

Johanna Hautala ja Minna Jyrkäs

**Polviproteesileikatun potilaan kivunhallinta ja siihen
liittyvä ohjaus**

Potilaan arvio

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Johanna Hautala ja Minna Jyrkäs

Polviproteesileikatun potilaan kivunhallinta ja siihen liittyvä ohjaus – Potilaan arvio

Ohjaajat: Marjut Nummela, HVL, lehtori ja Liisa Ahola, TtM, lehtori

Vuosi: 2011 Sivumäärä: 45 Liitteiden lukumäärä: 7

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia käyttämistään kivunhallintamenetelmistä kotona polviproteesileikkauksen jälkeen. Tavoitteena oli parantaa hoitohenkilökunnan tietoisuutta polviproteesileikkattujen potilaiden erilaisista kivunhallintamenetelmistä ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Tuotoksena osastolle tehtiin polviproteesileikatuille potilaille jaettavaksi A4 kokoinen potilasohje vaihtoehtoisista lääkkeettömistä kivunhallintamenetelmistä, joka koottiin opinnäytetyön teoriaosuuden ja tulosten perusteella.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla polviproteesileikatuilta potilailta tammi-maaliskuussa 2011. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että potilaat olivat olleet kipeitä kotona polviproteesileikkauksen jälkeen, vaikka olivat käyttäneet kipulääkkeitä osastolta saamien ohjeiden mukaan. Lääkkeiden vaikutus oli ollut yksilöllistä. Kivunhallintaan liittyvään ohjaukseen suurin osa oli ollut tyytyväinen, lääkkeellisessä ohjauksessa kuitenkin oli enemmän puutteita. Lääkkeettömän kivunhallinnan ohjaus oli toteutunut paremmin.

Avainsanat: kivunhallinta, nivelrikko, polviproteesi, postoperatiivinen kipu, ohjaus hoitotyössä

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health and Social Work

Degree programme in Nursing

Registered Nurse

Johanna Hautala and Minna Jyrkäs

Pain management and its guidance after endoprosthesis surgery of to knee

Supervisors: Marjut Nummela, LicNSc, Senior Lecturer and Liisa Ahola, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2011 Number of pages: 45 Number of appendices: 7

The purpose of this thesis was to describe patients' experiences of pain management methods used at home after an endoprosthesis surgery of the knee. The aim was to improve nurses' awareness of endoprosthesis patients' different methods of pain management and related guidance. The product of this thesis is a booklet. It includes alternative non-pharmacological pain management methods and it is collected by the thesis the theory and results.

The materials were collected by questionnaires from January to March 2011. Materials were analyzed in inductive content analysis.

The research results showed that the patients had some pain after endoprosthesis surgery to knee at home, although they took medicines as prescribed. Impacts of medicines were individual. Majority of patients were satisfied about guidance of pain management, medicinal control had more flaws. Better pain management by was achieved non-pharmacological pain management guidance.

Keywords: arthrosis, endoprosthesis surgery, pain management, patient guidance, postoperative pain

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
1 JOHDANTO	6
2 POLVEN NIVELRIKKO	7
2.1 Esiintyvyys	7
2.2 Oireet	8
2.3 Nivelrikon ehkäisy ja etenemisen hidastaminen	9
3 POLVINIVELRIKON HOITO	11
3.1 Konservatiivinen hoito	11
3.2 Operatiivinen hoito	11
4 KIVUNHALLINTA	13
4.1 Lääkkeellinen kivunhallinta	13
4.2 Lääkkeetön kivunhallinta	16
5 POLVIPROTEESILEIKATUN POTILAAN OHJAUS	19
5.1 Ohjauksen määritelmä	19
5.2 Ohjauksen lähikäsitteet	20
5.3 Potilaan ohjaus	21
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	24
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS	25
7.1 Tutkimusmenetelmä	25
7.2 Aineiston hankinta	27
7.3 Aineiston analysointi	28
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	32
8.1 Vastaajien taustatiedot	32
8.2 Kivunhallinnan keinot	32
8.3 Kivunhallinnan ohjaus	33
9 POHDINTA	35
9.1 Eettisyys	35

9.2 Luotettavuus	36
9.3 Tutkimustulosten tarkastelua	37
9.4 Pohdintaa opinnäytetyön teosta	40
9.5 Jatkotutkimusaiheita	41
LÄHTEET	42
LIITTEET	46
Liite 1: Kyselylomake	
Liite 2: Saatekirje	
Liite 3: Suostumuslomake	
Liite 4: Potilaan kokema kipu ja sen hoitaminen	
Liite 5: Lääkkeellisen kivunhallinnan ohjaus	
Liite 6: Lääkkeettömän kivunhallinnan ohjaus	
Liite 7: Polviproteesiteesileikkauksessa olleen potilaan lääkkeetön kivunhallinta – ohje potilaalle	

1 JOHDANTO

Polven nivelrikkoa eli artroosia esiintyy 75-vuotiaista 20-40 %:lla. Lonkan ja polven nivelrikkoleikkauksia tehdään vuodessa noin 300-400/100 000 henkilöä kohden (Remes, Virolainen, Kettunen & Miettinen 2008, 264). Leikkauksen jälkeiseen kipuun ja sen hoitomuotoihin pitäisi kiinnittää huomiota, sillä kipu hidastaa toipumista ja altistaa varsinkin vanhuksen verisuonitukoksille ja sydänperäisille komplikaatioille (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 199). Liikkeelle lähtö voi pelottaa potilasta, jolloin on huomioitava kipulääkkeen tarpeellisuus ja ohjattava potilasta lääkkeen käytössä, jottei aiheuteta ylimääräistä kipua ja lisätä pelkoa (Sailo & Vartti 2000, 125). Ohjauksella taas pyritään helpottamaan sopeutumista uuteen elämäntilanteeseen. Ohjauksessa tuki tulee esiin emotionaalisenä, tiedollisena ja konkreettisena tukemisena. (Eloranta & Virkki 2011, 57.)

Aiheenamme on polviproteesileikatun potilaan kivunhallinta ja siihen liittyvä ohjaus. Tutkimuksemme on jatkotutkimus Erosen, Kosusen ja Taskisen (2007) tekemään opinnäytetyöhön. Rajasimme aiheemme polviproteesileikattuihin potilaisiin Seinäjoen keskussairaalan yhteistyöosastomme A22 toiveesta, sillä juuri tämä potilasryhmä kärsii kovista kivuista myös kotona ja ottavat tämän asian vuoksi yhteyttä osastolle kysyäkseen apua kivunhoitoon.

Arne ym. (2009) tutkimuksen mukaan juuri nivelrikkopotilaat kärsivät eniten kivuista ja epämukavasta olost. Tavoitteenamme on parantaa hoitohenkilökunnan tietoisuutta polviproteesileikattujen potilaiden erilaisista kivunhallintamenetelmistä ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Tarkoituksenamme on kuvata potilaiden kokemuksia käyttämistään kivunhoitomenetelmistä kotona polviproteesileikkauksen jälkeen. Opinnäytetyössämme teimme puolistrukturoidun kyselyn polviproteesileikatuille potilaille heidän kokemastaan kivusta, sen hallinnasta kotona sekä kuinka heitä on ohjattu käyttämään eri kivunhallintamenetelmiä.

2 POLVEN NIVELRIKKO

Nivelrikolle eli artroosille ominaispiirteitä ovat nivelruston rappeutuminen, nivelvälän kaventuminen, nivelen kipeytyminen ja potilaan toimintakyvyn heikentyminen (Heliövaara, Slätis & Paavolainen 2008, 1869). Tässä luvussa kerromme enemmän polvinivelriikon esiintyvyydestä, oireista ja sen ehkäisystä.

2.1 Esiintyvyys

Nivelrikko on kaikista yleisin nivelsairaus (Arden, Arden & Hunter 2008, 3). Miehet kärsivät naisia enemmän polvinivelrikoista. (Heliövaara ym. 2008, 1869.) Nivelrikkoon altistaa ylipaino, polvivamma ja raskas fyysinen työ (Käypä hoito -suositus, 2007). Nivelrikkoon ei vielä ole parantavaa hoitoa, ja tällä hetkellä pysytään vain helpottamaan taudin oireita liike- tai lääkehoidolla. Viimeisenä vaihtoehtona polven nivelriikon hoidoksi on polviproteesileikkaus. (Vainikainen 2010, 10-11.)

Nivelriikon esiintyvyys lisääntyy koko ajan väestön ikääntyessä. Syynä tähän pidetään ruston ominaisuuksien muuttumista ikääntymisen myötä sekä aikaisempaa virheellistä tai liian suurta nivelten kuormitusta. Näiden johdosta rustoon syntyy vammoja. (Vainikainen 2010, 11.) Tämän vuoksi se on tavallinen iäkkäiden ihmisten kivun sekä toimintakyvyn huononemisen syy (Talvitie ym. 2006, 334). Perimä saattaa myös vaikuttaa ruston vaurioitumisalttiuteen ja nivelriikon syntymiseen, mutta mitään yksittäistä nivelrikkogeeniä ei ole vielä löydetty. (Vainikainen 2010, 11.)

Polven nivelrikko on kallis kansantauti sekä yksilölle että yhteiskunnalle (Vainikainen 2010, 11). Se on myös erittäin pitkäaikainen sairaus (Arden ym. 2008, 9). Nivelriikon aiheuttamia työkyvyttömyyseläkkeitä on noin kuusi prosenttia, mutta valtaosa nivelvaivoista vaikeuttaa elämää eli huonontaa toimintakykyä ja

elämänlaatua vasta eläkeiässä. Nivelrikoista kertyy yhteiskunnalle joka vuosi arviolta miljardin euron kustannukset. (Vainikainen 2010, 11.)

2.2 Oireet

Polvinivelrikko ei aina anna aluksi minkäänlaisia ennusmerkkejä, vaikka nivelten tuhoutumisprosessi olisikin jo alkanut. Tavallisesti nivelrikko alkaa oireilla pikku hiljaa, aluksi rasituksen yhteyteen liittyvänä nivelkipuna. Vähitellen kipukaudet pitenevät ja kipu alkaa tuntua myös yöllä. (Vainikainen 2010, 17.) Arne ym. (2009) tutkimuksen mukaan naiset ovat herkempiä uniongelmille kuin miehet.

Nivelrikon oireita on monenlaisia, mutta tyypillisimpiä niistä ovat nivelen liikuttamisen tai kuormittamisen yhteydessä esiintyvä arkuus, liikerajoitukset sekä ratina liikkuesssa (Talvitie ym. 2006, 334). Nivelten liikkuvuus vähenee ja liikkeellelähtö yön tai pitkän paikallaan olon jälkeen on kankeaa ja vaikeaa. Aamujäykkyys menee ohi vähitellen lihasten ja nivelten vetreytyessä liikkuesssa. Polvi kiipulee eikä tunnu kestävän painoa. (Vainikainen 2010, 17.)

Oireiden ja kivun voimakkuus vaihtelevat yksilöittäin. Joillekin ihmisille säävaihtelut tuovat niveloireita. Turvonnut nivel on tavallisesti lämmin ja nivelrikkoisen polven liikeradat ovat supistuneet. Polven nivelrikon särky on paikallista eli se tuntuu juuri polven ympärillä. (Vainikainen 2010, 17.) Nivelrikosta johtuvan kivun vuoksi ihminen yrittää välttää nivelen liikuttamista tai ei yksinkertaisesti enää pysty siihen. Tämän vuoksi hän lopettaa erilaisia harrastuksia tai tavanomaisia toimia, jotka kuormittavat kipeää niveltä. Liikkumisen vähentymisen vuoksi niveltä liikuttavien lihasten voima vähenee. (Talvitie ym. 2006, 335.) Lääkäriin mennään yleensä silloin kun, kivut alkavat haitata arkielämää (Vainikainen 2010, 17).

Polvikivun syynä saattaa olla limapussitulehdus. Polvikipuja tulee nivelrikkokipujen lisäksi myös virus- tai bakteeri-infektoiden jälkeisistä niveltulehduksista tai reumataudeista. Lääkäri toteaa nivelrikon diagnoosin potilaan oireiden, nivelten tutkimuksen ja röntgenkuvien perusteella. Lääkäri tutkii nivelet ja katsoo niiden

liikeradat. Jos hän nivelten liikeratojen perusteella epäilee nivelrikkoa, kipeä nivel tutkitaan radiologisesti. Kivut ja röntgentutkimusten tulos eivät aina täsmää, sillä joka kolmas röntgenkuvassa esiintyvä nivelrikkolöydös ei aiheuta oireita eivätkä kaikki nivelkivut myöskään näy röntgentutkimuksissa. Tavallisesti kuitenkin selvän nivelrikon diagnoosi selviää kohtalaisen helposti. (Vainikainen 2010, 17-18.)

2.3 Nivelrikon ehkäisy ja etenemisen hidastaminen

Nivelrikon ehkäisy on pitkälle mahdollista, jos pystyy vaikuttamaan elintapoihin ja elinympäristöönsä, eli pitämään painon kurissa, rajoittamaan työssä tarpeetonta nivelten rasitusta ja liikkumaan sopivasti. Jo pienikin painonpudotus vähentää selvästi naisten riskiä saada oireileva nivelrikko. (Vainikainen 2010, 13-14.)

Joihinkin riskitekijöihin emme kuitenkaan itse pysty vaikuttamaan, kuten esimerkiksi ikään ja perintötekijöihin (Arden ym. 2008, 9). Erilaisten epidemiologisten ravintotutkimusten mukaan C-vitamiinin saanti tuntuisi ehkäisevän polvinivelrikon pahenemista (Heliövaara, Viikari-Juntura & Alaranta 2003, 34).

Nivelrikon ehkäisy on elämänmittainen projekti, sillä nivelongelmien ehkäisy alkaa jo lapsena. Säännöllinen liikunta lisää ruston määrää kasvuikäisten nivelissä. Nuorena harrastettu liikunta mahdollisesti parantaa ruston kollageenisäikeistöä ja ehkäisee näin aikuisiällä nivelrikon syntymistä. (Vainikainen 2010, 14.) Jos ruston määrä nivelissä pääsee alenemaan, tarkoittaa se sitä, että silloin luun välimatka niveleen pienenee. Nivelsiteet ovat tällöin usein väljempiä ja nivel tuntuu epästabiililta. (Arden ym. 2008, 23.)

Liike on nivelvaivaisen lääke kauan. Lihasvoiman parantaminen, nivelen liikkuvuusharjoitukset ja lihasten venyttely auttavat ja helpottavat kipua. Nivelten hyvälle kunnolle on tärkeää niitä ympäröivien lihasten kunto. Lihakset tukevat niveliä ja suojaavat niihin suuntautuvilta rasituksilta. Vedessä tehtävää harjoittelua suositellaan nivelvaivaisille, koska vesi vähentää rasituksen tuntua ja käy

myös hyvin ylipainoisille. (Vainikainen 2010, 15.) Nivelrikkoa sairastavan harjoittelu pystytään jakamaan nivelspesifisiin voima- ja liikkuvuusharjoitteluun sekä myös aerobisen suorituskyvyn harjoitteluun. On tärkeää, että potilas harjoittelee itsenäisesti ja säännöllisesti kotona. Niveltä liikuttavissa lihaksissa tulee olla hyvä voima ja kestävyys, jolloin ne auttavat stabiloimaan niveltä. Tällöin nivelen toiminnallinen liike ei tunnu yhtä kivuliaalta. (Talvitie ym. 2006, 335.)

3 POLVINIVELRIKON HOITO

Tässä luvussa esittelemme polvinivelrikon hoitomuodot. Opinnäytetyömme pohjautuu jo polviproteesileikkattuihin potilaisiin, joten keskitymme enemmän operatiiviseen kuin konservatiiviseen hoitoon.

3.1 Konservatiivinen hoito

Konservatiivisena hoitona ohjeistetaan ylipainoista potilasta laihduttamaan ruokavaliolla. Uiminen, allasvoimistelu ja pyöräily ovat hyviä liikuntamuotoja, sillä ne eivät rasita polviniveltä liikaa. Fysioterapia tulisi myös aloittaa, sillä sen avulla säilytetään polvinivelen liikkuvuus ja vahvistetaan niveliä liikuttavia ja tukevia lihaksia. Fysioterapiassa voidaan käyttää rentouttavana esihoitona ultraäänihoidoa. Kyynärsauvaa tai – keppiä voi käyttää kävelemisen tukena. Nivelruston aineenvaihduntaa elvyttävillä lääkkeillä voidaan lievittää lievän ja keskivaikean polvinivelen kuluman oireita. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen, 2005, 288.)

3.2 Operatiivinen hoito

Polviproteesileikkaukseen ryhdytään, jos siitä on subjektiivinen hyöty riskeihin nähden. Potilaalla on oltava todettu nivelrikkoon sopiva löydös sekä radiologiseen löydökseen sopiva oire. Tällöin potilaalla on toimintakykyä rajoittava kipu, liikevajaus tai virheasento joka häiritsee liikkumista. Leikkaukseen ryhdytään myös silloin, jos potilaalla on yösärkyjä, jatkuvaa leposärkyä päivisin sekä liikuntakyvyn rajoittumista; potilas ontuu ja tarvitsee apuvälineitä liikkumiseen, hän pystyy kävelemään vain noin 500 metrin matkoja tai hänen liikkumisensa rajoittuu vain sisätiloihin. (Remes ym. 2008, 265.) Kliinisiin löydöksiin kuuluvat myös nivelen aristus ja mahdollisesti polviniveleen kertynyt neste. Polvinivelen vään-

töön voi liittyä myös ratinaa. Ojennus- ja koukistusvajausta liittyy keskivaikeaan nivelrikkoon, vaikeassa nivelrikossa nivelen liike on rajoittunut vain muutamaan asteeseen ja polvi on jäykistynyt vähitellen koukistukseen. Polveen on kehittynyt joko varus-virheasento, jossa sääri on kääntynyt sisäänpäin eli ”länkisäärisyys” tai sitten polveen on saattanut tulla valgusvirheasento, jossa polvet ovat kääntyneet ulospäin eli ”pihtipolvisuus”. Yleisimmin esiintyy kuitenkin varusvirheasentoa. (Ukkola ym. 2005, 290.)

Vasta-aiheita polviproteesileikkaukseen ovat voimakas ylipaino, polvilumponivelen voimakas kuluma, polven instabiilius eli epävakaisuus, suuriasteinen virheasento, merkittävät liikerajoitteet ja nivelreuma. (Harilainen & Sandelin, 2010, 974-975.) Järvenpään ym. (2007) tutkimuksen mukaan lihavuus voi huonontaa polviproteesileikkauksen tulosta. Siinä selvisi, että ylipainoiset potilaat, joiden painoindeksi oli yli 30, kärsivät enemmän kivuista ja heidän leikkaushaava oli pidempi sekä polven fleksio oli huonompi kuin potilaiden joiden painoindeksi oli alle 30. Myös komplikaatioita oli enemmän ylipainoisilla, kuten haavainfektioita ja laskimotulehdusta.

Nivelrikkoleikkauksessa sairas nivelalue poistetaan ja korvataan keinotekoisella istutteella. Leikkaus on parantanut monen nivelrikkopotilaan toiminta- ja liikuntakykyä kivun hellittäessä. Tekonivel on kestävä, tosin ei ikuinen; joskus tekonivel irtoaa tai rikkoutuu. Näitä tapauksia on kuitenkin harvoin. (Heliövaara ym. 2008, 1871; Remes ym. 2008, 266.) Tekonivelleikkaus helpottaa kivun tuntemista ja parantaa potilaiden toimintakykyä sekä elämänlaatua (Arokoski 2009, 208). Kivunhoidolla on tärkeä merkitys myös kuntoutuksessa. Liikkeelle lähtö voi pelottaa potilasta, jolloin on huomioitava kipulääkkeen tarpeellisuus, jottei aiheuteta ylimääräistä kipua ja lisätä pelkoa (Sailo & Varti 2000, 125).

4 KIVUNHALLINTA

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen määritelmässä kipu kuvataan epämiellyttävänä sensorisena tai emotionaalisena kokemuksena. Kipu liittyy mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein. Hoitotyössä taas kipu kuvataan miksi tahansa, mitä yksilö sanoo sen olevan ja esiintyvän silloin kun yksilö sanoo sen esiintyvän. (Salanterä ym. 2006, 3.) Postoperatiivinen kipu on leikkauksen jälkeistä, kudokseen kohdistuvaa kipua. Kipu on voimakkuudeltaan vaihtelevaa, mutta lyhytkestoista. Isoimmat polvileikkaukset voivat olla todella kivuliaita varsinkin mobilisointivaiheessa. (Estlander, Hamunen, Kalso, Maunuksela & Vainio 2002, 222-223.) Kivulla tarkoitamme kaikkea potilaan kokemaa epämiellyttävää tuntemusta. Kivunhallinnalla tarkoitamme sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä kivunhoitoa. Tässä luvussa esittelemme erilaisia kivunhallintamenetelmiä.

4.1 Lääkkeellinen kivunhallinta

Nivelrikkoleikkauksen jälkeisen hoidon kulmakiviä ovat kivunhallinta ja sen lieventäminen sekä toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen. Arne ym. (2009) tutkimuksen mukaan nivelrikkopotilaat kärsivät eniten kivuista ja epämukavasta olosta. Lääkehoidolla pyritään myös siihen, että saadaan ehkäistyä sairauden aiheuttamia komplikaatioita (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 17). Sellaista lääkettä ei kuitenkaan ole olemassa, joka korjaisi rustovaurioita (Arokoski 2009, 207).

Nivelsisäisen **glukokortikoidin** on todistetusti näytetty vähentävän polvinivelrikkokipua. Polviniveleen pystytään antamaan vuodessa 3-4 injektioita. Niin kutsuttuun kuivaan nivelrikkoiseen niveleen ei saa antaa glukokortikoidi-injektioita. (Arokoski 2009, 208.)

Hyaluronaatti tuntuu helpottavan polvinivelrikkoon liittyvää kipua ja parantavan toimintakykyä vähän paremmin kuin lumelääke. Hyaluronaattia suositellaan käytettäväksi kolmen viikon jaksoissa, yksi injektio viikossa. **Glukosamiini** voi olla lumelääkettä tehokkaampi polvinivelrikon aikaisen kivun ja huonontuneen toimintakyvyn hoidossa, mutta tutkimustulokset sen vaikutuksesta ovat ristiriitaisia. (Arokoski 2009, 208.)

Kipulääkkeillä tarkoitetaan sellaista lääkelaiassa määriteltyä valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, helpottaa tai ennaltaehkäistä kipua. Kipulääkkeessä saattaa olla yhtä tai useampaa vaikuttavaa lääkeainetta. Kipulääkkeitä on sekä itsehoito-, että reseptilääkkeinä. Kivunhallinnassa käytetään pääsääntöisesti keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä eli PKV-läkkeitä. (Salanterä ym. 2006, 107.)

Polviproteesileikkauksen jälkeen yleisin lääke on **parasetamoli** (Arokoski 2009, 207). Parasetamoli on satunnaisesti kipuihin käytetty mieto särkylääke, joka ei estä tai ehkäise tulehduksia. Parasetamolia saa itsehoitosärkylääkkeenä kaupanimellä Panadol, Para-Tabs ja Paracetamol-ratiopharm. (Vainio 2003, 65.) Parasetamoli ei ärsytä maha-suolikanavaa eikä se myöskään lisää verenvuototaipumusta, joten se sopii myös sellaisille henkilöille, jotka eivät näiden haittavaikutusten vuoksi pysty käyttämään tulehduskipuläkkeitä (Vainio 2004, 75).

Jos parasetamolin vaikutus ei tunnu riittävän, siirrytään **tulehduskipuläkkeisiin** (Arokoski 2009, 207). Tulehduskipuläkkeitä ovat Ibuprofeeni, Ketoprofeeni, Asetyylisalisyylihappo, Diflofenaakki, Rofekoksibi sekä Selekoksididi (Vainio 2004, 75). Tulehduskipuläkkeet vaikuttavat pääsääntöisesti ääreishermostopäätteen tasolla, jossa ne vaikuttavat estävästi syklo-oksigenaasientsyymin toimintaan (Salanterä ym. 2006, 109). Niiden vaikutuskohta on kudosten hermopäätteessä. Kipua helpottavan vaikutuksen lisäksi tulehduskipuläkkeillä on tulehdusta rauhoittava vaikutus. (Vainio 2004, 75.)

Tulehduskipuläkkeitä käytettäessä tulee ottaa huomioon haittavaikutukset potilaskohtaisesti (Arokoski 2009, 207). Näitä haittavaikutuksia voivat olla ruuansulatuskanavan ärsytys, yliherkkyysreaktiot, verenvuototaipumus sekä munuais-

ten toimintahäiriöt niille alttiilla ihmisillä. Tulehduskipulääkkeet voivat myös joillakin ihmisillä aiheuttaa mahahaavaa, joten jos joskus enemmän ihmisellä on ollut mahahaava, on se este eli vasta-aihe niiden ottamiselle. (Vainio 2004, 75.) Tulehduskipulääkkeitä tulee käyttää mahdollisimman lyhyen aikaa ja pienimmällä tehokkaalla annoksella. Paikallisesti käytettäviä ihon kautta vaikuttavia tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää lievän nivelrikkokivun hoitoon ja tarvittaessa muun hoidon lisänä. (Arokoski 2009, 207.) Parhaisiin hoitotuloksiin ylletään, kun lääkehoito yhdistetään muihin hoitomuotoihin (Salanterä ym. 2006, 107).

Jos parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä ei saada riittävää vaikutusta leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon tai niitä ei pystytä käyttämään haittavaikutusten vuoksi, voidaan kipua hoitaa **opioideilla**. Vaikutukseltaan heikompia opioideja ovat Dekstropropoksifeeni, Tramadoli, Kodeiini sekä Buprenorfiini. Vahvoja opioideja taas ovat Morfiini, Oksikodoni, Fentanyyli ja Metadoni. (Vainio 2003, 69.)

Opioideja voidaan käyttää vain erityistilanteissa lyhytkestoisesti, ja silloinkin tulee harkita myös kirurgisia hoitomahdollisuuksia. (Arokoski 2009, 208.) Opioidit vaikuttavat keskushermostoon eli aivojen ja selkäytimen alueella oleviin kivun-säätelyjärjestelmien osiin. Opioidien kipua helpottava kokonaisvaikutus on suurempi kuin tulehduskipulääkkeillä ja sen vuoksi niitä käytetään esimerkiksi suurien leikkausten aiheuttamaan kovaan kipuun. (Vainio 2004, 76.)

Kroonisissa kivuissa opioidit eivät välttämättä ole hyvä lääke, sillä ne saattavat aiheuttaa riippuvuutta päihdeongelmallisille henkilöille. Ongelma on kuitenkin harvinainen sellaisilla potilailla, jotka syövät lääkettä pelkästään kivun helpottamiseen. Fyysinen riippuvuus eli toisin sanoen lääkkeeseen tottuminen tulee eteen kaikille, jotka käyttävät opioideja suurina annoksina ja jatkuvasti. Se tarkoittaa sitä, että keskushermosto on tottunut lääkkeeseen ja sen äkillinen käytön lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita. Lääkkeen teho vähenee vähitellen pitkään kestäneessä käytössä ja silloin tarvitaan aina vain enemmän lääkettä saman vaikutuksen saamiseksi. (Vainio 2004, 76.) Jos lääkkeestä ei saada toivottua tehoa, ei sitä tule silloin käyttää. Lääkkeen käyttö ei ole myöskään kannattavaa, jos haittavaikutusten osuus on suurempi kuin mitä lääkkeen oton myönteiset hoitovaikutukset. (Kivelä 2005, 87.)

Opioidien tavallisimpia haittavaikutuksia ovat väsymys, pahoinvointi, oksentelu sekä ummetus. Väsymys ja pahoinvointi liittyvät yleisesti hoidon alkuvaiheeseen ja ne vähenevät vähitellen hoitoa jatkettaessa. Suuret opioidiannokset saattavat myös aiheuttaa sekavuutta, hikoilua, kutinaa, lihasnykäyksiä sekä mielialan laskuja ja nousuja. Opioidien pelätty haittavaikutus on hengityslama, joka johtuu äkillisestä yliannostuksesta. (Vainio 2004, 77.)

Leikkauksen jälkeen pystytään käyttämään itseannostelijaa, josta potilas saa tarvittaessa lääkeannoksen napista painamalla. Kovissa ja vaikeissa kiputiloissa saatetaan opioideja antaa suoraan keskushermostoon, jolloin sitä kutsutaan spinaaliseksi tai epiduraaliseksi annosteluksi. (Vainio 2004, 78.)

4.2 Lääkkeetön kivunhallinta

Kivunhoidolla on tärkeä merkitys myös polviproteesileikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa. Varsinkin vanhuksilla kipu on merkittävä toimintakykyä alentava tekijä (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 449), jolloin on huomioitava kipulääkkeen tarpeellisuus ylimääräisen kivun ja pelon ehkäisemiseksi (Sailo & Varti 2000, 125).

Kuntoutus aloitetaan heti artroosin diagnosoimisen jälkeen. Leikkauksen jälkeisessä ohjauksessa ja kuntoutuksessa on otettava huomioon polven liikelaajuus ja kuntoutusaikataulu. Polvelle saa varata vain kivun sallimissa rajoissa kun proteesi on kiinnitetty sementillä, mutta jos proteesi on sementitön, ei polvelle saa varata koko painolla kahteen kuukauteen leikkauksen jälkeen. (Iivainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 646-647.) Kuntoutumisen tulisi olla varsinkin vanhuspotilailla aktiivista ja mobilisaation nopeaa. Tällöin ehkäistään mahdollisia leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita, esimerkiksi laskimotukoksia. Kuntoutuksella ehkäistään myös lihasvoiman heikkenemistä, nivelten jäykistymistä, painehaavaumien syntymistä sekä potilaan psyykkistä ja sosiaalista laantumista. Leikkauksen jälkeen murtumien paranemisen turvaamiseksi on huomioitava myös riittävä energian, kalsiumin ja D-vitamiinin saanti. (Kröger 2010, 242-243.)

Nivelrikon aiheuttamaa kipua ja haittaa voidaan lievittää erilaisilla liikkumisen apuvälineillä. Myös polvia kuormittava liikunta on osoitettu vähentävän polven kipuja ja toiminnallista haittaa. Lihaksien, varsinkin reiden ojentajien ja reiden ja säären koukistajalihasten vahvistaminen vähentää kipuja ja patologista liikkuvuutta ja edesauttaa polviproteesileikkauksen jälkeistä kuntoutusta. Kuntoutuksen tavoitteena ovat oireiden lievittyminen, haitan ja vamman sekä nivelrikon pahenemisriskin vähentäminen. Kuntoutuksessa tulisi huomioida myös potilaan kotiolot, tarvitseeko hän asunnon muutostöitä tai muita liikkumista helpottavia ja päivittäisistä toimista selviytymisen apuvälineitä. (Rissanen ym. 2008, 452-453.)

Fysioterapian tarkoitus on palauttaa nivelrikon aiheuttama heikentynyt toimintakyky normaalia vastaavaksi. Menetelmiä tarkoituksen saavuttamiseksi fysioterapiassa ovat esimerkiksi fysikaaliset hoidot, muun muassa lämpö- ja kylmähoitot, hieronta, mobilisaatio sekä erilaiset liikehoitotekniikat ja lihasharjoitukset. Leikkauksen jälkeisessä fysioterapiassa voidaan käyttää apuna CPM-laitetta (Continuous Passive Motion), jonka avulla mobilisoidaan muutaman sekunnin kestoisina hitaina toistoina haluttu nivelen liikelaajuus, varsinkin silloin, jos polven liikkeet ennen leikkausta ovat huonot. (Alaranta, Paimela & Videman 2002, 326-330; Mikkelsson, Lehtinen & Isomeri 2002, 564.)

Lämpöhoitoa käytetään tuki- ja liikuntaelinsairauksien kipuhoidoina ja liike- ja liikuntahoitojen esihoitona. Pintalämpöhoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi sähkötyynyillä ja lämpöpakkauksilla. Syvälämpöhoitoja taas toteutetaan lyhytaaltohoidossa, ultraäänihoidossa ja mikroaaltohoidossa. Lämpöhoidon vasta-aiheita ovat hoitoalueen ihottumat, akuutti tulehdus tai turvotus, alentunut ihotunto, tuore vamma sekä heikentynyt verenkierto ja iskeeminen kudosis. Lämpöhoitoja ei saa myöskään toteuttaa jos hoitoalueella on metallisia vierasesineitä. (Arkela-Kautiainen, Ylinen & Arokoski 2009, 398-399.)

Kylmähoito supistaa verisuonia sekä aineenvaihdunnan ja turvotuksen muodostus hidastuu. Kylmähoito on hyvä nivelrikon leikkauksen jälkeisessä hoidossa sen turvotusta alentavan sekä kipua ja tulehdusta lievittävän vaikutuksen vuoksi. Kylmähoitoa voidaan antaa paikallisesti esimerkiksi kylmäpakkauksilla noin 5-15 minuuttia kerrallaan useita kertoja päivässä tai voidella kylmägeeliä

kipeään polveen. Vasta-aiheita kylmähoidolle ovat kylmäallergia, huonontunut valtimoverenkierto, hoitoalueen alentunut ihotunto sekä Raynaud'n tauti. (Arke-la-Kautiainen ym. 2009, 399-340.) **Kohoasento** edistää kylmähoidon tavoitteiden saavuttamista (Arponen & Airaksinen 2001,188).

Liikunnalla ja nivelruston sopivalla kuormituksella on vaikutusta sekä terveille että tulehduksesta paranevalle nivelrustolle. Liikkuminen ylläpitää tai voi jopa parantaa terveen ruston ominaisuuksia. Poikkeavan rasittavaa liikkumista tulisi kuitenkin välttää, koska se saattaa vähentää rustokudoksessa tärkeitä proteoglykaaneja sekä vahingoittaa kollageenisäikeitä, jotka tukevat aikuisen ihmisen ruston uusiutumiskyvyttöä kollageenitukivarustusta. Sopiva liikunta ylläpitää ruston hyviä puolia ja jäämäkkyyttä sekä auttaa tulehduksesta tai vammasta paranevaa niveltä. Nivelet tarvitsevat tuekseen kunnon lihakset. Liikunnalla parannetaan nivelten suojana olevia lihaksia, jänteitä ja nivelsiteitä sekä suojataan hermo-lihasjärjestelmää. (Vainikainen 2010, 14.)

5 POLVIPROTEESILEIKATUN POTILAAN OHJAUS

Ohjauksella tarkoitetaan kaikkea ohjaamista ja neuvomista sekä toimintaa jonkun ohjauksessa tai jonkun ohjauksen alaisena (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 2). Ohjaukseen liittyy huomion, kunnioituksen ja ajan antamista toiselle, parhaillaan se on ohjaajan ja ohjattavan neuvottelua (Onnismaa 2007, 7). Opinnäytetyöhömmä liittyy vahvasti sairaanhoitajan toteuttama ohjaus ja sen tarpeellisuus polviproteesileikkausta ennen ja sen jälkeen. Tässä luvussa käymme läpi ohjauksen määritelmää, sen lähikäsitteitä sekä kerromme potilaan ohjauksesta hoitotyön näkökulmasta.

5.1 Ohjauksen määritelmä

Ohjaus on yksi työmenetelmistä, ammatillisen keskustelun muoto ja sitä käytetään sovelletusti monissa eri ammateissa. Ohjaustyön merkitys muuttuu sen mukaan, mitä sillä pyritään saavuttamaan. Pyritäänkö ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutussuhteeseen vai prosessiin, johon halutaan ohjauksella pyrkiä vaikuttamaan. (Onnismaa 2007, 7.) Ohjauksella voidaan myös tarkoittaa potilaan johtamista tai johdattamista johonkin tai hänen tekemisiinsä vaikuttamista (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25). Ohjauksessa ohjaaja osallistuu ohjattavan johonkin ajattelu- tai toimintaprosessiin ja sen avulla pyrkii eri menetelmin edistämään sen toteutumista (Vehviläinen 2001, 17).

Ohjaukseen liittyy huomion, kunnioituksen ja ajan antamista toiselle, parhaillaan se on ohjaajan ja ohjattavan neuvottelua (Onnismaa 2007,7). Nykykäsityksen mukaan ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa potilas saa olla aktiivinen ongelman ratkaisija. Ohjaus on rakenteeltaan yleensä muita keskusteluja suunnitellumpaa, mutta se pitää sisällään myös tiedon antamista, ellei potilas

ole itse kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Ohjaussuhteessa pyritään aina tasa-arvoisuuteen. Onnistunut ohjaus voi vaatia useampia ohjauksetoimia. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Ohjaus on lyhyesti ihmisten kohtaamista, keskustelua, kuunteleminen, vuorovaikutusta sekä läsnäoloa (Kalliola, Kurki, Salmi, Tamminen-Vesterbacka 2010, 9). Elorannan, Katajiston ja Leino-Kilven (2008) tutkimuksen mukaan potilaat kaipaavat hoitajilta enemmän yhteistyötä omaisten kanssa. Näin ollen ohjauksessa tulisi ottaa huomioon myös potilaan omaiset, jotka ovat potilaalle tärkeä voimavara ja jotka saattavat auttaa potilasta selviytymään arjen toimista kotiutumisen jälkeen.

Ohjaus kannustaa ohjattavaa auttamaan itse itseään omassa elämässään, omista lähtökohdistaan käsin. Näin päästään siihen, että ohjattava itse määrittää ja muodostaa ohjauksen sisällön. Ohjauksen tarkoitus on, että ohjattava ymmärtää palvelun, hoidon sekä muutoksen merkityksen ja hän kokee voivansa vaikuttaa siihen. Tämä on tärkeää ohjattavan motivoitumisen ja sitoutumisen kannalta. (Eloranta & Virkki 2011, 19-20.)

5.2 Ohjauksen lähikäsitteet

Käytännön hoitotyössä on tärkeitä tunnistaa ohjaus ja sen lähikäsitteet, joita ovat opetus, neuvonta sekä tiedon antaminen. Opetuksella ymmärretään tilanteen selkiyttämisen pohjalta tehtyjä suunnitelmallisia toimintoja, joilla pyritään tavoitteen saavuttamiseen, esimerkiksi osastolla tehty, laskimotukoksia ehkäisevän lääkeaineen pistämisen opetus, potilaalle itselleen. Opetuksella pyritään siihen, että potilas pystyy antamaan lääkkeen itselleen sairaalahoidon päätyttyä kotona. Kun opetus perustuu ohjaukseen, saadaan opetustilanteesta oppimistilanne, jossa potilas pystyy ymmärtämään yksittäisen hoitotoimenpiteen merkityksen kokonaisuutensa kannalta. (Eloranta & Virkki 2011, 19-20.)

Neuvonta puolestaan on sellaista, jossa hoitajan tehtävänä on antaa henkilölle neuvoja auttaakseen häntä tekemään valintoja. Neuvonnassa käytetään ammattilaisen tietoja ja taitoja, mutta siinäkin pohjana ovat aina täysivaltaisena ja kyvykkäänä pidetyt potilaan ja asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet ja lähtökoh-

dat. Neuvontaa voidaan kuvata niin, että se on luonteeltaan neuvottelua yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. (Eloranta & Virkki 2011, 21.) Liiallinen neuvominen estää tasavertaisen suhteen syntymisen sekä potilaan omien ratkaisujen tekemisen (Onnismaa 2007, 25).

Tietoa annetaan hoitotyössä lähinnä kirjallisena materiaalina, mutta myös joukkoviestintänä. Tiedon antamiselle on tyypillistä vuorovaikutuksen vähäinen määrä, jonka vuoksi se on lähinnä ohjausta, opetusta sekä neuvontaa täydentävä muoto, esimerkiksi potilaalle annettu kirjallinen hoito-ohje leikkauksen jälkeen. Tiedon antamisen yksi muoto on valistus joukkoviestinnällä kuten sähköisen median tai printtimedian avulla. (Eloranta & Virkki 2011, 21-22.) Ohjaaja ohjaa potilaitaan tiedon tehokkaaseen käyttöön (Onnismaa 2007, 24). Tiedon antaminen sekä valistus käyvät toteen myös itseopiskeluna monien oppaiden, tehtävien, pelien ja leikkien myötä. Tiedon ja valistuksen etuna on niiden mahdollisuus saavuttaa suuria ihmismääriä, ja sen vuoksi se sopii hyvin esimerkiksi terveystietoisuuden vahvistamiseen. Huonona puolena voidaan mainita yksilöllisyyden puute tiedon antamisessa, jolloin tiedosta voi aiheutua tarpeettomia pelkoja ja toisaalta katteettomia odotuksia. (Eloranta & Virkki 2011, 21-22.)

5.3 Potilaan ohjaus

Ohjaustilanne kytketään yleensä tilanteeseen, johon liittyy muutos jollakin tavalla. Ohjauksella pyritään helpottamaan sopeutumista uuteen elämäntilanteeseen, kuten pitkäaikaiseen sairauteen tai elämäntapamuutokseen. Ohjauksessa tuki tulee esiin emotionaalisen, tiedollisen ja konkreettisen tukemisenä. (Eloranta & Virkki 2011, 57.) Ohjaustilanteet ovat pääasiassa tavoitteellisia ja suunnitelmallisia. Ohjaaja toimii jo valmiiksi tehtyjen suunnitelmien ja saamiensa ohjeiden mukaisesti ohjatessaan esimerkiksi polviproteesileikattuja potilaita. (Kalliola ym. 2010, 9.)

Toimiva ohjaus vaatii sitä, että sekä hoitaja että potilas itse ovat tavoitteellisia ja aktiivisia. Hoitajalla on ammatin puolesta vastuu auttaa potilasta valinnoissaan. Huomiota tulee erityisesti kiinnittää potilaan valmiuksiin ottaa vastuuta toimin-

nastaa. Hoitajan tulee rohkaista potilasta ottamaan itse vastuuta hoidostaan, sillä potilaat, jotka tuntevat itsensä riippuvaiseksi hoitajastaan eivät usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa. Tällöin he eivät myöskään ota vastuuta omasta hoidostaan. Hoitajan on kuitenkin pidettävä mielessä, että potilaalla tulee olla mahdollisuus esittää myös ristiriitaisia mielipiteitä ja tehdä itsenäisiä valintoja vastoin hoitajan mielipiteitä. Ohjaustilanteessa potilaan on tunnettava itsensä arvostetuksi ja hänen tulee saada siinä tarpeellista tietoa ja tukea. (Kyngäs ym 2007, 41-42.)

Potilas voi myös olla passiivinen osapuoli ohjaustilanteessa. Hänellä saattaa olla huonoja kokemuksia, ja uskomuksia sairautensa hoidosta, jonka vuoksi hän ei pysty toimimaan ohjaustilanteessa aktiivisesti. Tällaisessa tilanteessa vuoro-vaikutus ei ole kaksisuuntaista ja hoitajan tulee ottaa tilanteesta vastuu ja hänen on käytävä läpi sellaiset perusasiat, jotka hän katsoo välttämättömäksi. Hoitajalla on ammattinsa sekä koulutuksensa antama pätevyys ja oikeus, eli ammatillinen vastuu sairauteen ja sen hoitoon liittyvän ohjauksen antamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 42.)

Ohjauksen suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon potilaan yksilöllisyys, se mitä tietoja ja taitoja potilas tarvitsee, mitä hän haluaa tietää tai osaa sekä se mikä on hänelle paras tapa sisäistää asiat (Kyngäs ym. 2007, 43). Kääriäisen (2008) tutkimuksen mukaan laadukkaana ohjauksen täytyy perustua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vahvaan kliiniseen kokemukseen. Muutoshalukkuuteen sekä -valmiuteen vaikuttavat suuresti potilaan voimavarat ja hoitajan tulee tunnistaa ja ottaa ne huomioon (Kyngäs ym. 2007, 43). Ohjaajan tulisi toimia osana moniammatillista verkostoa, sillä näin hän osaa ohjata potilaansa erilaisten palvelujen piiriin, jos potilas sitä tarvitsee (Kalliola ym. 2010, 12). Hoitajan ja potilaan yhteinen näkemys hoidosta parantaa potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Hoitajan on myös tärkeä motivoida ja rohkaista potilasta. (Kyngäs ym. 2007, 47-49.)

Isola ym. (2007) mukaan iäkkään potilaan ohjauksessa tulisi huomioida myös hänen mahdollisesti heikentyneet aisti- ja muistitoiminnot. Potilaat olivat pitäneet tärkeimpinä asioina ohjauksessa sairauteen ja hoitoon liittyvät asiat, tule-

vat tutkimukset ja hoitotoimenpiteet sekä lääkityksen. He kaipasivat enemmän aikaa ja rauhaa ohjaukseen. He olivat kokeneet, että ohjaaja oli ylimalkainen ja kiireinen ohjaustilanteessa, jolloin potilaan kuuntelu oli jäänyt vähäiseksi. He olisivat kaivanneet myös ryhmäohjausta vertaistuen saamiseksi sekä monipuolisuutta ohjaustilanteisiin.

Ohjauksen ongelmana ei yleensä ole tiedon puute, vaan se, ettei tietoa saada oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. On tärkeää, että potilaat saavat tietoa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta he pystyvät osallistumaan omaan hoitoonsa. Kuitenkin liian varhaisessa vaiheessa annettu tieto ei ole hyväksi, sillä tiedon vastaanottokykyä saattavat rajoittaa pelko, hämmennys tai vastarinta. Ohjaus, joka kohdistuu kotona selviytymiseen, tulee antaa vasta akuutin vaiheen jälkeen. Ohjausta ei kuitenkaan kannata jättää kotiinlähdön yhteyteen, sillä silloin ajatukset ovat jo muualla ja mahdollisesti kyytikin odottamassa. (Eloranta & Virkki 2011, 31-32.)

Kirjalliset ohjeet pitäisi antaa hyvissä ajoin, jotta potilas ehtii perehtyä niihin ja voi palata niihin myöhemmin ohjaustilanteessa (Eloranta & Virkki 2011, 32). Potilaalle jaettava kirjallinen ohje tulisi olla lyhyt 1-2 sivun pituinen, kieleltään selkeä, hyvin jäsennelty, silmäiltäväksi muotoiltu teksti sekä sen tulisi koskea vain yhtä asiaa ja tehty nimetylle kohderyhmälle (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 188; Repo & Nuutinen 2003, 136). Vakiomuotoa ohjeella ei ole, tärkeintä on, että se löytää lukijansa ja että lukija löytää siitä olennaisen sanoman (Repo & Nuutinen 2003, 136). Lyhyt ohjeistus on tehokas, sillä se jaksetaan lukea ja se myös muistetaan paremmin (Puirava-Hanhela, Virta, Eerola & Pesola 2008, 74).

Alaloukusa-Lahtisen (2008) tutkimuksen mukaan potilaat olivat arvioineet henkilökunnan ohjaukseen tarvitsemat tiedot ja taidot pääosin hyviksi. Puutteita oli ohjaukseen asennoitumisessa sekä lähiomaisten huomioon ottamisessa. Ohjausmateriaali, jonka potilaat saivat, oli kieleltään ymmärrettävää ja selkeää. Ohjaus lisäsi potilaiden mukaan heidän itsehoitovalmiuksiaan ja auttoi heitä asennoitumaan myönteisesti hoitoon.

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUS- ONGELMAT

Tavoitteenamme on parantaa hoitohenkilökunnan tietoisuutta polviproteesileikkattujen potilaiden erilaisista kivunhallintamenetelmistä ja siihen liittyvästä ohjauksesta.

Tarkoituksenamme on kuvata potilaiden kokemuksia käyttämistään kivunhoitomenetelmistä kotona polviproteesileikkauksen jälkeen.

Tutkimusongelmina ovat

1. Millaiseksi potilaat kokevat leikkauksen jälkeisen kivun ja sen hoitamisen?
2. Millaiseksi potilaat arvioivat kivunhoito-ohjauksen?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS

Tässä luvussa kerromme tarkemmin kuinka päädyimme kvalitatiiviseen tutkimukseen, miten hankimme aineiston ja kuinka paljon saimme aineistoa analysointia varten. Kerromme myös sen, kuinka analysoimme kyselylomakkeiden vastaukset. Analysointi kohdassa esittelemme kolme kaaviota, jotka teimme tutkimusongelmiemme pohjalta. Kaaviot ovat liitteinä opinnäytetyön lopussa. Lopuksi kerromme tekemästämme tuotoksesta, jonka annamme osastolle potilasohjeeksi polviproteesileikattuja potilaita varten.

7.1 Tutkimusmenetelmä

Käytämme opinnäytetyössämme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusotetta, sillä vastaajamäärämme on pieni. Kohdejoukko tulee valita tarkoituksenmukaisesti, eikä käyttämällä satunnaisotoksen menetelmää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160). Tämän toteutui niin, että meillä oli tarkat valintakriteerit joiden perusteella valitsimme vastaajamme. Valintakriteereinämme oli potilas, joka kykenee vastaamaan kysymyksiimme ja hänelle on tehty polviproteesileikkaus tällä hoitajaksolla, sekä hän on kotiutunut osastolta kotiin. Tapaukset käsitellään ainutlaatuisina, samoin kun aineiston tulkitseminen (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Tähän kuuluu se, että tutkimisen lähtökohtana oli todellisen elämän kuvaaminen sekä se, että todellisuus on monimuotoista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152). Teorian osuus kvalitatiivisessa tutkimuksessa on erittäin tärkeää ja välttämätöntä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 17). Kerromme opinnäytetyöhömmme liittyvistä asioista tarkemmin teoriaosuudessa. Tutkimustulosten tarkasteluosuudessa taas vertaamme teoriaa ja kyselylomakkeista saamiamme tuloksia keskenään.

Tutkimuksessa on huomioitava se, että todellisuutta ei voi jakaa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat vaikuttavat toinen toisiinsa, ja on mahdollista saada käsiin

monenlaisia asioita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yritetään päästä siihen, että saataisiin tutkittua kohde mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Kokonaisvaltaisesti kvalitatiiviseen tutkimukseen kuuluu uskomukset, asenteet ja käyttäytymisen muutokset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49). Kvalitatiivisen tutkimusotteen tavoitteena ovat ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudesta (Vilkkä 2005, 97). Opinnäytetyössämme kerromme kuinka potilaat itse arvioivat kivun tuntemisen ja saadun ohjauksen.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija ei pysty sanoutumaan irti arvolähtökohdista, koska arvot muokkaavat sitä, mitä ja miten aiomme pyrkiä ymmärtämään tutkimiamme ilmiötä (Hirsjärvi ym. 152). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään lisäämään ymmärrystä tutkimusilmiöstä. Monia ilmiötä, jotka liittyvät hoitamiseen ei pystytä ainoastaan mittaamaan määrällisesti tai saamaan tietoa havainnoimalla. Tällöin ilmiön kuvaamiseen ja ymmärtämiseen tarvitaan ihmisten omia näkökulmia ja kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Tämän vuoksi teimme opinnäytetyössämme kyselylomakkeen, jonka kohdistimme juuri polviproteesileikatuille potilaille, saadaksemme heidän näkökulmansa ja omakohtaiset kuvauksensa tietoomme.

Objektiivisuutta ei pysty saavuttamaan tavallisesti, sillä tutkija ja se, mitä tiedetään, kietoutuvat tiiviisti yhteen. Tulokseksi voidaan saada pelkästään ehdollisia selityksiä tiettyyn aikaan ja paikkaan rajoittuen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pääasiassa tarkoituksena löytää ja paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia asioita. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Yritimme saada selville sen, kuinka potilaat todellisuudessa hoitavat kipuaan kotona. Sairaalahajan aikana heidän kuuluu saada ohjausta niin lääkkeellisestä kuin lääkkeettömästä kivunhallinnasta ja opinnäytetyössämme selvitämme juuri sitä, kuinka ohjausta on heille annettu ja kuinka potilaat ovat sen kokeneet. Halusimme saada selville kvalitatiivisella tutkimuksella juuri potilaiden kokemukset ja mahdolliset lisäohjauksen tarpeet ja näin vastata tutkimusongelmiimme.

Kvalitatiivinen tutkimus ei ole vain yksiselitteinen hanke, vaan suuri joukko mitä erilaisimpia tutkimuksia. Jokainen kertomus on todellinen ja omanlaisensa tapaus ja edustaa sillä tavoin laadullista tutkimusta. Kvalitatiivisen tutkimuksen

aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Pyritään siihen, että ihminen on tiedon keruun työvälteenä. Tutkija luottaa eniten omiin aisteihin ja havaintoihin, kuin mittausvälineillä saatuun tietoon. Apuna tiedon saamisessa tutkijat voivat käyttää lomakkeita ja testejä. (Hirsjärvi ym. 2004, 153, 155.)

7.2 Aineiston hankinta

Opinnäytetyössämme teimme puolistrukturoidun kyselylomakkeen (Liite 1), jossa on sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Suljetuilla kysymyksillä saimme tietoon iän ja sukupuolen sekä vastaajat saivat valita meidän määrittelemistä lääkkeettömistä kivunhallintamenetelmistä ne vaihtoehdot, joita käyttivät kotona. Osiossa oli myös avoin kohta, johon pystyi mainitsemaan jos käytti jotain muuta kivunhallintamenetelmää kuin mitä me olimme maininneet. Avoimista kysymyksistä saadaan tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa, jota muuten ei saataisi tietoon (Vehkalahti 2008, 25). Kyselylomakkeemme avoimissa kysymyksissä potilaat saivat itse kuvailla omilla sanoilla kokemaansa kipua sekä saamaansa ohjausta osastolta.

Teimme pilottitutkimuksen, jossa testasimme kyselylomaketta henkilöllä, jolle oli tehty polviproteesileikkaus. Näin saimme tietoon muutosten tarpeellisuuden ja korjasimme sen mukaan kyselylomakkeen rakennetta. Tästä muodostui lopullinen kyselylomake. Opinnäytetyön tekemiseen saimme luvan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta joulukuussa 2010. Seinäjoen keskussairaalan osasto A22 henkilökunta jakoi polviproteesileikatuille potilaille kirjekuoren, joka sisälsi saatekirjeen (Liite 2), kyselylomakkeen sekä suostumuslomakkeen (Liite 3). Kirjekuoret jaettiin niille, jotka olivat halukkaita vastaamaan kyselyyn. Saatekirjeessä kerromme vastaajille keitä me olemme ja mitä varten olemme tehneet kyselylomakkeen polviproteesileikatuille potilaille. Ohjeistamme siinä myös kuinka kyselylomakkeen voi palauttaa sekä mainitsemme, että vastaaminen on vapaaehtoista ja etteivät kenenkään yksittäiset vastaukset tule esille. Suostumuslomakkeessa varmistamme vastaajilta vielä, että he ovat ymmärtäneet opinnäytetyömme aiheen ja tarkoituksen. Pyydämme siinä heiltä lupaa käyttää heidän vastauksiaan opinnäytetyömme tekemiseen.

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 31 potilaalle valintakriteerien mukaisesti. Vastausaikaa kyselyyn oli noin viikko. Kyselylomakkeesta selviää potilaiden omat kivunhoitomenetelmät sekä kuinka he ovat selvinneet päivittäisistä toimita kivun kanssa. Kyselylomakkeen pystyi palauttamaan sen mukana annetulla vastauskuorella, jossa oli osaston osoite ja postimaksu valmiiksi maksettuna.

Vastauksia tuli yhteensä 15 kappaletta, joista kolme oli tyhjiä kyselylomakkeita ja yhden vastauslomakkeen jouduimme hylkäämään, koska vastaaja ei sopinut valintakriteereihimme, sillä hän ei ollut kotiutunut osastolta kotiin. Hyväksytyjä vastauksia saimme siis yhteensä 11 kappaletta. Vastajat olivat vastanneet lyhyehkösti, yksittäisistä sanoista muutamaan riviin, mutta antaen kuitenkin riittävästi tietoa. Tietokoneella puhtaaksi kirjoitettuna kivunhallintaan liittyviä vastauksia tuli reilun puolen sivun verran ja ohjaukseen liittyviä vastauksia vajaa puoli sivua. Kummastakin osiosta tuli paljon samankaltaisia vastauksia. Saimme vastauksia kaikista ikäryhmistä. Kyselylomakkeet jaettiin tammi-maaliskuussa 2011.

7.3 Aineiston analysointi

Kvalitatiiviseen tutkimukseen kuuluu erilaisia menetelmiä ja niihin liittyviä piirteitä. Yksi menetelmistä on sisällönanalyysi, jossa yleisesti tehdään kategorioita sekä tutkitaan esiintymistä ja perehdytään tekstin eri merkityksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 51.) Me käytimme tätä sisällönanalyysia opinnäytetyössämme aineiston analysointiin, jotta pystyimme tulkitsemaan tuloksia monitahoisesti ja kattavasti.

Sisällönanalyysiä pidetään yksittäisenä metodina, eli laajana teoreettisena kehyksenä, joka pystytään yhdistämään monenlaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.) Kyselylomakkeiden vastaukset voidaan analysoida induktiivisella sisällönanalyysillä eli tarkastelemalla aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Aloitimme kyselylomakkeiden analysoinnin jakamalla kyselylomakkeet puoliksi, numeroimalla ne juoksevilla

numeroilla ja kirjoittamalla kumpikin erillään vastaukset puhtaaksi. Luimme puhtaaksi kirjoitetut versiot useaan kertaan läpi.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksista ponnahtaa aina esiin jotain uusia ja kiinnostavia asioita, joita ei mahdollisesti osannut ajatellakaan etukäteen. Se, mitä tutkimuksessa tutkitaan ja ollaan kiinnostuneita, tulee näkyä tarkoituksesta tai tutkimusongelmista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93-95.) Kokosimme kyselylomakkeiden vastaukset tutkimusongelmien pohjalta. Tiivistimme vastaukset siten, että ne vastaavat tutkimusongelmiimme, muuttamatta niiden alkuperäistä sanamuotoa. Kategorioimme vastaajamme iän ja sukupuolen mukaan. Kategoriointia käytetään hyväksi kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston järjestämiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58).

Laadulliseen tutkimukseen liitetään usein induktiivinen ja deduktiivinen analysointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Analysoimme opinnäytetyössämme kyselylomakkeet induktiivisella sisällönanalyysi- menetelmällä. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä ja deduktiivinen sisällönanalyysi puolestaan teorialähtöistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135), joten tämän vuoksi valitsimme induktiivisen sisällönanalyysi-menetelmän kyselylomakkeidemme analysointiin. Kylmä ym. (2008) tutkimuksen mukaan induktiivinen sisällönanalyysi on itsenäinen kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston analyysimenetelmä, joka tekee mahdolliseksi kirjoitusmuodossa olevien aineistojen kvalitatiivisen analyysin. Induktiivisessa analysoinnissa tavoitellaan tutkimusaineiston teoreettisen kokonaisuuden luomista siten, että aikaisemmin tutkitut tai selville saadut tiedot ja teoriat eivät ohjaisi analyysia.

Aineiston analyysi kuvastuu ja etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta vaihe vaiheelta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Kirjoitimme vastaukset paperille kategorioinnin perusteella eli ensin kirjasimme sukupuolen ja iän. Sitten kokosimme numeroidut vastaukset oikeiden kategorioiden alle. Pelkistimme heidän vastaukset kysymys kysymykseltä.

Muodostimme aineiston perusteella kolme kaaviota, joilla kuvaamme aineiston tuloksia. Ensimmäisen kaavion teimme potilaan kokemasta kivusta ja sen hoi-

tamisesta (Liite 4). Liite 4 kuvaa potilaiden kokemaa kipua, kuinka he ovat sitä hoitaneet sekä ovatko kivunhallintakeinot auttaneet. Pääluokkana on ensimmäinen tutkimusongelmamme. Pelkistetyt ilmaukset muodostivat kaksi alaluokkaa, riittävän ja riittämättömän kivunhallinnan. Liite 4 vastaa ensimmäiseen tutkimusongelmaamme, eli millaiseksi potilaat kokevat leikkauksen jälkeisen kivun ja sen hoitamisen. Liite 5 kuvaa lääkkeellisen kivunhallinnan ohjauksen riittävyyttä potilaiden arvioimana. Pääluokkana on lääkkeellisen kivunhallinnan ohjaus, joka vastaa osaltaan toiseen tutkimusongelmaamme. Alkuperäisistä ilmauksista muodostui kaksi pelkistystä, riittävä ja riittämätön ohjaus. Kolmas kaavio kuvaa lääkkeettömän kivunhallinnan ohjausta hoitohenkilökunnan antamana (Liite 6). Liite 6 on muodostettu muuten samalla tavalla kuin liite 5. Liitteet 5 ja 6 vastaavat yhdessä toiseen tutkimusongelmaamme, eli millaiseksi potilaat arvioivat kivunhoito-ohjauksen.

Opinnäytetyömme teoriaosuuden ja tuloksien perusteella kokosimme A4-kokoisen potilasohjeen (Liite 7) erilaisista kivunhallintamenetelmistä potilaille annettavaksi heidän kotiutuessa osastolta kotiin leikkauksen jälkeen. Potilasohje on muodostettu teoriapohjalta, mutta aineiston tulokset osoittavat myös, että juuri näitä lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä käytetään kotona. Tuotoksen tavoitteena on tuottaa enemmän itsevarmuutta ja luottamusta potilaille kotona pärjäämiseen. Potilasohjeesta on helppo ja nopea tarkistaa esimerkiksi kylmäpussin oikean käyttötavan. Kipu ei saisi olla este liikkumiselle ja kuntoutumiselle, joten erilaisista lääkkeettömistä vaihtoehdoista olisi polviproteesipotilaille paljon apua lääkkeiden ohella.

Potilasohjeessa esittelemme erilaisia vaihtoehtoisia lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä, mitä voi käyttää kotona polviproteesileikkauksen jälkeen. Mainitsimme omana osanaan kylmähoidon, kohoasennon ja liikunnan, koska pidimme niitä tärkeimpinä kivunhallintamenetelminä, joita on helpoin ja nopein käyttää kotona.

Mainitsimme potilasohjeessa kuitenkin myös lämpöhoidon, fysioterapian ja kuntoutuksen, mutta suosittelimme, että niiden puitteissa käännyttäisiin ensin fysioterapeutin puoleen. Tämä sen vuoksi, koska muun muassa Arkela-

Kautiaisen ym. (2009) mukaan lämpöhoitoa ei saa toteuttaa jos hoitoalueella on metallisia vierasesineitä. Iivonaisen ym. (2001) mukaan taas kuntoutusta toteuttaessa täytyy tietää miten proteesi on kiinnitetty, jotta hän osaa varata polvella oikealla tavalla. Tähän samaan syyhyn perustuu myös se, miksi fysioterapiasta on ensin hyvä jutella fysioterapeutin kanssa. Polviproteesileikatut potilaat eivät välttämättä tiedä näitä asioita heti leikkauksen jälkeen.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa esittelemme vastaajiemme taustatiedot sekä kyselylomakkeista saadut tulokset kivunhallinnan keinojen ja siihen liittyvän ohjauksen näkökulmasta. Tähän näkökulmaan paneudumme tutkimusongelmien kautta. Kivunhallinnan keinoina esittelemme vastaajiemme käyttämiä lääkkeellisiä ja lääkkeetömiä menetelmiä. Kivunhallinnan ohjauksesta esittelemme vastaajiemme kokemuksia ohjauksen riittävydestä. Olemme valikoineet muutamia alkuperäisiä ilmauksia kuvaamaan vastaajiemme tuntemaa kipua ja kivunhallinnan ohjausta.

8.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajamme olivat vanhempia ihmisiä. Heistä seitsemän oli naisia ja neljä miehiä. Emme tavanneet heitä henkilökohtaisesti. Vastaajamme jakautuvat joko ensikertaa polviproteesileikkauksessa oleviin tai sitten heille oli tehty jo ennemmin polviproteesileikkaus toiseen jalkaan, jolloin operaatio oli tuttu ja he tiesivät kuinka hoitaa kipua kotona.

8.2 Kivunhallinnan keinot

Potilaat kuvasivat leikkauksen jälkeistä kipua kotona termeillä sietämätön, jatkuva, vihlova, vaihteleva, kohtalainen, kova ja kuumottava. He olivat hoitaneet kipuaan osastolta saaduilta reseptikipu- ja tulehduskipulääkkeillä. Klexanea oli käytetty veritulpan ehkäisemiseksi osastolla että kotona. Lääkkeistä he olivat saaneet pääasiassa apua hetkellisesti tai kivut pysyneet hallinnassa päivisin, kun he olivat ottaneet säännöllisesti määrätyt lääkkeet. Kaikki olivat käyttäneet osastolta saamiaan reseptikipulääkkeitä määräysten mukaan, mutta niiden vaikutus on ollut yksilöllistä. Kyselylomakkeista selvisi, että Panacod oli jouduttu vaihtamaan Tramaliin sen haittavaikutuksien, kuten painajaisten vuoksi.

Öisin kuitenkin kipu oli yltynyt joillakin kovaksi, jolloin he olivat joutuneet ottamaan tiheämmin kipulääkettä sekä turvautumaan myös lääkkeettömiin kivunhallintamenetelmiin. Kolmen ensimmäisen vuorokauden kotona olon aikainen kipu oli ollut sietämätöntä. Kivun ollessa erittäin kovaa, kipulääkkeen maksimi annosmäärää oli ylitetty. Kipulääkkeiden rinnalla he olivat käyttäneet vaihtelevasti kylmäpussihoitoa ja kohoasentoa, lisänä liikuntaa, omaa jumppaa, kipeän jalan hierontaa, fysioterapiaa ja kuntoutusta sekä lämpöhoitoa.

”Välillä kipu häviää, ihana tunne”

Kipu on tuntunut häiritsevän jokaisen vastaajan elämää ja arkisista toiminnoista selviytymistä. Kivun hoitaminen on ollut vaikeaa kun toivottua vaikutusta ei oltu saavutettu.

8.3 Kivunhallinnan ohjaus

Osa vastanneista ei ollut tyytyväinen lääkkeelliseen kivunhallinnan ohjaukseen. Eniten puutteita oli lääkeohjauksessa. He halusivat saada enemmän tietoa siitä, paljonko olivat saaneet kipulääkettä kotiutuspäivänä ja kuinka paljon saisi vielä ottaa kotona. Epäselväksi oli jäänyt, saako lääkemääräyksen maksimiannosta ylittää ja olisiko ollut tehokkaampaa lääkettä, johon olisi voinut vaihtaa. Moni koki ohjauksen kuitenkin riittäväksi ja hyväksi.

”Asiallista ja toimivaa”

”Kannattaa käyttää, ei tarvitse kärsiä kivuista”

Osa vastanneista ei ollut saanut mitään ohjausta lääkkeistä ja niiden otosta. Heille oli annettu vain reseptit kotiutuessa mukaan, joten he olivat jääneet kaipaamaan lääkkeellistä kivunhallinta-ohjausta.

”Reseptit vain käteen”

”Ottakaa tarvittaessa”

Suurin osa oli tyytyväinen lääkkeettömään kivunhallinnan ohjaukseen. Heitä oli ohjattu kylmäpussihoidossa ja kohoasennossa pitämiseen, sekä tekemään taitavuuksia kävelysauvojen kanssa. Vain pieni osa olisi halunnut saada enemmän tietoa esimerkiksi kylmäpussihoidosta, kuinka usein ja kuinka kauan kerrallaan sitä saa pitää. Tietoa olisi haluttu myös muista lääkkeettömistä kivunhallintamenetelmistä kuin kylmäpussi- ja kohoasentohoidoista. Joillekin ei ollut annettu mitään ohjausta lääkkeettömästä kivunhoidosta. Ohjausta kylmäpussi- ja kohoasentohoidoista oli annettu myös ensitietokäynnillä.

Potilaiden kuvaama osastolta saatu ohjaus oli osittain ristiriidassa kivunhallintaan liittyvien kuvausten kanssa. Kaikki vastaajamme olivat olleet kipeitä riippumatta siitä, oliko ohjaus ollut riittävää vai riittämätöntä. Ohjauksesta saatua apua on näin ollen vaikea verrata kivunhoitoon.

9 POHDINTA

Tässä luvussa pohdimme opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta, kerromme kuinka ne ovat tulleet esille ja toteutuneet. Tarkastelemme myös kyselylomakkeella saatuja tuloksia. Lopuksi pohdimme koko opinnäytetyön prosessia meidän omasta näkökulmastamme.

9.1 Eettisyys

Teimme yhteistyöosastomme A22 kanssa sopimuksen opinnäytetyöstä, jossa tulee ilmi, että saamme mainita Seinäjoen keskussairaalan ja yhteistyöosastomme nimeltä. Pyysimme Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta lupaa suorittaa opinnäytetyöhön kuuluvan kyselyn. Kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja se tehtiin anonyymisti. Tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen ja heidän suojaaminen sekä fyysisiltä että psyykkisiltä haitoilta korostuu Helsingin julistuksessa (1964) (Pietarinen 2002, 62). Kyselylomakkeen mukana oli suostumuslomake, jonka vastaajat palauttivat allekirjoitettuna kyselylomakkeen yhteydessä. Emme tavanneet vastaajia henkilökohtaisesti, vaan osaston henkilökunta jakoi kyselylomakkeemme valintakriteeriemme perusteella.

Saimme vastaukset suljetuissa kirjekuorissa osastolta. Avattuamme kirjekuoret tarkistimme suostumuslomakkeista ainoastaan allekirjoitukset ennen kyselylomakkeiden lukemista. Erotimme suostumuslomakkeet kyselylomakkeista ja tämän jälkeen luimme kyselylomakkeet. Näin vastaajien henkilöllisyys ei yhdistynyt vastauksiin. Tulokset ovat täysin luottamuksellisia ja kenenkään yksittäiset vastaukset eivät tule esille opinnäytetyössä. Hävitämme kyselylomakkeet opinnäytetyön valmistuttua asianmukaisesti.

Luotettavan informaation tuottaminen on yksi tärkeistä eettisistä perusvaatimuksista. Informaatio sisältää ilmiöiden kuvailemisen, tulkinnan ja selittämisen. Informaatio on luotettavaa kun se on perusteltu kriittisesti, eli se on perusteltu kokeellisin testein, tulosten analysoinnin, teorioiden muodostamisen ja sisällönanalysoinnin menetelmin. (Pietarinen 2002, 59.)

Opinnäytetyössä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tähän kuuluu muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3.) Pyrimme noudattamaan opinnäytetyön teossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Olemme analysoineet tutkimustuloksiamme rehellisesti ja säilyttäen alkuperäisen sisällön samana. Lainaukset olemme ottaneet sanatarkasti.

9.2 Luotettavuus

Luotettavuuteen vaikuttaa suuresti vastaajien vastausten todenmukaisuus ja määrä. Vastauksia saimme 15 kappaletta 31:stä annetuista kyselylomakkeesta. Niistä hyväksyttiin 11, joten vastaajamäärämme jäi pieneksi ja tämä vaikutti osaltaan luotettavuuteen. Vastaajien yksilöllinen kokemus tuntemastaan kivusta on erilainen ja se vaikuttaa osaltaan vastausten verrattavuuteen. Osaltamme voimme vaikuttaa luotettavuuteen tekemällä kyselylomakkeeseen oikeanlaiset kysymykset, jotka vastaavat suoraan tutkimuskysymyksiimme ja jotka eivät ole johdattelevia tai huonosti ymmärrettäviä. Pilottitutkimuksella varmistetaan, että kyselylomakkeen luotettavuus säilyy (Hirsjärvi ym. 2007, 199). Suoritimme pilottitutkimuksen ja näin pystyimme korjaamaan ja parantamaan kysymysten muotoilua ja ymmärrettävyyttä. Vastaajamme olivat luultavasti ymmärtäneet kyselylomakkeemme kysymykset sillä saimme niistä tarvittavan tiedon ja vastaukset tutkimusongelmiimme. Luotettavuuteen pyrimme vaikuttamaan myös analysoimalla ja tulkitsemalla tulokset menetelmien suuntaviivojen mukaan.

Tutkimuksen reliabiliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tämän toteutuminen voi olla hankalaa ihmisten erilaisten kivunsieto ja -tuntemisen vuoksi. Polviproteesileikkaukset kehittyvät koko ajan paremmiksi, samoin kuin kivunhoitomenetelmät. Myös mittaustulosten toistettavuuteen liittyy alentavasti ihmisten erilaiset kivunhallintamenetelmät.

Reliabiliteettiin vaikuttaa alentavasti myös lomakkeiden palauttamatta jättäneiden määrä eli kato. Tämä liittyy usein kyselytutkimuksen tekoon. (Heikkilä 2008, 30.) Opinnäytetyössämme kyselylomakkeiden vastausprosentti jäi melko pieneksi, joten meidän työmme reliabiliteettiin vaikutti kato.

Opinnäytetyössä tulee pyrkiä validiteetin, eli mittarin ja tutkimusmenetelmän pätevyyteen mitata juuri sitä ilmiötä, mitä tutkitaan (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tutkimusjoukkomme oli pieni, jonka vuoksi kvalitatiivinen tutkimusote oli sopiva tutkimusmenetelmä opinnäytetyöhömmme. Muodostimme kyselylomakkeen kysymykset vastaamaan tutkimusongelmiamme, jotta saisimme oikeanlaista tietoa opinnäytetyötämme varten.

9.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Vastaajistamme kaikki olivat olleet jollainlailla kipeitä, vaikka he kertoivat, että he olivat käyttäneet säännöllisesti määrättyjä lääkkeitä. Yöt olivat olleet kivuliaimpia suurimmalla osalla. Kipulääkettä on jouduttu vaihtamaan toiseen painajaisen vuoksi, ja olisi haluttu vaihtaa kipulääkettä tehokkaampaan vaihtoehtoon. Vastaajamme olivat kaikki käyttäneet myös lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä lääkkeiden rinnalla. Suurin osa mainitsi käyttävänsä paracetamoliamia, joka onkin yleisin nivelrikkoon käytettävä lääke. Myös tulehduskipulääkkeitä käytettiin, joka hillitsee tulehdusta ja lievittää kipua. Harvalla oli käytössä opioidi, jota käytetään yleensä suurten leikkausten jälkeen kivun hoidossa.

Arne ym. (2009) tutkimuksessaan mainitsee sen, että nivelrikkopotilaat kärsivät eniten kivuista ja epämukavasta olost. Sama kävi ilmi meidän kyselylomakkeiden vastauksista. Vastaajat olivat pääosin kipeitä, osa jopa kuvaili kipua sietä-

mättömäksi. Sailon ja Vartin (2000) mukaan liikkeelle lähtö voi pelottaa potilasta ja sen vuoksi kipulääkkeen tarpeellisuus tulee huomioida, jottei aiheuteta ylimääräistä kipua ja pelkoja. Kyselylomakkeiden vastauksista käy ilmi, että vastaajamme ovat liikkuneet, tehneet omaa jumppaa ja saaneet fysioterapiaa ja kuntoutusta. Vastaajat ovat myös ottaneet määrätyt kipulääkkeet ohjeiden mukaan, jotka luultavasti ovat helpottaneet heidän liikkeelle lähtöään.

Ohjaus osastolla oli ollut pääosin hyvää, jotkut kuitenkin kokivat sen puutteelliseksi. Puutteita oli eniten lääkkeellisestä ohjauksesta. Vastaajat olisivat halunneet enemmän tietoa lääkkeistä, sillä osalle heistä oli annettu vain reseptit kotiutuessa mukaan. Lääkkeettömästä kivunhallinnasta vastaajat olivat saaneet eniten tietoa kylmäpussi- ja kohoasentohoidosta. Vain osa olisi halunnut enemmän ohjausta ja tietoa lääkkeettömistä kivunhallintamenetelmistä, esimerkiksi kylmäpussihoidon käytöstä. Lähes kaikki olivat saaneet jonkinlaista ohjausta niin lääkkeellisestä kuin lääkkeettömästäkin kivunhallinnasta osastojakson aikana. Vain osa ei ollut saanut minkäänlaista ohjausta joko lääkkeellisestä tai lääkkeettömästä kivunhallinnasta.

Kyngäs ym. (2007) kertoo myös, että hoitajalla on ammattinsa sekä koulutuksensa puolesta pätevyys eli toisin sanoen hänellä on vastuu sairauteen ja sen hoitoon liittyvän ohjauksen antamisesta. Kyselylomakkeiden vastauksista nousee esille kuitenkin, että ohjauksessa on jostain syystä ollut puutteita. Osa vastaajista ei ollut saanut minkäänlaista ohjausta joko lääkkeellisestä tai lääkkeettömästä kivunhallinnasta tai pahimmassa tapauksessa kummastakaan. Pääsääntöisesti jonkinlaista ohjausta oli kuitenkin annettu ja se kertoo hoitajien pätevydestä ja valmiuksista antaa hyvää ohjausta.

Kyngäs ym. (2007) mainitsee myös, että ohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon myös potilaan yksilöllisyys, se mitä tietoja ja taitoja potilas tarvitsee. Vastaajissamme oli mukana ensikertalaisia polviproteesileikattuja sekä aiemmin kyseisessä operaatiossa olleita. Näiden vastaajien vastauksista kävi ilmi se, että aiemmin samassa operaatiossa olleet eivät kaivanneet samanlaista ohjausta kuin ensikertalaiset. He tiesivät jo kuinka kotona tulee toimia leikkauksen jäl-

keen, mutta ensikertalaiset eivät. Näin ollen yksilöllisyys ja edeltävät tiedot ja taidot tulisi ottaa ohjauksessa huomioon.

Isola ym. (2007) mukaan iäkkään potilaan ohjauksessa tulisi huomioida myös hänen mahdollisesti heikentyneet aisti- ja muistitoiminnot. Iäkkäät potilaat olivat hänen mukaansa pitäneet tärkeimpinä asioina ohjauksessa sairauteen ja hoitoon liittyviä asioita, tulevia tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä sekä lääkitystä. Vastaajamme olivat pääosin iäkkäitä ja osa heistä mainitsee vastauksissaan, että olisivat halunneet tarkempaa tietoa lääkkeellisestä kivunhallinnasta, kuten tietää onko tehokkaampaa lääkettä mihin voisi vaihtaa. Myös muista kivunhallintamenetelmistä olisi haluttu enemmän ohjausta ja tietoa.

Arkela-Kautiainen ym. (2009) mukaan lääkkeettömään kivunhoitoon kuuluu kylmähoito, jota voidaan antaa esimerkiksi paikallisesti kylmäpakkauksilla 5-15 minuuttia kerrallaan useita kertoja päivässä. Arposen ja Airaksisen (2001) mukaan kohoasento taas edesauttaa kylmähoidon tavoitteiden saavuttamista. Kyselylomakkeissa vastaajat mainitsivat useasti, että he olivat saaneet ohjausta juuri kylmä- ja kohoasentohoidoista osastolla. Osa vastaajista kuitenkin kertoi, että he olisivat halunneet tietää enemmän kylmäpussihoidosta, kuinka kauan ja kuinka usein sitä tulisi käyttää.

Tuloksien perusteella huomasimme sen, kuinka erilaisilla ihmiset kokevat kivun ikää ja sukupuolta katsomatta. Toiset kokevat kipulääkkeistä saadun avun hyväksi, mutta toiset eivät. Meitä yllätti tieto siitä, kuinka kovaksi vastaajat kuvailivat tuntemansa kivun, vaikka he olivat käyttäneet lääkkeitä määräysten mukaan.

Ohjauksesta oli monenlaisia mielipiteitä. Toiset eivät olleet saaneet minkäänlaista ohjausta lääkkeellisestä kivunhoidosta ja heidän vastauksistaan sai sellaisen kuvan, että he olivat tyytymättömiä siihen asiaan. He olisivat kaivanneet tarkempia ohjausta lääkehoidosta, jotta olivat osanneet toimia kotona kivun kanssa. Osa taas oli joko tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä lääkkeelliseen kivunhallintaan ohjaukseen. Heidän vastauksistaan sai myönteisen kuvan hoitohenkilö-

kunnan ohjauksesta. Lääkkeettömän kivunhallinnan ohjaus oli ollut antoisampaa ja lähes kaikkia vastaajia oli siinä ohjattu jotenkin.

9.4 Pohdintaa opinnäytetyön teosta

Opinnäytetyön aiheena oli aluksi ortopedisen potilaan kivunhallinta, mutta yhteistyöosaston toiveesta rajasimme aiheen polviproteesileikattuihin potilaisiin. Osastolta kerrottiin, että juuri polviproteesileikatut potilaat soittelevat kotiuduttuaan osastolle kivun vuoksi. Tästä saimme lopullisen aiheen eli Polviproteesileikatun potilaan kivunhallinta ja siihen liittyvä ohjaus – potilaan arvioimana.

Teimme molemmat opinnäytetyötä ensimmäistä kertaa, joten kaikki siihen liittyvä oli uutta. Teimme opinnäytetyötä suurimmaksi osaksi yhdessä, mutta välillä teimme sitä myös itsenäisesti. Kyselylomakkeen tekoprosessi oli haastavaa, sillä oli hankalaa muodostaa kysymyksiä, jotka olivat ymmärrettäviä ja vastasivat tutkimusongelmiimme. Muuten olimme tyytyväisiä kyselylomakkeen kysymyksiin ja saatuihin vastauksiin, mutta jäimme kaipaamaan tietoa, joka kertoo lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien vaikuttavuudesta. Tästä olisimme voineet tehdä vielä yhden kysymyksen. Tätä emme kuitenkaan huomanneet tehdä pilottitutkimuksen jälkeen.

Yhteistyö osaston kanssa sujui hyvin. Osastonhoitaja oli kiinnostunut aiheestamme ja tuki meitä opinnäytetyön kanssa, muun muassa järjestämällä meille palautuskirjekuoret kyselylomakkeisiin, jossa postimaksu oli valmiiksi maksettuna sekä ohjeistamalla osaston hoitohenkilökuntaa jakamaan kyselylomakkeet. Koko osaston hoitohenkilökunta siis auttoi meitä jakamalla kyselylomakkeet polviproteesileikatuille potilaille.

Tutustuimme opinnäytetyötä tehdessämme syvemmin nivelrikon ja polviproteesileikkauksen jälkeiseen hoitoon ja sen kivunhallintaan. Opimme myös, kuinka tärkeää on sairaanhoitajana ohjata potilaita leikkauksen jälkeisessä kivunhallinnassa, erityisesti lääkkeiden ja lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien parantavista yhteisvaikutuksista. Ymmärsimme opinnäytetyön tuloksia lukiessa ja

analysoidessa, että nämä polviproteesileikatut potilaat todellakin ovat kipeitä ja, että heille on todella tärkeää saada mahdollisimman tarkkaa ja yksityiskohtaista ohjausta. Monia hyviä asioita, niin lääkkeellisestä kuin lääkkeettömästä kivunhallinnasta, saimme tiedoksi ajatellen omaa sairaanhoitajauraa ja ammatillista kehitystä. Kun tiedämme potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta, niin ehkä osaamme sitten omalla kohdallamme ohjata heitä näiden asioiden puitteissa.

9.5 Jatkotutkimusaiheita

Jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisimme lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien vaikuttavuuden tutkimista, sillä meidän työssä se ei tule ilmi. Myös polviproteesileikatut potilaat hyötyisivät siitä tiedosta, jotta he ymmärtäisivät kuinka tärkeä myös lääkkeetön kivunhallinta on leikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa ja hoidossa lääkkeellisen rinnalla. Meidän opinnäytetyössämme tulee ilmi, että lääkkeellisestä kivunhallinnasta on ollut apua vaihtelevasti, mutta emme saaneet varmuutta siitä, kuinka lääkkeetön kivunhallinta on ollut siihen yhteydessä. Saimme tietoon, että polviproteesipotilaat käyttävät myös lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä, mutta emme todellisuudessa tiedä onko apua ollut enemmän lääkkeettömästä vai lääkkeellisestä kivunhallinnasta, sillä niitä on luultavammin käytetty yhtä aikaa.

LÄHTEET

- Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu- tutkielma. Julkaisematon
- Alaranta, H., Paimela, L. & Videman, T. 2002. Raajanivelten artroosi. Teoksessa: Leirisalo-Repo, M., Hämäläinen, M. & Moilanen, E. (toim.) Reumataudit. Helsinki: Duodecim, 323-332.
- Arkela-Kautiainen, M., Ylinen, J. & Arokoski, J. 2009. Fysioterapia. Teoksessa: Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjalainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatria. Helsinki: Duodecim, 394-406.
- Arden, E., Arden, N. & Hunter, D. 2008. Osteoarthritis. New York: Oxford university press
- Arne, M., Janson, C., Janson, S., Boman, G., Lindqvist, U., Berne, C. & Emtner, M. 2009. Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: Chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. Scandinavian Journal of Primary Health Care 27 (3), 141-147.
- Arokoski, J. 2009. Lonkan ja polven sairaudet. Teoksessa: Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjalainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatria. Helsinki: Duodecim, 199-214.
- Arponen, R. & Airaksinen, O. 2001. Hoitava hieronta. Helsinki: WSOY
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. Hoitotiede 20 (3), 115-125.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi
- Eronen, M., Kosunen, P. & Taskinen, N. 2007. Tekonivelleikatun potilaan kivunhoito kotona. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakolita. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon
- Estlander, A-M., Hamunen, K., Kalso, E., Maunuksela, E-L. & Vainio, A. 2002. Kipu. Helsinki: Duodecim
- Harilainen, A. & Sandelin, J. 2010. Kipeä polvi. Teoksessa: Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.). Kirurgia. Helsinki: Duodecim, 955-978.

- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita
- Heliövaara, M., Slätis, P. & Paavolainen, P. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. *Duodecim* 124 (16), 1869–1874.
- Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E. & Alaranta, H. 2003. Tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Teoksessa: Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) *Fysiatría*. Helsinki: Duodecim, 26-46.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätautikirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Lääkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2), 51-62.
- Järvenpää, J., Kettunen, J., Heiskanen, J., Huopio, J., Lumiaho, J. & Miettinen, H. 2007. Lihavuus voi huonontaa polvinivelleikkauksen tulosta. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* 30 (3), 192-197.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro
- Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. Helsinki: Kirjapaja
- Kivelä, S-K. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY
- Kröger, H. 2010. Vanhusten vammojen erityispiirteet. Teoksessa: Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.). *Kirurgia*. Helsinki: Duodecim, 241-243.
- Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen: Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva hoitotyö* 6 (2), 23-29.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY

- Käypä hoito –suositus. 22.5.2007. Polvi- ja lonkkanivelriikon hoito. [Verkkosivu]. [Viitattu 24.5.2010]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00062>
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjaukseen vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. 6 (4), 10-15.
- Mikkelsen, M., Lehtinen, K. & Isomeri, R. 2002. Fysioterapia, toimintaterapia ja apuvälineet. Teoksessa: Leirisalo-Repo, M., Hämäläinen, M. & Moilanen, E. (toim.) Reumataudit. Helsinki: Duodecim, 564-572.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita
- Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Helsinki: Gaudeamus Kirja
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa: Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 58-69.
- Puirava-Hanhela, M., Virta, S., Eerola, T. & Pesola, H. 2008. Sinulle on viesti. Helsinki: Kirjapaja
- Remes, V., Virolainen, P., Kettunen, J. & Miettinen, H. 2008. Polven nivelriikon kirurginen hoito. Duodecim 124 (3), 261–270
- Repo, I. & Nuutinen, T. 2003. Viestintätaito: Opas aikuisopiskelun ja työelämän vuorovaikutustilanteisiin. Helsinki: Otava
- Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy
- Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.). 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Talvitie, U., Karppi, S-K. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 27.5.2010]. Saatavana:

<http://www.tenk.fi/julkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2005. Kirurgia. Helsinki: WSOY

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja: Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntoutuminen. Helsinki: WSOY

Vainio, A. 2003. Kipu. Helsinki: Duodecim

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Gaudemus

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

LIITTEET

Liite 1: Kyselylomake

1(3)

Rastittakaa oikea vaihtoehto.

1. Sukupuoli? Nainen ___ Mies ___

2. Ikä? alle 55___ 55-64___ 65-75___ yli 75___

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin omin sanoin.

3. Kuvaile leikkauksen jälkeistä kipua kotonanne.

4. Miten hoiditte leikkauksen jälkeistä kipua kotona?

5. Miten käytitte osastolta saamianne reseptikipulääkkeitä kotona?

6. Millaista apua saitte kipulääkkeistä?

7. Millaista tietoa saitte hoitohenkilökunnalta lääkkeellisestä kivunhoidosta kotiutuessanne?

8. Millaista tietoa saitte hoitohenkilökunnalta lääkkeettömästä kivunhoidosta (esim. kylmäpussihoito, kohoasento) osastojakson aikana?

9. Millaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytitte kotona leikkauksen jälkeen? (Rastittakaa kaikki käyttämäne vaihtoehdot)

En käyttänyt mitään __ Kylmäpussihoito__

Kohoasennossa pitäminen __ Lämpöhoito __

Fysioterapia, kuntoutus __ Liikunta __

Muu, Mitä? _____

10. Millaista tietoa olisitte halunneet enemmän kuulla edellisistä kivunhoitomenetelmistä hoitohenkilökunnalta kotiutuessanne?

Kiitos vastauksistanne!

Liite 2: Saatekirje

Hyvä vastaaja. Olette olleet juuri polviproteesileikkauksessa ja teemme opinnäytetyötämme polviproteesileikatun potilaan kivunhallinnasta kotona. Vastauksenne olisi todella tärkeä opinnäytetyömme kannalta. Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Vastausten perusteella kokoamme A4-kokoisen potilasohjeen, jossa kerromme enemmän erilaisista vaihtoehtoisista kivunhallintamenetelmistä.

Kysely toteutetaan nimettömästi eli Teidän henkilöllisyytenne ei tule opinnäytetyössä missään vaiheessa ilmi. Tietojanne ei luovuteta ulkopuolisille ja opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista. Aikaa kyselylomakkeen vastaamiseen menee noin 15 minuuttia.

Jos jotain kysyttävää ilmenee, voitte ottaa yhteyttä meihin. Vastaamme mielellämme opinnäytetyöhömmme liittyviin kysymyksiin.

Pyydämmekin ystävällisesti, että vastaisitte kyselylomakkeeseen viikon kuluessa sen saamisesta ja palauttaisitte sen vastauskuoressa jossa postimaksu on valmiiksi maksettu.

Kiittäen yhteistyöstänne;

Johanna Hautala
Kapernauminkatu 31 E
60100 Seinäjoki
puh: 040-5610041
johanna.m.hautala@seamk.fi

Minna Jyrkäs
Koulukatu 30 A 5
60100 Seinäjoki
puh: 040-8384204
minna.jyrkas@seamk.fi

Liite 3: Suostumuslomake

Olen ymmärtänyt Johanna Hautalan ja Minna Jyrkäksen opinnäytetyön aiheen ja sen tarkoituksen. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Annan luvan käyttää luovuttamiani tietojani opinnäytetyössä ja ymmärrän, että luovuttamiani tietojani käsitellään luottamuksellisesti ja henkilöllisyyteni ei paljastu missään vaiheessa.

Päiväys

Allekirjoitus

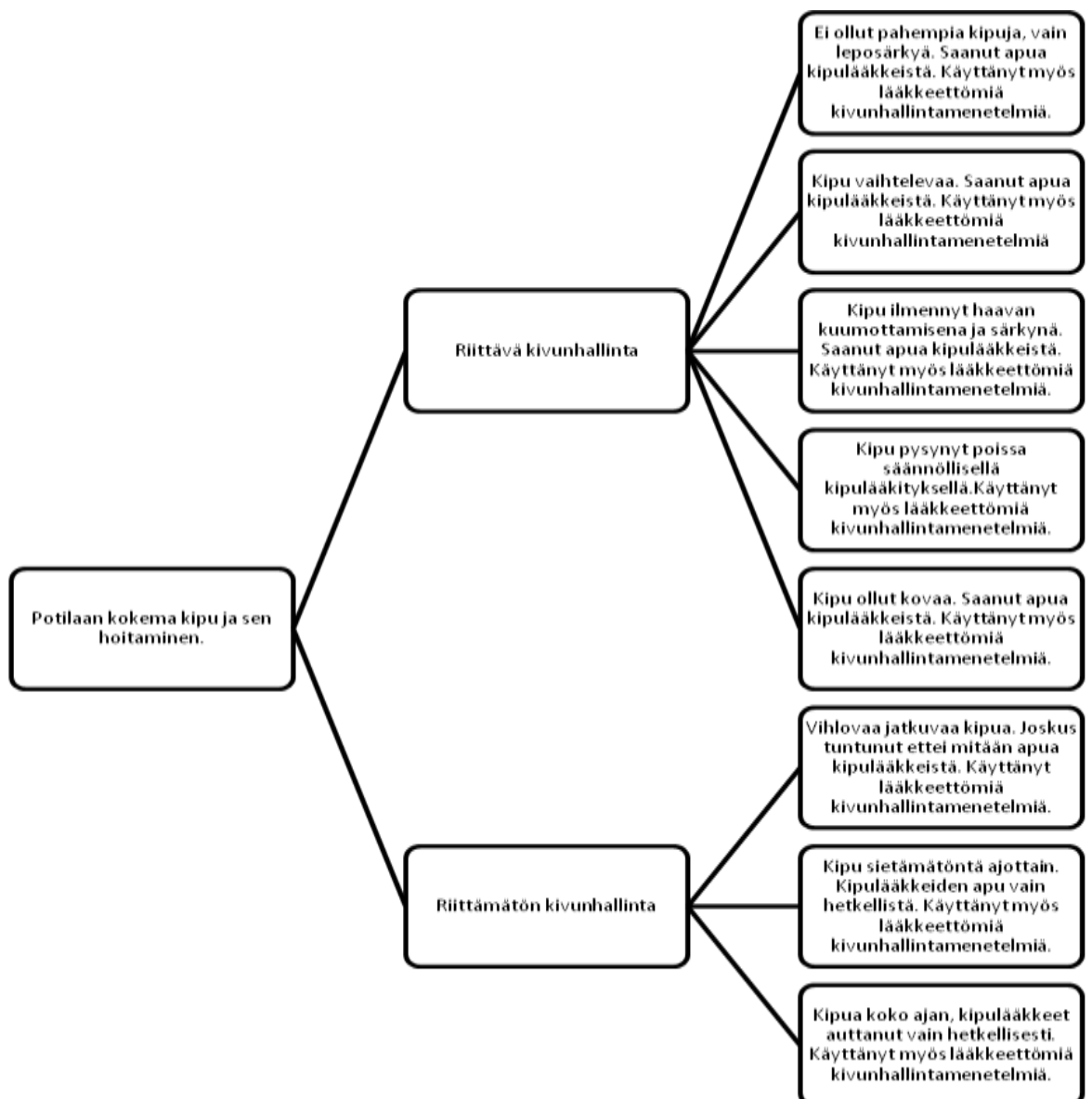
Nimen selvennys

Liite 4: Potilaan kokema kipu ja sen hoitaminen

Pääluokka

Alaluokka

Pelkistetyt ilmaukset

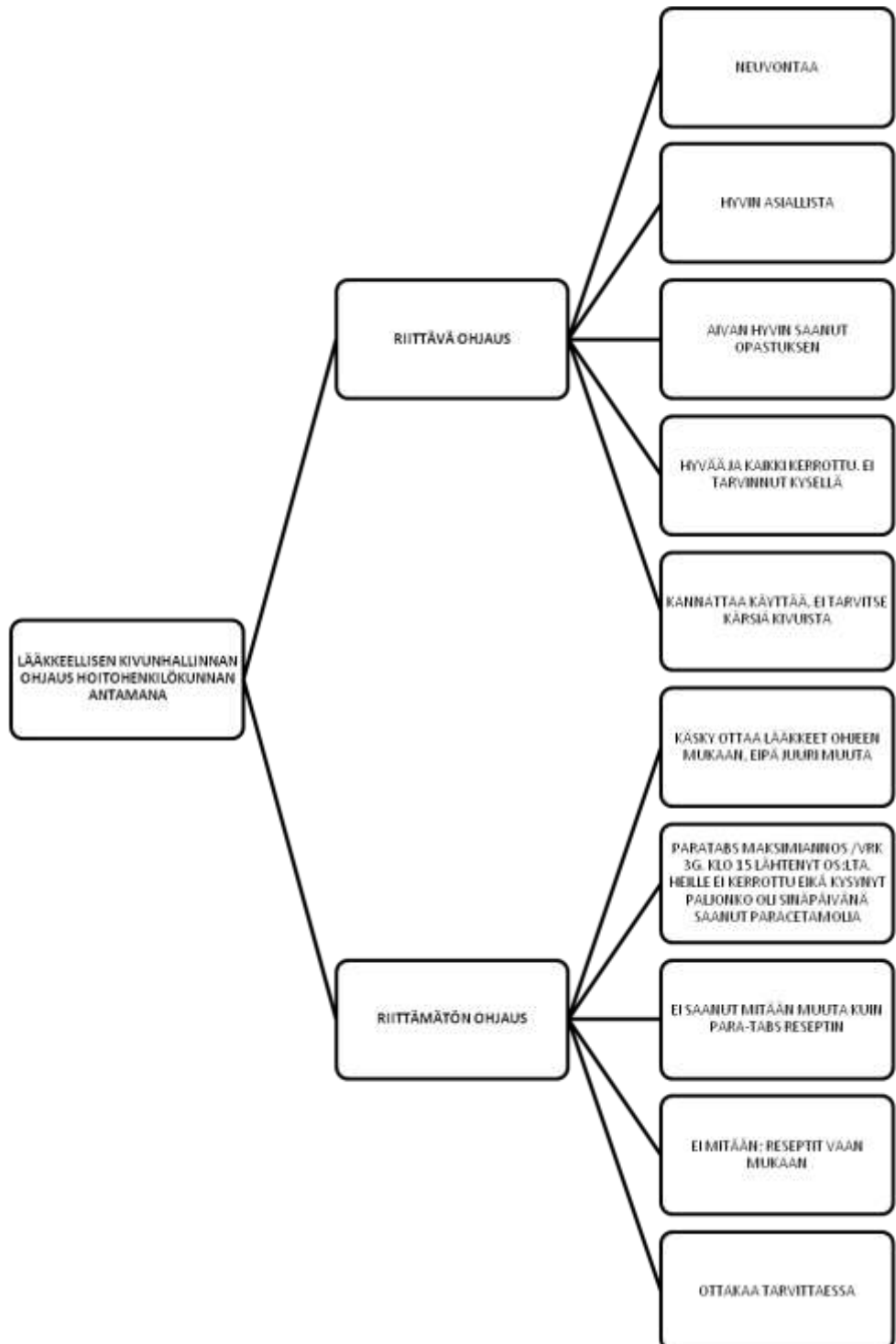


Liite 5: Lääkkeellisen kivunhallinnan ohjaus

Pääloukka

Alaluokka

Pelkistetyt ilmaukset

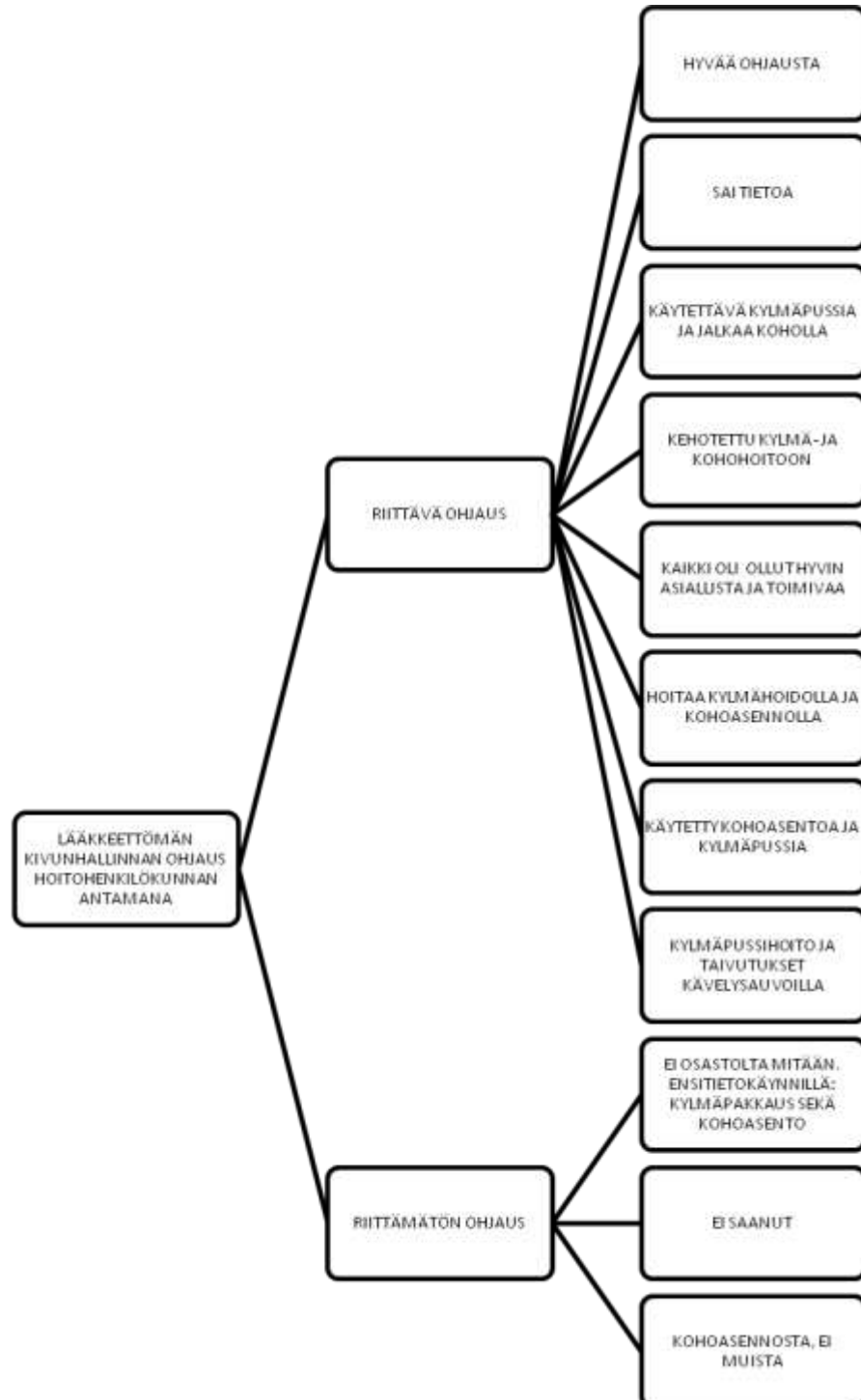


Liite 6: Lääkkeettömän kivunhallinnan ohjaus

Päälouokka

Alaluokka

Pelkistetyt ilmaukset



Liite 7: Polviproteesileikkauksessa olleen potilaan lääkkeetön kivunhallinta – ohje potilaalle

Kerromme tässä ohjeessa erilaisista vaihtoehtoisista lääkkeettömistä kivunhallintamenetelmistä, joita voi käyttää kotona polviproteesileikkauksen jälkeen. Jos kysyttävää ilmenee, voit aina ottaa yhteyttä osaston hoitohenkilökuntaan. Osasto A22 kanslia puh: 06 415 4424

Kylmähoito

Voit käyttää kylmäpussia polven turvotuksen alentamiseksi ja kipua lievittämään. Käytä kylmäpussia vain 5-15 min kerrallaan useita kertoja päivässä.

Kohoasento

Kohoasento edistää kylmähoidon tavoitteiden saavuttamista eli turvotuksen alentamista ja kivun lievittämistä. Voit pitää jalkaa koholla myös öisin, jolloin kipu ei vaivaa yöuntaasi.

Liikunta

Voit liikkua leikkauksen jälkeen kivun sallimissa rajoissa. Muista ottaa määrätyt kipulääkkeet säännöllisesti, jolloin kipu ei estä liikkumistasi. Haavan parannuttua ja kivun vähennyttyä voit valita liikuntamuotoja, jotka eivät rasita polviniveltä liikaa. Hyviä liikuntamuotoja ovat esimerkiksi uiminen ja pyöräily.

Fysioterapia, joka sisältää myös lämpöhoidon sekä kuntoutus ovat mahdollisia kivunhallintamenetelmiä polviproteesileikkauksen jälkeen. Näiden käytöstä olisi kuitenkin hyvä keskustella ensin fysioterapeutin kanssa, koska hän osaa neuvoa tarkemmin mikä juuri teidän kohdallanne on hyväksi. Osasto A22, fysioterapeutin puh: 06 415 4939

