu voi olla hetkellistä, joka välittömästi vähenee tai pysyvää ja voimakasta, joka estää näitä toimintoja. Kivun ajallisuus tarkoittaa kivun ajoittumista tiettyyn vuorokauden ajankohtaan, kuten esimerkiksi aina yöhön tai aamuun. (Tornivuori 2000: 23.)

Monet potilaat kärsivät edelleen leikkauksen jälkeisestä kivusta. (Dahlman- Dykes- Elander 1999: 870; MacLellan 2002: 183; Prieur 2002) Useissa tutkimuksissa on pyritty selvittämään kipuun vaikuttavia seikkoja (Idvall ym. 2002; MacLellan 2002; Prieur 2002; Tapp - Kropp 2003). Näissä tutkimuksissa pyrittiin selvittämään keinoja potilaiden kokemusten parantamiseksi. Hoitajien ja potilaiden tiedot ja asenteet osoittautuivat keskeiseksi.

Prieur (2002) tutki potilaiden kipukokemuksia ja tyytyväisyyttä sairaalassa saamaansa kivunhoitoon. Tutkimukseen osallistui 800 potilasta ja vastausprosentti oli 93,5. Tutkimuksen mukaan potilaat pitivät erittäin tärkeänä sitä, että heidän arvionsa kivusta otetaan huomioon. Kipulääkkeen vaikutusta oli kysytty tutkimuksen mukaan valtaosalta potilaista (88 %) ja muun kivunhoitomenetelmän auttavaa vaikutusta oli kysytty vain 17 %:lta.

Tutkimuksen kiistaton tulos on se, että ne potilaat, jotka olivat saaneet tietoa kivusta, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin ne potilaat, jotka tietoa eivät saaneet. Samoin potilaat joiden kanssa kipua oli arvioitu, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin ne joiden

kanssa kipua ei ollut arvioitu. Kipumittarin käyttö parantaisi potilaan kivun arviointia, mutta mittareiden käyttö on vähäistä ja epäsäännöllistä. Tehostamalla kipumittareiden käyttöä voitaisiin ottaa potilaan oma arvio kivusta paremmin huomioon. (Prieur 2002: 41-42)

Idvall ym. (2002) tutkimuksessa potilaista 24 % kertoi kokeneensa voimakkaampaa kipua kuin olivat odottaneet ja he olivat myös tyytymättömämpiä kivunhoitoon yleisesti. Nämä potilaat ilmaisivat myös tyytymättömyytensä kommunikaatioon, luottamukseen sekä ympäristöstä johtuviin seikkoihin. Tutkimuksessa naiset ilmaisivat kokeneensa voimakkaampaa kipua verrattuna miehiin. Eri osastojen välillä ei löytynyt eroavaisuutta niiden välillä, jotka kokivat enemmän kipua kuin olivat odottaneet tai jotka saivat epiduraalista kivunlievitystä, mutta ortopediset potilaat olivat tyytyväisempiä yleisesti hoitoon ja gynekologiset potilaat olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisempiä kivun hoitoon. Huomioon otettavaa on, miksi jotkut potilaat olivat tyytyväisiä hoitoon, vaikka ilmoittivat kokeneensa kovaa kipua?

Epiduraalianestesian saaneet potilaat antoivat paremmat pisteet toimintakyvystä ehkä, koska näiden potilaiden hoitoon on selkeämmät ohjeet ja esim. kipumittarin käyttö on säännönmukaisempaa. Potilaat, jotka olivat kokeneet kohtalaista kipua, ilmaisivat kuitenkin olevansa tyytyväisiä kivunhoitoon yleisesti. Myös tässä tutkimuksessa ilmeni potilaiden tyytyväisyys hoitoon kivusta huolimatta, sillä kipu oli ollut odotettavissa. Potilaat olivat tyytyväisempiä kohtalaisesta kivusta huolimatta, kun he havaitsivat että heidän kipua kontrolloitiin. Potilaat arvioivat kipunsa kovemmaksi kuin mitä hoitaja arvioi. Tutkimus tukee aiempia tutkimuksia siitä, että kun potilaat havaitsevat, että heidän kipuunsa tarkkaillaan, vaikuttaa jo tämä positiivisesti yleiseen potilastyytyväisyyteen. (Idvall ym. 2002.)

Myös Gordon (2006) pohtii tutkimuksessaan ristiriitaa sen välillä miksi potilaat ilmaisevat suurempaa tyytyväisyyttä hoitoon, vaikka ovat kokeneet leikkauksen jälkeen kohtalaista tai kovaa kipua. Syynä tähän voi olla, että potilaat odottavat kokevansa kipua leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeisen kivun lievittyminen perustuu potilaan omaan arvioon ja potilaan tyytyväisyys hoitoon on se mittari, jolla tarkastellaan kuinka potilaan odotukset täsmäävät hoidon kanssa. Tähän voivat vaikuttaa erilaiset tekijät, kuten kivun voimakkuus, odotettu leikkauksen tulos, henkilökunnan tekemät havainnot potilaasta ja hoidosta saatu apu. Myös ammatilliset ja sosiaaliset tekijät voivat vaikuttaa

siihen tai vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa. Tyytyväisyyttä lisää hoidon saatavuus, jatkuvuus ja hyvä hoitokokemus, ammatillisuus, terveydentilan paraneminen ja sairaalassaolon kesto. Myös potilaan koulutus/odotukset, kivun voimakkuus ja laajuus sekä sairaalaympäristö vaikuttavat potilaan kokemukseen. Hoitajat ovat avainasemassa arvioitaessa potilaan tyytyväisyyttä ja toimivat potilaiden asianajajia hyvän kivun hoidon varmistamisessa.

Revon (2004) tutkielmassa haastateltavat olivat sitä mieltä, että kivun syyn selvittäminen on erittäin tärkeää. Tällöin he pystyivät suhtautumaan siihen oikein. Heidän mielestään epätietous lisäsi kipua. Kipu koettiin lähes sietämättömänä ja toipumista rajoittavana. Kipulääkkeistä ei heille ollut mitään apua, koska kipu ei koskaan poistunut. Leikkaukseen liittyvä haavakipu koettiin myös tavallisena asiana, eikä se rajoittanut tai hidastanut toipumista.

Tutkimus osoitti, että potilaiden kipuun suhtauduttiin vähättelevästi eikä heidän tuntemuksiaan kuunneltu tai otettu todesta. Tällaisia kokemuksia oli erityisesti silloin, kun kivulle ei ollut löytynyt mitään syytä. He kokivat kipujen vähättelyn loukkauksena. Kipua pidettiin henkilökohtaisena kokemuksena, minkä vuoksi toisen kipua oli vaikea välillä tulkita. He olivat myös sitä mieltä, että jos itse ei ole kokenut kipua niin silloin ei voi ymmärtää toisen ihmisen kipua. (Repo 2004: 36–38.)

Haastateltavat kertoivat, että kipua on vaikea kuvata sanallisesti, koska se on niin henkilökohtainen kokemus. Erityisen vaikeaa oli kuvata jatkuvaa kipua. Kipua usein pyrittiin kuvaamaan kertomalla paikka missä se kipu tuntuu. Tutkimukseen liittyvässä haastattelussa he olivat kuitenkin pystyneet kuvaamaan hyvin kipua. Kipua oli helpompi kuvata jälkikäteen, kun kipu oli lievittynyt. (Repo 2004: 40.)

Kipua oli joskus vaikea paikallistaa. Kipu oli myös selkeää ja rajattua ja joskus se oli yleistä, kaikkialla tuntuvaa. Kipu kesti hetken tai se oli jatkuvaa. (Repo 2004: 41.)

Lähes jokainen haastateltava oli kertonut, ettei mielellään näytä kipua toiselle ihmiselle. He suhtautuivat kipuun tyynesti ulkoisesti. Heillä ei ollut tarvetta näyttää kipua ja he olivat tottuneet itse kestävänsä kipunsa. Kivun näyttäminen koettiin myös vaikeaksi asiaksi. He olivat myös sitä mieltä, että toisen ihmisen kipua on vaikea tunnistaa, koska kipu ei näy. Kipu ilmeni fyysisinä, psyykkisinä, sosiaalisina ja hengellisinä tuntemuksina. Kivun yksityisyys tarkoittaa kivun ilmaisemista, näyttämistä toiselle

ihmiselle. Kivun näyttämistä vältettiin mahdollisimman pitkään, eikä sitä mielellään näytetty muille kuin perheenjäsenille. (Repo 2004: 44–45.)

Raidin (1999) tutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata virolaisten aikuispotilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Otoksen suuruus oli 252 potilasta, joista 19 jouduttiin hylkäämään, joten lopullinen osallistujien määrä oli 233. Kyselylomake jaettiin kaikille yli 18-vuotiaille viroa äidinkielenään puhuville kirurgisille potilaille. Tutkimuksessa käytettiin kivun intensiteetin arvioimiseksi kipujanaa, numeraalista sekä verbaalista asteikkoa. Virossa ei vuonna 1999 käytetty missään kirurgisella osastolla kipujanaa tai muuta vastaavaa potilaan kivunarviointivälinettä. Kipujana oli melko uusi potilaille ja tiedon vähyydestä huolimatta he arvioivat janaa kivun arviointivälineenä melko hyväksi. Tulosten mukaan virolaisten potilaiden kivun intensiteetti oli leikkauksen jälkeen lievä tai kohtuullinen. Iällä tai sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja. Aikaisempi kipukokemus ei vaikuttanut merkittäväällä tavalla odotuksiin eikä leikkauksen jälkeiseen kipukokemukseen, mikä on ristiriidassa aiempiin tutkimustuloksiin. Virolaisten sairaanhoitajien valmiuksia jakaa tietoa leikkauksen jälkeisestä vaiheesta sekä kivun arvioinnista pitäisi parantaa. Virossa sairaanhoitaja ei ole avainhenkilö tiedon jakamisessa, vaan tietoa odotettiin lääkäriltä. Tulosten mukaan potilaat haluavat saada monenlaista tietoa leikkauksen jälkeisestä vaiheesta ja tähän liittyvästä kivunlievityksestä. Koulutuksessa tulisi opettaa sairaanhoitajille, miten huomioidaan, arvioidaan ja kirjataan potilaan kipua säännöllisesti, myös hyvän kivunhoidon periaatteita olisi käsiteltävä. (Raid 1999: 28, 45, 49, 54-55.)

3.3 Hoitajat potilaan kivun arvioijina

Sairaanhoitaja on potilaan hoidon keskeinen koordinaattori, joka toteuttaa suunniteltua kivunhoitoa ja on mukana arvioimassa kipulääkkeen vaikuttavuutta sekä hoitomenetelmän toimivuutta. Potilas osoittaa luottamusta kertomalla kivusta, joten hoitajan tulee suhtautua tähän ammattitaitoisesti. Hyvän hoidon lähtökohtana on hoitajan kyky kuulla potilasta ja potilaan yksilöllisten kiputunteusten hyväksyminen. Kun hoitaja hallitsee hyvin kivun ja sen hoitokeinojen arvioinnin, kykenee hän selkeästi

kertomaan tilanteen vastaavalle lääkärille osuvien hoito-ohjeiden saamiseksi myös päivystysaikana. (Tornivuori 2000: 24.)

Jokaisen hoitajan on mahdollisuus kehittää potilaan kipuun ja kivunhoitoon liittyvää tietämystään. Avoimessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ammattitaitoinen hoitaja pystyy auttamaan potilasta ilmaisemaan kipunsa kokemuksen ja kivunlievitysmenetelmän vaikutuksen niin, että hoitajan ammatillinen tieto-taito yhdistettynä potilaan kokemukseen mahdollistaa optimaalisen kivunhoidon. (Tornivuori 2000: 24.)

Hoitaja arvioi kipua mitattavilla fysiologisilla suureilla joihin kuuluu hengityksen, verenkierron, pulssin, verenpaineen ja perifeerisen lämmön mittaamiset. Näissä arvoissa tapahtuu muutoksia kivun voimakkuuteen liittyen. Hoitaja myös havainnoi fysiologisia muutoksia kuten hikisyyttä, kalpeutta, palelua ja pahoinvointia, nämä ominaisuudet kuuluvat kipuun (Kalso 2002: 97). Potilaan fyysinen olemus kertoo paljon. Potilaan liikkumattomuus, käpertyminen, jännittyneet lihakset ja kireä ilme kertovat kivusta. Potilaan kipua voi tulkita myös henkisestä tilasta. Kipua ilmentyessä potilas on yleensä ärtynyt, valittaa ääneen, on levoton ja hänellä saattaa olla myös tajunnan tason muutoksia. (Vuorinen 2002.)

Kipua arvioidessa huomioidaan siihen vaikuttavat asiat kuten potilaan ikä, terveydentila ja kunto. Arvioinnissa tulee huomioida myös potilaan henkinen taso, aikaisemmat kokemukset ja muistikuvat, myös se mistä potilas on kotoisin eli kulttuurillisuus sekä kasvatus ja persoonallisuus on huomioitava arviointia tehtäessä. Kudoksen kipuherkkyydellä on myös merkitystä, toiset tuntevat kipua herkemmin kuin toiset. Eri vartalonosissa kipu tuntuu eri tavalla. (Vuorinen 2002.)

Hoitajien asenteet, tieto, taito ja kokemus vaikuttavat siihen miten kipua arvioidaan ja minkälaista hoitoa potilas saa. Tutkimuksissa on tullut esille, että sairaanhoitajan oma käsitys potilaan kivuliaisuudesta vaikutti enemmän kipulääkkeen annoksen suuruuteen kuin potilaan oma arvio. Tämä johtaa kipujen aliarvioimiseen ja – hoitamiseen. Sairaanhoitajat kyllä kirjasivat, mitä potilas oli kertonut, mutta eivät aina uskoneet sitä. (Nielsen 1994; Järvinäki 1999; McCaffery 2000.)

Hyvinkään sairaalan teettämässä kyselyssä kesällä 2003 selvisi hoitajien kivun voimakkuuden arvioinnin vähäisyys sekä epäselvyys vastuunjaosta hoitajien ja lääkäreiden kesken. Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa hoitajista yli puolet (66 %) oli

sitä mieltä, että opioidi on annettava potilaalle säännöllisesti. 86 % antaisi opioidin kivun ensioireiden alkaessa ja 50 % vasta kun kipu olisi sietämätöntä. Jopa 56 % vastanneista antaisi potilaille plaseboa, jos he epäilisivät, ettei kivulle ole fyysistä syytä ja kipu on heidän mielestään teeskenneltyä. (Hakala 2004: 23-26.)

Vaikeinta kivun hoidossa oli vastaajien mielestä kivun arvioiminen, potilaalle sopivan kipulääkkeen löytäminen ja riittämättömät määräykset. Hoitajista 99 % oli sitä mieltä, että kipumittarin käyttö helpottaa kivun arviointia mutta vain 34 % käytti sitä. (Hakala 2004: 23-26.)

Potilaita hoitavalla henkilökunnalla on usein sellainen käsitys, että he pystyvät arvioimaan potilaan kipua luotettavasti. Kuitenkin useiden tutkimusten perusteella sekä hoitajien että lääkäreiden ilman kipumittaria tekemä arvio potilaan kivusta on enemmän tai vähemmän virheellinen. Edes pitkä työkokemus ei paranna arvioinnin onnistumista. (Tarkkila 2005: 30-31.)

Kipua aiheuttavat sairaudet ja itse kipu synnyttävät huomattavia kustannuksia potilaalle itselleen sekä myös yhteiskunnalle. Sairauspoissaolot ja jopa työkyvyttömyys heikentävät ihmisen elämänlaatua ja vaikuttavat yhteiskunnankin tuottavuuteen. Kivun aiheuttamien kärsimysten ja haittojen takia ei hoitamiselle pitäisi asettaa taloudellisia rajoituksia, mikäli kivun hoitomenetelmissä voidaan osoittaa niiden tehokkuus. (Vainio 2002: 13.)

Dahlman - Dykes - Elander (1999: 871) havaitsivat, että hoitajien käymä koulutuspäivä kivun hoidosta auttoi potilaita kokemaan vähemmän kipua. Myös hoitajat olivat sitä mieltä, että tarvitsisivat lisäkoulutusta kivun hoitamiseen.

Hoitajat ovat arvioineet kiputietämyksensä ja kivun hoidon käytännöt positiivisesti siitä huolimatta, että jatkuvasti on näyttöä, että potilaiden kipua hoidetaan riittämättömästi. Tutkimuksessa hoitajien arvioima tietotaito ei osoittanut merkittävää yhtäpitävyyttä potilaiden kipuasteikon kanssa tai annetun kipulääkityksen kanssa. Puutteet tiedoissa ja uskomukset kivun hoidosta oli ilmeiset kaikille hoitajille tässä tutkimuksessa. Potilaat ilmoittivat kohtalaisesta kovaan kipuun, mutta saivat vain 47 % heille määrätystä kipulääkityksestä. Hoitajien tietämys selitti 75 % vaihtelusta kipulääkityksen annon kanssa. Sairaaloiden välinen ero oli merkittävä kipulääkityksen ja kivunhoidon opetuksen kannalta. Hoitajien oletettu kiputietämys ei vastannut potilaiden ilmaiseman kivun astetta. (Watt - Watson 2001: 535-545.)

Hoitajien koulutus ei näytä antavan hoitajille riittäviä valmiuksia kivun hoitoon käytännössä. Monet tutkimukset osoittavat, että hoitajilla on koulutuksessa edelleen puutteita tällä alueella ja tutkimukset ovat tuoneet esiin, että lisäkoulutus ei ole kuitenkaan tuonut muutosta hoitajien käytöksessä kivunhoidon alueella. Jotkut tutkimukset ovat havainneet, että käyttäytyminen vaihtelee. (Twycross 2002: 707.)

Tehokkaan kivunhoidon edellytyksenä on järjestelmällinen kivun arviointi. Kivun voimakkuuden mittaamisella ja kirjaamisella voidaan huomioida potilaan kipuongelma, asettaa kivun hoidolle konkreettinen ja realistinen tavoite sekä seurata hoidon onnistumista. (Hus kipuklinikka 2001.)

Potilaan kivun arviointi leikkauksen jälkeen koostuu kivun laadullisesta ja kivun voimakkuuden arvioinnista. Kivun laadulliseen arviointiin kuuluu sijainti. Kysymys ”näyttäkää missä kipu tuntuu?” antaa oleellista tietoa. Laadulliseen kivun arviointiin kuuluu enemmänkin kivun diagnostiikassa käytetyt: kesto, esiintymistiheys ja kipusanastot. (Tornivuori 2000: 23.)

4 SAIRAANHOITAJAN EETTISET OHJEET KIVUN ARVIOINNIN PERUSTANA

Koistisen (2002) tutkimuksessa ilmenee, että Sairaanhoidajien eettiset ohjeet hyväksyttiin Virossa 1996 Suomen mallin mukaisesti (Eesti õede ühing 1996). Näiden ohjeiden mukaisesti sairaanhoidajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen, edistäen potilaan yksilöllistä hyvää oloa, kunnioittaen potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestäen potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoidaja kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen siten, että hoitosuhde on luottamuksellinen ja perustuu avoimeen vuorovaikutukseen. Sairaanhoidaja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan ominaisuuksista. Sairaanhoidaja toimii yhdessä potilaan omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Ammatissa toimivan sairaanhoidajan velvollisuus on kehittää ammattitaitoaan jatkuvasti

vastaten yhdessä hoitoyhteisön muiden sairaanhoitajien kanssa siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti. (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996.)

5 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA KIVUN ARVIOINTI HOITOTYÖSSÄ JA HOITOTYÖN OPETUKSESSA

Näyttöön perustuvan hoitotyön (evidence-based nursing) tavoitteena on, että asiat tehdään oikealla tavalla oikeille potilaille oikeaan aikaan. Tavoitteena on potilaskeskeisyyden lisäksi se, että oikea asia perustuu näyttöön. Hoidon vaikuttavuutta on määriteltävä tarkemmin ja mitattava hoitotyön vaikutusta hoitotyön tulokseen. Mittaamiseen tarvitaan hoitotyön toimintojen ja tulosten luokitteluja ja huolellista dokumentointia. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä saadaan myös hoitotyöstä näkyvää kaikille; asiakkaille, työntekijöille, kouluttajille, tutkijoille ja eri tasojen päätöksentekijöille. (Särkioja 2000: 2.)

Kivun arviointiin tulisi kohdistaa enemmän tutkimusta, sillä sairaanhoitajat ovat avainasemassa potilaiden tilan tarkkailemisessa. Kipumittareiden käyttöönotto on ollut hidasta; kipumittareita ei tunneta, niitä ei koeta tarpeellisiksi eikä niitä osata käyttää. Tutkimusta tarvitaan kansainvälisten tutkimusten rinnalle, jotta mittareiden vaikuttavuus tulisi arvioitua meidän oloissamme. (Salanterä 2003:112–113.)

Kivun hoitotyön tutkimus on vielä nuorta, eikä kivun hoitotyö voi monillakaan osa-alueilla perustua tieteellisesti tutkittuun tietoon. Kuitenkin yhdistämällä tämänhetkinen tutkittu tieto kliiniseen asiantuntemukseen voi kivun hoitotyötä systematisoida sekä hyödyntää lähitieteiden, kuten lääketieteen, psykologian ja sosiologian tutkimusta kivun hoitotyön kehittämisessä. (Salanterä 2003:116.)

Parannukset kivun hoidossa voidaan saada käytäntöön toteuttamalla kivunhoidolle asetettuja pääperiaatteita (MacLellan 2004: 184). Brown ja McCormat (2005) suosittavat kivun hoitotyön kehittämistä kehittämällä näyttöön perustuvaa kivun hoitotyötä ja noudattamalla jo luotuja malleja kivun hoitotyössä. Tutkimuksellaan he pyrkivät selvittämään ongelmia näyttöön perustuvan hoitotyön käytännön toteutuksessa

leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon osalta sekä seikkoja, joiden avulla näitä voitaisiin parantaa. Useissa tutkimuksissa on keskitytty potilaiden kokemuksiin, vähemmän hoitajien kokemuksiin ja hoitoympäristön tutkimuksiin. Esteitä hyvälle kivun hoitotyön toteutukselle olivat mm. vaihtelevat kivun arviointikäytännöt, tiedot/näkemykset ja menetelmävalinnat kontrolloimattoman kivun hoidossa sekä hoitoorganisaation ja osaston hoitokulttuuri. Esteiksi havaittiin myös mm. hoitajien työn keskeytyminen, heidän erilaiset tulkintansa kivusta, valmiudet potilaan kivun huomiointiin sekä pyrkimykset täyttää muiden hoitajien, lääkärin ja potilaiden erilaisia heille asettamia vaatimuksia. Hoitokulttuurilla eli sillä ”kuinka asiat meillä tehdään” on suuri vaikutus. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyöllä voidaan saada aikaan tehokas ja hyvin toimiva kivun arviointi ja -hoito. Selkeä työnjako, tehokas yhteistyö- ja organisaatiomalli sekä toisia tukeva ja neuvova toiminta parantavat laatua. Mittaaminen tuo esiin hoitotyön tuloksellisuutta monelta eri kulmalta.

Tutkimuksen perusteella Brown ja McCormat (2005: 131) suosittavat klinikkakohtaisia, tutkimuksiin ja potilaiden kokemuksiin perustuvia potilaslähtöisiä kivun hoitotyön käytäntöjä. Omaa hoitokulttuuria sekä työntekijöiden päätöksentekoprosesseja tulisi tarkastella ja miettiä parannuskeinoja sekä luoda työnjakomalli, jossa kipuhoitajat toimisivat asiantuntijoina. Vertaisarvioinnin ja -tuen avulla yksilöiden ja/tai tiimien osaamista voitaisiin ohjata ja vahvistaa. Jotta parannuksia kivun hoitotyössä saataisiin aikaan, olisi hyvä systemaattisesti osallistua käytännön tutkimukseen.

Salanterä (2003) esittää ”Kivun hoitotyön tiedonalueet” -teoreettisen mallin (liite 3). Malli kuvaa niitä tiedonalueita, joita tarvitaan kivuliaan potilaan hoitamiseksi. Mallin mukaan kivuliaan potilaan hoitotyössä tarvitaan tietoa potilaasta, ja hänen kokemuksistaan, tunteistaan, kognitioistaan sekä toiveistaan. Lisäksi tietoa tarvitaan erilaisista hoidoista, tutkimuksista, potilastyytyväisyydestä, oppimisesta, ihmisen ominaisuuksista sekä terveydenhoitokokemuksista. Kivun hoitotyötä toteuttavan hoitajan osalta tarvitaan tietoa hoitajan ajattelusta, tiedoista, asenteesta, päätöksenteosta ja toiminnasta. (Salanterä 2003: 13–14.)

Mallissa hoitajan toimintana nähdään kivun arviointi, diagnosointi, hoitokeinojen valinta, hoidon toteuttaminen, hoidon onnistumisen arviointi sekä hoitotyön tuloksellisuus. Kivun hoitotyössä tarvitaan lisäksi tietoa kivun hoitoympäristöstä. Ympäristö voidaan jakaa fyysiseen ympäristöön, joka sisältää tilat ja välineet, sosiaalisen ympäristön, jossa ovat omaiset, läheiset, asiantuntijat sekä vuorovaikutus ja

viimeiseksi rakenteelliseen ympäristöön, johon kuuluvat lait, asetukset, ohjeistukset, säädökset sekä hallinto. (Salanterä 2003: 13–14.)

Salomäen ym. (2000) tutkimuksessa pyrittiin parantamaan leikkauksen jälkeisen kivunlievityksen laatua perustamalla hoitajalähtöinen kipuryhmä osastolle. Nimettiin kipuhoitaja sekä aloitettiin kipukoulutusohjelma, joka perustui yksityiskohtaistettuun luokitteluun ja aloitettiin säännöllinen kipumittaus. Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuutta, hoitojen tehokkuutta sekä erilaisia sivuvaikutuksia arvioitiin ennen ja jälkeen ohjelman. Riittämätöntä kivunlievitystä saaneiden potilaiden määrä laski, riittämätön kivunlievitys osastolla oli keskimääräisesti vähäisempää sekä kivun voimakkuus verrattuna kovimpaan mahdolliseen kipuun oli laskenut verrattuna ennen ohjelman aloittamista tehtyyn kyselyyn. Myös kivun keskimääräinen vaihtelu oli laskenut ja jakauma oli siirtynyt kohti matalampaa kipua. Riittämätöntä kivunlievitystä saaneiden määrä oli pudonnut puoleen. Potilaat osoittivat hyväksyvänsä jonkin verran leikkauksen jälkeistä kipua. Seersin ym. (2004: 188-189) tutkimuksessa, jossa selvitettiin näyttöön perustuvan hoitotyön merkitystä leikkauksen jälkeisessä kivun hoitotyössä, havaittiin varsinaisesti merkittävä ero lepokivun-, liikkumisen sekä pahin kipu liikkeessa osa-alueilla.

Kansainvälinen kivunhoitoyhdistys IASP, International Association of Study of Pain, (2005) on laatinut suositukset terveystieteiden koulutuksen kivun opetuksen sisällöksi. Kipu tulisi kuvata moniulotteisena ilmiönä, jonka kokemiseen vaikuttavat monet eri tekijät kuten tunteet, tiedolliset, kulttuurilliset ja kehitykselliset tekijät sekä käyttäytymiseen liittyvät tekijät. Kipua tulisi arvioida säännöllisesti, huolellisesti ja systemaattisesti. Kivun arviointi on osa hoitotyötä ja potilaan oma arvio tulisi ottaa vahvasti huomioon ja kivun arviointi ja hoitaminen tulisi dokumentoida yleisten periaatteiden mukaisesti. Kivun arviointiin ja mittaukseen löytyy myös monipuoliset ohjeet.

Suomessa sisätauti-kirurgisen hoitotyön oppikirjojen kipuun liittyvissä luvuissa on niukasti tai ei ollenkaan asiaa kivun arvioinnista ja mittaamisesta. Yhdessä kirjassa on maininta kipumittarien käytöstä. Perioperatiivisen hoitotyön oppikirjassa kipuun liittyvissä luvuissa kivun arviointia ja mittaamista käsitellään laajasti. Luvuissa on esitelty kipumittarien käyttöä sekä aikuisille että lapsille. Hoitajien ja potilaiden kivun arvioimista – yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia on esitelty tutkimustulosten avulla. Kivun arviointia varten esitellään fysiologisia suureita, kerrotaan eleiden ja ilmeiden

sekä kommunikoinnin merkityksestä. Kivun arviointia vaikeuttavia sekä helpottavia tekijöitä on myös pohdittu. Naistentautien- ja äitiyshuollon oppikirjan kipuun liittyvissä luvuissa kivun arviointia ja mittaamista ei ole juurikaan pohdittu. (Valliaro 2003.)

Kivun arviointi ja mittaaminen oli opetussuunnitelmissa mainittu vain muutamissa kohdissa. Oppiainetasolla oli yksi maininta, tavoite- ja sisältötasolla yhteensä muutamia mainintoja. Oppikirjoissa arviointia ja mittaamista käytiin läpi lähinnä kipumittarien avulla. Potilaan kokeman kivun arvioiminen on lähtökohta kivun hoitotyölle. Arvioinnin perusteella valitaan myös sopivat kivun hoitotyön auttamismenetelmät. Mikäli potilaan kokemaa kipua arvioidaan huonosti, eli arvioidaan se esimerkiksi todellista vähäisemmäksi, niin voidaanko auttamismenetelmien olettaa olevan hyviä tai riittäviä. Ja jos potilaan kokeman kivun arviointi ei ole totuudenmukaista, miten koko hoitotyön voidaan olettaa olevan hyvää tai laadukasta. (Valliaro 2003.)

6 OPAS

Oppaan tavoitteena on toimia hoitajalle työn apuvälineenä leikkauksen jälkeisessä kivunarvioinnissa, jotta potilaat saisivat laadukasta kivunlievitystä. Lisäksi on esitelty yleisimmät akuutinkivun arvioinnissa käytetyt kipumittarit ja niiden käyttöperiaatteet (liite 4).

Terveydenedistämisen keskus on kehittänyt hyvän terveystieteiden laatukriteerit, jotta terveystieteiden laatua voitaisiin johdonmukaisesti arvioida. Hyvän terveystieteiden ovat konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus ja hahmoteltavuus sekä oikea, virheetön ja sopiva tietomäärä. (Ewles - Simnet 1995: 226; Parkkunen ym. 2001: 9-10.) (Liite 4).

6.1 Oppaan suunnittelu

Pyrimme luomaan oppaan Länsi-Tallinnan keskussairaalassa työskenteleville sairaanhoitajille kivun arvioinnin tueksi. Opas on taskukokoinen ja helppolukuinen. Sisällytimme oppaaseen keskeisiä asioita kivun arvioinnista. Hyvässä oppaassa käytännön tarpeet ja pulmat ovat kirjoittamisen lähtökohtia. Hyvän oppaan kirjoittaminen alkaakin pohdinnalla, kenelle opas ensisijaisesti kirjoitetaan. Tärkeimmistä kohti vähemmän tärkeää -kirjoitustapa on suositeltavaa siksi, että silloin vain alun lukeneet saavat tietoonsa kaikkein oleellisimman. Hyvä opas alkaa otsikolla, joka kertoo oppaan aiheen. Hyvin valitut, tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat ja piirroksot lisäävät oppaan luettavuutta. Ymmärrettävän oppaan varsinainen teksti tulee olla havainnollista yleiskieltä. (Torkkola – Heikkinen - Tiainen 2002: 36, 39-40.) (Liite 4).

Oppaassa ei ole monimutkaisia lauserakenteita ja vaikeita käsitteitä. Ulkoasullisilla seikoilla voidaan sisältöä muokata helpommin hahmoteltavammaksi. Käytimme oppaassa tehostuksia, otsikointia ja eri kirjasinkokoja, jolla lisäsimme tekstin ymmärrettävyyttä ja korostimme sen pääkohtia. Oppaan sisältämän tiedon tulee olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Tiedon on perustuttava tutkittuun tietoon. (Torkkola ym. 2002: 46, 53-59.) (Liite 4).

6.2 Oppaan sisältö ja tekoprosessi

Oppaassa on osuudet kivun arvioinnista potilaan ja hoitajan kannalta. Hoitajien on osattava informoida potilasta keinoista, jolla hän pystyy kipua arvioimaan ja hoitajan on tarjottava potilaalle eri vaihtoehtoja kivun ilmaistamiseen. Arvioinnin on oltava jatkuvaa ja säännöllistä ja tässä hoitajan rooli on erittäin tärkeä. Arvioidaan myös kivun hoidon vaikuttavuutta ja sen toteutusta, käytetään kipumittareita ja tehdään kipu näkyväksi. (Vuorinen 2002.) (Liite 4)

Sisällytimme oppaaseen informaatiota siitä miten potilas voi tuoda ilmi oman arvionsa kivusta ja miten potilasta voi ohjata kertomaan kivustaan. Kipua arvioidessaan potilaan tulisi kiinnittää huomio kivun sijaintiin ja sen voimakkuuteen. Kivun laatu, kuten

ajallisuus, ja myös, miten kivun ilmaisee, ovat tärkeitä. (Vuorinen 2002.) Potilaan oma arvio kivusta on tärkein (McCaffery 1999). Kipu ei saa estää potilaan liikkumista, syvää hengittämistä eikä yskimistä. Tämän kivunhoidon tavoite on hyvä kertoa potilaalle. (Tornivuori 2000: 23.) (liite 4).

Aloimme työstää opasta opinnäytetyön suunnitteluvaiheen seminaarin jälkeen syksyllä 2006. Alusta asti oli selvää, että opas on taskukokoinen helposti mukana kuljetettava, minkä vuoksi päädyimme oppaassa kokoon A5. Ensin poimimme tärkeimpiä kivun arviointiin liittyviä kohtia opinnäytetyömme kirjallisuuskatsaus osiosta, josta saimme rungon oppaalle. Tulostimme raakaversioon ja sen avulla hahmotimme oppaan ulkoasun, jonka jälkeen sitä oli helpompi muokata ja tekstejä siirrellä oikeisiin paikkoihin. Järjestimme ne loogiseen järjestykseen ja omiin laatikoihin. Käytimme värejä laatikoiden pohjana oppaan elävöittämiseksi. Fontti on ”Comic Sans MS” ja fonttikokona käytimme kokoja 11–18. Oppaassa käytimme käskymuotoa. Tehokeinona käytimme ydinsanojen lihavoitinta. Liitimme kipumittareiden kuvat ja hymynaamat lukijoiden iloksi. Testasimme oppaan Jorvin leikkausosaston kipuhoitajilla, joiden mielestä se sisälsi kaiken asiaan kuuluvan. Loppuseminaarissa saimme palautetta, että opas olisi ollut hyvä testata rivisairaanhoidajilla, koska kipuhoitajilla on laajasti tietoa aiheesta ja opas on suunnattu kaikille sairaanhoitajille. (liite 4)

7 POHDINTA

Työn teko ja aiheeseen tutustuminen on ollut mielenkiintoista ja haastavaa. Eritasoista materiaalia aiheesta löytyi runsaasti ja aineistoa työstäessämme oppi suhtautumaan kriittisesti lukemaansa. Ulkomaalaisista lähteistä tietoa kivun arvioinnista ja mittaamisesta löytyi lähinnä tutkimuksista, jotka käsittelivät leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyötä (pain management). Kipumittareista tutkimuksia löytyi jonkin verran, mutta useimmat niistä ovat tehty lasten, vanhusten tai ilmaisukyvyltään heikentyneiden kivun mittaamisesta. Kotimaisia tutkimuksia on tehty viime vuosina useita, ja ne ovat laadullisesti korkeatasoisia.

Tutkimukset osoittivat, ettei muutosta kivunarvioinnissa ole juurikaan tapahtunut ja ilmiö on maailmalla yleisesti tiedostettu. Näyttöön perustuvan hoitotyön jo luotujen standardien käyttöönotto on ollut hidasta ja laimeaa. Muutos vie aikaa ja tarvitaan paljon tutkimusta erilaisista hoitotyön ilmiöistä, jotka tähän vaikuttavat, sekä keinoista, joilla sitä voi edistää.

Sairaanhoitajat arvioivat mielestään kipua tehokkaasti, vaikka kipumittaria ei olisikaan käytetty ja he luottivat omaan arvioonsa enemmän kuin potilaan, eivätkä uskoneet aina potilaalla olevan kipua. Potilaan saama huomio ja kivun kysyminen vaikuttavat yleiseen hoitokokemukseen myönteisesti. (Nielsen 1994; Järvimäki 1999; McCaffery 2000; Idvall ym. 2002; Hakala 2004; Tarkkila 2005; Gordon 2006.)

Kipumittarin käyttöönotto vakinaiseksi kivun arvioinnin apuvälineeksi näyttää olevan hidas prosessi, ja pohdimmekin, vaikuttavatko vanhat asenteet ja uskomukset potilaiden kivuttomuudesta ja kivun liioittelusta vielä nykyään. Kipumittareiden käyttö vaihtelee jopa saman sairaalan osastojen välillä. Kivun mittaaminen ja arviointi pitäisi olla yhtä säännöllistä kuin verenpaineen mittaaminen. Jos verenpaine jätetään mittaamatta, siihen puututaan välittömästi, mutta kivun mittaamatta jättäminen ei aiheuta mitään reaktioita.

Kipumittari tulisi sisällyttää jokaisen kipupotilaan hoitotyön arvioinnin välineeksi. Kivun voimakkuudesta saa eri käsityksen ilmaistuna numerolla 8 kuin esim ++. Lisäksi kipumittarin käytöllä saadaan esille monenlaista tietoa tutkimuksen hyväksi, kuten hoidonlaadun seuranta ja kustannustehokkuus. Tämä asettaa myös paineita kipumittareiden kehittämiseksi nykyistä tarkemmiksi kivun arviointi välineiksi.

Säännöllinen koulutus parantaa tutkimusten mukaan kivun arviointia. (Twycross 2002: 705-714) Tämä tulisi huomioida hoitotyön koulutuksessa. Kivun hoidosta kokonaisuutena tulisi antaa perusteellisempaa opetusta, jotta sen tärkeys korostuisi. Kivun vuoksi sairaalaan hakeutuu lähes puolet kaikista potilaista. Kivun hoitotyön merkitystä ja kipumittareiden käyttöä pitäisi työpaikoilla korostaa säännöllisin välein, muuten asia tuppaa ”unohtumaan”. Tarvittava välineistö pitäisi olla helposti saatavilla ja näkyvästi esillä. Uudet työntekijät tulisi perehdyttää kipumittarien käyttöön heti perehdytyksen alussa.

Meille heräsi muuan ajatus pohtiessamme kivun arvioinnin ja mittareiden hidasta käyttöönottoa: Olisiko oikea ja nopea tie opastaa potilaat vaatimaan kivunmittausta? Olisiko se oikea reitti mittarien käytön lisääntymiseen? Ehdotammekin seuraavaksi opasta potilaalle, jossa kerrottaisiin kivun arviointi menetelmistä ja potilaan oikeuksista laadukkaaseen kivunhoitoon. Tekijäksi sopisivat opinnäytetyötä tekevät opiskelijat, he voisivat tutkia potilaiden tietoja kipumittareista ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen.

Oppaan teko oli mielenkiintoista, haasteellista ja vaativaa. Meillä oli alusta asti visio oppaan ulkomuodosta ja sisällöstä, yksinkertainen ja lyhyt josta on helppo tarkistaa nopeasti asiat. Opas oli alkuun liian vähän informatiivinen ja jouduimmekin laajentamaan ja muuttamaan sitä informatiivisemmaksi. Oppaasta tuli mielestämme helppolukuinen ja visuaalisesti hyvän näköinen, siihen saatiin sisällytettyä kaikki se mitä kivun arviointiin kuuluu. Teimme oppaan käyttöön virolaisille sairaanhoitajille, mutta tämän kaltaisen oppaan tarvetta olisi myös suomalaisilla hoitajilla jotka työskentelevät kirurgisien potilaiden kanssa. Oppaan tekemisessä olemme hyödyntäneet uutta tutkimustietoa luotettavuuden parantamiseksi.

LÄHTEET

- Bijur, Polly - Silver, Wendy - Gallagher, John 2003: Reliability of Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. *Acad Emer Medi.* 8 (12):1153-1157
- Bird, Joanne. 2003: Selection of pain measurement tools. *Nursing standrad.* 18 (13):33-39.
- Bird, Joanne 2005: Assessing pain older people. *Nursing standard* 19(19):45-52.
- Brown, Donna - McCormack, Brendan. 2005: Developing Postoperative Pain Management. Utilising the Promotion Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) Framework. *Worldviews on Evidence-based Nursing* 2: 131. Luettavissa: <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1741-6787.2005.00024.x> >
- Coll, Anne-Marie-Ameen, Jamal-Mead, Donna. 2004 Postoperative pain assesment tools in day surgery: litterature review. *Journal of Advanced Nursing* 46(2): 124–133
- Dahlman, Gul-Britt - Dykes, Anna-Karin - Elander, Gunnel 1999: Patients`evaluation of pain and nurses`management of analgesics after surgery. The effect of study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department. *Journal of Advanced Nursing* 30(4):866-874.
- Eesti Õede Ühing. 1996: Õe eetika koodeks. Eesti Õede Ühing.
- Ewles, Linda - Simmet, Ina 1995: Terveysten edistämisen opas. Vantaa: Sairaanhoidajien koulutussäätiö. 226.
- Gordon Debra 2006. Patient and Nurse Satisfaction with Postoperative Pain Management. *Postoperative Pain Journal & Articles, Clinical, The study of Pain, Research. COMPASS.* Päivitetty 6.7.2006. Luettavissa: [http://www.postoppain.com/html/pop/content_articles.jsp?](http://www.postoppain.com/html/pop/content_articles.jsp) Luettu: 29.9.2006.
- Hakala, Päivi 2004: Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivunhoidosta. *Kipuviesti* 2/2004. 23–26.
- Hirsijärvi, Sirkka – Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2003: Tutki ja kirjoita.10 painos Helsinki: Tammi
- Hovi, Sirpa-Liisa 2000: Kipua kokevan syöpäpotilaan hoitotyö. Teoksessa Eriksson, Elina - Kuuppelomäki, Merja (toim.): *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö.* Porvoo: WSOY. 113–127
- Hovi, Sirpa-Liisa - Salanterä, Sanna 2000: Sairaanhoidaja kivusta kärsivän potilaan hoitotyön toteuttajana. *Sairaanhoidaja* (1).10–12
- Husu, Milja - Tarkoma, Elise - Vuorijärvi, Aino: 2001. *Ammattisuomen käsikirja.* Porvoo: WS Bookwell Oy.

- HUS Kipuklinikka 2001. Verkkodokumentti. Päivitetty 18.2.2004. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,804,847,850>>. Luettu 17.5.2006.
- IASP 2005: International Assosiation for the study of pain. Core Curriculum. Verkkodokumentti. Luettavissa:><http://www.iasp-pain.org/AM/TextTemplate.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2307#TOC>< Luettu: 12.2.2007
- IASP 2006: Outline curriculum on pain for nursing. Päivitetty 17.1.2006. <<http://www.iasp-pain.org/NursingCurriculum2006.pdf>>: Luettu 26.9.2006
- Idvall, Ewa – Hamrin, Elisabeth – Sjöström, Björn - Unosson, Mitra 2001: Documentation of pain. Qual Saf Health Care 2002. 11:327-334.
- Idvall, Ewa - Ehrenberg, Anna 2002: Nursing Documentation of postoperative pain manangement. Journal of clinical nursing. 11 (6):734-742.
- Järvimäki, Voitto. 1999. Miten postoperatiivista kipua tulisi seurata? Finnanest 32: 319–320
- Kalso, Eija - Vainio, Anneli 2002: Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Koistinen Paula 2002: Kulttuurien yhteentörmäyksestä sopeutumiseen ja uudenlaiseen ymmärtämiseen. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.2.2002. Luettavissa:<<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kas/opett/vk/koistinen/kulttuur.pdf>>. Luettu 26.9.2006.
- Kokki, Anu 2000: Leikki-ikäisten lasten leikkauksen jälkeisen kivun arviointi kotona - Kanadalaisen PPPM - mittarin luotettavuus. Hoitotieteenlaitos. Kuopion yliopisto.
- Lehtomäki Pirjo 2002: Aikuispotilaan leikkauksen jälkeisen kivun arvioiminen. Spirium 37(1). 17–21.
- MacLellan, Kathleen 2004: Postoperative pain: Strategy for improving patient experiences. Journal Advanced Nursing 46 (2), 179-185.
- Mansikka, Heikki 2004: Ajankohtaista kivuntutkimuksesta ja – hoidosta. Kipuviesti 2/2004. 31-32.
- McCaffery, Margo - Meinhart, Noreen 1983: Pain, a nursing approach to assesment and analysis.
- McCaffery, Margo - Ferrel, Betty 1999: Opioids and pain management. Nursing mar; 29(3): 48-52.
- McCaffery, Margo., Ferrell, Betty. & Pasero, Chris. 2000. Nurses' Personal Opinions About Patients' Pain and Their Effect on Recorded Assessments and Titration of Opioid Doses. Pain Management Nursing 1 (3): 79–87.

- McCaffery, Margo – Pasero, Chris 2001. Using the 0-to-10 Pain Rating Scale: Nine common problems solved. *American Journal of Nursing*. 101(10): 81-82.
- McGuire, D.B. 1992: Comprehensive and Multidimensional Assessment and Measurement of Pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 7 (5): 312–319.
- Nielsen, L., Svantesson-Martinsson, E. & Bergbom Engberg, I. 1994. An interview study on nurses' assessment and priority on post surgical pain experience. *Intensive and Critical Care Nursing* 10: 107–114.
- Nykysuomen sanakirja I 1996: 14. painos. Juva. WSOY:n graafiset laitokset.
- Outinen, Maarit – Lempinen, Kristiina – Holma, Tupu – Haverinen, Ritva 1999: Seitsemän laatupolkua: Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Page, Gayle 2005.: IASP.Pain Clinical Updates. Acute pain and Immune Impairment. Vol. XIII, no 1. Verkkodokumentti. Luettavissa: <<http://www.iasp-pain.org/>>. Luettu 26.9.06.
- Parkkunen, Niina. - Vertio, Harri. - Koskinen-Ollonqvist, Pirjo. 2001: Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2001.
- Pasero, Chris – McCaffery, Margo 2005: Pain Control: No Self-Report Means No Pain-intensity Rating: Assessing Pain in Patients who cannot provide a report. *American Journal of Nursing*. 105(10): 50-53.
- Prieur, Virpi 2002: Potilaiden kipukokemukset ja tyytyväisyys kivunhoitoon sairaalassa. pro-gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Raid, Ulla 1999: Virolaisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Repo, Marita 2004: Liittyykö kipukokemuksiin kulttuurisuus? Pohjoissavolaisten kuvauksia kivusta. pro gradu tutkielma. Hoitotiede. Preventiivinen hoitotiede. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kesäkuu 2004.
- Salanterä, Sanna 2003: Lähtökohtia näyttöön perustuvalle kivuliaan potilaan hoitotyölle. Teoksessa Lauri, S. (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Salanterä, Sanna - Hagelberg, Nora - Kauppila, Marjo - Närhi, Matti 2006. Kivunhoitotyö. WSOY Oppimateriaalit OY.
- Salomäki, Timo - Hokajärvi, Tuula - Ranta, Pirjo - Alahuhta, Seppo 2000: Improving the quality of postoperative pain relief. *Eur J Pain*. 4(4):367-72.
- Seers, Kate - Crichton, N. - Carroll, D. - Richards, C. - Saunders, T. 2004: Evidence-based postoperative pain management in nursing: is a randomized-

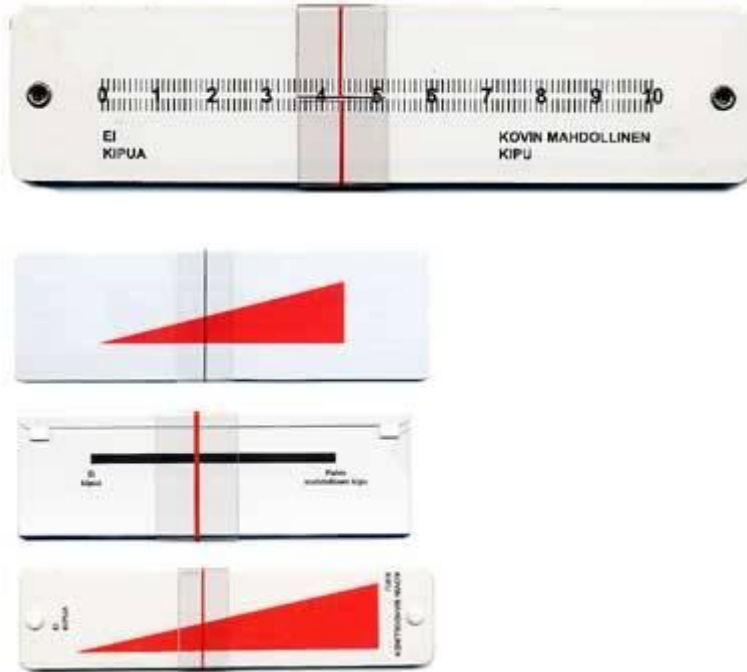
controlled trial the most appropriate design?
Journal of Nursing Management 12(3):183-93.

- Suomen sairaanhoitajaliitto. 1996: Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/> Luettu: 26.9.2006.
- Suomen sairaanhoitajaliitto 2004: Hoitotiellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä. Käsikirja.
- Särkioja, Tarja 2000: Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja soveltaminen käytäntöön. Teoksessa Lauri, S. – Hupli, M. – Jokinen, S. (toim.): Hoitotiede - Mitä, Miten ja Miksi? Osa III Näyttöön perustuva hoitotyö. Digipaino, Turku
- Tapp, Jane – Kropp, Denise.2003. Evaluating Pain Management Delivered by Direct Care Nurses. Journal of Nurs Care Qual 20(2): 167–173.
- Tarkkila, Pekka 2005: Vanhusten kivun mittaus. Kipuviesti 2/2005. 30–31.
- Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tornivuori, Aila – Viitanen, Outi 2000: Leikkauksen jälkeinen kivunhoito asiantuntijasairaanhoitajan näkökulmasta Meilahden sairaalassa. Kipuviesti. 21–24.
- Twycross, Alison 2002: Review.Educating nurses about pain management. The way forward. Journal of Clinical Nursing. 11(6): 705-714.
- Vainio, Anneli 2002: Kipukulttuuri. Teoksessa Kalso, Eija. - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. 2. painos. Helsinki: Duodecim.15–28.
- Valliaro, Sanna 2003: Kivun hoitotyön opetus: Sisällön analyysi terveystieteiden ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmista ja hoitotyön oppikirjoista Pro Gradu-tutkielma. Hoitotiede. Hoitotieteenlaitos. Turun yliopisto.
- Vilkka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003: Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi
- Vuorinen, Eero 2002: SIC! Kivun hoito. Painorauma Oy.
- Walker, Jennie-April 2003: Philosophy, knowledge and theory in the assesment of pain. Br J Nurs. 12(8): 494 -501.
- Ware, Laurie - Epps, Cynthia - Herr, Keela - Packard, Abbot 2006: Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in Older Minority Adults. Pain Manag Nurs. 7(3): 79-132.
- Watt-Watson, Judy – Stevens, Bonnie – Garfinkel, Paul – Streiner, David – Gallop, Ruth 2001. Relationship between nurses' pain knowledge and pain

management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*. 36(4): 535–545.

Williamson, Amelia - Hoggart, Barbara 2005: Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing* 14(7): 798- 804.

LIITE 1



Mittarit on asetettu näyttämään noin 4 astetta kipua (0–10).

KIPUKASVOMITTARI



LIITE 2

Sanallinen kipuasteikko

0 = Ei kipua

1 = Lievä kipu

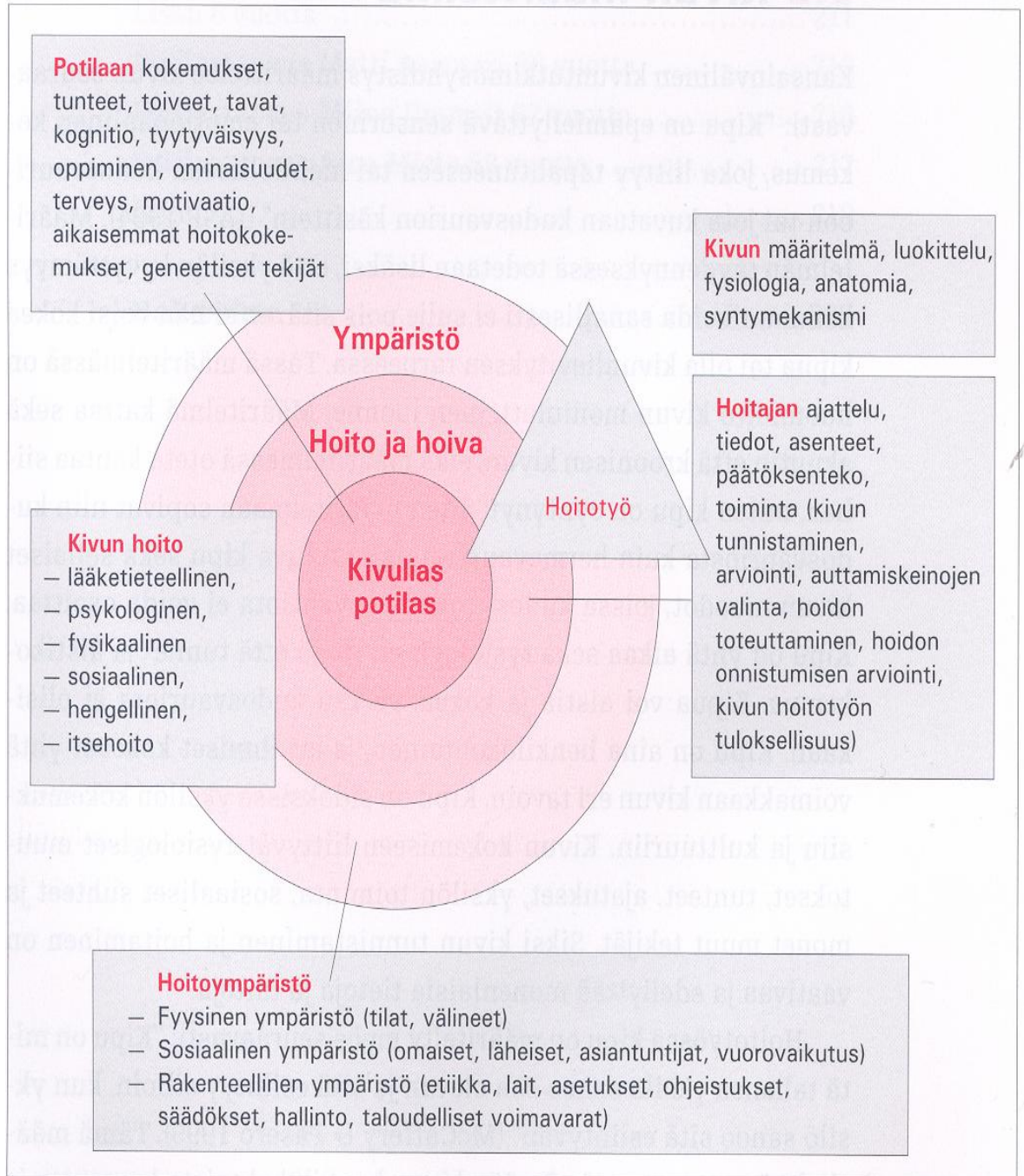
2 = Kohtalainen kipu

3 = Voimakas kipu

4 = Sietämätön kipu

LIITE 3

Lähde: Sanna Salanterä, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos



Kuva 1.1 Kivun hoitotyön tiedonalueet.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KIPU	2
2.1	Kivun määritelmä	2
2.2	Erilaiset leikkauksen jälkeiset kiputilat	2
2.2.1	Akuutti kipu	3
2.2.2	Nosiseptiivinen kipu	4
2.2.3	Neuropaattinen kipu	4
3	KIVUN ARVIOINTI	5
3.1	Kipumittarit kivun arvioinnin apuvälineinä	6
3.1.1	Kipumittarin valinta	7
3.1.2	Kivun arvioinnissa yleisesti käytössä olevia kipumittareita	7
3.1.3	Kipumittareiden luotettavuudesta	9
3.1.4	Kipumittarien käytön ongelmia ja ratkaisuja	10
3.2	Potilaan kipukokemukset kivun arvioinnin lähtökohtana	12
3.3	Hoitajat potilaan kivun arvioijina	16
4	SAIRAANHOITAJAN EETTISET OHJEET KIVUN ARVIOINNIN PERUSTANA	19
5	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA KIVUN ARVIOINTI HOITOTYÖSSÄ JA HOITOTYÖN OPETUKSESSA	20
6	OPAS	23
6.1	Oppaan suunnittelu	24
6.2	Oppaan sisältö ja tekoprosessi	24
7	POHDINTA	25
	LÄHTEET	25
	LIITTEET 1 - 4	



Opas on tarkoitettu sairaanhoitajille leikkauspotilaan kivun arvioinnin tueksi

Kivun arvioinnin lähtökohtana on potilaan yksilöllisten kiputuntemusten hyväksyminen. Kivun laadun ja voimakkuuden tietää ainoastaan kivun kokija, joten potilaan tulee saada itse luonnehtia kipunsa ja sen voimakkuus. Kipu ei saa estää potilaan liikkumista, syvää hengittämistä eikä yskimistä. Tämä kivunhoidon tavoite on hyvä kertoa potilaalle. Kivun ja sen hoitokeinojen vaikutusten seuranta ja arviointi tulee olla järjestelmällistä ja jatkuvaa. (Tornivuori 2000.)



Opas sairaanhoitajille

Laitala Marjut
Löflund Heli
Sandberg Tiina

Helsingissä 1.3.2007

Kivun arviointi

Edellytys hyvälle kivunhoidolle

- Ø Ohjaa potilasta jo ennen leikkausta kivun arviointiin sekä kannusta ilmaisemaan kiputuntemuksensa
- Ø Valitse potilaan kanssa hänelle sopiva mittari.
- Ø Opasta mittarin käyttö

Arviointiin vaikuttaa



- Ø potilaan ikä, vanhukset eivät pysty ehkä aina ilmaisemaan kipuaan (dementia) aistitoiminnan heikkeneminen
- Ø terveydentila ja kunto, krooniset sairaudet,
- Ø aikaisemmat kokemukset ja muistikuvat: pelko, ahdistus
- Ø kulttuuritausta, kasvatus, persoonallisuus, vaietaan, kärsitään, kipu kuuluu asiaan, huudetaan, valitetaan ääneen
- Ø kudoksen kipuherkkyys: Suuret vatsan ja rintakehän alueen sekä ortopediset leikkaukset ovat hyvinkin kivuliaita



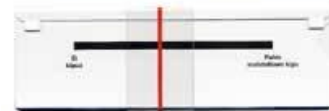
KIPUMITTARIT

Kivun voimakkuutta mitataan esim. VAS-
janalla, kipukiilalla tai sanallisella asteikolla.

Sanallinen kipuasteikko

- 0= Ei kipua
- 1= Lievä kipu
- 2= Kohtalainen kipu
- 3= Voimakas kipu
- 4= Sietämätön kipu

NRS- ja VAS- ja Kipukasvomittarit



Mittarit on asetettu näyttämään noin 4
astetta kipua (0-10).



KIPUMITTARIN KÄYTTÖ

- Ø sama mittari samalla potilaalla, eri mittareilla suoritettut mittaukset eivät vertailukelpoisia keskenään
- Ø varmista joka mittauskerralla, että mittarin käyttö on selvä
- Ø mittauskerrat potilaan tilanteen mukaan.
- Ø potilaan kanssa on sovittu missä on siedettävän kivun raja
-tavoite alle 4
- Ø kivun mittaaminen eri tilanteissa esim. liikkeellä / levossa

Potilaan arvio

- Ø potilasta kehoitetaan näyttämään kivun sijainti
- Ø kivun voimakkuus: arvioidaan kipumittarilla. Subjekttiivinen kokemus muutetaan numeroksi tai sanalliseksi arvoksi
- Ø luonne: onko kipu pistävää, tykyttävää, säteilevää jne.
- Ø ajallisuus: esiintyykö kipu tiettyyn vuorokaudenaikaan esim. öisin, aamuisin
- Ø ilmaiseminen: motivoidaan potilasta kertomaan kivusta



Hoitaja arvioi 😊



- Ø havainnoimalla
- Ø haastatteleamalla:
kysy kivusta ja
kivunlievityksen tehosta

Arvioi

- Ø yksilöllisesti, kipua ei voi verrata eri potilaiden kesken
- Ø säännöllisesti, taajuus riippuu potilaan tarpeista, kivun voimakkuudesta ja kivunhoitomenetelmistä
- Ø tarvittaessa; kipulääkkeen annon jälkeen
- Ø levossa /liikkeessä
esim. yskiessä, syvään hengittäessä

Arvioi kivun sijainti ja laatu

- Ø leikkausalueella
- Ø muualla, kaikkialla tai potilas ei osaa paikallistaa kipuansa
- Ø jatkuva
- Ø jomottava
- Ø ajoittainen
- Ø pistävä
- Ø aaltoileva
- Ø ahdistava
- Ø säteilevä
- Ø polttava jne...

Havaittavat fysiologiset muutokset:



- Ø hikisyys
- Ø kalpeus
- Ø palelu
- Ø pahoinvointi

Havaittavat muutokset fyysisessä olemuksessa:

- Ø liikkumattomuus pystyykö liikkumaan?
- Ø käpertyminen
- Ø jännittyneet lihakset
- Ø kireä ilme

Mitattavat fysiologiset suureet:

- Ø hengitys: kipu ↑
hengitystiheyttä
- Ø verenkierto: kipu ↑ sydämen työmäärää
- Ø pulssi: kipu ↑
- Ø verenpaine: kipu ↑
- Ø perifeerinen lämpö: kipu ↓

Havaittavat muutokset potilaan henkisessä tilassa:

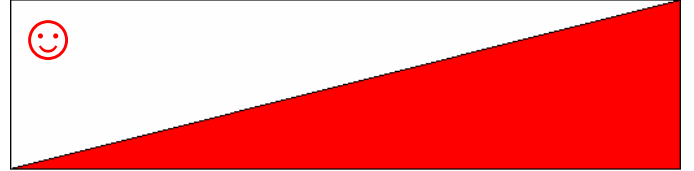
- Ø ärtyneisyys
- Ø valittaa ääneen
- Ø levottomuus
- Ø tajunnan tason muutokset



MUISTIINPANOJA

KIVUN ARVIOINTI

Opas sairaanhoitajille



MUISTA KIRJAAMINEN!

