

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Anna Santalahti

KIRURGISTEN POTILAIEN KOKEMUKSET
KIVUNHOIDOSTA LEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2007

TIIVISTELMÄ

Kirurgisten potilaiden kokemukset kivunhoidosta leikkauksen jälkeen

Anna Santalahti

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Rauma

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Huhtikuu 2007

Ohjaaja: TtL Jaana Simula

YKL: 59.48

Sivumäärä: 48

Avainsanat: kipu, mittausmenetelmät, kivunhoito, kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirurgisten potilaiden kokemuksia kivusta ja saamastaan kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää millaista kivun arviointi on ollut. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla potilaiden leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa voidaan kehittää.

Tutkimus oli kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin potilailta kyselylomakkeilla tammi-kuun 2007 aikana. Tutkimuksen kohdejoukko oli Satakunnan Keskussairaalan ortopedian ja traumatologian (N2B) osasto sekä naistentautien (KS1) osasto. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 100. Vastausprosentiksi muodostui 76. Aineisto analysoitiin tilastollisesti Excel- taulukko-ohjelmalla ja avoimet kysymykset sisällön analyysin avulla.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että yli puolet potilaista olivat kärsineet sietämättömästä kivusta, kun kipu oli pahimmillaan. Kipua oli entisestään pahentanut fyysinen rasitus, kuten liikkuminen ja asennon vaihtaminen. Tuloksista ilmeni myös, että kipumittarin käyttö oli ollut puutteellista eikä kivun arvioinnissa käytetty muitakaan menetelmiä. Potilaat olivat kuitenkin tyytyväisiä kivunarviointiin. Kivun lääkkeellisen hoidon potilaat kokivat osastolla hyväksi. Potilaat olivat saaneet tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta jo ennen leikkausta. Tietoa oli annettu myös siitä, mitä lääkettä potilas kipuunsa sai. Lääkkeettömiä hoitomuotoja käytettiin huomattavasti vähemmän. Eniten käytetty lääkkeetön hoitomuoto oli kylmäpussit. Tulosten perusteella hoitajat olivat suhtautuneet potilaiden kipuihin ammattitaitoisesti ja asiallisesti. Kipulääkettä hoitajat olivat antaneet tarpeeksi nopeasti.

Tulosten perusteella kipumittarin käyttöä olisi aiheellista parantaa. Kipumittareita voitaisiin käyttää nykyistä aktiivisemmin kivun arvioinnin tukena. Kivunhoidossa lääkkeettömien hoitomuotojen käyttämistä voitaisiin myös lisätä. Tietenkään lääkkeitä ei tule unohtaa. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia hoitajien näkemyksiä suorittamastaan kivunarvioinnista ja -hoidosta.

ABSTRACT

Surgical patients' experiences on post-operational pain management

Anna Santalahti

Satakunta University of Applied Sciences

School of Social Services and Health Care Rauma

Degree programme in nursing

Specialisation option in nursing

April 2007

Advisor: TtL Jaana Simula

PLC: 59.48

Number of pages: 48

Keywords: pain, measurement methods, pain management, quantitative research

The purpose of the thesis was to examine the experiences of surgical patients on their pain and post-operational pain management. An additional purpose was to determine the evaluation of pain. The aim was to produce information based on which the patients' post-operational pain management can be further developed.

The research was quantitative. The data was collected from patients using questionnaires during January 2007. The target group of the research were the orthopaedic and traumatological (N2B) ward and gynaecological (KS1) ward of Satakunnan Keskusairaala (Satakunta District General Hospital). Altogether one hundred questionnaires were given out. The response rate was 76. The data was analysed statistically with the Excel spreadsheet programme and open-ended questions through content analysis.

The results of the research show that over half of the patients had suffered from unbearable pain when the pain was at its worst. Physical stress, such as moving around or shifting posture, had further heightened the pain. The results also indicate that the use of pain measure had been inadequate and any other methods had neither been used. The patients were content with pain measurement, however. The medical pain management on the ward was estimated by the patients to be good. The patients had received information on post-operational pain management already before the operation. Information had also been given on the pain medication the patient was given. Non-medical treatments were used to a noticeably lower extent. The most used non-medical treatment was cold bags. According to the results the nurses' reactions to the patients' pain had been professional and matter-of-fact. The nurses had been quick enough in medicating the pain.

According to the results it seems that the use of pain measure should be improved. Pain measures could be used more actively as an additional method of pain evaluation. The use of non-medical treatment in pain management could also be increased. Medical care must certainly not be neglected. The nurses' views on the pain evaluation and measurement they have accomplished is a potential subject for a future study.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	4
2 KIPU	5
2.1 Kivun kokeminen	6
2.2 Postoperatiivinen kipu.....	7
3 POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO	9
3.1 Kivun arviointi	10
3.2 Postoperatiivisen kivun lääkehoito	13
3.3 Postoperatiivisen kivun lääkkeetön hoito.....	14
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	16
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	16
5.1 Tutkimusmenetelmän valinta	16
5.2 Tutkimusaineiston keruu	17
5.3 Tutkimusaineiston analysointi	18
6 TUTKIMUSTULOKSET	19
6.1 Vastaajien taustatiedot	19
6.2 Leikkauspotilaiden kokemukset kivusta	20
6.3 Leikkauspotilaiden kokemukset kivun arvioinnista.....	22
6.4 Leikkauspotilaiden kokemukset toteutuneesta kivunhoidosta.....	25
7 POHDINTA	29
7.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta	29
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	31
7.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat.....	33
LÄHTEET	35

LIITTEET

1 JOHDANTO

Kipu on yksi tavallisimpia yleismaailmallisia oireita. Sitä ilmenee normaalien fysiologisten tapahtumien yhteydessä, tapaturmaan tai sairauteen liittyen sekä erilaisten hoitojen ja diagnoosien tekoon tähtäävien toimien yhteydessä. (Sarlio 2000,24.) Kipu ja kivunhoito on tuttu ilmiö jokaiselle ihmiselle. Nykypäivänä kivun ja kivunhoidon tutkiminen on tarpeellista ja ajankohtaista, koska lääkkeet ja muut hoitomuodot kehittyvät koko ajan.

Suomessa tehdään noin 400 000 leikkausta vuosittain ja suurin osa kohdistuu alueille, joissa leikkauksen jälkeinen kipu on voimakasta (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 29). Leikkauspotilaat odottavat oman terveytensä palautumista ja elämänlaadun paranemista. Leikkausta odottavilla potilailla kivun pelko on hyvin yleinen. Potilaan aikaisemmat kokemukset leikkauksen yhteydessä koetusta kivusta vaikuttavat potilaan odotuksiin joka lisäämällä tai vähentämällä luottamusta hoitohenkilökunnan kykyyn hoitaa kipua. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 17-17.)

Onnistuneen kivun hoitotyön edellytys on tietävä, motivoitunut ja ajatteleva hoitaja. Hoitajalla tulee olla valmiudet toteuttaa kivun hoitotyötä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,11.) Kivun hoidossa tärkein kulmakivi on ennaltaehkäistä kivun syntymistä. Varhainen kivun tunnistaminen ja aktiivisen kivunhoidon aloittaminen korostuvat kipupotilaan hoitotyössä. (Vartti 2000, 47.) Toisena tärkeänä kulmakivenä voidaan pitää hoidon arviointia. Potilaan kivunhoito on onnistunut vasta sitten, kun hoito on tehokasta. Hoidon onnistumisesta hoitohenkilökunta saa tietoa kivun arvioinnin avulla. (Salanterä ym. 2006, 101.)

Kivun arvioinnissa potilas on ainut joka tietää, miltä hänestä tuntuu. Kivusta kärsivällä potilaalla on oikeus viestittää hoitohenkilökunnalle tuntemuksistaan. Toisaalta myös hoitajan tehtävän on ottaa selvää, miltä potilaasta tuntuu. Potilaalla on oikeus siihen, että hoitohenkilökunta uskoo hänellä olevan kipua silloin, kun hän näin ko-

kee. Hoitajan ensisijaisena tehtävä on tukea ja auttaa potilasta selviytymään kivusta ja edistää potilaan hyvää oloa. (Qvick & Sailo 2000, 62-63.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirurgisten potilaiden kokemuksia kivustaan ja saamastaan kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Lisäksi tarkoituksena on selvittää millaista kivun arviointi on ollut. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla potilaiden leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa voidaan kehittää.

2 KIPU

Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for the Study on Pain) mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen eli tuntoaistiin perustuva tai emotionaalinen eli tunneperäinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin. Ihmisen aikaisemmat kokemukset kivusta, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat kivun tuntemiseen. Kipu on myös aina yksilöllistä ja kahden eri ihmisen tuntemaa kipua ei voida verrata toisiinsa. Aina tulee myös ottaa huomioon, että kipu on todellista kokijalleen. (Sailo 2000, 30.)

Kipua aistimalla elimistö saa varoituksen uhkaavasta kudosvauriosta. Tämä johtaa toimintoihin, joilla pyritään estämään kudosvaurion synty ja tätä kautta voidaan estää vaurion leviäminen. Tällöin kivun on tarkoitus suojella elimistöä lisävaurioilta. (Kalso 2004, 85.)

Kivulle löytyy useita luokitteluja ja yleisin on luokittelu akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu johtuu yleensä elimellisestä tekijästä. Sillä on syy, minkä perusteella sitä voidaan hoitaa. Äkillinen kudosvaurio, lääketieteellinen toimenpide tai leikkauksen jälkitila voivat aiheuttaa akuutin kivun. Yleensä kipu lievittyy ja paranee, kun kudosvaurio paranee. (Estlander 2003, 16; Kalso 2004, 87.) Krooninen kipu taas on yleensä pitkäaikaista. Se saattaa kestää jopa yli 3-6 kuukautta. Tämä kipu

voidaan myös määritellä kipuna, joka kestää pitempään kuin kudoksen odotettu paranemisaika on. Kun kipu pitkittyy se vaikuttaa myös potilaaseen. (Kalso 2004, 87-88.) Pitkittyessään se hallitsee potilaan elämää ja ajatuksia, potilas saattaa masentua, hänellä saattaa esiintyä unettomuutta, väsymystä, ruumiintoimintojen tarkkailua ja sosiaalisten suhteiden vähenemistä (Sailo 2000, 35). Oireiden keston ja pysyvyyden perusteella siis voidaan päätellä, onko kipu ohimenevää eli akuuttia vai pysyvää eli kroonista (Närhi 2000, 16).

2.1 Kivun kokeminen

Kivun kokeminen on subjektiivinen asia, ja saattaa olla kokijalleen monella tavalla epämiellyttävä kokemus. Kivun paikkaa, laatua ja voimakkuutta ei voida mitata objektiivisesti, eikä kipua voida kyseenalaistaa. Kipu ja kärsimys on tunnistettavissa ainoastaan käyttäytymisen perusteella. Potilas ilmaisee kipuaan kielellisesti tai eleillä ja ilmeillä; valittaa, voivottaa, irvistelee, ontuu, hieroo kipeää paikkaa, puhuu kivusta tai vetäytyy omiin oloihinsa, vaihtaa asentoa tai ottaa kipulääkettä. Kipu on siis sitä, mitä potilas sanoo tai ilmaisee sen olevan. (Estlander 2003, 9, 12.)

Kivun kokemiseen vaikuttavat monet potilaan ominaisuudet. Kivun kokeminen vaihtelee muun muassa iästä, sukupuolesta, kehitysvaiheesta tai persoonallisuudesta riippuen. Myös potilaan kipukynnyksellä ja kivunsietokyvyllä on oma osansa. Yleensä naiset ilmaisevat kipua miehiä herkemmin. Jos potilas on masentunut tai alakuloinen hänen kivun kokemisensa saattaa lisääntyä. Toisaalta, jos potilas on iloinen ja positiivinen hänen kivun kokemisensa saattaa vähentyä. (Salanterä ym. 2006, 9-10; Hovi 2000, 125.)

Osa potilaista voi kokea kivun voimakkaampana aamulla kuin illalla, osalla kipu ilmenee säännöllisesti tiettyjen toimintojen yhteydessä. Jollekin potilaalle kipu saattaa tuntua voimakkaampana liikkeessä kuin levossa tai tietty asento saattaa lisätä tai lieventää kipua. (Salanterä ym. 2006, 83.) Kivunsietokyky on yleensä alhaisimmillaan varhain aamulla ja myöhään illalla, parhaimmillaan taas aamupäivällä. Potilas sietää parhaiten kipua myös silloin, kun kivun syy on perusteltu, esimerkiksi parantavaan

toimenpiteeseen liittyvää, ja kun oletetaan, että hoito tuottaa potilaan vointiin ja sairauden selvittämiseen parannusta. (Hyypä, Latva-Mäenpää, Manninen, Myllymäki, Salo & Vallejo Medina 1997, 273.)

Lehto (2005, 35) tutki opinnäytetyössään potilaiden (N=36) postoperatiivisia kipukokemuksia ja kivunhoidon toteutumista. Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että potilaille eniten kipua aiheutti sängystä nouseminen ja sinne takaisin meno, liikkuminen, yskiminen, pahoinvointi sekä oksentelu, haavakipu ja tipanlaitto. Myös Väisänen (2000, 51) on pro gradu -tutkielmassaan kouluikäisten lasten (N=18) leikkauksen jälkeisestä kivusta ja kivunhoidosta saanut samansuuntaisia tuloksia. Lasten kokemusten perusteella kipu oli voimakkaimmillaan heti leikkauksen tai puudutuksen häviämisen jälkeen, liikkuessa, lapsen ollessa huonossa asennossa, syödessä tai juodessa, hoitotoimenpiteiden aikana ja eri vuorokauden aikoihin. Eniten kipua oli koettu liikkuessa ja sen jälkeen kuten sängystä noustessa tai kyljelle kääntyessä.

2.2 Postoperatiivinen kipu

Leikkauksen jälkeinen kipu on sairaalassa olevilla potilailla kivun yleisin syy. Tämä kipu aiheutuu, kun potilaalle on leikkauksessa aiheutettu kudostuhoa. Myös haava-alueen turvotus ja mahdollinen tulehdus aiheuttavat leikkauksen jälkeistä kipua. (Salanterä & Heikkinen 2002, 32.) Leikkauksen jälkeinen kipu on yleensä voimakkaimmillaan heti leikkauksen jälkeen, koska anestesia-aineet ovat lakanneet lievittämästä kipua. Normaalisti kipu heikentyy seuraavien vuorokausien aikana, mutta saattaa myös pitkittyä. (Salomäki & Rosenberg 2006, 838-839.) Kuitenkin jopa 80%:lla potilaista ilmenee leikkauksen jälkeistä kipua kipulääkityksestä huolimatta (Salanterä ym. 2006, 20).

On olemassa kaikille potilaille yhteisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat postoperatiivisen kivun esiintymiseen, voimakkuuteen, laatuun ja keston. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa potilaan psykofyysinen ominaislaatu, valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde, luonne ja kesto, kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen ja anestesia-aineen käyttö. Leikkausviillon paikka on tärkein postoperatiivisen kivun voimak-

kuuteen vaikuttava tekijä. Kivuliaimpia ovat rintaontelo-, ylävatsa- ja munuaisleikkaukset. (Salomäki & Rosenberg 2006, 839.) Isoimmat ortopediset polvi- ja olkapääleikkaukset varsinkin mobilisointivaiheessa voivat olla varsin kivuliaita (Kalso 2004, 223). Kangasniemi (2000, 42) on opinnäytetyössään tutkinut potilaiden (N=6) odotuksia ja kokemuksia päiväkirurgisesta hoitotyöstä ja kivunhoidosta. Tulosten mukaan postoperatiivisen kivun kokemiseen ei vaikuttanut potilaan sukupuoli eikä tehtävä leikkaus. Myöskään aikaisemmat leikkauskokemukset eivät vaikuttaneet potilaan kivun kokemiseen.

Yleensä postoperatiivinen kipu on voimakkuudeltaan vaihtelevaa. Se saattaa ensin olla tuskin tuntuva ja hetken kuluttua se tuntuu jo sietämättömältä. Kipu voi olla myös lyhytaikaista, ajoittaista tai ohimenevää. Potilaan kipu ei välttämättä pysy yhdessä paikassa, vaan se voi säteillä, olla pistävää, kuumottavaa, puristavaa, vihlova tai jomottavaa, riippuen potilaan kivunsietokyvystä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2005, 126-127; Heinonen 2003, 44.) Kivijärvi (2006, 24) tutki opinnäytetyössään lasten (N=8) kokemuksia kivusta ja kivunhoidosta lasten kirurgisella vuodeosastolla. Lapset olivat käyttäneet kivun kuvailemiseen sanoja särkevä, kova, häiritsevä, tavallinen kipu sekä särkevän ja jomottavan rajalla oleva tuntemus.

Leikkauksen jälkeistä kipua ja sen esiintyvyyttä voi lisätä potilaan kokema pelko ja ahdistus. Myös potilaan odotukset ja masentuneisuus ovat kipua lisääviä tekijöitä. Nämä potilaat myös usein tarvitsevat enemmän kipulääkettä. Potilaille annettulla, leikkausta edeltävällä ohjauksella voidaan vähentää leikkauspotilaiden kokemaa ahdistusta. (Salanterä ym. 2006, 21; Wall 2000, 95.)

Leikkauksen jälkeinen kipu vaikuttaa fysiologisiin suureisiin. Se nostaa verenpainetta ja rasittaa sydäntä, vaikeuttaa hengitystä ja lisää sydämen hapentarvetta ja rytmihäiriöitä. Kipu aiheuttaa ihmisen elimistölle stressireaktion. Leikkauksen jälkeisellä kivulla on kuitenkin myös potilasta suojaava merkitys. Se estää potilasta rasittamasta leikattua aluetta liikaa, mutta voi myös sitoa potilaan sänkyyn, koska potilaan liikkuminen estyy. (Ukkola ym. 2001, 29; Mattila 1997, 244.)

Leikkauksen jälkeinen kipu voi olla potilaalle vaaratonta tai vaarallista. Hoitajan tulee erottaa ja tunnistaa vaarattoman ja vaarallisen kivun merkit. Jos potilaalla on ki-

pua ja se häviää asentoa vaihtaessa tai kipulääkettä annettaessa, on kipu yleensä vaaratonta. Jos kipu kuitenkin alkaa äkillisesti ja on voimakasta, lisääntyen koko ajan sekä nostaen muun muassa verenpainetta ja pulssia voidaan puhua vaarallisesta kivusta. (Iivanainen ym. 2005, 127.)

3 POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO

Maailman terveysjärjestön WHO:n ja Lissabonin julistuksissa todetaan, että nykyaikaisen lääketieteellisen tietämyksen mukainen kivun lievitys on jokaisen potilaan oikeus (Salanterä ym. 2006, 28). Myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista todetaan, että potilaalla on oikeus hyvään hoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Käytännössä tällä tarkoitetaan sitä, että hyvä kivunhoito on tutkittuun tietoon ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvien hoitovaihtoehtojen valintaa, käyttöä ja arviointia. Hoitotyössä tämä on toimintaa, jossa hoitohenkilökunnalla on kyky tunnistaa kipu, hallita erilaiset hoitomenetelmät sekä kyky arvioida kivun hoidon vaikuttavuutta. Potilaan näkökulmasta hyvä kivunhoito on sitä, että hänellä on subjektiivinen kokemus siitä, miten kivunhoito on vaikuttanut. Se voi olla joko kivun hallintaa tai toimintakyvyn paranemista. Myös potilaan kuunteleminen sekä hänen oman kipukokemuksensa todesta ottaminen on tärkeä osa hyvää kivunhoitoa. (Salanterä ym. 2006, 28-29.)

Tavoitteena kivun hoidolle on aina se, että kipu saadaan poistettua (Hovi 2000, 114). Leikkauksen jälkeinen kivunhoito tulisi aloittaa aina jo ennen suunniteltua leikkausta. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tavoitteena on mahdollisimman tehokas kivunlievitys ilman, että potilaalle aiheutuu haittoja. (Salanterä & Heikkinen 2002, 32-34.)

Potilaan kanssa on aina keskusteltava tulevasta leikkauskivusta ja sen erilaisista hoitovaihtoehdoista. Potilaan on myös saatava mahdollisuus keskustella omista tunteuksistaan ja mahdollisesta ahdistuksesta tulevaa kipua kohtaan. Hoitajan tehtävänä

on ohjata potilasta ja antaa lisätietoa siitä, millaista leikkauksen jälkeinen kipu voi olla ja miten kipua voidaan lääkehoidon avulla ehkäistä. Potilaalle on kerrottava, ettei kipulääkkeen pyytäminen ole häpeä, vaan että se on tarpeellista kivun ehkäisemisen takia. Yleensä ohjaustilanne edesauttaa tulevan kokemisessa. (Jäntti 2000, 118-120.) Lehdon (2005, 36) opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että yli puolelle potilaista oli annettu riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ennen toimenpidettä. Kujansuu ja Lehtonen (2005, 34) tutkivat opinnäytetyössään aikuisten (N=32) ylä- tai alaraajamurtuman saaneiden päivystyspotilaiden kipukokemuksia sairaalassa, heidän tyytyväisyyttään kivunhoitoon ja asenteitaan kipuun sekä kivunhoitoon. Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että hoitohenkilökunnan antama tieto auttoi potilaita kestämään kipua paremmin.

3.1 Kivun arviointi

Kipua kokevan potilaan hoitotyö alkaa aina kivun arvioinnista. Kivun arvioinnin tulosten perusteella potilaalle laaditaan hoitotyön suunnitelma. Hoitotoimien tehokkuuden systemaattinen arviointi kuuluu olennaisesti kivunhoitoon. Hoitotoimien tuloksia taas arvioidaan mittaamalla kivun voimakkuuden muutoksia. (Hovi 2000, 114.)

Kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa on oleellista se, että kivun syy löydetään. Kivun arvioinnissa oleellista on sen säännöllisyys. (Salanterä ym. 2006, 75.) Potilaan olisi hyvä arvioida kivun voimakkuutta 2-3 tunnin välein kahtena ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä ja kivun lievittyessä harvemmin (Salomäki & Rosenberg 2006, 839). Kuitenkin siihen, kuinka usein potilaan kipu arvioidaan, vaikuttaa potilaan kivun syy, hänen vointinsa tai hoitonsa (Salanterä ym. 2006, 75). Kivun arvioinnin tarkoituksena potilaan hoidossa on määritellä kivun syy, saada tietoa mikä on kivun vaikutus potilaan toimintakykyyn, ja miten hoito on vaikuttanut; onko se onnistunut tai epäonnistunut, muuttaa potilaan subjektiivinen kokemus mahdollisimman objektiiviseksi sekä antaa toimivasta tai puutteellisesta kivunhoidosta mahdollisimman paljon palautetta (Korhonen 2006, 28).

Yksi potilaan kivun arvioinnin muoto on käyttäytymisen arviointi. Jos potilas ei itse kykene kommunikoimalla arvioimaan kipuaan, on hyvä arvioida potilaan käyttäytymistä. Tämä tapa onkin luotettavampi kuin esimerkiksi fysiologisten muutosten arviointi. Käyttäytymisen arvioinnissa kiinnitetään huomiota muun muassa potilaan kasvojen ja suun ilmeisiin, itkuun ja ääntelyyn, kehon asentoon tai raajojen ja vartalon liikkeisiin. Käyttäytymisen arvioinnissa pitää siis tarkkailla normaalista poikkeavaa käytöstä. Ennen kuin tätä tapaa voidaan käyttää, on tärkeää tuntea potilaan normaali käyttäytyminen. (Salanterä ym. 2006, 76-78; Salanterä, Hovi & Routasalo 2000, 20.) Lempiälä ja Valtanen (2004) tutkivat opinnäytetyössään hoitajien (N=115) näkemyksiä kivunhoidon toteutuksesta leikkauksen jälkeen. Tämän tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että hoitajat olivat eniten kipua arvioidessaan havainnoineet potilaan kasvojen ilmeitä, hengitystä, hikisyyttä, kalpeutta, pahoinvointia ja oksentelua. Seppä (2005, 43) kartoitti opinnäytetyössään aikuispotilaiden leikkauksen jälkeisessä hoitotyössä käytettäviä kivun arviointimenetelmiä. Kyselyyn vastanneet hoitajat (N=28) käyttivät kivun arvioinnissa pääasiassa potilaan sanallista ilmaisua, mutta apuna käytettiin myös potilaan sanatonta viestintää. Hoitajat olivat havainnoineet myös fysiologisia suureita eli verenpainetta, pulssia ja happisaturaatiota.

Yksilö itse on aina paras kipunsa arvioija. Paras tapa arvioida kipua ja potilaan kipukokemusta onkin kysyä kipua kokevalta itseltään hänen tilanteestaan. Kysyttäessä potilaalta itseltään kivusta tukena voidaan käyttää erilaisia kysymyksiä kipuun liittyen. Potilaan itsearvioinnissa on tärkeää, että hän kertoo kuinka voimakasta kipu on, missä se sijaitsee, millainen on sen kesto ja laatu, sekä mitkä asiat lisäävät tai vähentävät kipua. (Salanterä ym. 2006, 78.) Kivijärven (2006, 27) opinnäytetyön haastattelun osallistuneet lapset kertoivat, että heiltä oli kysytty sanallisesti kivusta ja kipulääkkeen tarpeesta. Lapset olivat kertoneet, että he olivat ymmärtäneet hoitajien kipua koskevat kysymykset.

Kipua ja sen voimakkuutta tulisi arvioida ainakin levossa, liikkeessä, silloin kun se on lievimmillään tai pahimmillaan sekä potilaan yskiessä ja syvään hengittäessä. Lisäksi kipua mitattaessa on seurattava valppaasti potilaan leikkausalueen tilaa ja hänen yleisvointiaan. (Salanterä ym. 2006, 84; Salomäki & Rosenberg 2006, 839.)

Kipua voidaan arvioida erilaisilla mittareilla tai sanallisesti. Yleisimmät kipumittarit ovat kipujana tai kipukiila (visual analogua scale) eli VAS, numeerinen kipumittari (numerical rating scale) eli NRS ja sanallinen kipumittari (verbal descriptor scale) eli VDS. Kivun voimakkuuden havainnollistamisessa voidaan käyttää myös värejä tai väriliukumia sekä näkövammaisille kohokuviota. (Salanterä ym. 2006, 83.) Lisäksi kivun arvioinnissa voidaan käyttää kipupiirrosta, johon potilas itse piirtää kipeät kohdansa (Sailo 2000, 100). Myös kasvo- asteikkoa voidaan käyttää kivun arvioinnissa, erityisesti lapsipotilaiden kohdalla (Salanterä, Hovi & Routasalo 2000, 21).

VAS kipujana on eniten käytetty kipumittari. Se on 10 cm pitkä jana, jonka toinen ääripää kuvastaa tilannetta missä potilaalla ei ole lainkaan kipua ja toinen ääripää taas tilannetta, jossa potilaalla on pahinta mahdollista kipua. Tälle janalle potilas merkitsee itse senhetkisen kipunsa voimakkuuden. Kipujan tilalla voidaan käyttää myös ns. kipukiilaa, joka on väriltään punainen. Tässäkin mittarissa potilas itse merkitsee tunteensa kivun voimakkuuden. (Vainio 2004, 40.) VAS- kipujan avulla potilaan kipua voidaan mitata liikkeessä, yskiessä, levossa, illalla, aamulla, ruokailun jälkeen ja yksilöllisten tarpeiden mukaan (Sailo 2000, 103).

Kipujan tukena kivun arvioinnissa voidaan käyttää kipusanastoja, joiden avulla arvioidaan myös kivun voimakkuutta. Kipusanastoissa jokaiselle kipua kuvaavalle sanalle on määritetty numeerinen arvo ilmaisemaan kivun voimakkuutta. (Sailo 2000, 103.) Numeerinen asteikko on asteikko, jossa on luvut 0-10. Tässä mittarissa potilas kertoo sopivimman numeron, mikä on hänen mielestään parhaiten hänen kipuaan kuvaava. Numero 0 kuvastaa kivutonta tilaa ja numero 10 taas tilaa, jossa kipu on sietämätöntä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2005, 127.)

Siihen, mikä kipumittari valitaan, vaikuttaa mittarin luotettavuus sekä potilaan mielihalu. Toisille numeroiden hahmottaminen kivun arvioinnissa on luonnollista, toiset hahmottavat paremmin kiilan tai kivun voimakkuutta kuvaavat kipusanat. Kun kipumittari on valittu, se kirjataan potilaan asiakirjoihin ja koko potilaan hoidon ajan tulee käyttää samaa mittaria arvioitaessa potilaan kipua. (Salanterä ym. 2006, 84.) Kipumittarin valinnassa kannattaa ensin kokeilla eri vaihtoehtoja, tarvittaessa voidaan soveltaa myös lasten kipumittareita aikuisille (Sailo 2000, 103).

Kipumittarin käyttö on aina ohjattava potilaalle. Lisäksi hänelle tulee kertoa, mitä merkitystä kivun mittaamisella on hoidon onnistumiselle. Potilas ei välttämättä ymmärrä, mitä pahin mahdollinen kipu tarkoittaa, jolloin hänen on hyvä verrata pahinta kokemaansa kipua ja verrata nykyistä kipuaan siihen. Lisäksi on huomioitava se, että potilas on varmasti ymmärtänyt kipumittarin käytön oikein. (Sailo 2000, 103.) Kuosmanen ja Ruohomäki (2004, 32) tutkivat opinnäytetyössään sairaanhoitajien (N=12) kokemuksia kipumittarin käytöstä. Tuloksista ilmenee, että osastoilla oli käytössä kipumittari, mutta sitä käytettiin vähemmän kuin esimerkiksi keskustelua tai havainnointia. Mielekkääksi kipumittarin käyttö koettiin silloin, kun tiedettiin, että potilas on ymmärtänyt kipumittarin käytön. Hoitajat käyttivät kipumittaria etenkin niillä potilailla, jotka olivat yhteistyökykyisiä ja pystyivät omaksumaan kipumittarin käytön.

Kipumittarin käytön laiminlyömistä perustellaan yleensä sillä, että potilaat eivät halua käyttää kipumittaria tai että potilaat eivät osaa ilmaista kipunsa voimakkuutta asteikon avulla. Useimmiten totuus on kuitenkin se, että hoitohenkilökunta ei miellä kipumittaria kivun voimakkuuden arvioinnin apuvälineeksi, eivätkä hoitajat ole osanneet ohjata potilasta kipumittarin käytössä. (Salanterä & Heikkinen 2002, 33.) Kipumittarin käytön avulla myös hoitohenkilökunnan voi olla helpompi ymmärtää potilaan kokemaa kipua. Kipumittarin käyttö potilaan kivun arvioinnissa voi olla hyvä apu myös silloin, jos potilas ei tule ymmärretyksi omalla äidinkielellään. Näin potilas voi kertoa kivustaan, vaikka sanavarasto ei siihen riittäisikään. (Sailo 2000, 103.)

3.2 Postoperatiivisen kivun lääkehoito

Leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa tehokkain tapa hoitaa potilaan kipua ovat lääkkeet. Lääkehoidon tarve on yksilöllistä. Hyvä tapa saada tietoa potilaan kipulääkkeen tarpeesta on kysyä sitä potilaalta itseltään. (Salanterä & Heikkinen 2002, 32-34.) WHO:n suosittama kipulääkkeiden portaittainen annostelu on kivun lääkehoidossa hyvä ohjenuora (Manner 2000, 23). Lehdon (2005, 29-30) opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että potilaat olivat saaneet kipulääkettä tarpeeksi usein ja annettu

kipulääke oli tuonut riittävän lievityksen kipuun. Potilaat eivät kuitenkaan olleet saaneet tarpeeksi tietoa siitä, mitä lääkettä he olivat saaneet. Lisäksi melkein puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista ei ollut saanut itse valita missä muodossa lääkkeensä saavat. Myös Elonen ja Niemenrinne- Janhunen (2002, 26-27) sekä Aronen (2003, 24-25) olivat saaneet oppinäytetöissään samanlaisia vastauksia.

Jos potilaalla on lievää tai keskivaikeaa kipua, voidaan lääkehoidossa käyttää parasetamolia tai tulehduskipulääkkeitä. Opioidi voidaan liittää mukaan, jos edellä mainittujen teho on riittämätön. Jos potilaan leikkauksen jälkeinen kipu on kuitenkin vaikeaa tulee lääkehoidossa siirtyä suoraan vahvoihin opiaatteihin. Jos potilas käyttää tulehduskipulääkkeitä, tämä vähentää huomattavasti muiden lääkkeiden tarvetta leikkauksenjälkeisessä kivunhoidossa. (Salanterä ym. 2006, 95.) Lääkehoidossa potilaan tulee saada lääkettä säännöllisesti. Hänelle on myös aina kerrottava, mitä lääkettä hän on saanut (Hovi 2000, 123). Potilaalla on oikeus päättää, miten hänen lääkkeellinen kivun hoitonsa tapahtuu. Potilaan kipulääkitys voidaan esimerkiksi hoitaa pistoksena, suppona, tablettina tai nestemäisenä. Lisäksi potilaalle kerrotaan muista mahdollisista vaihtoehtoista. Yksi lääkkeellisen hoidon muoto on myös kipupumppu. Kipupumpun avulla potilas voi itse säädellä sen, kuinka paljon lääkettä hän saa. (Jäntti 2000, 119-121.) Lääkehoidossa tavallisin ja luonnollisin tapa on kuitenkin ottaa lääke suun kautta eli enteraalisesti. Suun kautta otettuna lääkkeiden haittavaikutukset ovat huomattavasti vähäisemmät kuin parenteraalisessa antotavassa. (Kauppila 2000, 25.)

Akuutin kivun hoito on aina tehokkainta silloin, kun kipua pyritään ennalta ehkäisemään. Leikkauksen jälkeinen kipu on helpointa saada hallintaan ennen kuin se ehtii yltyä sietämättömäksi, antamalla kipulääke ajoissa. (Salanterä ym. 2006, 147; Manner 2000, 23.)

3.3 Postoperatiivisen kivun lääkkeetön hoito

Kivun hoidossa voidaan lääkehoidon ohella suorittaa myös lääkkeetöntä hoitoa. Lääkkeetön hoito ei kuitenkaan koskaan korvaa potilaan lääkehoitoa. (Hovi 2000,

124.) Potilaalta on hyvä kysyä haluaako hän käyttää muuta hoitomenetelmää kuin lääkehoitoa, koska potilaat ovat saattaneet kotona kokeilla omaa kivunlievitysmenetelmää. Mikäli tämä menetelmä on tuottanut tuloksia kotona, sitä kannattaisi kokeilla ja käyttää silloin myös sairaalassa. On kuitenkin otettava huomioon se, etteivät ne aiheuta toimenpidealueelle vahinkoa. Lääkehoidon tukena voidaan käyttää asentohoitoa, kylmäpakkauksia, pep- eli puhalluspulloa, liikuntaa ja ohjausta, keskustelua ja kuuntelua, hoitajan oikeaa asennoitumista sekä rentoutumista. (Jäntti 2000, 124.) Kujansuun ja Lehtosen (2005, 39) kyselyyn osallistuneet potilaat kertoivat, että heidän kipuaan oli lievitetty lääkkeiden lisäksi asennon vaihtamisella, jääpussin laittamisella sekä hoitajan läsnäololla. Lisäksi he kertoivat oman asennoitumisen ja huonetoverien auttavan kestäämään kipua paremmin.

Tyynyjen avulla voidaan saattaa mahdollisimman rento asento leikkausalueelle. Mitä rennompia potilaan olo on, sitä kauemmin kipu pysyy poissa ja parantuminen edistyy. Jos potilaalla on turvotusta, se voi myös lisätä kivun tunnetta. Erilaisten kylmäpakkauksien avulla voidaan laskea turvotusta, jolloin myös kipu lievittyy. (Jäntti 2000, 125.)

Leikkauksen jälkeen potilas saattaa joutua olemaan vuoteessa, jolloin hengitys on helposti pinnallista. Hapen puute ja keuhkoihin kertynyt lima voi aiheuttaa potilaalle postoperatiivista kipua. Potilaalle voidaan ohjata pep- eli puhalluspullon käyttö, joka oikein käytettynä poistaa limaa, syventää hengitystä ja parantaa potilaan yleistilaa. Myös liikunta auttaa. Se auttaa potilasta pääsemään normaaliin toimintaan, estää lihaskunnon huononemisen sekä jäykkyyden. (Jäntti 2000, 125.)

Keskustelulla ja kuuntelulla on myös oma tärkeä merkityksensä. Jo pelkästään se, että potilasta huomioidaan voi viedä kipua pois. Myös hoitajan asenne vaikuttaa omalla tavallaan potilaan oloon. Jos potilas kokee hoitajat komenteleviksi ja vihaisiksi, voi potilaan kipu lisääntyä. Siksi hoitajan oikea yksilöllinen asennoituminen auttaa kivunhoidossa. Kiireettömyys hoitajan käytöksessä auttaa potilasta asennoitumaan tilanteeseen rauhallisesti ja luottavaisesti. Myös hoitajien iloisuus ja terve huumori auttavat potilaan kivunlievityksessä. (Jäntti 2000, 126.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kirurgisten potilaiden kokemuksia kivusta ja saamastaan kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Lisäksi tarkoituksena on selvittää millaista kivun arviointi on ollut. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla potilaiden leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa voidaan kehittää.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia leikkauspotilaiden kiputunteukset ovat?
2. Miten leikkauspotilaiden kipua on arvioitu?
3. Miten leikkauspotilaiden kivunhoito on toteutunut?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen. Kvantitatiivinen menetelmä valittiin, koska tutkimusaineiston haluttiin olevan laaja. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä se, että muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 137.) Kvantitatiivisen aineiston keruussa yleensä käytetään standardoituja kyselylomakkeita, joissa vastausvaihtoehdot ovat valmiina (Heikkilä 1999, 15-16).

Tutkimus suoritettiin kyselynä, koska haluttiin selvittää potilaiden mielipiteitä saamastaan kivunhoidosta. Kyselylomake sisälsi sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Kysymykset on laadittu kirjallisuuden sekä aikaisempien tutkimusten (muun muassa Lehto 2005) perusteella. Kyselylomake koostui neljästä eri osiosta: taustatiedoista (kysymykset 1-6), potilaan kiputuntemuksista (kysymykset 7-14), potilaan kivun arvioinnista (kysymykset 15-23) sekä potilaiden kivun hoidosta (kysymykset 24-33). Kyselylomakkeet esitettiin Satakunnan keskussairaalan ortopedian ja traumatologian (N2B) osastolla, jossa esitestauslomake jaettiin viidelle potilaalle. Myös kyseisen osaston osastonhoitaja luki lomakkeen läpi. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin yksi muutos. Kysymyksen 31 sana pep-pullo vaihdettiin puhalluspulloksi, jotta potilaat ymmärtäisivät sanan merkityksen.

5.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuksen toteuttamiseen anottiin tutkimuslupa (Liite 1) Satakunnan keskussairaalaan operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta lokakuussa 2006. Kun lupa (Liite 2) oli myönnetty, saatekirjeellä (Liite 3) varustetut kyselylomakkeet (Liite 4) toimitettiin ortopedian ja traumatologian (N2B) sekä naistentautien (KS1) osastoille, joissa tutkimus suoritettiin. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä sata (N=100) kappaletta, viisikymmentä kummallekin osastolle. Aineiston keruu suoritettiin tammikuun 2007 aikana. Kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 76 kappaletta. Vastausprosentiksi muodotui 76.

Osastojen hoitohenkilökunta vastasi kyselylomakkeiden jakamisesta potilaille. Kyselylomakkeen mukana ollut saatekirje selvensi potilaille, mitä tutkitaan ja miksi. Lisäksi siinä mainittiin, että tutkimukselle oli anottu tutkimuslupa. Kirjeessä mainittiin myös se, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja nimetöntä, eikä kenenkään henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa. Kyselylomake palautettiin suljetussa kirjekuoressa hoitohenkilökunnan kansliassa olevaan laatikkoon. Vastaamisaikaa annettiin yksi kuukausi. Vastaamisajan umpeuduttua opinnäytetyön tekijä kävi hakemassa palautuneet lomakkeet.

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Aineiston analysointi aloitettiin käymällä läpi kaikki vastaukset. Aineiston analyysin ensimmäinen vaihe on tietojen tarkistus. Aineistosta tulee huomioida, onko siinä selviä virheellisyyksiä ja puuttuuko tietoja. Seuraavaksi aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analyysiä varten. (Hirsjärvi ym. 1997, 217.) Kyselylomakkeet numeroitiin ennen Excel- ohjelmaan siirtämistä ja joukosta poistettiin neljä lomaketta, joiden vastaukset olivat puutteellisia. Tarkastamisen jälkeen muuttujat syötettiin Excel- ohjelmaan. Vastaamatta jätetyt kohdat jätettiin tyhjiksi ilman muuttujaa. Tiedot käsiteltiin Excelin avulla ja tuloksista muodostettiin frekvenssejä sekä prosentteja. Tuloksia havainnollistettiin taulukoiden ja kuvioiden avulla.

Kyselylomakkeessa olleet avoimet kysymykset käytiin läpi sisällön analyysin avulla ja niistä yhdistettiin sellaiset vastaukset, joissa oli samaa tarkoittavia lauseita ja sanoja. Avoimien kysymyksien vastauksista laskettiin frekvenssit ja osaa vastauksista havainnollistettiin suorilla lainauksilla. Lainausten perässä oleva numero kuvastaa kyselylomakkeen numeroa, josta lainaus on otettu.

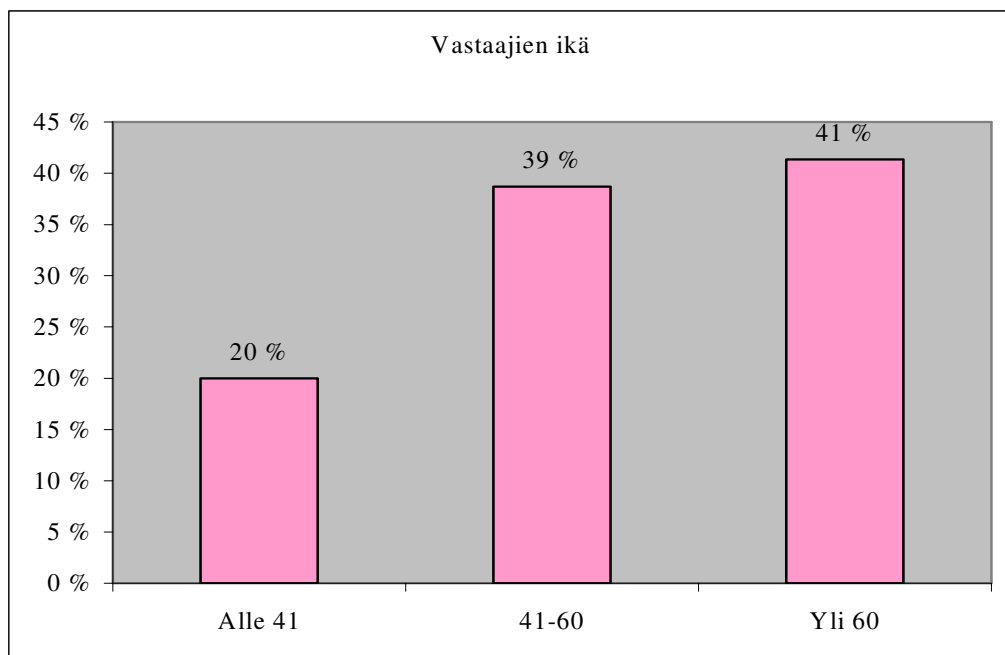
Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Kerätty aineisto saadaan sisällönanalyysin avulla kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysi tarkoittaa siis pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 93,107.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Satakunnan keskussairaalan ortopedian ja traumatologian (N2B) sekä naistentautien (KS1) osastojen potilaat. Kohderyhmänä olivat ne aikuiset leikkauspotilaat, joille oli suunnitellusti tehty jokin leikkaus. Aineiston riittävyyden takaamiseksi tutkimukseen otettiin kuitenkin mukaan myös päivystyksenä leikatut aikuiset potilaat. Tähän muutokseen saatiin lupa ylihoitaja Seija Elomaaalta sähköpostin välityksellä.

Enemmistö kyselyyn vastaajista oli naisia (68%). Kyselyyn vastanneiden ikä (Kuvio 1) vaihteli 19 – 79 vuoteen. Vastanneista suurin osa oli yli 60-vuotiaita (n=31).

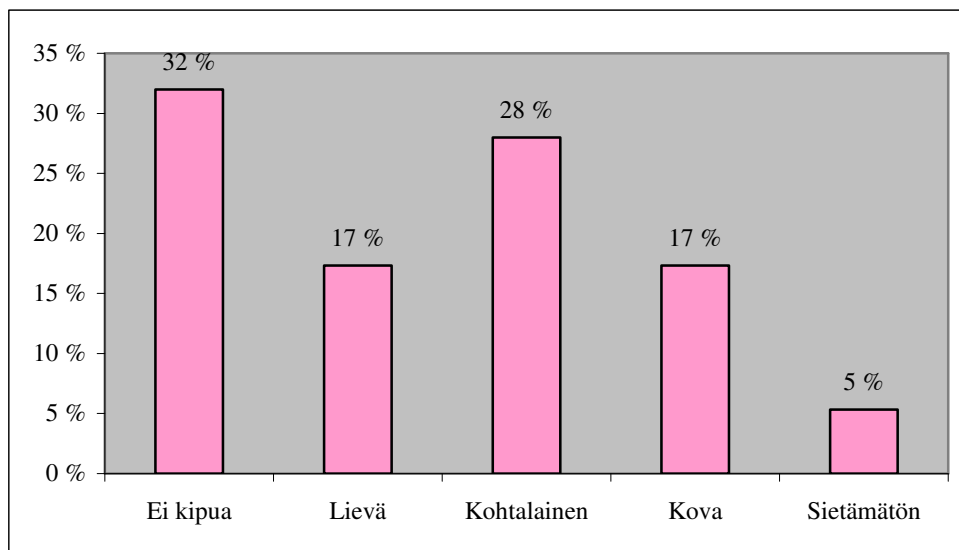


KUVIO 1 Vastaajien ikä (n=75)

Vastaajilta tiedusteltiin, olivatko he olleet ennen leikkauksessa. Suurin osa (89%) oli ollut aiemmin jossakin leikkauksessa. Lisäksi vastaajilta tiedusteltiin, mikä leikkaus heille oli nyt tehty. Vastaajista 36 oli ollut ortopedisessä leikkauksessa, 30 gynekologisessä leikkauksessa ja kahdeksalle oli tehty jokin muu leikkaus.

6.2 Leikkauspotilaiden kokemukset kivusta

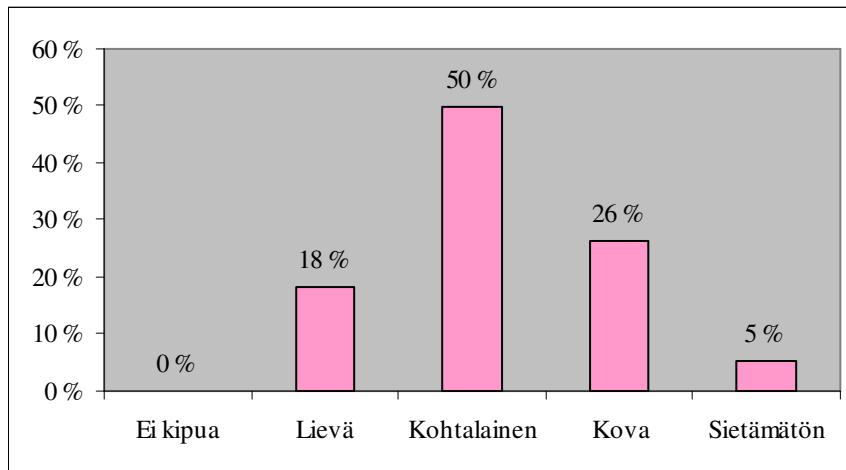
Ensin selvitettiin vastaajien kokemuksia kivustaan. Ennen leikkausta sietämätöntä kipua tunsivat vain muutamat (n=4) vastanneista, mutta jopa 21 vastanneista tunsivat, että kipu oli kohtalaista. Vastaajista suurin osa (n=24) ei tuntenut lainkaan kipua ennen leikkausta (Kuvio 2). Vastaajista yli puolet (56%) ei ollut saanut kipuunsa hoitoa ennen leikkausta.



KUVIO 2 Kivun voimakkuus ennen leikkausta (n=75)

Kun vastaajat arvioivat kivun voimakkuutta vastaushetkellä, yli puolet (57%) vastaajista ei tuntenut kipua ollenkaan tai se oli lievää. Vastanneista kohtalaista kipua tunsivat 35% ja vain 8% tunsivat kovaa tai sietämätöntä kipua.

Potilailta tiedusteltiin minkälaista heidän kipunsa oli ollut pahimmillaan. Vastaajista yli puolella (76%) kipu oli ollut kovaa tai sietämätöntä. Kohtalaisen kivun pahimmaksi määritelleitä oli 17%. Lisäksi potilailta tiedusteltiin minkälaista kipua he olivat valmiita sietämään, ennen kuin ottivat kipulääkettä. Vastaajista puolet (n=38) ilmoitti sietävänsä kohtalaista kipua ennen kuin ottavat kipulääkettä. Kovaa tai sietämätöntä kipua oli valmis sietämään myös hyvin moni (n=24) potilas. Lievää kipua oli valmiita sietämään 14 vastanneista. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Kivun sieto ennen kipulääkkeen ottamista (n=76)

Vastaajilta tiedusteltiin myös heidän kipunsa jatkuvuutta. Yli puolella (70%) vastaajista kipua ei ollut jatkuvaa. Lisäksi heiltä kysyttiin asioita/ asioita, jotka lisäsivät heidän kivun tunnettaan. Monen (n=33) potilaan kohdalla kipua oli aiheuttanut liikkuminen ja rasitus sekä erilaiset asennot. Toiseksi eniten (n=13) kipua aiheuttivat istumaan nouseminen, jalan väärään asentoon joutuminen sekä nostaminen. Gynekologisessa leikkauksessa olleille myös ilman kertyminen vatsaan, kuukautiset sekä vatsan toimimattomuus aiheuttivat kipua (n=6). Myös leikkaus itsessään aiheutti muutamalle (n=7) vastaajalle kipua. Vain kahdelle vastaajalle haava oli aiheuttanut kipua. Lisäksi yksi vastaaja mainitsi myös rajun kihtikohtauksen aiheuttaneen lisää kipua.

”Kävely, portaitten alas ja ylöspäin kulkeminen.” (45)

”Ilman kertyminen vatsaan.” (65)

”Leikkauksen jälkeen haavan aiheuttamat kivut.” (48)

”Pelko ja jännitys.” (71)

”Kun kipulääkkeen vaikutus lakkasi.” (70)

Vastaajilta tiedusteltiin myös sitä, minkälaisia tunteita kipu heille aiheutti. Usean (n=18) potilaan kohdalla kipu oli aiheuttanut masennusta, ärtyneisyyttä, ahdistusta tai mielihahaa. Vastanneista monelle (n=13) kipu ei ollut aiheuttanut minkäänlaisia tunteita tai vastaajat olivat ymmärtäneet sen olevan leikkauskipua ja sen takia väistämätöntä. Kipu oli aiheuttanut joillekin (n=10) potilaille myös lisää kipua. Tuskanhikoilua oli esiintynyt yhdellä vastaajalla.

”Laidasta laitaan. Välillä itkemistä, välillä kiukkuamista ja lopuksi jo vähän masennustakin.” (28)

”Kipu ei itsessään aiheuta tunteita, koska sen saa helposti lääkkeillä pois. Ilmavaivojen yhteydessä se on tuntunut rasittavalta.” (59)

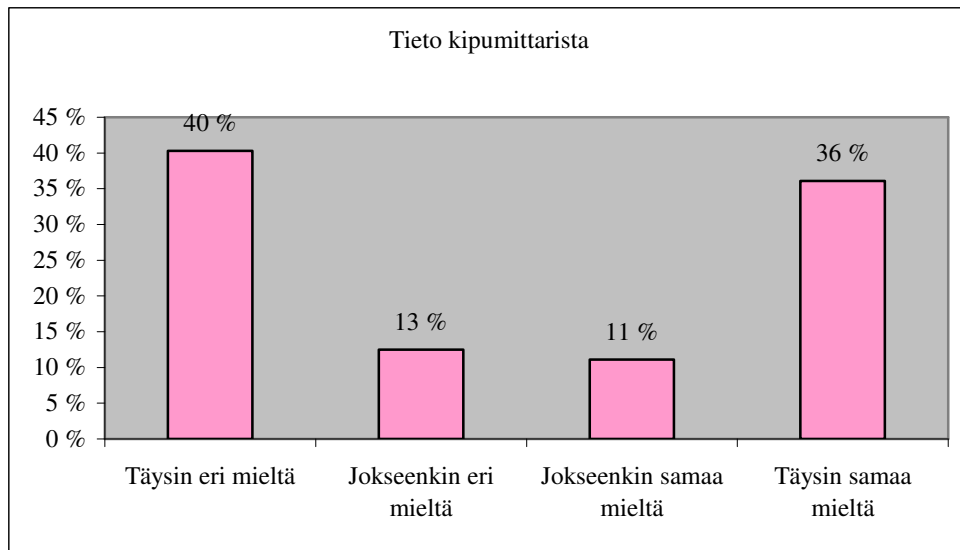
”Ikäviä kun muuten olisi parempi olo.” (36)

”Väsymystä.” (69)

”Jostakin alitajunnasta on pulpahtanut rumia sanoja.” (33)

6.3 Leikkauspotilaiden kokemukset kivun arvioinnista

Seuraavaksi selvitettiin minkälaista potilaiden kivun arviointi oli ollut. Ensimmäiseksi potilailta kysyttiin ovatko he saaneet tietoa kipumittarin käytöstä ennen leikkausta. Vastanneista 26 oli saanut tietoa kipumittarin käytöstä ja 29 ei ollut saanut minkäänlaista tietoa. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Kipumittarin esittely ennen leikkausta (n=72)

Seuraavissa neljässä väittämässä kysyttiin vastaajien mielipiteitä kipumittarin käytöstä sekä kivun arvioinnista yleensä. Melkein puolet (45%) vastanneista olivat sitä mieltä, että heidän kipuaan ei oltu arvioitu kipumittarin avulla. Vastanneista melkein puolella (44%) kipua oli käyty arvioimassa säännöllisesti ja sitä oli arvioitu myös ennen lääkkeen antamista. Kuitenkin vain 29%:lla kipua oli käyty arvioimassa lääkkeen annon jälkeen. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Kipumittarin käyttö ja kivun arviointi

	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Kipuani arvioitiin kipumittarin avulla	21	30 %	12	17 %	6	8 %	32	45 %
Kipuani arvioitiin säännöllisin väliajoin	31	44 %	20	28 %	7	10 %	13	18 %
Kipuani arvioitiin ennen lääkkeen antoa	31	45 %	19	28 %	12	17 %	7	10 %
Kipuani arvioitiin lääkkeen annon jälkeen	20	29 %	21	31 %	21	31 %	6	9 %

Vastaajia pyydettiin arvioimaan sitä, missä tilanteissa heidän kipuaan oli arvioitu. Liikkeellä ollessa kipua oli arvioitu muutamalta (n=8) vastaajalta. Levossa kipua oli

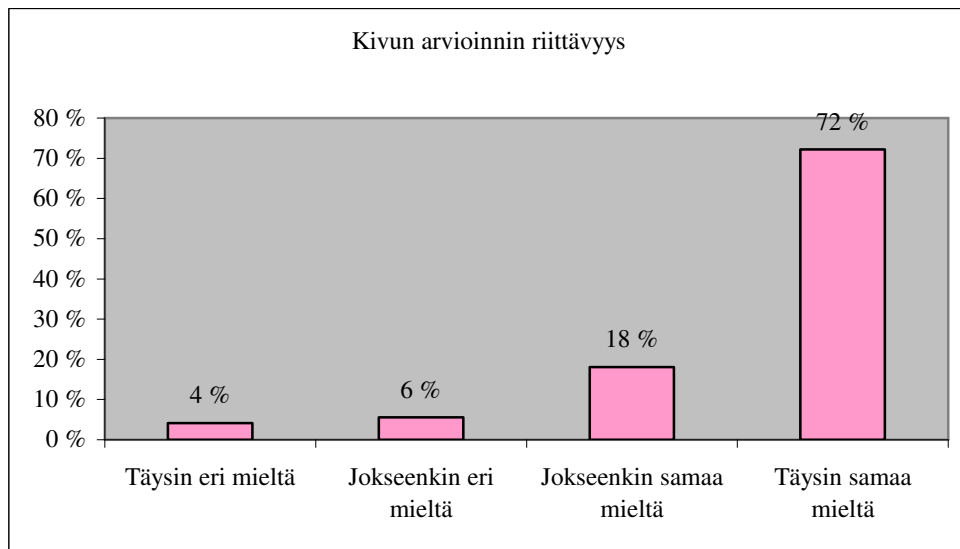
arvioitu melkein puolelta (43%) vastaajista. Yli puolet (54%) vastaajista oli sitä mieltä, että heidän kipuaan ei oltu arvioitu yskiessä. Suurimmalla osalla (n=41) kipua oli arvioitu sekä aamulla että illalla. Yli puolella (53%) vastaajista yksilöllinen tarve oli huomioitu kivun arvioinnissa. Myös melkein puolella (46%) vastaajista kipua oli arvioitu heidän pyytäessään kipulääkettä. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Kipuani arvioitiin näissä tilanteissa.

	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Ollessani liikkeellä	8	20 %	13	32 %	6	15 %	14	34 %
Levossa	23	43 %	20	37 %	3	6 %	8	15 %
Yskiessä	2	5 %	8	22 %	7	19 %	20	54 %
Aamulla	19	40 %	15	31 %	7	15 %	7	15 %
Illalla	22	45 %	18	37 %	1	2 %	8	16 %
Yksilöllisten tarpeideni mukaan	26	53 %	13	27 %	3	6 %	7	14 %
Pyytäessäni kipulääkettä	25	46 %	15	28 %	6	11 %	8	15 %

Vastaajilta tiedusteltiin sitä, olivatko he saaneet määrittää kipunsa voimakkuuden itse. Vastaajista yli puolet (58%) oli sitä mieltä, että he olivat saaneet määrittellä kivun voimakkuuden itse. Vain muutama (8%) vastaaja oli sitä mieltä, että kivun voimakkuutta ei ollut saanut itse määrittellä.

Seuraavan väittämän avulla haluttiin saada tietoa siitä, onko kivun arviointi ollut vastaajien mielestä riittävää. Vastaajista yli puolet (n=52) ilmaisi olevansa sitä mieltä, että kipua oli arvioitu riittävästi. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Kivun arvioinnin riittävyys (n=72)

Viimeisen väittämän kohdalla tiedusteltiin, oliko vastaajilla käytetty kipumittarin ohella muita arviointimenetelmiä. Vastaajista suurimmalla osalla (80%) ei oltu käytetty muita arviointimenetelmiä kipumittarin ohella. Tarkentavaan kysymykseen vastanneista suurin osa (n=8) kirjoitti, että sanallinen arvio oli ollut toinen arviointimenetelmä. Kaksi potilasta kirjoitti, että arvioinnissa oli käytetty magneettikuvausten tuloksia ja lääkärin arviota.

”Kyseltiin miltä tuntuu, haluanko kipulääkettä.” (56)

6.4 Leikkauspotilaiden kokemukset toteutuneesta kivunhoidosta

Kyselylomakkeen viimeinen osio koostui kivunhoitoon liittyvistä väittämistä. Ensimmäisessä väittämässä selvitettiin oliko potilaille annettu tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Suurin osa (67%) vastaajista oli saanut tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Vastaajista 7% ei ollut saanut tietoa leikkauksen jälkeisen kivunhoidosta.

Seuraavat neljä väittämää koskivat potilaiden kipulääkkeen saantia. Vastaajista yli puolet (n=64) oli saanut kipulääkettä tarpeeksi usein ja vastanneista myös yli puolet

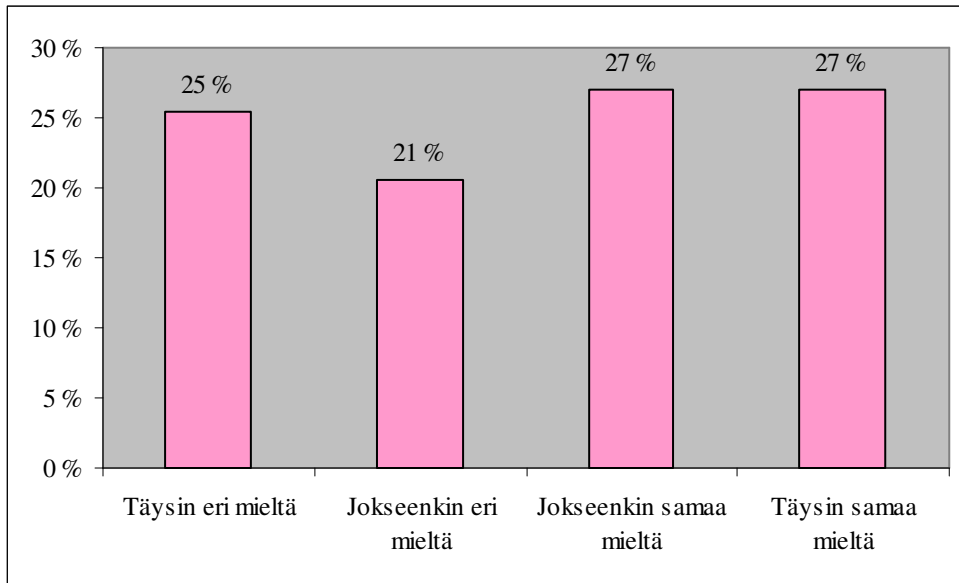
(n=48) oli saanut kipulääkettä säännöllisesti. Kukaan vastaajista ei kokenut ettei olisi saanut tarpeeksi kipulääkettä ja vain muutama (n=4) oli sitä mieltä että kipulääkettä ei annettu säännöllisesti. Vastaajista puolelle (n=38) tarjottiin kipulääkettä vaikka he eivät pyytäneet sitä, usea (n=13) potilas joutui pyytämään lääkettä saadakseen sitä. Kuitenkin myös potilaista hyvin moni (n=23) oli sitä mieltä, että he eivät joutuneet pyytämään kipulääkettä saadakseen sitä (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kipulääkkeen saaminen

	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Sain kipulääkettä tarpeeksi usein	64	84 %	12	16 %	0	0 %	0	0 %
Kipulääkettä annettiin säännöllisesti	48	67 %	16	22 %	4	6 %	4	6 %
Jouduin pyytämään kipulääkettä	13	19 %	19	28 %	14	20 %	23	33 %
Kipulääkettä tarjottiin, vaikkensia pyytänyt	38	53 %	15	21 %	8	11 %	11	15 %

Vastaajilta kysyttiin tiesivätkö he, mitä kipulääkettä he saivat. Yli puolelle (64%) potilaista oli kerrottu, mitä kipulääkettä heille annettiin. Ainoastaan muutama (5%) potilas ei ollut saanut tietoa saamastaan kipulääkkeestä.

Toiseksi viimeinen väittämä tiedusteli potilailta sitä, saivatko he itse valita millä tavoin heidän kipuaan hoidettiin. Vastaajista melkein puolet (n=34) olivat täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet itse valita tavan millä kipua hoidetaan. Potilaista kuitenkin moni (n=29) oli myös sitä mieltä, että he eivät olleet saaneet itse valita hoitomuotoa. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Sain itse valita miten kipuani hoidetaan (n=63)

Viimeisessä väittämässä tiedusteltiin asioita, joiden avulla potilaiden kipua hoidettiin. Melkein puolet vastaajista (41%) oli sitä mieltä, että heidän kipuaan ei hoidettu asentohoidon avulla. Kylmähoitoa oli sen sijaan käytetty usealla (51%) vastaajalla. Vastaajista 95% kertoi, että puhalluspulloa ei oltu käytetty kivunlievitys menetelmänä. Liikunnan avulla oli hoidettu vastaajista 28%:n kipua. Rentoutumista ei yli puolen (55%) vastaajista mukaan myöskään käytetty kivunhoidossa. Vastaajista muutamman (19%) kohdalla keskustelu oli ollut yksi kivunhoitomenetelmä. Melkein kaikkien (92%) vastaajien kipua oli hoidettu lääkityksen avulla. Usealla (60%) vastaajalla oli myöskin ollut käytössä kipupumppu. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kivunhoidossa käytetyt menetelmät

	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Asentoa muuttamalla	7	24 %	7	24 %	3	10 %	12	41 %
Kylmän avulla	21	51 %	2	5 %	0	0 %	18	44 %
Puhalluspullolla	1	5 %	0	0 %	0	0 %	20	95 %
Liikunnan avulla	8	28 %	4	14 %	4	14 %	13	45 %
Rentoutumalla	6	21 %	4	14 %	3	10 %	16	55 %
Keskustelemalla	6	19 %	9	29 %	4	13 %	12	39 %
Lääkkeillä	67	92 %	6	8 %	0	0 %	0	0 %
Kipupumpulla	26	60 %	2	5 %	0	0 %	15	35 %

Kyselylomakkeen kaksi viimeistä kysymystä olivat avoimia. Toiseksi viimeisessä kysymyksessä tiedusteltiin vastaajien mielipiteitä siitä, miten hoitajat olivat suhtautuneet heidän kipuihinsa. Suurimman osan (n=49) mielestä hoitajat olivat suhtautuneet heidän kipuihinsa hyvin sekä olivat käyttäytyneet asiallisesti ja ammattimaisesti. Vastaajista useat (n=18) kiittelivät hoitajia ymmärtäväisyydestä sekä siitä, että hoitajat ottivat heidät vakavissaan. Myös lääkkeen nopeasta saamisesta annettiin kiitosta. Yksi vastaaja kertoi kuitenkin, että hoitajat olivat aliarvioineet hänen kipunsa määrää.

”Tosi hyvin ja oikein miellyttäviä ja avuliaita. Paljon on nuoria hoitajia. Ihana osasto hoidon puolesta.” (10)

”Olen saanut lääkettä ja ymmärtämystä aina kun olen halunnut.” (56)

”Realistisesti ja asiallisesti. Ammattitaitoisesti.” (23)

Viimeisessä kysymyksessä tiedusteltiin parannusehdotuksia osastojen kivunhoitoon. Suurimmalla osalla (n=30) vastanneista ei ollut mitään parannusehdotuksia. Heidän mielestään osastojen kivunhoito on nykyisellään hyvä ja kivunhoito on ollut tehokasta ja riittävää. Yksi potilas kirjoitti hoitajia puolustellen, että kyllähän potilaat itsekin osaavat kipulääkettä pyytää. Yksi potilas toivoi, että kipumittarin käyttöä lisättäisiin osastolla.

” Osaston kivunhoitoon en voi ehdottaa parannusta, nykyisellään se on oikein hyvä.”(17)

”Kipumittaria voisi käyttää myös leikkauspäivän jälkeenkin (Omalla kohdalla se oli vain kyseessä olevan päivän illan käytössä). Kipukello hyvä!” (59)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirurgisten potilaiden kokemuksia kivustaan ja saamastaan kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää millaista kivun arviointi on ollut. Tavoitteena oli saada tuloksia, joiden avulla kivunhoitoa voidaan kehittää. Tutkimusongelmiin saatiin vastaukset suoritetun kyselyn avulla.

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa selvitettiin leikkauspotilaiden kipukokemuksia. Tulosten perusteella kävi ilmi, ettei kukaan vastanneista kärsinyt sietämättömästä kivusta ennen leikkausta tai sen jälkeen. Huomio tuloksissa kuitenkin kiinnittyi siihen, että jopa 76% kertoi kipunsa olleen pahimmillaan sietämätöntä. Tämä kiinnitti huomion siksi, että leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa tulisi pyrkiä siihen, ettei potilaan kipu ole voimakkuudeltaan lievää voimakkaampaa missään vaiheessa. Lisäksi kivunhoidossa kivun ennaltaehkäisy on helpompaa kuin jo hyvin voimakkaaksi yltyneen kivun poistaminen. (Salanterä & Heikkinen 2002, 33; Manner 2000, 23.) Huomiota kiinnitti myös edellisten kysymysten vastaukset. Vastausten mukaan kukaan ei ollut kärsinyt sietämättömästä kivusta ennen tai jälkeen leikkauksen.

Eniten kipua potilaille oli aiheuttanut liikkuminen ja rasitus sekä erilaiset asennot, toiseksi eniten kipua aiheutti istuminen, jalan väärä asento ja nostaminen. Samanlaisia vastauksia ovat tutkimuksissaan saaneet myös Lehto (2005, 25) sekä Kivijärvi (2006, 25).

Toinen tutkimusongelma selvitti osastojen kivunarviointia. Tuloksista selvisi, että kipumittarin esittely ennen leikkausta oli puutteellista. Jopa 40% vastanneista ei ollut saanut kipumittarista tietoa. Huomio kiinnittyi siihen, että vastaajista jopa 45% ilmoitti, että heidän kipuaan ei oltu arvioitu kipumittarilla. Tämä kiinnitti huomion siksi, että onnistunut kivunhoito edellyttää tehokasta ja systemaattista kivun arviointia. Kipumittarien käytön avulla myös hoitohenkilökunnan on helpompi ymmärtää

potilaan kokemaa kipua. (Salanterä, Hovi & Routasalo 2000, 20; Sailo 2000, 103.) Mietityttämään jäi myös se, että 80% ilmoitti ettei heidän kipuaan oltu arvioitu millään muullakaan menetelmällä. Silti suurin osa potilaista oli tyytyväisiä osastojen kivun arviointiin. Myös Lehdon (2005) opinnäytetyön tuloksista ilmenevät samat asiat. Potilaat eivät olleet saaneet tietoa kipumittarin käytöstä eikä kipumittaria oltu käytetty kivunarvioinnissa säännöllisesti. Rosenberg ym. (2006) kuitenkin toteaa, että kivun voimakkuutta olisi hyvä arvioida leikkauksen jälkeen 2-3 tunnin välein ja kivun lievittyessä harvemmin. Kipua tulisi arvioida myös levossa ja liikkeellä oltaessa sekä syvään hengittäessä että yskiessä. Harvoilla kipua oli arvioitu liikkeellä ollessa tai yskiessä. Myös Kujansuu ja Lehtonen (2005) toteavat tuloksissa, että kivunarviointi on ollut hyvin puutteellista.

Viimeinen tutkimusongelma käsitteli osastojen kivunhoidon toteutumista. Tulosten perusteella voisi sanoa, että kivunhoito on hyvällä mallilla kummallakin osastolla. Potilaat kertoivat, että he olivat saaneet lääkettä tarpeeksi usein ja sitä oli annettu myös säännöllisesti. Potilaille oli myös kerrottu se, mitä lääkettä heille annettiin. Postoperatiivista kipua hoidettaessa potilaan tulee saada kipulääkettä säännöllisesti sekä häntä on informoitava siitä, mitä lääkettä hänelle on annettu. (Hovi 2000, 123.) Myös Kujansuu ja Lehtonen (2005) saivat samansuuntaisia vastauksia. Suurin osa potilaista oli ollut tyytyväisiä kivunhoitoon ja sen nopeuteen.

Tulosten mukaan kivunhoito kuitenkin rajoittui pääasiassa vain lääkkeelliseen hoitoon. Lääkkeetöntä hoitoa toteutettiin tulosten mukaan hyvin harvoilla. Kylmäpakkauksia oli hoitotoimenpiteistä käytetty eniten. Lehto (2005) oli tutkimuksessaan saanut erilaisia tuloksia. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mielestä kipua oli yritetty jonkin verran hoitaa myös lääkkeettömillä hoitomenetelmillä. Eniten kipua oli hoidettu hoitajan asennoitumisen avulla sekä rentoutuksella että keskustelun ja kuuntelun avulla.

Huomattava asia kuitenkin oli, että potilaat olivat hyvin tyytyväisiä osastoilla suoritettuun kivunhoitoon, koska kivunhoito on tärkeä osa leikkauspotilaan toipumista ja elämänlaadun paranemista.

Jatkossa olisi hyvä tutkia hoitajien mielipiteitä kivunhoidosta ja arvioinnista tai tehdä vertaileva tutkimus, jossa olisivat mukana sekä hoitajat että potilaat. Mielenkiintoista olisi myös tietä potilaiden omaisten mielipiteitä siitä, miten heidän omaisiensa kipua on hoidettu.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuus on yksi tutkimuksen keskeinen kysymys. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella toisaalta tulosten luotettavuutena, toisaalta mittaamisen ja aineiston keruun suhteen. Tutkimuksessa on hyvin tärkeää saada tietoa juuri tutkimusongelmasta eli tutkittavasta asiasta. Luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Mittarin validiteettia tarkasteltaessa keskeistä on se, että mittari mittaa todella sitä, mitä sen tulisikin mitata. Mittarin validiteettia voidaan arvioida monella tavalla. Arvioitavat kohteet ovat sisältövaliditeetti, käsitevaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa käytetty käsite on kyetty operationalisoimaan mitattavaksi. Esitutkimuksella on huomattava rooli mittarin validiteetin arvioinnissa. Tämän avulla tutkija varmistuu siitä, että mittari on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206-207.) Tämän tutkimuksen validiteettia pyrittiin parantamaan kyselylomakkeen esitestauksella. Kyselylomakkeeseen ei tehty suurempia muutoksia. Esitestauksen jälkeen todettiin, että mittari on looginen ja ymmärrettävä. Tuloksia analysoitaessa huomattiin kuitenkin, että mittarissa oli puutteita.

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti siis kuvaa sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Mittariin voi liittyä myös epätarkkuuksia, nämä epätarkkuudet voivat liittyä mittariin tai aiheutua käyttäjien epäjohtonmukaisuudesta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209.) Kysely- ja haastattelututkimuksissa vastaaja voi ymmärtää kysymyksen eri tavalla, kuin tutkija on ajatellut, vastaaja voi muistaa asian väärin tai merkitä vastauksen väärin. Myös tutkijan tallentaessa vastauksia tietokoneelle saattaa tapahtua virheitä. (Uusitalo 1999, 84.) Tämän tutkimuksen analysointivaiheessa reliabiliteettia pyrittiin parantamaan niin, että kyselylomakkeet numeroitiin ennen tu-

lostien tietokoneelle laittamista. Tämän avulla mahdolliset virheet pystyttiin löytämään ja korjaamaan.

Reliabiliteettia voidaan parantaa erilaisilla toimenpiteillä. Ensimmäisenä toimenpiteenä mittarit on testattava. Niitä on siis käytettävä ennen virallista tutkimusta jossakin pienemmässä joukossa. Toisena toimenpiteenä ovat hyvät ohjeet. Kolmantena tulisi aineiston kerääjät kouluttaa niin hyvin, että he osaavat toimia havainnointi- tai haastattelutilanteissa tai muissa aineistonkeruutilanteissa mahdollisimman samantyyppisesti. Neljäntenä toimenpiteenä pyritään minimoimaan kohteesta johtuvat virhetekijät. Näitä tekijöitä ovat muun muassa mittausaika, väsymys, kiire, kysymysten paljous kysymysten ymmärrettävyys sekä järjestys. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 210.)

Tässä opinnäytetyössä reliabiliteettia parannettiin siis esitestauksen avulla. Toiseksi kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje, missä kerrottiin mitä tutkitaan ja miksi. Lisäksi kyselylomakkeeseen kirjoitettiin ohjeet lomakkeen täyttämiseen. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan myös kysymysten avulla. Kysymyksistä tehtiin mahdollisimman helposti ymmärrettäviä ja suurimpaan osaan kysymyksistä liitettiin valmiit vastausvaihtoehdot. Tällä pyrittiin vähentämään vastaamiseen kuluvaa aikaa. Lisäksi kysymysten määrä pyrittiin pitämään sopivana. Kyselylomake pyydettiin täyttämään ennen potilaan kotiutumista, sillä kysyttävät asiat olivat näin vielä tuoreessa muistissa. Vastausaikaa annettiin yksi kuukausi, mikä saattoi edistää sitä, että saatiin tarpeeksi korkea vastausprosentti.

Tutkimusaineisto voidaan kerätä monin eri tavoin. Kaikissa tavoissa, oli tutkimusmenetelmä mikä tahansa, tutkittaville tulee antaa tietoa tutkimuksesta ja tutkimusaineiston käytöstä. Kun aineiston keräämiseen käytetään kyselyä, on tutkittaville kyselyn yhteydessä lähetetty saatekirje myös tutkijaa velvoittava sopimus aineiston käytöstä. Annettu informaatio on tutkimuksessa tärkeää myös siksi, että se saattaa ratkaista haluavatko ihmiset osallistua tutkimukseen vai eivät. (Kuula 2006, 99-101.)

Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. Aineistoa pidetään pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Tutkimuksen tekijöillä ei myöskään ole varmuutta siitä, kuinka huolellisesti ja rehellisesti vastaajat ovat pyrkineet kyselyyn vas-

taamaan. Selvää ei myöskään ole se, ovatko annetut vastausvaihtoehdot olleet onnistuneita. (Hirsjärvi ym. 1997, 191.)

Reliabiliteettia saattoi heikentää tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen asteikkojen puutteellisuus. Tämä ongelma ei kuitenkaan tullut esille esitestauksessa. Lisäksi heikentävänä tekijänä voidaan pitää väittämiä 20 ja 31. Tarkoituksena oli, että potilaat arvioisivat jokaista kohtaa erikseen. Monessa lomakkeessa oli kuitenkin ympyröity vain ne vastaukset, mitä hoitajat olivat hoitotyössä käyttäneet. Näiden väittämien selkeyttä olisi voinut lisätä liittämällä väittämiin tarkemmat täyttämishohjeet.

7.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksen eettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen osaan. Tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin ja tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Etenkin niissä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa tutkimuseettiset kysymykset ovat tärkeitä. Tutkimuksessa on tärkeää, että se ei vahingoita tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesta. Myös tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin haitan. Lisäksi keskeistä on se, että tutkimus on vapaaehtoista ja että sen voi keskeyttää koska tahansa. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 26-27.)

Opinnäytetyön eettisyyden toteutumiseksi anottiin kirjallinen tutkimuslupa Satakunnan sairaanhoitopiirin kirurgisen tulosalueen ylihoitajalta (Liite 1). Lisäksi eettisyyden toteutumiseksi kyselylomakkeen yhteydessä olleessa saatekirjeessä (Liite 3) kerrottiin vastaajille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä siitä, ettei vastaajan henkilöllisyys selviä kenellekään missään vaiheessa. Saatekirjeen yhteydessä olivat myös opinnäytetyöntekijän yhteystiedot sitä varten, että vastaajilla oli mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyvistä asioista. Tutkimuksen tuloksia käsiteltäessä ei eritelty eri osastoja, vaan kaikkia osastoja käsiteltiin yhdessä.

Yleisenä periaatteena tutkimuksen tulosten julkaisemisessa voidaan pitää sitä, että tutkija raportoi tulokset avoimesti ja rehellisesti. Tämä taas edellyttää sitä, että tutkija

pyrkii mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. Raporteissa ei tule paljastaa mitään sellaista, mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistuvilla hankaluuksia tai paljastaa tutkimukseen osallistuneen henkilön näkemyksiä. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 31.)

Tämän takaamiseksi opinnäytetyössä pyrittiin rehellisyyteen esittämällä tulokset sellaisina kuin ne vastauksissa olivat. Opinnäytetyössä on myös suoria lainauksia avoimista kysymyksistä vastausten todenmukaisuuden esilletuomiseksi. Lisäksi täytetyt kyselylomakkeet olivat vain opinnäytetyöntekijän käytettävissä ja ne hävitettiin asiallisesti tulosten analysoinnin jälkeen.

LÄHTEET

Aronen, M. 2003. Postoperatiivinen kivunhoito heräämössä. Opinnäytetyö tutkimus. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan oppilaitos.

Elonen, S. & Niemenrinne- Janhunen, P. 2002. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyö tutkimus. Pori: diakonia ammattikorkeakoulu.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WS Bookwell Oy.

Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Heinonen, T. 2003. Kipupiste. Selviytymistarinoita kivusta ja surusta. Pilot - kustannus Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja Kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hovi, S-L. 2000. Kipua kokevan syöpäpotilaan hoitotyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY. 113-128.

Hyyppä, E., Latva- Mäenpää, S., Manninen, K., Myllymäki, L., Salo, H. & Vallejo Medina, A. 1997. Sisätauti- kirurgisen hoitotyön perusteet. Porvoo: WSOY.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2005. Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer- Paino Oy. 118-126.

Kalso, E. 2004. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 85-90.

Kalso, E. 2004. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 222-244.

Kangasniemi, P. 2000. Päiväkirurgisten potilaiden odotuksia ja kokemuksia kivunhoidosta. Opinnäytetyö tutkimus. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan oppilaitos.

Kauppila, M. 2000. Lääkkeen anto kivun hoidossa. Sairaanhoitaja. 1 (73), 25-26.

- Kivijärvi, R. 2006. ”Vähän niin kun olis potkassu varpaan seinään”. Lapsen kipu kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyö tutkimus. Rauma: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos.
- Korhonen, M. 2006. Haavapotilaan kivunhoito –sairaanhoitajan näkökulma. Haava 2: 28-29.
- Kujansuu, P. & Lehtonen, T. 2005. Ortopedisten päivystyspotilaiden kokemuksia kivun hoidosta. Opinnäytetyö tutkimus. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos.
- Kuosmanen, M. & Ruohomäki, C. 2004. Kipumittarin käytön kehittäminen kirurgisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö tutkimus. Harjavalta: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Suomen säädöskokoelma. Helsinki: Edita.
- Lehto, A. 2005. Leikkauksen jälkeinen kipu potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyö tutkimus. Rauma: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos.
- Lempiälä, K., Valtanen, H. 2004. Asentohoidosta kipulääkkeisiin –postoperatiivinen kivunhoito. Opinnäytetyö tutkimus. Rauma: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos.
- Manner, T. 2000. Kivun lääkehoito. Sairaanhoitajalehti. 1 (73): 23-24.
- Mattila, M. (toim.) 1997. Käytännön lääkärin kipukäsikirja. Helsinki: Recallmed Oy.
- Närhi, M. 2000. Kivun fysiologiaa. Sairaanhoitajalehti. 1 (73): 16-19.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Qvick, L. & Sailo, K. 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer- Paino Oy. 60-65.
- Sailo, E. 2000 a. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer- Paino Oy. 30-38.
- Sailo, E. 2000 b. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer- Paino Oy. 97-110.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivunhoitotyö. Helsinki: WSOY.

Salanterä, S. & Heikkinen, K. 2002. Leikkauksen jälkeinen kivun hoitotyö heräämössä. *Sairaanhoitajalehti*. 6-7 (75): 32-34.

Salanterä, S., Hovi, S-L. & Routasalo, P. 2000. Kivun arviointi. *Sairaanhoitajalehti*. 1 (73): 20-22.

Salomäki, T. & Rosenberg, P. 2006. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 838-851.

Sarlio, J. 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) *Kivunhoito*. Tampere: Tammer- Paino Oy. 23-29.

Seppä, T. 2005. Näkymätön kipu näkyväksi. Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun arviointi aikuispotilaan hoitotyössä vuodeosastolla. *Opinnäytetyö tutkimus*. Helsinki: diakonia ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan oppilaitos.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtinen, T. & Suominen, S. 2001. *Kirurgia*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Uusitalo, H. 1999. *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. Jyväskylä: WSOY.

Vainio, A. 2004. *Kivunhallinta*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vartti, A-M. 2000. Kipu kansanterveyden näkökulmasta. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) *Kivunhoito*. Tampere: Tammer- Paino Oy. 39-49.

Väisänen, M. 2000. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito -kouluikäisten lasten haastattelututkimus. Pro-gradu tutkimus. Kuopio: Hoitotieteen laitos.

Wall, P. 2000. *Kivun anatomia*. Helsinki: Art house.

Anna Santalahti
Aarningonkatu 22 A1
26100 Rauma

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS
18.9.2006

Ylihoitaja Seija Elomaa (Satakunnan Keskussairaala)
Sairaalantie 3
28500 Pori

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Rauman yksikössä sairaanhoitajaksi. Opiskeluuni liittyy opinnäytetyön tekeminen. Aiheena on potilaiden kokemukset postoperatiivisesta kivunhoidosta. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia kivusta ja saamastaan kivunhoidosta leikkauksen jälkeen sekä selvittää millaista kivun arviointi on ollut. Tutkimuksen tulosten avulla pyritään kehittämään leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa ja -arviointia. Tutkimus on tarkoitus suorittaa Satakunnan Keskussairaalan naistentautien ja N2B osastoilla syksyn 2006 aikana.


Tutkimus suoritetaan kyselylomakkeella. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja nimetöntä. Kyselylomakkeita jaetaan 100 kappaletta.

Tutkimuksen ohjaavana opettajana toimii yliopettaja, TtL Jaana Simula. Puh. nro 02-620 3558.

Pyydän lupaa suorittaa opinnäytetyöni aineistonkeruun Satakunnan Keskussairaalan naistentautien ja N2B osastoilla.

Kunnioitavasti

Anna Santalahti

	SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI Operatiivinen tulosalue Naistentautien ja synnytysten tulosyksikkö	
		Sivu 1/1

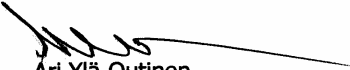
VASTAUS TUTKIMUSLUPA-ANOMUKSEEN

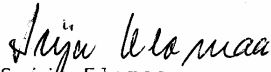
Tutkimuksen tekijä(t): Anna Santalahti
Satakunnan ammattikorkeakoulu

Tutkimusaihe: "Kirurgisten potilaiden kokemukset kivun-
hoidosta leikkauksen jälkeen"

Porissa 2.11. 2006


Myönnän / ~~hylkään~~ tutkimusluvan


Ari Ylä-Outinen
Yliääkäri, naistentautien ja synnytysten tulosyksikkö


Seija Elomaa
tulosalueen ylihoitaja

Sairaalan tie 3
FIN-28500 PORI

Puhelin (02) 62 771
Telekopio (02) 627 7204

	SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI Operatiivinen tulosalue	

VASTAUS TUTKIMUSLUPA-ANOMUKSEEN

Tutkimuksen tekijä(t): Anna Santalahti
 Satakunnan ammattikorkeakoulu


Tutkimusaihe: Kirurgisten potilaiden kokemukset kivun-
 hoidosta leikkauksen jälkeen

Porissa 13.10 2006.

Myönnän / hylkään tutkimusluvan



Pertti Aarnio
 Kirurgian ylilääkäri



SEIJA ELOMAA
 tulosalueen ylihoitaja

Arvoisa vastaaja

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Rauman yksikössä sairaanhoitajaksi. Opiskeluuni liittyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia saamastaan kivunhoidosta leikkauksen jälkeen sekä selvittää millaista kivun arviointi on ollut. Tutkimuksen tulosten avulla pyritään kehittämään leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa ja -arviointia.

Pyydän Teitä täyttämään ja palauttamaan kyselylomakkeen oheisessa kirjekuoressa hoitajien kansliassa olevaan laatikkoon. Opinnäytetyön tekijä hakee palautetut lomakkeet vastaamisajan umpeuduttua osastolta. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa kyselyyn ennen kotiutumista.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja nimetöntä eikä henkilöllisyytenne tule missään vaiheessa ilmi.

Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii yliopettaja TtL Jaana Simula. Tutkimukselle on anottu asianmukaisesti tutkimuslupa.

Jos Teillä ilmenee kysyttävää, vastaan kysymyksiinne mielelläni.

Kiittäen

Sairaanhoitajaopiskelija

Anna Santalahti

044-3753419

2 KIPUTUNTEMUKSET

Seuraavat kysymykset liittyvät kivun tuntemuksiinne. Vastatkaa rengastamalla mielestänne sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

Asteikko	5 Sietämätön				
	4 Kova				
	3 Kohtalainen				
	2 Lievä				
	1 Ei kipua				
7. Minkälaista kipunne oli ennen leikkausta?	5	4	3	2	1
8. Hoidettiinko kipuanne ennen leikkausta?	1 Kyllä				
	2 Ei				
9. Minkälaista kipunne on nyt?	5	4	3	2	1
10. Minkälainen kipunne on ollut pahimmillaan?	5	4	3	2	1
11. Minkälaista kipua olette valmis sietämään ennen kuin otatte kipulääkettä?	5	4	3	2	1
12. Onko kipunne jatkuvaa?	1 Kyllä				
	2 Ei				

13. Mikä/ Mitkä asiat ovat lisänneet kipuanne?

14. Minkälaisia tunteita kipu on Teille aiheuttanut?

3 KIVUN ARVIOINTI

Kysymykset liittyvät kipunne arvioimiseen. Vastatkaa rengastamalla mielestänne sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

Asteikko

4 Täysin samaa mieltä

3 Jokseenkin samaa mieltä

2 Jokseenkin eri mieltä

1 Täysin eri mieltä

15. Sain tietoa ennen leikkausta
kipumittarin käytöstä

4 3 2 1

16. Kipuani arvioitiin kipumittarin avulla

4 3 2 1

17. Kipuani käytiin arvioimassa
säännöllisin väliajoin

4 3 2 1

18. Kipuani arvioitiin ennen lääkkeen antoa	4	3	2	1
---	---	---	---	---

19. Kipuani arvioitiin lääkkeen annon jälkeen	4	3	2	1
---	---	---	---	---

20. Kipuani arvioitiin näissä tilanteissa:

Ollessani liikkeellä	4	3	2	1
----------------------	---	---	---	---

Levossa	4	3	2	1
---------	---	---	---	---

Yskiessä	4	3	2	1
----------	---	---	---	---

Aamulla	4	3	2	1
---------	---	---	---	---

Illalla	4	3	2	1
---------	---	---	---	---

Yksilöllisten tarpeideni mukaan	4	3	2	1
---------------------------------	---	---	---	---

Pyytäessäni kipulääkettä	4	3	2	1
--------------------------	---	---	---	---

21. Sain itse määrittää kipuni voimakkuuden	4	3	2	1
---	---	---	---	---

22. Kipuni arviointi on ollut mielestäni riittävää	4	3	2	1
--	---	---	---	---

23. Käytettiinkö kipumittarin ohella muita arviointimenetelmiä

1 Kyllä, mitä _____

2 Ei

4 KIVUN HOITO

Kysymykset liittyvät siihen, miten kipuanne on hoidettu. Vastatkaa rengastamalla mielestänne sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

Asteikk	4 Täysin samaa mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	1 Täysin eri mieltä
24. Minulle annettiin tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta	4	3	2	1
25. Sain kipulääkettä tarpeeksi usein	4	3	2	1
26. Kipulääkettä annettiin säännöllisesti	4	3	2	1
27. Jouduin pyytämään kipulääkettä	4	3	2	1
28. Minulle tarjottiin kipulääkettä, vaikken sitä pyytänyt	4	3	2	1
29. Minulle kerrottiin, mitä lääkettä sain	4	3	2	1
30. Sain itse valita, millä tavoin kipuani hoidetaan	4	3	2	1

31. Kipuani hoidettiin....

Asentoa muuttamalla	4	3	2	1
Kylmän avulla	4	3	2	1
Puhalluspullolla	4	3	2	1
Liikunnan avulla	4	3	2	1
Rentoutumalla	4	3	2	1
Keskustelemalla	4	3	2	1
Lääkkeillä	4	3	2	1
Kipupumpulla	4	3	2	1

32. Miten hoitajat ovat mielestänne suhtautuneet kipuunne?

33. Mitä parannusehdotuksia Teillä olisi osaston kivunhoitoon liittyen?

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄNNE JA PIKAISTA PARANEMISTA!!