

Paula Helminen

LEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSIA KIVUNHOIDON
OHJAUKSESTA KOTIUTUMISVAIHEESSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

LEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSIA KIVUNHOIDON OHJAUksesta KOTIUTUMISVaiheessa

Helminen, Paula
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2011
Ohjaaja: Männistö, Elina
Sivumäärä:34
Liitteitä:3

Asiasanat: kipu, kivunhoito, ohjaus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Vakka-Suomen sairaalan kirurgisen osaston leikkauspotilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta kotiutumisvaiheessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa sellaista tietoa, jonka avulla potilaan ohjausta voidaan kehittää.

Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla heinä-elo-syyskuun aikana 2010. Kyselylomakkeita jaettiin osastolle 100 kappaletta ja niitä palautettiin 24. Vastausprosentiksi muodostui 24. Saatu aineisto analysoitiin Excel-ohjelman avulla ja avoimet kysymykset sisällönanalyysin avulla. Aineiston tuloksia havainnollistettiin kuvioiden ja suorien lainausten avulla.

Tuloksista ilmeni että ohjaus oli ollut rauhallista, kiireetöntä ja johdonmukaista. Ohjaustila ei ollut aivan häiriötön vaikka ohjaus olikin ollut keskeytymätöntä. Tulosten mukaan ohjauksessa oli huomioitu juuri potilaan tarpeet ja ohjaus oli ollut vastaajien mukaan odotusten mukaista. Ohjausta oli saatu niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Kukaan vastaajista ei ollut saanut internet-osoitetta, josta olisi voinut hakea omatoimisesti tietoa kivusta. Suurin osa vastaajista oli saanut riittävästi tietoa kivusta. Lääkkeellisestä kivunhoidosta oli saatu paremmin tietoa kuin lääkkeettömästä. Asentohoidosta oli saatu eniten tietoa. Vastaajat olisivat halunneet lisätietoa leikkauksen jälkeen tulevista vaivoista ja tulehduksista, sekä kipulääkkeiden yhteisvaikutuksista.

Tulosten perusteella osastolla ohjaus toteutuu melko hyvin. Lääkkeettömään kivunhoidon ohjaukseen pitäisi kiinnittää enemmän huomiota, sekä ohjaustilaan jossa ohjaus tapahtuu. Tulevaisuudessa voisi tutkia miten hoitajat kokevat kivunhoidon ohjauksen.

OPIN SURGICAL PATIENTS SENSE OF PAIN CARE GUIDANCE WHEN THEY ARE LEAVING HOME

Helminen, Paula
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
March 2011
Supervisor: Männistö, Elina
Number of pages: 34
Appendices: 3

Keywords: pain, pain treatment, guidance

The purpose of this thesis was to give an account of surgical patient sense of pain care guidance when they are leaving from surgical ward of Vakka-Suomi Hospital. The objective of the research was to get information which could help develop wards patients guidance.

The research was a quantitative one. The material was gathered by using questionnaires in July August and September 2010. 100 questionnaires were submitted and 24 of them returned. The response percentage was 24. The material was analyzed statistically by using the Excel table program and the open questions by applying content analysis. Figures and direct quotations were used to describe the material.

The results of the research showed that the guidance was calm, unhurried and logical. The place where the guidance happened was disturbed although the guidance didn't interrupted. Results showed also that guidance noticed patients needs and it was what the patients were expected. Patients got information in two ways, by spoken and written. No one of the patients got an Internet address where to find information themselves. Most of the patients thought, that they had had enough information of pain. Patients got better information about medical pain treatment than non-medical pain treatment. Of the helping methods of nursing, patients told that they had got the adjustment of body posture most information. Patients wanted more information about troubles which comes after the operation and inflammations also they wanted to know combined effects of pain medicines.

According to these results the guidance was quite good, but nurses should notice more about non-medical pain treatment. The place where the guidance happens should also think again. In future someone could make a research about that what nurses think about pain guidance.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KIPU.....	6
2.1	Kivun eri lajeja.....	6
2.2	Leikkauksen jälkeinen kipu	9
3	KIVUNHOITO.....	10
3.1	Leikkauksen jälkeinen kivun lääkehoito.....	12
3.2	Leikkauksen jälkeinen kivun lääkkeetön hoito.....	14
4	OHJAUS.....	17
4.1	Ohjaus osana hoitajan työtä	18
4.2	Leikkauksen jälkeinen ohjaus	19
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	21
6	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	21
6.1	Tutkimusmenetelmän valinta.....	21
6.2	Tutkimusaineiston keruu.....	22
6.3	Tutkimusaineiston analysointi	23
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	23
7.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	23
7.2	Leikkauspotilaiden kokemukset kivunhoidon ohjauksesta.....	24
7.3	Leikkauspotilaiden kokemukset kivunhoidon ohjauksen toteutumisesta.....	27
7.4	Leikkauspotilaiden kokemukset kivunhoidon ohjauksen sisällöstä ja riittävydestä	28
8	POHDINTA.....	29
8.1	Tulosten tarkastelu ja pohdinta	29
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys.....	31
8.3	Tutkimuksen eettiset näkökohdat	33
	LÄHTEET.....	35
	LIITTEET	
	LIITE 1 Saatekirje	
	LIITE 2 Kyselylomake	
	LIITE 3 Tutkimuslupa	

1 JOHDANTO

Kipu on yhtä aikaa sekä fysiologinen ilmiö että tunne- ja aistikokemus. Kipu on aina henkilökohtainen ja eri ihmiset kokevat yhtä voimakkaan kivun eri tavoin. Kipu on sidoksissa yksilön kokemuksiin ja kulttuuriin. Kivun kokemiseen liittyvät fysiologiset muutokset, tunteet ja ajatukset, yksilön toiminta jne. Siksi kivun tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa ja edellyttää monenlaisia tietoja ja taitoja. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.) Leikkauksen jälkeinen kipu on voimakkuudeltaan hyvin vaihtelevaa, mutta yleensä lyhytkestoista. Leikkauskivun kokeminen muodostuu kudonsvaurion aiheuttamasta noisepstoreiden stimulaatiosta ja tämän välittymisestä keskushermostoon. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 278, 280.)

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta aliarvioi potilaan kipukokemuksia. Jotta sairaanhoitaja voisi ymmärtää postoperatiivista kipua, hänellä tulee olla hyvät tiedot anatomiasta ja fysiologiasta. Potilas on itse paras kipunsa asiantuntija. Kivun hoidolla pyritään potilaan kivuttomuuteen tai olotilaan, jossa potilas tulee toimeen kipunsa kanssa ja on tyytyväinen saamaansa hoitoon. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 71.)

Hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä ohjaustyössä, kuten kaikissa ihmisten parissa tehtävissä töissä. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan ihmisten välistä sosiaalista kanssakäymistä sekä sitä tapaa, jolla he vaikuttavat ja vastaavat toistensa toimintaan. Vuoro vaikutuksessa ovat mukana sanaton ja sanallinen ilmaisu, ilmeet, eleet sekä kehon asento ja liikkeet. (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 44.)

Aihe on ajankohtainen, sillä leikkauspotilaiden kivunhoitoon kiinnitetään huomiota osastolla säännöllisellä kipulääkityksellä, mutta kotiutuvien potilaiden kivunhoidon ohjaukseen ei välttämättä kiinnitetä tarpeeksi huomiota.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaista ohjausta potilaat ovat saaneet kotiutumisvaiheessa kivunhoidosta. Tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön työelämässä kehitettäessä potilaan postoperatiivista ohjausta.

2 KIPU

Kipu on sensorinen ja emotionaalinen epämiellyttävä kokemus, joka on yhteydessä kudosisvaurioon tai jota voidaan kuvata kudosisvaurion käsittein. Kipu on tila, joka heijastuu perifeerisesta hermostosta ja keskushermostosta sekä psyykkisistä tekijöistä, joihin vaikuttaa monet kemialliset välittäjäaineet tai vastetta muuntelevat tekijät.

(Mattila 2004, 81.)

Fysiologinen, normaali kipuaisti on varoitus- ja suojajärjestelmä, joka on yksilön olemassaolon kannalta välttämätön. Kipuärsykkeet laukaisevat monia elimistöä suojaavia väistämismrefleksejä ja – reaktioita. Kivun hoidossa on olennaista erottaa kipujärjestelmän normaalit, fysiologiset toiminnot kroonisista kiputiloista, joihin yleensä liittyy itse kipua välittävien rakenteiden patofysiologisia muutoksia. Tällöin hoidon kohteeksi tulee itse kipu sekä edellä mainitut muutokset, sikäli kun niihin kyetään nykyisin hoitomenetelmin vaikuttamaan. (Kivun hoitotyö 2006, 33- 34.) Vaikka kiputilojen mekanismin mukainen jaottelu ei enää nykykäsityksen mukaan, ainakaan kaikilta osin ole paras tapa luokitella kipua, luo se edelleen käyttökelpoisen perustan kivun hoidon suunnittelulle. (Kivun hoitotyö 2006, 79.)

2.1 Kivun eri lajeja

Kudosisvauriokipu eli *nosiseptiivinen* kipu syntyy, kun nosiseptorit reagoivat voimakkaaseen potentiaalisesti kudosisvauriota aiheuttavaan ärsykkeeseen. Tällöin itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on terve. Tällaisia tilanteita, joissa kudoksessa oleva prosessi aiheuttaa kipua, ovat esimerkiksi tulehdukset, iskemia ja tuumorit. Osa kipuhermopäätteistä reagoi vain mekaanisiin stimuluksiin kuten paineeseen. Polymodaaliset nosiseptorit reagoivat myös lämpöön ja kudoksessa tapahtuviin biokemiallisiin muutoksiin. Kudoksen hapensaannin huonontuessa, maitohappoa ja hiilidioksidia kerääntyy kudokseen mikä aiheuttaa pH:n laskua, joka aktivoi nosiseptoreita. Tämä saattaa olla yksi iskeemisen kivun mekanismi. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 155.)

Nosiseptoreiden kemiallinen aktivaatio voi tapahtua myös algeenisten aineiden välityksellä. Tällaisia ovat etenkin tulehdustiloissa aktiiviset bradykiniini, kallidiini, leukotrieenit ja prostaglandiinit, jotka kaikki aiheuttavat kudoksissa vasodilataatioita, plasmaeksudaatiota ja kipua. Prostaglandiinit ovat aktiivisia myös syövän luustometastaasien aiheuttamassa kivussa. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 155.)

Pintakipu saa alkunsa ihosta (ihokipu) tai pinnallisista limakalvoista. Ihon vahingoituessa tunnetaan usein ensin terävä, pistävä tai leikkaava alkukipu, jonka paikka on hyvin tarkka. Näitä kipuimpulsseja välittävät erityiset kipureseptorit, jotka reagoivat ainoastaan voimakkaaseen mekaaniseen ärsytykseen (ihon muodonmuutokseen). Alkukipu seuraa tämän jälkeen epämääräisempi tylppä, jomottava tai polttava kipu, joka on paljon epämiellyttävämpi ja saattaa esimerkiksi palovammojen yhteydessä jatkua tuntikausia. Näitä kipuimpulsseja välittävät toisentyypiset kipureseptorit, joista lähtevät hermosyyt ovat hitaammin johtavia. (Niensted, Hänninen, & Arstila, Björkqvist1999,485.)

Syväkipu saa alkunsa lihaksista, luista, luukalvoista, nivelpusseista ja jänteistä. Kipua kuvataan usein jomottavaksi säryksi. Esimerkiksi päänsärky, hammassärky ja reumaattiset nivelsäryt ovat tällaisia. Lihaskipu aiheuttaa usein lihaksen supistumisen. Supistuksen kestäessä kauan, voi seurauksena olla lihaksen hapenpuute eli iskemio, josta kipu edelleen voimistuu. (Niensted, Hänninen, & Arstila, Björkqvist1999,485.)

Hermovauriokipu eli *neuropaattinen* kipu johtuu siitä, että kipua välittävissä hermojärjestelmässä on vika. Hermosolut ovat herkistyneet reagoimaan stimuluksiin, jotka eivät normaalisti aiheuta kipua. Krooninen neuropaattinen kipu johtuu hermovaurioista. Vaurio voi olla perifeerinen kuten esimerkiksi perifeerisessä diabeetisessä neuropatiassa, se voi olla sentraalinen kuten aivohalvauksen jälkeisessä kiputilassa tai se voi olla kombinoitunut. Muutokset kivun suhteen voivat olla hitaita: patologisen prosessin ja kivun alkamisen välillä voi olla pitkäkin aikaväli, ja ajan mittaan kivun luonteessa tapahtuu muutoksia, kun perifeerinen hermovaurio vaikuttaa keskushermoston toimintaan, kipu ”elää”. Kipu ei aina tunnu vauriokohdassa vaan va-

hingoittuneen hermon hermotusalueella, esimerkiksi koko yläraajassa kaulahermopunoksen vaurion seurauksena. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009,156.)

Neuropaattiselle kivulle tyypillisiä piirteitä ovat epänormaalit tuntemukset kuten pistely, polttava tunne tai puutuneisuus kipualueella sekä kliinisesti todettavat tuntohäiriöt. Kipeältä alueelta voi samanaikaisesti puuttua esimerkiksi kosketustunto, toisaalta kevyt kosketus voi laukaista ankaran, pitkään kestävän kivun (summaation). Negatiiviset oireet (puutuminen, tunnon alenema) liittyvät ensisijaisesti hermovauriokipuun. Positiiviset oireet (esim.hyperalgesia) liittyvät myös kudsvauriokipuun. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009,157.)

Tyypillistä puhtaalle neuropaattiselle kivulle on sen huono vaste tavallisiin kipulääkekeisiin. Varhainen hyvä kivunhoito akuutissa vaiheessa vamman tai leikkauksen yhteydessä saattaa estää kroonisen kiputilan syntymisen. Mitä pidempään kipu on kestänyt, sitä enemmän uudet synaptiset yhteydet ovat juurtuneet keskushermostoon, ja sitä huonommin kipu on poistettavissa. Lääke- ja stimulaatiohoitojen lisäksi potilaan selviytymiskeinojen lisääminen, aktivointi ja asennekasvatus ovatkin tärkeitä. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009,157.)

Nosiseptiivisen ja neuropaattisen kivun ”välimuotona” on ns. *hermokipu* (neurogeeninen), joka johtuu hermorungon ohimenevästä, mekaanisesta ärsytyksestä. Tila ei kuitenkaan johda pysyvään hermovaurioon. Esimerkiksi nikaman välilevyn luiskahduksessa tai kasvaimen aiheuttamassa hermokompressiossa voi syntyä tällaista kipua, joka paranee kun kivun syy poistuu. Siihen liittyvät tuntomuutoksetkin ovat tällöin toiminnallisia ja palautuvia. Neurokirurgi arvioi aina potilaiden hoidon tarpeen, kun kyseessä on nikamavälilevyn esiinluiskahduksesta johtuva hermojuuriperäinen kiputila. Jos potilaalla on syöpäsairaus, hoitoon osallistuu myös syöpäsairauksien klinikka. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009,157, 315.)

Leikkauspotilailla voi esiintyä myös *idiopaattista* kipua leikkauksesta johtuvan kivun lisäksi, mikä pitää ottaa huomioon leikkauskivun hoidossa. Idiopaattinen kipu tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että potilaalla ei voida todeta kipua selittävää kudsvauriota tai hermovauriota. Kipupotilasryhmää, jolla ei somaattisia kudsvauriota tai hermovauriota

voida todeta, on jaoteltu erilaisten käyttäytymistä kuvaavien diagnoosien perusteella monin tavoin. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009,157.)

2.2 Leikkauksen jälkeinen kipu

Leikkauksen jälkeinen kipu on voimakkuudeltaan hyvin vaihtelevaa, mutta yleensä rajoittunutta. Leikkauskivun kokeminen muodostuu kudosaivautuksen aiheuttamasta nosiseptoreiden stimulaatiosta ja tämän informaation välittymisestä keskushermostoon, jossa kivun kokemiseen vaikuttavat potilaan varhaisemmat muistikuvat ja kipukokemukset. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 278, 280.) Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttaa leikkauksen laajuus, leikkaustekniikka, haavan sijainti ja potilaan kipuherkkyys. Kipu on yleensä ajoittaista ja ohimenevää. Kipu on useimmiten vaaraton ja helpottuu potilaalle osoitettaessa huomiota, asentoa vaihdettaessa sekä annettaessa kipulääkettä. Kovinta kipu on kolmena ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 71.)

Eri leikkausten aiheuttamat kivut vaihtelevat suuresti niin määrällisesti kuin laadullisesti. Eri leikkausten jälkeisten kipujen voimakkuus ei yksiselitteisesti riipu toimenpiteen kohteena olevan kudoksen kipuherkkyydestä. Iho on tärkein kipua aistiva elin, joten siinä kuten myös limakalvolla nosiseptoreiden tiheys on suuri. Hermot, aivokalvot, pleura parietalis, peritoneum parietale, munasarjat ja munanjohtimet, kivekset ja luukalvo ovat kipuherkkiä. Iso- ja pikkuaivot (mutta ei hypotalamus), verisuonet, keuhkot ja vatsaontelon elimet eivät ole herkkiä piston tai viillon aiheuttamalle kivulle. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 281.)

Leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa sairaalassa eri ammattiryhmien yhteistyö on jomon paikoin järjestäytyntä. Useissa sairaaloissa on perustettu niin sanottu APS-organisaatioita (Acute Pain Service), joissa toimivat akuutin kivun hoidosta vastaavat lääkärit ja kipuhoitaja yhteistyössä vuodeosastojen hoitohenkilökunnan kanssa. Leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon osallistuvat anestesia- ja kirurgi, gyneko-

logi, sairaanhoitajat, fysioterapeutit sekä toimintaterapeutit. (Kivun hoitotyö 2006,66.)

Pintaleikkausten (kilpirauhasen, tyrän ja rintarauhasen leikkausten) jälkeinen kipu on lähinnä haavakipua. Näiden leikkausten jälkeen kivunhoito ei yleensä ole ongelma. Potilaat voivat selvitä pelkillä tulehduskipulääkkeillä. Haavakivun vähentämiseksi kirurgi voi suorittaa infiltraatiopuudutuksen, vaikka potilas nukutettaisiinkin. Ortopedisistä leikkauksista osa voi olla varsin kivuliaita, esimerkiksi isommat polvi- ja olkapääleikkaukset varsinkin mobilisointivaiheessa. Kivuliaimpia leikkauksia ovat torakotomiat, ylämahaleikkaukset sekä munuaisiin kohdistuvat leikkaukset. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 281- 282.)

3 KIVUNHOITO

Kivunhoitomenetelmien periaatteiden tunteminen ja tutkimuksiin perustuva näyttö eri menetelmien tehosta ovat tärkeä perusta hoitoa suunniteltaessa. Eri menetelmien kipua lievittävä ominaisuus perustuu pääasiallisesti joko elimistön kipua voimistavien järjestelmien toiminnan hillitsemiseen, kipua estävien mekanismien vahvistamiseen tai molempiin. Vaikka lääkehoito on tärkein ja yleisimmin käytetty kivunhoito menetelmä, se muodostaa vain yhden kivun hoidon osa-alueen. Akuutin kivun hoidossa voidaan hyödyntää monipuolisesti lääkkeiden annostelutekniikoita ja fysioterapeuttisia hoitomenetelmiä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,98.)

Hoitosuunnitelma on yhteinen tilannearvio, jonka pohjalta tilannetta lähdetään parantamaan. Sen tulee olla potilaan ymmärrettävissä ja sellainen, johon potilas katsoo voivansa sitoutua. Tärkeä peruste yhteiseen hoitosuunnitelmaan on se, että potilas tuntee parhaiten oman sairautensa ja elämäntilanteensa. Hoitosuunnitelmaan olisi hyvä alusta lähtien sisällyttää arvio ennusteesta ja odotettavissa olevasta toipumisen aikataulusta, koska potilaalla saattaa olla joko äärimmäisen hyvät tai äärimmäisen huonot mielikuvat. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä hahmotellaan hoidon mahdollisuuksia ja kestoja.(Granström 2010, 98.)

Erityisen tärkeää on akuutin kivun tehokas hoito, sillä hoitamaton kipu altistaa potilaan kivun kroonistumiselle. Suomen kivuntutkimusyhdistys on esittänyt, että mikäli akuuttia kipua ei kolmen kuukauden kuluessa saada hallintaan, tulee potilaan hoidossa konsultoida kivunhoitoon perehtynyttä lääkäriä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,63.) Moniammatillisella kivunhoidolla tarkoitetaan eri ammattiryhmien järjestäytyntä yhteistoimintaa kivun hoidossa. Järjestäytyneellä tarkoitetaan säännöllistä yhteistyötä tai sovittuja toimintamalleja eri ammattiryhmien kesken.(Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,66.)

Kivun tunnistaminen on yksi terveydenhuollon perustehtävistä. Kivun tunnistamisessa lähtökohtana on ihmisen oma näkemys kivustaan. Kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on oleellista, että kivun syy pyritään löytämään. Aina tämä ei ole kuitenkaan mahdollista mutta kipua tulee silti arvioida. Kipua tulee arvioida säännöllisin väliajoin. Kivun arviointitiheys on riippuvainen potilaan kivun syystä, potilaan voinnista ja hoidosta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,75.)

Santalahti (2007) tutki opinnäytetyössään kirurgisten potilaiden (N=76) kokemuksia kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja se suoritettiin kyselylomakkeiden avulla. Vastaajista yli puolella kipua oli ollut kovaa tai sietämättömää leikkauksen jälkeen. Tutkimuksessa oli myös selvitetty kivun jatkuvuutta, 70 % vastanneista vastasi, että kipua ei ollut jatkuvaa. Heiltä kysyttiin myös, mikä oli aiheuttanut kipua. Alle puolet vastasi, että liikkuminen ja rasitus sekä erilaiset asennot olivat aiheuttaneet kipua. Santalahti selvitti myös, miten potilaiden kipua on arvioitu. Vastaajista 44 % vastasi, että heidän kipuaan oli käyty arvioimassa säännöllisesti. Suurimmalla osalla vastaajista kipua oli arvioitu sekä aamulla että illalla. Kipua oli arvioitu tilanteissa, joissa potilas oli ollut liikkeellä tai levossa. Kipua oli myös arvioitu potilaiden pyytäessä kipulääkettä. Suurin osa kyselyyn vastaajista oli saanut tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta.

Akuutin kivun arviointi peruselintoimintoja mittaamalla on epävarmaa. Fysiologisen arvioinnin perustana ovat akuutin kivun aiheuttamat muutokset elimistössä. Ongelmana on, että peruselintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi ja samanaikaisesti hyvin monet muut tekijät, kuten potilaan sairaudet, lääkitys, tunnetila sekä hoitoympä-

ristö. Vaikka fysiologisten suureiden muutosten suuruuden yhteyttä kivun voimakkuuteen ei ole osoitettu, niitä joudutaan eräissä tilanteissa käyttämään osana potilaan kivun arviointia. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 75 -76.) Toimenpiteeseen kuuluvalla kivulla on paljon fysiologisia haittavaikutuksia mm. hengityksen, verenkierron ja lihaksiston kannalta. Ellei kipua hoideta akuutissa vaiheessa hyvin, nämä haittavaikutukset johtavat tarpeettomiin komplikaatioihin. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 107.)

3.1 Leikkauksen jälkeinen kivun lääkehoito

Kipulääkkeitä on tutkittu eniten leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Tutkimustietoa pitkäaikaisten kiputilojen lääkehoidon vaikuttavuudesta on viime vuosiin asti kertynyt niukalti, lääkehoidon valinta on aikaisemmin perustunut pääasiassa kliiniseen kokemukseen lääkkeiden tehosta. Kivun lääkehoidon osalta on tärkeää tuntea lääkkeen pääasiallinen vaikutusmekanismi, lääkkeen farmakokineettinen ja farmakodynaamiset perusominaisuudet, käyttöaiheet, vasta-aiheet, annostelun periaatteet, haittavaikutukset ja seuranta. Kipulääkkeen farmakokineettiset ominaisuudet kuvaavat elimistön vaikutusta lääkeaineeseen, toisin sanoen lääkkeen imeytymistä, sitoutumista proteiineihin, jakautumista elimistössä, metaboliaa ja erittymistä. Kipulääkkeen farmakodynaamisilla ominaisuuksilla tarkoitetaan lääkeaineen aikaansaamia vaikutuksia elimistössä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,99.)

Lääkehoito on tärkein ja eniten käytetty kivun hoitomenetelmä. Lääkehoito yhdistettynä muihin kivun hoitomenetelmiin takaa parhaimman hoitotuloksen. Merkitystä on myös sillä, että potilasta kannustetaan ja ohjataan itsehoitoon, jolloin hän voi omia kivunhallintamekanismeja käyttämällä vähentää kipua. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,107.)

Lääkkeen antotapa vaikuttaa lääkkeen vaikutuksen alkamiseen, keston ja voimakkuuteen. Kipulääkkeen käyttötapa määräytyy hoidettavan syyn perusteella. Perusperiaate on, että lääke annostellaan ensisijaisesti suun kautta aina kun se on mahdollista. Kipulääkkeen annostelu suun kautta on yksinkertaisin ja turvallisin tapa. Suun

kautta annosteltaessa lääkeaine imeytyy ruuansulatuskanavasta verenkiertoon ja sieltä vaikutuskohteeseen. Laskimoon annosteltu lääke vaikuttaa nopeasti. Turvallisuuden vuoksi ruiske annetaan hitaasti. Laskimoon annosteltaessa on varmistuttava siitä, ettei kipulääke mene ympäröivään kudokseen ja aiheuta kudosaärsytystä ja kudosaivuriota. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 134- 136.)

Tulehduskipulääkkeet eli anti-inflammatoriset kipulääkkeet (analgeetit) vähentävät tulehduksen välittäjäaineiden tuotantoa. Tulehduksen välittäjäaineiden määrän vähentyessä, kipu lievittyy, kuume alenee, verihiutaleiden paakkuuntuminen estyy ja tulehdus lievittyy. Osa tulehduskipulääkkeiden haitoista johtuu siitä, että lääkkeet estävät samalla elimistön suojausmekanismien toimintaa. Tulehduskipulääkkeiden yleisimmät haittavaikutukset kohdistuvat ruuansulatuskanavaan. Niistä voi aiheutua muun muassa närästystä, vatsakipuja ja ripulia. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 277.)Tulehduskipulääkkeet ovat oikein käytettynä tehokkaita kivun ja tulehduksen lievittäjiä, mutta niihin liittyy myös lukuisia vakaviakin haittavaikutuksia.. Tulehduskipulääkkeiden tärkeimpiä indikaatioita ovat mm. leikkauksenjälkeiset ja vammoihin liittyvät kivut. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 181.)

Opioidi-nimitys kattaa elimistön endogeeniset opioidipeptidit (mm. endorfiinit) sekä erilaiset eksogeeniset aineet, jotka sitoutuvat opioidireseptoreihin. Opioidit estävät kivun välittymistä aivoissa, selkäytimessä sekä ääreishermostossa. Opioidit vaikuttavat myös tulehduksen aktivoimien perifeeristen opioidireseptoreiden kautta.(Kalso & Vainio, 137, 2002.) Opioidien vaikutukset elimistössä perustuvat niiden kykyyn aktivoida elimistön omaa opioidijärjestelmää. Opioidikipulääke saa aikaan reseptorin aktivaation, minkä seurauksena kipujärjestelmässä nousevan kipuradaston toiminta vaimenee ja samanaikaisesti kipua laskevan järjestelmän toiminta vahvistuu.(Kivun hoitotyö 2006,116.) Vahvasti addiktiivisiin eli riippuvuutta aiheuttaviin kipulääkkeisiin kuuluvat mm. morfiini, oksikodoni ja fentanyl (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 280.)

Morfiinilla on huumaava ja rauhoittava vaikutus. Riippuvuus morfiiniin kehittyy käytettäessä lääkettä pitkään suurina annoksina. Tarkoituksenmukaisessa käytössä riippuvuutta ei yleensä kehity. Tavallisimpia morfiinin haittavaikutuksia ovat suolen liikkuvuuden väheneminen. Oksikodonia käytetään leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa, mutta sitä käytetään myös muissa akuuteissa ja vaikeissa kiputilanteissa. Oksikodoni aiheuttaa vähemmän hallusinaatioita kuin morfiini, mutta muuten morfiinin ja oksikodonin haittavaikutukset ovat lähes samankaltaisia. Oksikodonia voidaan antaa leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa suun kautta tai injektiona lihakseen tai laskimoon. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 280.)

Fentanyl on ollut muutaman vuosikymmenen tärkeimpiä leikkauksen aikana käytettäviä vahvoja opioideja tehokkuutensa ja nopean vaikutuksensa vuoksi. Fentanyyliä käytetään myös epiduraalisesti yhdessä puudutusaineiden kanssa. Fentanyylin biologinen hyötyosuus on suun kautta otettuna olematon. Rasvaliukoisena aineena fentanyl imeytyy depotlaastarista ihonalaiseen rasvakudokseen, johon muodostuu ”lääkevarasto”, josta fentanyl imeytyy vähitellen verenkiertoon. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 202 -203.)

Puudutteet estävät ääreishermon kipuviestin kulkua keskushermostoon. ääreishermoston sileässä lihaksistossa puudutteet vaikuttavat kahdella tavalla. Pienet puudutusainepitoisuudet aiheuttavat lihaksen supistumisen, jota seuraa puudutepitoisuuden lisääntyessä relaksaatio eli rentoutuminen. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 282.)

3.2 Leikkauksen jälkeinen kivun lääkkeetön hoito

Lääkkeetön kivunhoito perustuu pääosin kipuporttiteoriaan. Efferentit (laskevat) hermoradat voivat jo selkäytimessä estää kipuimpulssien etenemisen afferentissa (nousevassa) kipuradastossa. Toisaalta eston voivat saada aikaan viereisissä afferenteissa hermoradoissa etenevät sensoriset impulssit. Pitkäaikainen kipu voi joskus olla seurausta siitä, että jonkin alueen kosketustuntoradat ovat tuhoutuneet mutta kipuradat säilyneet. Vaikeita kiputiloja voidaan lievittää ärsyttämällä sähköisesti hermoja ihon läpi (transkutaaninen hermostimulaatio). Sähkö ärsyttää eniten paksuja myelini-

soituneita kosketushermosyitä, joiden tuottamat impulssit vähentävät kipuimpulsseja selkäytimen synapseissa. (Niensted, Hänninen, Arstila & Björkqvist 1999, 484.)

Kylmää, lämpöä ja sähköisiä hoitomenetelmiä on käytetty kiputilojen ja sairauksien hoidossa jo antiikin lääketieteessä. Fysioterapeuttisiin hoitomenetelmiin kuuluu useita fysikaalisia hoitoja ja terapeuttista harjoittelua. Aktiivisesta terapeuttisesta harjoittelusta on vahva vaikuttavuusnäyttö. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 237.)

Lehtoranta (2007) tutki päiväkirurgisten potilaiden (N= 66) saamaa tietoa kivunhoidosta ja kivunhoitoa. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja se toteutettiin kyselylomakkeiden avulla. Tuloksista selvisi, että noin puolelle oli kerrottu, mitä kipulääkettä he saivat ja miten se oli vaikuttanut. Itse kivunhoito osastolla oli järjestetty hyvin. Potilaille selvitettiin toimenpiteen aiheuttamista kivuista ja potilaat saivat tietoa niin kirjallisesti kuin suullisestikin. Saatu tieto myös koettiin tarpeelliseksi. Potilaat olivat saaneet kivunlievitystä pyytämättä ja heidän vointiaan tiedusteltiin riittävän usein. Vaikka puolelle potilaista oli kerrottu, mitä kipulääkettä he olivat saaneet, pitäisi osastolla kiinnittää enemmän siihen huomiota. Potilailla on oikeus tietää, mitä kipulääkettä he syövät. Lehtoranta selvitti opinnäytetyössään myös lääkkeettömän kivunhoidon käyttöä. Vajaa puolet vastaajista vastasi, ettei asentohoitoa oltu käytetty. Vastaajista melkein saman verran oli sitä mieltä, ettei kylmähoitoakaan ollut käytetty. Myöskään rentoutusta ei ollut käytetty. Keskustelua ja kuuntelua ei ollut käytetty kivunlievityksessä sitä kysyttäessä.

Fysikaalisia hoitomenetelmiä käytetään yleisesti erilaisten kiputilojen hoidossa. Menetelmät vaihtelevat passiivisista hoidoista aktiivisiin kuntouttaviin menetelmiin. Akuuttien kiputilojen hoidon tavoitteena on ensisijaisesti kivun lievitys, ja hoitojen painopiste on usein passiivisten menetelmien käytössä. (Salanterä, Hagelberg, Kaupila & Närhi 2006, 158.)

Pintalämpöhoitoja ovat esimerkiksi lämpöpakkaukset, parafiinikylvyt, savi- ja parafangohoidot ja lämpölamput ja ultraääni syvälämpöhoitoa. Syvälämpömenetelmillä lämpöä voidaan viedä kudoksiin syvemmälle tai saada aikaan syvissä kudoksissa lämpövärsähtelyjä. Lämpö aiheuttaa kudoksissa verenkierron vilkastumista, hiussuonten aukenemista, kudosten venyvyyden lisääntymistä, lihasten rentoutumista ja kudoksen

aineenvaihdunnan lisääntymistä. Lämpökäsittely lisää lihasten ja jänteiden elastisuutta ja venyvyyttä. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 237.)

Kylmähoitoa on käytetty pitkään turvotuksen ja kivun hoidossa, mutta kudosten aineenvaihduntaa hidastavan vaikutuksen takia kylmän käyttö on levinnyt myös kirurgiaan ja neurokirurgiaan. Kylmähoidon fysiologiset ja biologiset vaikutukset perustuvat kudosten lämpötilan alenemiseen, joka johtaa yhdessä hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Akuuteissa kudosisvammoissa kylmä hidastaa esimerkiksi lihaksen, hermoston ja nivelvoidekalvon aineenvaihduntaa, vähentää hypoksiasta johtuvaa kudosisvaurioita ja rajoittaa turvotuksen muodostumista. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 237.) Turvotus aiheuttaa kiristävää ja pistävää kipua. Jos lääke ei auta, voidaan kokeilla kylmägeeliä. Geeliä levitetään iholle, ei haavaan. Geeli antaa viilentävän ja puuduttavan tunteen, mutta se ei kuitenkaan ole puudute. Turvotuksen laskemiseen voidaan käyttää jääpusseja tai viileitä pyyhkeitä. (Sailo & Varti 2000,125.) Kylmähoitoa käytetään akuuttien pehmytkudosisvammojen ja leikkausten jälkeen. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 238- 239.)

Liikunnan merkityksestä hyvinvoinnille ollaan melko yksimielisiä, ja tätä tukevia tutkimustuloksia on paljon. Liikunnalla on monia suotuisia vaikutuksia. Aineenvaihdunta vilkastuu, ja elimistön toiminta aktivoituu. Verenkierto tehostuu, ja kudosisneste liikkuu paremmin esimerkiksi selkärangassa ja nivelissä. Osa vaikutuksista on suotuisia myös kipua ajatellen, kuten kipuprosessiin liittyvien välittäjäaineiden siirtyminen pois kudoksista. (Granström, 2010, 125.)

Leikkauksen jälkeen potilasta autetaan liikkumaan oikealla tavalla. Tarvittaessa liikkumaan ohjauksessa käytetään fysioterapeutin apua. Ohjausta annetaan jo ennen leikkausta, kun tiedetään vaikeuttaako leikkaus liikkumista. Liikkeelle lähtö leikkauksen jälkeen on hyvin tärkeää. Tällä tavoin potilas saadaan pian normaaliin toimintaan mukaan, estetään lihaskunnan rappeutuminen ja jäykkyys leikkausalueella. Liikkeelle lähdetessä on huomioitava kipulääkkeen tarpeellisuus, jotta potilaalle ei aiheudu ylimääräistä kipua ja pelkoa. Samalla tarkkaillaan myös, miten potilas pääsee parhaiten ylös ja takaisin sänkyyn. Ensimmäisen kerran liikkeelle lähdetessä hoitajat tarkistavat, että potilas on saanut ja ymmärtänyt ohjeet. Kävelyä harjoitellaan

leikkausta edeltävänä iltana hoitajan kanssa ohjasutilanteessa. (Sailo & Vartti 2000, 125 – 126.)

Yhteenvetona edeltävästä tekstistä voi nostaa esiin kolme hoitokeinoja. Leikkauksen jälkeisen kivun lievityksenä hyviä keinoja ovat kylmähoito, liikunta ja sähkö. Kylmähoito vähentää turvotusta ja estää kudosisvaurioiden syntymistä. Liikunta kiihdyttää välittäjäaineiden poistumista kudoksista, jotka ovat yhteydessä kipuprosessiin. Sähkön käyttöä kivun hoidossa voi myös harkita, koska sen tuottamat impulssit vähentävät kipuimpulssien syntymistä selkäytimen synapseissa. Aina potilaalle hoitoa valittaessa pitää kuitenkin selvittää vasta-aiheet ja mahdolliset haittavaikutukset.

4 OHJAUS

Päämääränä on, että potilaalla on tarpeeksi tietoa omasta kivusta, kipuun vaikuttavista tekijöistä, hoidosta ja valittavista hoitomenetelmistä. Tämä auttaa potilasta tekemään päätöksiä hänen hoitoonsa liittyvissä asioissa ja hallitsemaan elämäänsä kivusta huolimatta. Potilaan pitää saada tietoa siitä, mitkä ovat hänen mahdollisuutensa ja minkälaisia keinoja on lievittää hänen kipuaan ja miten hän pystyy vaikuttamaan hoitoihinsa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 91- 92.)

Ohjauksen tunnistamisen ja tiedostamisen tekee ongelmalliseksi se, että hoitotyössä ohjauksesta käytetään moninaisia käsitteitä ja usein epäselvästi. Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus on rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, mutta se sisältää myös tiedon antamista, ellei asiakas ole itse kykenevä ratkaisemaan tilannetta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Ympäristössä olevat tekijät voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen, joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Tällaisia tekijöitä hoitoympäristössä on mm. fyysinen ympäristö. Merkittävää on huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. Paras fyysinen ympäristö on

sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttömästi keskittyä asiaan. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 36 -37.)

4.1 Ohjaus osana hoitajan työtä

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä painottaa ammattieettisissä velvollisuuksissa asiakkaan etua. Asiakkaalle koituvaa hyötyä lisäävät hänen osallistumisensa ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus sekä sen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi. Terveydenhuollon ammattihenkilön on toiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja kolutuksensa mukaisesti. Ammattihenkilön tulee ottaa myös tasapuolisesti huomioon ammattitoiminnasta koituva hyöty ja mahdolliset haitat. Ohjauksen näkökulmasta tämä merkitsee paitsi kliinisten tietojen pitämistä ajan tasalla myös sekä ohjauksen sisältöjen että siihen kuuluvien vuorovaikutustaitojen ja ohjauksen suunnittelutaitojen ylläpitämistä ja kehittämistä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007,17.)

Ohjaajan on osattava suunnitella, toteuttaa ja arvioida erilaisia toiminnallisia kokonaisuuksia. On osattava asettaa tavoitteita ja valita sellaiset keinot, joiden avulla tavoitteet voidaan myös toteuttaa. Ohjaajan on tärkeää osata toimia yhteistyössä eri toimijoiden kanssa ja osana moniammatillista verkostoa sekä osata tarvittaessa ohjata asiakkaita erilaisten palveluiden piiriin. Ohjaajan ammattitaitoon kuuluu erilaisten menetelmien hallinta ja niiden järkevä soveltaminen. Yksi tärkeimmistä ja samalla haastavimmista taidoista on kohtaamisen taito. Se on ohjaustyön perusta jokaisessa paikassa, jossa ohjaustyötä sen eri muodoissa tehdään. (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 12.)

Ohjauksessa asiakas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjaus rakentuu yleensä niille asioille, joita asiakas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen, tai sairaudelleen. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. Asiakkaiden erilaisuus ja siitä johtuvat erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet asettavat hoitajalle suuria

haasteita.(Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26.)

Hoitajan on välttämätöntä tunnistaa ohjauksen lähtökohdat, jotta hän pystyy tukemaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan tämän itsemääräämisoikeutta. Hoitajan on muodostettava oma käsityksensä siitä, mitä ohjaus on, miksi ja miten hän ohjaa, mikä ohjauksessa on tärkeää, onko asiakas vastuussa valinnoistaan ja millainen ammatillinen vastuu hoitajalla on asiakkaan valintojen edistämiseksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 35.)

4.2 Leikkauksen jälkeinen ohjaus

Anestesia lääkäri vastaa potilaan leikkauksen jälkeisen kivunhoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. Suunnitelma tulee laatia jo preoperatiivisen käynnin yhteydessä ja samalla potilasta informoidaan odotettavissa olevasta kivusta ja kivunhoitomenetelmistä. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 292.) Leikkausta edeltävällä ohjauksella on yhteyttä leikkauksen jälkeen koettuun kipuun. Potilaat, jotka tietävät mitä on tulossa, kokevat vähemmän kipua leikkauksen jälkeen kuin potilaat, jotka eivät tiedä mitä on odotettavissa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 158.)

Peräsalo (2008) tutki opinnäytetyössään päiväkirurgisten potilaiden (N=68) kokemuksia heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää minkälaista etukäteisohjausta, sairaalassa saatua ohjausta ja koti-hoito- ohjausta potilaat ovat saaneet. Tulosten mukaan yli puolet kyselyyn vastanneista oli saanut hyvin tietoa ennen sairaalaan tuloa ja ennen toimenpidettä sairaalassa sekä toimenpiteen jälkeen. Toimenpiteen jälkeen vajaa puolet potilaista oli saanut tietoa alkavan kivun tunnistamisessa. Kaikki vastaajista oli saanut tietoa melko paljon tai paljon kotona käytettävistä kipulääkkeistä. Suurin osa kyselyyn vastanneista piti ohjaustilannetta rauhallisena, ystävällisenä, selkeänä ja luottamuksellisenä. Ohjaus koettiin myös tarpeelliseksi.

Nordberg (2008) tutki opinnäytetyössään gynekologisten leikkaukspotilaiden (N =91) kokemuksia saamastaan preoperatiivisesta ohjauksesta. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Tulokset osoittivat, että preoperatiivisessa ohjauksessa saatiin tietoa itse leikkauksesta ja leikkaukseen valmistautumisesta sekä leikkauksen jälkeisestä voinnista ja hoidosta. Ohjauksessa saatiin myös tietoa leikkauksen aiheuttamista rajoituksista ja muutoksista sekä sairauslomasta, että kotona tapahtuvasta hoidosta. Potilaat kokivat ohjauksen onnistuneen hyvin. Heidän mielestään ohjaus oli ollut oikein ajoitettua, se oli kestänyt riittävän kauan ja sitä oli saatu tarpeeksi monta kertaa. Suurin osa oli sitä mieltä, että ohjauksen antaja oli ollut hienotunteinen ja ystävällinen. Potilaita oli kuunneltu, yksityisyys huomioitu hyvin ja ohjauksen ilmapiiri oli ollut luottamuksellinen ja kiireetön.

Heino (2005) tutki väitöskirjaansa varten päiväkirurgisten polviniveltähystyspotilaiden ohjausta potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tarkoituksena oli kuvata, miten päiväkirurgisten potilaiden ohjaus toteutuu potilaan ja hänen läheisensä näkökulmasta, minkälaista ohjausta potilas ja perheenjäsen ovat mielestään saaneet potilaan polven viasta, hoidosta sairaalassa ja postoperatiivisesta kotihoidosta, miten potilas ohjauksen avulla selviytyy tähystyksen jälkeen perheenjäsenen avustamana hoidosta kotona ja miten potilas mielestään toipuu päiväkirurgisen polviniveltähystyksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 173 potilasta ja 161 perheenjäsentä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Tulosten mukaan päiväkirurginen potilas sai yleensä viikkoa ennen sairaalaan menoa kirjalliset ohjeet siitä, miten polviniveltähystykseen tulee valmistautua. Keskustelutilanteet olivat tavoitteellisia ohjaustilanteita, joissa potilas sai hoitoonsa liittyvää tietoa.

Ohjaustilanteissa keskusteltiin polven sairaudesta, hoidosta, ja kotihoitoon liittyvistä ohjeista. Ohjauksessa korostui toimenpiteen jälkeisen kotihoidon osuus. Ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleiden, yli 65- vuotiaiden ja vähemmän koulutettujen ohjaus oli vähäisempää kuin muiden potilaiden. Tästä voidaan todeta, että potilaan taustatietojen ja ohjauksen välinen yhteys vaikutti päiväkirurgisesta polviniveltähystyksestä toipumiseen. Kotiutuessaan potilas tunsi olonsa turvalliseksi. Tutkimus osoitti myös sen, että perheenjäsen oli harvoin mukana potilaan ohjauksessa eikä saanut potilaan hoitoon tai kotihoitoon liittyvää tietoa hoitohenkilökunnalta. Osa perheenjäsenistä piti potilaan sairaalahoitoon liittyvä ohjausta tarpeettomana. (Heino 2005.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, potilaiden kokemuksia saamastaan kivunhoidon ohjauksesta kotiutumisvaiheessa. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaan ohjausta. Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaisena potilaat ovat kokeneet kivunhoidon ohjauksen kotiutumisvaiheessa?
2. Miten potilaiden kivunhoidon ohjaus on toteutettu?
3. Mikä on kivunhoidon ohjauksen sisältö ja onko se ollut potilaiden mielestä riittävää?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen. Lisäksi on käytetty avoimia kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä haluttiin käyttää, koska opinnäytetyöntekijä ei välttämättä ole osannut kysyä kaikkia asioita. Avointen kysymysten avulla potilaat saivat mahdollisuuden tuoda heitä koskettavia asioita esille. Kvantitatiivinen menetelmä valittiin, koska haluttiin saada mahdollisimman laaja tutkimusaineisto. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon sekä aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tutkittavien henkilöiden valinta on myös tarkoin määritelty. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 140.)

Kyselylomake koostui neljästä osasta. Ensimmäisessä osassa kysyttiin potilaan taustatietoja (kysymykset 1-3). Toisessa osassa ohjauksesta (kysymykset 4-11) ja kolmannessa ohjauksen toteutumista (kysymykset 12- 15). Viimeisessä eli neljännessä osassa selvitettiin ohjauksen sisältöä ja riittävyttä (kysymykset 16 -25).

6.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusta varten anottiin tutkimuslupa (Liite 3) Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiriltä TYKS Vakka- Suomen sairaalasta. Lupahakemus käsiteltiin Hoitotyön asiantuntijaryhmässä keväällä 2010. Tutkimuslupa saatiin kesällä 2010. Luvan myöntämisen jälkeen tutkija otti yhteyttä Vakka- Suomen kirurgiselle osastolle ja sopi ajan, jolloin voi tuoda kyselylomakkeet osastolle. Kyselylomakkeita vietiin osastolle jaettavaksi yhteensä sata (N= 100) kappaletta. Kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 24 kappaletta, joista kaksi jouduttiin hylkäämään.

Osaston henkilökunta jakoi kyselylomakkeet potilaille. Kyselylomakkeet olivat kirjekuorissa, jotka sisälsivät saatekirjeen, jossa kerrottiin miksi tutkimus tehdään ja kuka tutkimuksen tekee. Kirje sisälsi myös tutkijan sekä ohjaavan opettajan yhteystiedot, mikäli jollain olisi ollut tarkemmin kysyttävää. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista eikä henkilöllisyys tule paljastumaan missään tutkimuksen vaiheessa.

Kyselylomakkeet palautuivat tutkijalle postitse. Kirjekuorissa oli valmiiksi postimerkki laitettuna sekä tutkijan osoite, joten vastaajille ei aiheutunut kuluja, eikä muutakaan ylimääräistä vaivaa. Vastausaikaa annettiin heinäkuun puolesta välistä lokakuun alkuun. Tämän jälkeen tutkija kävi hakemassa jakamattomat kyselylomakkeet osastolta pois. Kyselylomakkeita oli jaettu potilaille 49, joista siis palautettiin 24.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

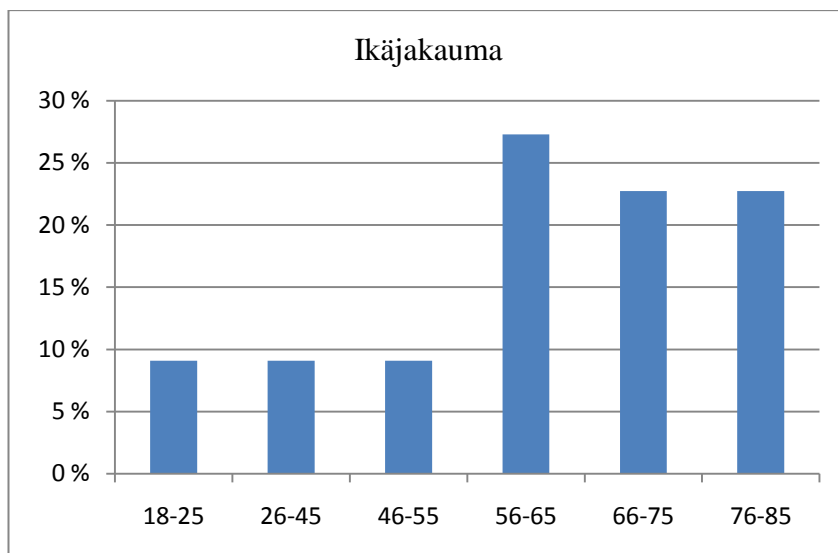
Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin käymällä läpi kaikki vastaukset. Aineistoa järjestettäessä ensimmäinen vaihe on tietojen tarkistus. Tarkoituksena on katsoa sisältyykö aineistoon virheellisyyksiä ja puuttuuko tietoja. Tämän jälkeen aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analyysija varten. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 221.) Kyselylomakkeet tarkistettiin ennen Excel-ohjelmaan vientiä ja kaksi jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten takia. Saadut vastaukset käsiteltiin Excel-ohjelman avulla. Saatuja tuloksia havainnollistettiin taulukoiden ja suorien lainausten avulla.

Aineistoa pystytään analysoimaan monella eri tapaa. Pääperiaate kuitenkin on, että valitaan sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 226.) Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Ensin kyselylomakkeet käytiin läpi ja tarkistettiin onko jokainen vastannut avoimiin kysymyksiin. Samalla tarkistettiin myös, että vastaukset ovat sellaisia, joita voidaan hyödyntää tutkimuksessa. Tämän jälkeen avoimet kysymykset tulkittiin suorien lainausten avulla. Vastausten pohjalta opinnäytetyöntekijä teki yhteenvedon vastauksista.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Kohderyhmänä tutkimuksessa oli Vakka- Suomen sairaalan leikkausosastolle suunniteltuun leikkaukseen tulleet aikuispotilaat. Aikuisen määritelmä tässä opinnäytetyössä on yli 18-vuotias. Nuorin vastaajista oli 20-vuotias ja vanhin 83-vuotias. Kyselyyn vastaajista miehiä oli (32 %) ja naisia (68 %) (Liite 2). Ikäjakauma on nähtävissä alla olevasta kuvioista (Kuvio1).

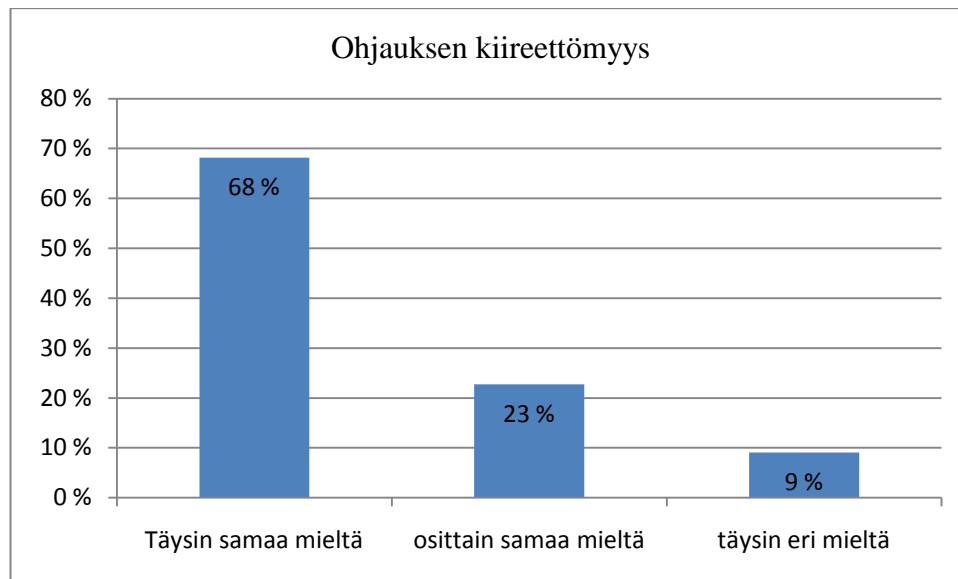


Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma (n=22)

Kyselyn alussa kysyttiin vastaajien aikaisempia leikkauksia. Vastanneista suurin osa (86 %) oli ollut aikaisemmin leikkauksessa ja vain (14 %) vastanneista ei ollut aikaisemmin ollut leikkauksessa.

7.2 Leikkauspotilaiden kokemukset kivunhoidon ohjauksesta

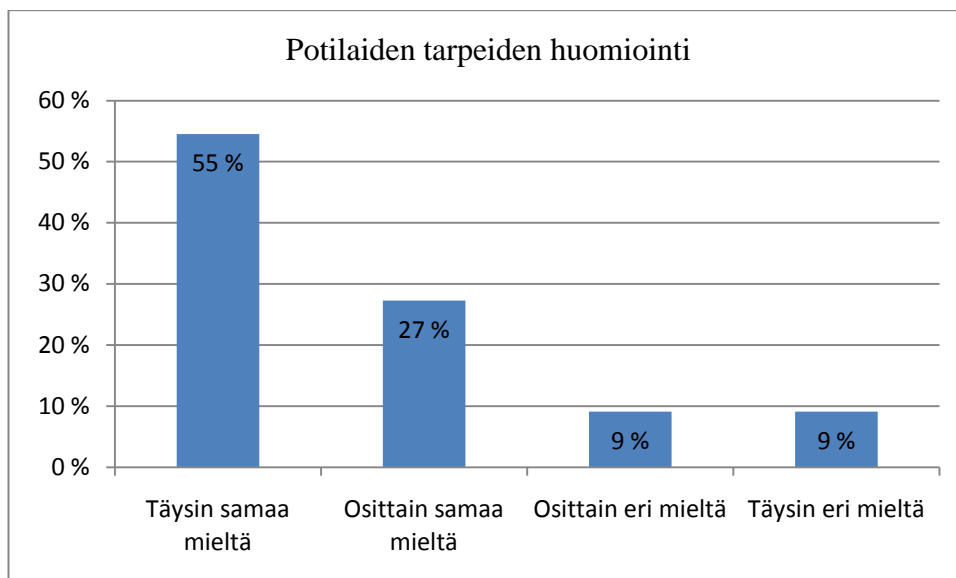
Kaikkien vastauksien % - jakaumat on esitetty liitteessä 2. Kyselyn aluksi selvitettiin potilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta kysymyksillä 4-11. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus oli ollut kiireetöntä (Kuvio 2).



Kuvio 2. Potilaiden kokemukset ohjauksen kiireettömyydestä (n=22)

Melkein kaikki vastanneista pitivät ohjausta rauhallisena. Enemmistö vastanneista oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä, että ohjaus oli ollut keskeytymätöntä. Vastanneiden arvioidessa tilaa, jossa ohjaus tapahtui, enemmistö (55 %) oli osittain samaa mieltä siitä, että ohjaus tapahtui häiriöttömässä tilassa.

Yli puolet oli sitä mieltä, että ohjauksessa huomioitiin juuri hänen tarpeensa. Täysin eri mieltä oli kuitenkin osa vastanneista. Vastaajista suurin osa piti ohjausta johdonmukaisena. Ohjausta odotustensa mukaisena pitivät 59 % vastaajista.(Kuvio3.)



Kuvio 3. Potilaan tarpeiden huomiointi ohjauksessa (n=22)

Vastaajille annettiin mahdollisuus kuvailla itse saamaansa ohjausta. Vastaajat kuvailivat ohjausta muun muassa asianmukaiseksi. Osastolta saatuja ohjeita pidettiin selkeinä ja niitä oli helppo noudattaa. Ohjausta oli saatu niin lääkäriltä kuin hoitajiltakin, mutta hälinä ja kiire potilashuoneessa olivat olleet häiritseviä tekijöitä. Eräs vastaajista oli sitä mieltä, ettei ohjausta ollut ollenkaan. Seuraavassa suoria lainauksia potilaiden vastauksista:

”Asianmukaista.” (18)

”Ohjaukselta odotettiin, että jaksaisin itse toteuttaa kaikki, vaan ei onnistunut. Olin liian sairas. Tein niin paljon kuin kykenin.” (12)

”Hoitaja toi paperit ja luetteli hoidot.” (10)

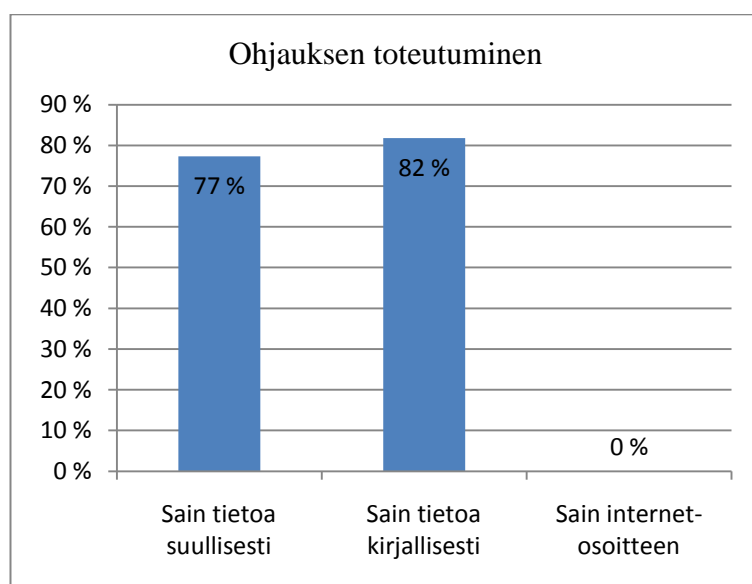
”Ohjausta ei ollut.” (9)

”Ohjeet oli selkeät ja helppo noudattaa.” (3)

”Sain ohjeita niin lääkäriltä kuin hoitajiltakin, mutta samanaikaisesti huoneessa oli muutakin hälinää ja kiirettä.” (5)

7.3 Leikkauspotilaiden kokemukset kivunhoidon ohjauksen toteutumisesta

Kivunhoidon toteutumisesta kysyttiin kysymyksillä 12- 15 (Liite 2). Kyselyyn vastanneista enemmistö (77 %) oli saanut ohjausta suullisesti. Tietoa kirjallisesti oli saanut lähes kaikki.



Kuvio 4. Ohjauksen toteutuminen (n=22)

Kukaan vastaajista ei ollut saanut internet-osoitetta, josta omatoimisesti olisi voinut käydä etsimässä tietoa (Kuvio 4). Viimeisenä kohtana potilaat saivat itse kuvailla, millä muulla tavoin ohjaus oli toteutunut. Ohjausta oli saatu muun muassa vertaistuen avulla eli kohtalotovereilta. Fysioterapeutin kautta oli myös saatu ohjausta, sekä itse kyselemällä.

”Kohtalotoverien avulla.”(3)

”Fysioterapeutin kautta, itse kyselyn avulla.” (10)

7.4 Leikkauspotilaiden kokemukset kivunhoidon ohjauksen sisällöstä ja riittäväydestä

Viimeisen kyselyosion, kysymyksillä 16- 25 oli tarkoitus selvittää ohjauksen sisältöä ja riittävyttä (Liite 2). Vastanneista enemmistö oli sitä mieltä, että oli saanut tarpeeksi tietoa kivusta. Riittävästi tietoa lääkkeellisestä kivunhoidosta koki saaneensa melkein puolet vastaajista. Pieni osa vastanneista oli täysin samaa mieltä, että oli saanut riittävästi tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta. Kolmas os vastanneista vastasi, että lääkkeetön kivunhoito ei koskenut heitä. Kyselyyn osallistuneista potilaista enemmistö oli joko täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä, että he olivat saaneet riittävästi tietoa siitä, miten he itse voivat lievittää kipua.

Kyselyssä kysyttiin myös, että saavatko potilaat riittävästi tietoa siitä mihin voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä. Vastaajien mielipide oli melko yksimielinen. Kyselyyn vastanneista lähes kaikki olivat saaneet riittävästi tietoa siitä mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että oli saanut tarpeeksi tietoa hänelle määrätystä kipulääkkeestä. Kylmähoidosta tietoa riittävästi tietoa oli saanut kolmannes vastaajista. Asentohoidosta riittävästi tietoa oli saanut puolet vastaajista. Kyselyyn vastaajista kolmannes oli täysin samaa mieltä, että oli saanut riittävästi tietoa rentoutumisen vaikutuksesta kipuun.

Kyselyyn vastanneet saivat lopuksi kertoa, mistä olisivat halunneet lisätietoa. Esille nousi muun muassa sellaiset asiat kuin leikkauksen jälkeen ilmenevät vaivat ja tulehdukset sekä kipulääkkeiden yhteisvaikutukset. Myös itse kivusta olisi haluttu lisätietoa ja erityisesti siitä, miten kova kipu on normaalia. Lisätietoa olisi kaivattu myös siitä, kuinka paljon saa tehdä voimisteluliikkeitä. Seuraavassa suoria lainauksia avoimista vastauksista.

”Miten kova kipu on normaalia ja miten paljon saa tehdä ns. voimisteluliikkeitä”(2)

”Olisin kaivannut lisätietoa leikkauksen jälkeen tulevista vaivoista ja tulehduksista jne.”(22)

”Eri kipulääkkeiden yhteisvaikutuksesta.”(11)

”Sain kaiken tarpeellisen tiedon.”(3)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää leikkauspotilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta kotiutumisvaiheessa. Tavoitteena oli tuottaa Vakka- Suomen kirurgiselle osastolle tietoa, jonka avulla voidaan kehittää potilaan ohjausta.

Ensimmäisenä tutkimusongelmana selvitettiin, millaisena potilaat ovat kokeneet kivunhoidon ohjauksen kotiutumisvaiheessa. Tuloksista kävi ilmi, että potilaat pitivät ohjausta kiireettömänä ja rauhallisena. Ohjausta pidettiin myös keskeytymättömänä. Vaikka itse ohjausta pidettiin keskeytymättömänä, vastaajat olivat vain osittain samaa mieltä, että ohjaus tapahtui häiriöttömässä tilassa. Tuloksista voi päätellä, että vaikka suoranaista ohjauksen keskeytymistä ei ole ollut, on ohjaustilanteessa ollut häiriötekijöitä. Peräsalon (2008) saamat tulokset osoittivat myös, että vastaajat pitivät ohjausta rauhallisena, ystävällisenä ja selkeänä. Samoja tuloksia on saanut myös Nordbergin (2008). Tuloksista ilmenee, että potilaita on kuunneltu, yksityisyys huomioitu hyvin ja ohjauksen ilmapiiri on ollut luottamuksellinen ja kiireetön.

Kyngäksen ym.(2007) mukaan merkittävää on huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. Paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttömästi keskittyä asiaan. Tässä työssä saatujen tulosten mukaan yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että juuri hänen tarpeensa oli huomioitu ohjauksessa. Onkin tärkeää, että potilas huomioidaan yksilönä, yksilöllisine tarpeineen. Tällöin potilas saa juuri tarpeidensa mukaista ohjausta.

Enemmistö vastaajista piti ohjausta johdonmukaisena. Tämä on erittäin tärkeää, sillä ohjausta, joka siirtyy asiasta toiseen ilman kunnollista järjestystä, on vaikea seurata ja näin ollen tärkeätä tietoa saattaa jäädä saamatta. Odotusten mukaista ohjaus oli suurimman osan mielestä. Vaikka luku on suuri, siitä ei pysty sanomaan mitä potilaat itse asiassa odottivat ohjaukselta.

Toisena tutkimusongelmana opinnäytetyössä haluttiin selvittää, miten potilaiden kivunhoidon ohjaus on toteutettu. Suullisesti tietoa oli saanut enemmistö vastanneista ja kirjallisesti tietoa oli saanut lähes kaikki. Samanlaisiin tuloksiin oli päässyt myös Lehtoranta (2007). Lehtorannan tutkimuksessa kirjallisesti tietoa oli saatu hieman enemmän kuin suullisesti. Vastaajilta kysyttiin myös, että olivatko he saaneet Internet-osoitteen, josta voi käydä omatoimisesti etsimässä tietoa kivusta. Yllättävää oli, ettei kukaan ollut saanut Internet-osoitetta. Syy tähän saattaa selittyä sillä, että kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli melko korkea.

Kolmantena tutkimusongelmana oli kivunhoidon ohjauksen sisältö ja onko se ollut potilaiden mielestä riittävää. Vastanneista yli puolet oli sitä mieltä, että oli saanut riittävästi tietoa kivusta. Lehtorannan (2007) opinnäytetyöstä käy ilmi, että vähän alle puolet oli täysin samaa mieltä siitä, että oli saanut tarpeeksi tietoa lääkkeellisestä kivunhoidosta ja pieni osa vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä asiasta. Tuloksista voi päätellä, että tietoa lääkkeellisestä kivunhoidosta saa melko hyvin. Nordberg (2008) tekemässä tutkimuksessa päästiin myös samantapaisiin tuloksiin. Potilaat kokivat ohjauksen onnistuneen hyvin. Heidän mielestään ohjaus oli ollut oikein ajoitettua, se oli kestänyt riittävän kauan ja sitä oli saatu tarpeeksi monta kertaa. Heinon (2005) saamat tulokset osoittavat myös, että potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjaukseen. Järjestetyt keskustelutilanteet olivat olleet tavoitteellisia ohjaustilanteita, joissa potilas oli saanut hoitoonsa liittyvää tietoa.

Lääkkeettömästä kivunhoidosta tietoa riittävästi oli saanut vain 14 % vastanneista. Vastanneista 18 % oli osittain samaa mieltä, että he olivat saaneet riittävästi tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta. Hämmästyttävää oli, että 32 % vastasi, ettei lääkkeettömän kivunhoito koskenut heitä. Samanlaisia tuloksia oli saanut myös Lehtoranta

(2007). Tulosten perusteella voi sanoa, että hoitajien pitäisi kiinnittää enemmän huomiota lääkkeettömän kivunhoidon ohjaukseen.

Lehtorannan (2007) tutkimuksesta käy ilmi, että 68 % vastanneista oli saanut tarpeeksi tietoa kipulääkkeistä. Siitä huolimatta, että prosentit ovat melko korkeita, pitäisi tulosten olla vielä paljon korkeampia. Jokaisella potilaalla on oikeus tietää, mitä lääkkeitä hän joutuu käyttämään. Nyt saaduista tuloksista käy ilmi, että kaikki potilaat eivät ole saaneet tietoa hänelle määrätystä kipulääkkeestä.

Eri hoitomuotojen sisällön riittävydestä kyseltäessä, 32 % vastaajista oli saanut riittävästi tietoa heille annetusta kylmähoidosta. Vastaavasti asentohoidosta tietoa riittävästi oli saanut tietoa 50 % vastaajista. Riittävästi tietoa rentoutumisen vaikutuksesta kipuun oli saanut 32 %. Tuloksista näkee sen, että asentohoidosta on saatu selvästi eniten tietoa. Yllättävää on, että muista ei- lääkkeellisistä hoitomuodoista paitsi asentohoidosta on saatu melko vähän tietoa. On vaikea sanoa johtuuko tämä hoitajien tietämättömyydestä vai eivätkö hoitajat vain ajattele potilaan haluavan saada tietoa näistä hoidoista. Lääkkeellinen hoito voidaan kokea helpommaksi.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Tutkimustulokset ovat selkeämpiä ja ymmärrettävämpiä, kun tutkimuksen vaiheet kerrotaan yksityiskohtaisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 138.) Tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee jokaista tutkimuksen vaihetta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkittava joukko on tarkoin määritelty. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232, 140.) Tutkijan tulee siis antaa riittävästi tietoa lukijoille siitä, miten tutkimus on tehty, jotta he pystyvät arvioimaan tutkimuksen tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138.) Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia eri mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231.)

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin (tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu) ja reliabiliteetin (tutkimustulosten toistettavuus) käsittein. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 133.) Reliaabelius tarkoittaa siis sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231.)

Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin parantamaan kyselylomakkeen esitestauksella, sekä ohjeistamalla osastoa mahdollisimman selkeästi, ettei väärinkäsityksiä synny. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin pieniä korjauksia, jonka jälkeen lomake oli valmis jaettavaksi. Muutaman kohdan kyselylomakkeessa olisi voinut jättää pois tai kysymyksen muotoa olisi voinut muuttaa. Näitä ei osattu huomioida esitestauksessa. Kysymys 3:sta olisi voinut vielä tarkentaa siten, että kysyttäessä aikaisemmista leikkauksista potilaat olisivat voineet vielä tarkentaa, että missä leikkauksissa he ovat olleet. Väittämä 10 ei anna muuta tietoa kuin, että ohjaus oli odotusten mukaista mutta siitä ei selviä mitä se odotusten mukainen ohjaus oli. Myös kohdan 11 sanamuotoilua olisi voinut muuttaa, sillä nyt vaikutti siltä, että kaikki eivät olleet ymmärtäneet sitä.

Tutkimuksen luotettavuuteen pyrittiin vaikuttamaan myös siten, että niin saatekirjeessä kuin kyselylomakkeessakin oli selkeä ja yksinkertainen ohjeistus siitä, miten potilaan pitää toimia. Jokaisen kyselyosion alkuun oli laitettu erikseen ohjeistus, miten vastaajan oletetaan toimivan.

Kyselylomakkeiden jakoaika oli melko pitkä noin kaksi kuukautta, jotta riittävä otos saataisiin. Kyselylomakkeiden jakamisesta oli vastuussa osaston sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Aivan toivottua otosta ei saatu, vaan otos olisi voinut olla suurempikin. Otoksen vastaajakatoon saattoi vaikuttaa se, että potilaiden piti täyttää vasta kotona heille osastolla jaettu kyselylomake. Kyselylomakkeet numeroitiin, jotta tietoja syötettäessä Excel- ohjelmaan ei tapahtuisi virheitä. Numerointi takasi myös sen, että mah-

dolliset virheet saatiin helposti selville. Avoimet kysymykset kirjoitettiin, niin kuin vastaajat olivat vastanneet kyselylomakkeeseen. Suoria lainauksia käytettiin lisäämään tulosten luotettavuutta.

8.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä muun muassa kollegoihin ja tutkimuskohteeseen. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tutkija käyttää tutkimuksessaan sellaisia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. (Vilka 2005,30.)

Tutkimus on inhimillistä, arvoperustaista toimintaa. Eettisten ratkaisujen merkitys on erityisen keskeistä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tietolähteinä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008,361.) Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuksen lähtökohtana pitää olla ihmisarvon kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeutta yritetään kunnioittaa, antamalla ihmisille mahdollisuus päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen. Pitää myös selvittää, miten henkilöiden suostumus hankitaan ja millaisia riskejä heidän osallistumisensa aiheuttaa. Tutkimus tuloksia ei pidä yleistää kriittömästi eikä tuloksia saa kaunistellakaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 25 - 26.)

Tätä työtä varten anottiin tutkimuslupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettistä toimikunnalta. Tämän lisäksi osastonhoitajalle kerrottiin työstä kyselylomakkeiden viennin yhteydessä, joka lupasi osastotunnilla kertoa muilla hoitajille työstä. Opinäytetyön tekijä ohjeisti osastonhoitajaa kertomalla, mikä on kohderyhmä, kenelle kyselylomakkeita olisi suotavaa jakaa ja kuinka kauan kyselylomakkeita kuuluisi jakaa osastolla.

Kyselylomakkeet sisälsivät saatekirjeen, jossa selvitettiin työn tarkoitusta ja tavoitteita. Saatekirjeessä myös kerrottiin, että vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksel-

lista. Lisäksi kirjeestä käy ilmi että kyselyyn vastataan nimettömästi eikä henkilöllisyys tule paljastumaan, missään tutkimuksen vaiheessa. Saatekirjeessä on myös ohjaavan opettajan yhteystiedot, sekä itse opinnäytetyön tekijän yhteystiedot siltä varalta, että joku kyselyynvastaajista haluaisi keskustella tarkemmin tutkimuksesta.

Kyselylomakkeita käsitteli vain opinnäytetyöntekijä eikä kukaan ulkopuolinen nähnyt niitä. Opinnäytetyön teon ajan vastattuja kyselylomakkeita säilytettiin niin, että vain opinnäytetyöntekijä pääsi niitä lukemaan. Tutkimustulokset on pyritty esittämään mahdollisimman tarkasti, luotettavasti ja rehellisesti. Työn lopuksi kyselylomakkeet hävitetään asiaankuuluvalla tavalla, kun opinnäytetyö on hyväksytty.

LÄHTEET

- Granström, V., 2010. Kipu ja Mieli. Porvoo: Edita
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja. Viitattu 10.1.2011. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6290-4.pdf>
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. -16.p. Helsinki: Tammi
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, Kirurgisten sairauksien ja Syöpätautien Hoitotyö. 4.-5.uud.p. Porvoo: WSOY
- Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen- Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. Helsinki: Kirjapaja
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Keuruu: Duodecim
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY: Oppimateriaalit Oy
- Lehtoranta, M. 2007. Päiväkirurgisen potilaan kivunhoito. Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Rauma
- Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 2009. 5.uud.p. WSOY: Oppimateriaalit Oy
- Mattila, M.A.K. 2004. Kivun sanasto. Hämeenlinna: Recallmed Oy
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 1999. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY
- Nordberg, L. 2008. Gynekologisten leikkauspotilaiden kokemukset preoperatiivisesta ohjauksesta. Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Rauma
- Peräsalo, M. 2008. Päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Rauma
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Santalahti, A. 2007. Kirurgisen potilaan kokemuksia kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Rauma.
- Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOY

- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä:
Tammi
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi

HYVÄ VASTAAJA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Rauman yksikössä sairaanhoitajaksi ja tutkintoomme liittyy opinnäytetyön tekeminen. Aiheeni on Leikkaus potilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta kotiutumisvaiheessa. Tarkoituksena on selvittää miten leikkaus potilaat selviävät kivun kanssa kotona, ja minkälaista ohjausta he ovat saaneet kotiutumisvaiheessa kivunhoidosta Vakka- Suomen kirurgisella osastolla. Työni tavoitteena on tuottaa Vakka- Suomen kirurgiselle osastolle sellaista tietoa, että saatua tietoa voidaan hyödyntää käytännössä.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Saatte kysely lomakkeen mukana kirjekuoren, jossa on valmiina postimerkki ja osoite, kirje tulee suoraan tutkimuksen tekijälle, joten kukaan muu ei tule näkemään vastauksianne. Vastatkaa viikon kuluttua, kun olette päässeet sairaalasta. Tutkimukseen vastataan nimettömänä, joten henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan, missään tutkimuksen vaiheessa.

Ohjaajanani toimii TtL Elina Männistö

044-7103555

Vastaa mielelläni kysymyksiinne, jos Teillä on kysyttävää.

Vaivannäöstä kiittäen

Sairaanhoitajaopiskelija

Paula Helminen

Satakunnan Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Rauma

050-3612159

Satakunnan ammattikorkeakoulu
 Leikkauspotilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta kotiutumisvaiheessa
 Paula Helminen
 2010

KYSELYLOMAKE: LEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSIA KIVUNHOIDON
 OHJAUKSESTA KOTIUTUMISVAIHEESSA

1. TAUSTATIEDOT

Ympyröikää itseänne koskeva vaihtoehto

1. Sukupuoli

1) Nainen 68 %

2) Mies 32 %

2. Ikä ____ vuotta.

3. Oletteko olleet aikaisemmin leikkauksessa?

1) Kyllä 86 %

2) Ei 14 %

2. OHJAUS

Seuraavat väittämät koskevat saamaanne ohjausta kivunhoidosta kotiutumisvaiheessa.

Olkaa hyvä, ja ympyröikää se vaihtoehto, joka sopii mielestänne teidän kokemuksiinne.

	täysin eri mieltä %	osittain eri mieltä %	osittain samaa mieltä %	täysin samaa mieltä %	ei koske minua %
4. Ohjaus oli kiireetöntä	9	0	23	68	0
5. Ohjaus oli rauhallista	9	0	18	73	0
6. Ohjaus oli keskeytymätöntä	10	5	35	50	0
7. Saamani ohjaus toteutui häiriöttömässä tilassa	9	4	55	32	0
8. Ohjauksessa huomioitiin juuri minun tarpeeni	9	9	27	55	0
9. Ohjaus oli johdonmukaista	9	0	14	77	0
10. Saamani ohjaus oli odotusteni mukaista	9	5	27	59	0

11. Halutessanne voitte kuvailla saamaanne ohjausta

Satakunnan ammattikorkeakoulu
Leikkauspotilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta kotiutumisvaiheessa
Paula Helminen
2010

3.OHJAUKSEN TOTEUTUMINEN

Seuraavat väittämät koskevat ohjauksen toteutumista kotiutumisvaiheessa.

Olkaa hyvä, ja ympyröikää se vaihtoehto, joka on lähinnä teidän kokemustanne.

	täysin eri mieltä %	osittain eri mieltä %	osittain samaa mieltä %	täysin samaa mieltä %	ei koske minua %
12. Sain tietoa suullisesti	5	4	14	77	0
13. Sain tietoa kirjallisesti	5	0	9	82	4
14. Sain internet - osoitteen, josta voin etsiä tietoa kivunhoidosta	0	0	0	0	0
15. Millä muulla tavoin ohjaus toteutui?	-----				

4. OHJAUKSEN SISÄLTÖ JA RIITTÄVYYS

Seuraavat väittämät koskevat saamaanne kivunhoidon ohjauksen sisältöä ja riittävyyttä.

Olkaa hyvä ja ympyröikää se vaihtoehto, joka on lähinnä teidän kokemustanne.

	täysin eri mieltä %	osittain eri mieltä %	osittain samaa mieltä %	täysin samaa mieltä %	ei koske minua %
16. Sain riittävästi tietoa kivusta	5	5	38	52	0
17. Sain riittävästi tietoa lääkkeellisestä kivunhoidosta	5	9	23	50	13
18. Sain riittävästi tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta	18	18	18	14	32
19. Sain riittävästi tietoa omista mahdollisuuksistani vaikuttaa kipuun	9	18	32	32	9
20. Sain riittävästi tietoa mihin voin tarvittaessani ottaa yhteyttä	5	4	0	91	0
21. Sain riittävästi tietoa minulle määräytyistä kipulääkkeistä	4	9	27	55	5
22. Sain riittävästi tietoa kylmähoidosta	18	14	4	32	32

LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet: <http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus>)
Hakemus lähetetään: VSSHP, TYKS, Hoitotyön toimisto, suunnittelija Helja Lundgrén-Laine, PL 52, 20521 TURKU

Uusi tutkimus
 Jatko/Muutos lupaan

<p>TUTKIMUSLUVAN HAKIJAT/HAKIJAT</p> <p>Opiskelu- tai työpaikka</p> <p>Opinnäytetyö</p>	<p>Nimi/nimet: <u>Paula Helminen</u></p> <p>Osoite: <u>Syrjäkatu 6 23500 Uusikaupunki</u></p> <p>puhelin: <u>050-3612159</u> sähköposti: <u>Paula.helminen@student.samb.fi</u></p> <p><u>Satakunnan ammattikorkeakoulu (Rauman yksikkö)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä?</p> <p><input type="checkbox"/> Lisensiaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK</p>
<p>TUTKIMUKSEN/OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. tutkimuksen nimi, päätaivoitteet, menetelmät, aineisto, tutkimuksen suorituspaikka, tutkimuksen merkitys)</p> <p>Tutkimussuunnitelma erillisenä liitteenä (max. 5 s.)</p>	<p>Leikkaus potilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta kotiutumisvaiheessa</p> <p>Tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia saamastaan kivunhoidon ohjauksesta kotiutumisvaiheessa. Tavoitteena, että saatua tietoa voidaan hyödyntää kehittämässä potilaan ohjausta.</p> <p>Aineiston joulku muodostuu kaikista yli 18-vuotiaista suunniteltujen leikkauksen tulevista potilaista, jotka leikataan Vaikla-Suomen sairaalassa. Aineisto tullaan keräämään kyselylomakkeella.</p>
<p>TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T)</p> <p>YHTEYSTIEDOT</p>	<p>30.4.2010 <u>Elina Leino</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>ELINA LEINO</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>elina.leino@sekon.fi</u></p>
<p>SITOUMUS JA JULKAISULUPA</p>	<p>Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaihtolovelvollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/10711, www.turkuccr.fi).</p> <p>30.4.2010 <u>Paula Helminen</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvitys <u>Paula Helminen</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvitys</p>
<p>YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä</p>	<p>Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: <u>Palvelusiden laatu</u></p> <p>Yhdyshenkilö/virkka/toimen nimike: <u>Elina Sirén-Seena Tapanainen (yt nimeää)</u></p> <p>Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/></p> <p>Ylihoitaja(t) <u>6.15.2010</u> <u>ESKO RANTINEN</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>ESKO RANTINEN</u> allekirjoitus/nimen selvitys</p>
<p>HOITOTYÖN ASIAINTUNTLJA-RYHMÄN LAUSUNTO</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puoleltaan <input type="checkbox"/> Ei puoleltaan, Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle</p> <p>25.5.2010 <u>Helena Leino-Kilpi</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>HELENA LEINO-KILPI</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: <u>aineiston kummuressi kurattava, vastajan kirjetti tarkennettava tiedonantajan osalta, kielallinen huolehtelu pot-päätöksiä toimakkeisiin, toimakkeeseen lisättävä "O koske määrittä" -vointolehto</u></p>
<p>EETTINEN TOIMIKUNTA</p>	<p>Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) <u>1</u></p>
<p>TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty</p> <p>3.6.2010 <u>Lisa Pelttari</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>LISA PELTTARI</u> allekirjoitus/nimen selvitys</p> <p>VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/></p> <p>Päätös annettu tiedoksi hakijalle</p>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ky.
Hoitotyön asiantuntijaryhmä

YLIHOITAJIENYLIILÄÄKÄRIEN PUOLLOT

Tutkimus/opinnäytetyö kohdistuu useaan eri klinikkaan/yksikköön, joten tarvitaan puollot usealta ylihoitajalta ja/tai yliilääkäriä.

Tutkimuksen tekijä/t: Helminen, Paula

Tutkimuksen nimi: Leikkaukspotilaiden kokemuksia kivun-
hoikon ohjauksesta kotiutumisenvaiheessa

Opiskelu- tai työpaikka: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Rauman
Yhteiskoulu

Ylihoitajan/yliilääkärin lausunto:

Puollan

En puolla

TYKS Naika - Suomen sairaala
Klinikka tai yksikkö

6.15.2006

Lisa Peltari
Allekirjoitus/nimen selvennys
LISA PELTARI

Klinikan/yksikön yhdyshenkilö VSSHP:ssä: _____

Puollan

En puolla

Klinikka tai yksikkö

1 200

Allekirjoitus/nimen selvennys

Klinikan/yksikön yhdyshenkilö VSSHP:ssä: _____

Puollan

En puolla

Klinikka tai yksikkö

1 200

Allekirjoitus/nimen selvennys

Klinikan/yksikön yhdyshenkilö VSSHP:ssä: _____

Puollan

En puolla

Klinikka tai yksikkö

1 200

Allekirjoitus/nimen selvennys

Klinikan/yksikön yhdyshenkilö VSSHP:ssä: _____