



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Potilasohje kirurgiselle potilaalle postoperatiivisesta kivunhoidosta

Grigoriev, Kecia
Joannidis, Nina
Malmberg, Annika

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Potilasohje kirurgiselle potilaalle postoperatiivisesta kivunhoidosta

Grigoriev Kecia
Joannidis Nina
Malmberg Annika
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2016

Kecia Grigoriew, Nina Joannidis, Annika Malmberg

Potilasohje kirurgiselle potilaalle postoperatiivisesta kivunhoidosta

Vuosi 2016 Sivumäärä 94

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa erään HUS:n sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle kirjallinen potilasohje postoperatiivisesta kivunhoidosta. Tarkoituksena oli lisätä potilaiden tietoutta postoperatiivisesta kivusta ja siihen saatavilla olevasta hoidosta. Tavoitteena oli kehittää kirurgisen potilaan ja hoitohenkilöstön välistä yhteistyötä. Tavoitteena oli lisätä potilaiden tietoa ja ymmärrystä postoperatiivisesta kivunhoidosta. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa informatiivinen raporttiosa, jota osastolla tullaan käyttämään perehdytysmateriaalina. Potilasohje suunniteltiin ja toteutettiin juuri kyseisen osaston tarpeita vastaavaksi.

Teoreettisen viitekehyksen lähteinä käytettiin kansainvälisiä ja kansallisia tutkimuksia, artikkeleja, alan kirjallisuutta ja hoitosuosituksia. Tietokannoiksi valikoituivat Medic, EBSCOhost, Aleks ja PubMed. Tietoa haettiin leikkauksen jälkeisen kivunhoidon menetelmistä ja potilaan ohjaamisesta. Potilaiden ohjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä ja se tulisi toteuttaa potilaslähtöisesti. Suullista ohjausta tulisi tukea kirjallisella ohjausmateriaalilla. Kirjallinen materiaali tulee suunnitella siten, että se sopii juuri kyseisen potilasryhmän ohjaukseen. Leikkauksen jälkeisen kivun hoitaminen on tärkeää, koska kipu hidastaa toipumista. Leikkauksen jälkeistä kipua hoidetaan multimodaalisella lääkehoidolla jota tuetaan lääkkeettömillä menetelmillä.

Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista. Juurruttamisella haluttiin osallistaa koko osaston henkilökunta mukaan projektiin. Lähtötilanteen kartoitus tehtiin ryhmähaastatteluina toteutetuilla teemahaastattelulla. Haastattelujen pohjalta nousivat esille kehittämistä vaativat asiat. Potilasohje toteutettiin tutkitun tiedon pohjalta.

Tuotoksena syntynyt potilasohje vastasi sille asetettuihin tavoitteisiin. Ohjeen osa-alueiksi valikoituivat alkukartoituksen perusteella leikkauksen jälkeinen kipu, miten leikkauksen jälkeistä kipua hoidetaan, kivunhoidon yhteistyö, kivusta ilmoittaminen ja potilaan oma aktiivisuus. Ohjeen kuvitukseen käytettiin tekijöiden ottamia valokuvia. Ohje toteutettiin HUS:n graafisten ohjeiden mukaisesti. Potilasohje tullaan lähettämään potilaille kutsukirjeen mukana.

Valmis potilasohje arvioitiin teemahaastatteluihin osallistuneilla sairaanhoitajilla. Ohje arvioitiin ulkoasun ja sisällön puolesta onnistuneeksi ja se koettiin myös hyödylliseksi työvälineeksi. Sisällössä erityistä kiitosta saivat havainnollistavat kuvat ja selkeä teksti.

Jatkotutkimusaiheeksi esitettiin potilaille suunnattua tutkimusta, jolla voisi kartoittaa heidän näkemystään potilasohjauksesta ja potilasohjeesta.

Asiasanat: potilasohje, potilasohjaus, kirurginen potilas, postoperatiivinen kivunhoito

Kecia Grigoriew, Nina Joannidis, Annika Malmberg

Patient Instructions for a Surgical Patient Regarding Post-Operative Pain Management

Year	2016	Pages	94
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to produce patient instructions regarding post-operative pain management for a surgical inpatient ward at a HUS hospital. Since patients describe their pain poorly, the ward had a real need for the instructions. The purpose was to improve the patients' knowledge of post-operative pain and the treatment available for it. The thesis aimed to produce written patient instructions for the use of the ward, and to develop the co-operation between surgical patients and the nursing staff. The objective was to increase the patient's knowledge and understanding of post-operative pain management. Furthermore, the thesis aimed to produce an informative report part that the ward can use as introductory material. The patient instructions were designed and implemented to correspond to the needs of this one specific ward.

International and national research, articles, literature in the field and current care recommendations were used as sources for the theoretical frame of reference. As databases, we used Medic, EBSCOhost, Aleksi and PubMed. The information searched was post-operative pain management methods and patient education. Patient education is an important part of nursing and it should be carried out from the patient's point of view. Verbal guidance should be supported with written educational material. The written material should be designed to suit the patient group's education in question. Pain management after surgery is important because pain slows down recovery. Pain after surgery is treated with multimodal medication which is supported by non-medicinal methods.

Dissemination was used as a method for the development operations. The aim of dissemination was to have the entire staff of the ward take part in the project. The baseline was mapped by using theme interviews, which were implemented as group interviews. Matters requiring development were revealed in the interviews. The patient instructions were implemented based on researched data. The completed patient instructions were given for appraisal to the nurses who took part in the theme interviews.

The patient instructions that were created as a result of this corresponded to the objectives set for them. The patient instructions were clear, informative and their appearance invited patients to read them. The patient instructions will be sent to the patients with the invitation letter.

As a subject for further study, we suggest a study aimed at the patients to map their view of patient education and patient instructions.

Keywords: patient instructions, patient education, surgical patient, post-operative pain management

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Kehittämissympäristö	8
2.1	Toimeksiantaja	8
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	8
3.1	Potilasohjaus	8
3.2	Potilasohje	10
3.3	Ohjauksen etiikka	11
3.4	Kipu	12
3.4.1	Akuutti kipu	13
3.4.2	Krooninen kipu	14
3.4.3	Haavakipu	14
3.5	Kivun hoitotyö	14
3.6	Kivunhoidon etiikka ja juridiikka	17
3.7	Postoperatiivinen kipu	17
3.8	Postoperatiivinen kivunhoito	19
3.9	Postoperatiivisen kivun lääkehoito	22
3.9.1	Tulehduskipulääkkeet	23
3.9.2	Parasetamoli	24
3.9.3	Opioidit	24
3.9.4	Puudutukset	26
3.9.5	Masennuskipulääkkeet	28
3.10	Lääkkeettömät postoperatiiviset kivunhoitomenetelmät	29
3.10.1	Hengitysharjoitukset ja puhalluspullo (PEP)	29
3.10.2	Asentohoito	29
3.10.3	Kylmähoito	30
3.10.4	Abdominaalituki	30
3.10.5	Huomion vieminen pois kivusta	30
3.11	Kirurginen potilas	31
3.11.1	Avoleikkaus	32
3.11.2	Tähystysleikkaus	33
3.12	Sappi	33
3.13	Tyrät	35
3.14	Suoliavanteet	37
3.15	Umpilisäkkeen tulehdus	38
3.16	Suoliresektiot	40
3.17	Munuaisen poisto	41
3.18	Kilpirauhasen poisto	42
3.19	Plastiikkakirurgia	43

3.20	Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu	43
3.21	Virtsarakon muutoksen poisto	45
3.22	Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta	45
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	47
4.1	Juurruttaminen kehitystoiminnan menetelmänä	47
4.2	Kvalitatiivinen tutkimus.....	49
4.3	Otos.....	50
4.4	Aineiston keruu	51
4.5	Analyysi	55
5	Kehittämistoiminnan toteutus	58
5.1	Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta	58
5.2	Käytännön toteutus	61
6	Uusi toimintatapa	63
6.1	Toimintatavan kuvaus	63
6.2	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön.....	64
7	Kehittämistoiminnan arviointi	65
7.1	Muutosprosessin ja lopputuloksen arviointi	65
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	65
7.3	Tutkimusetiikka	66
8	Lopuksi	68
	Lähteet	70
	Kuvat	78
	Kuviot	79
	Taulukot	80
	Liitteet	81

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa erään HUS:n sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle potilasohje postoperatiivisesta kivunhoidosta. Osastolla on todellinen tarve ohjeelle, koska potilaat kertovat kivustaan huonosti. Tarkoituksena oli lisätä potilaiden tietoutta postoperatiivisesta kivusta ja siihen saatavilla olevasta hoidosta. Potilaiden tulee saada riittävästi hoitoaan koskevaa tietoa, jotta he pystyvät osallistumaan hoitoonsa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 13).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasohje osaston käyttöön. Tavoitteena oli kehittää kirurgisen potilaan ja hoitohenkilöstön välistä yhteistyötä. Tavoitteena oli lisätä potilaiden tietoa ja ymmärrystä postoperatiivisesta kivunhoidosta. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa informatiivinen raporttiosa, jota osastolla tullaan käyttämään perehdytysmateriaalina.

Opinnäytetyö tehtiin kehittämistoimintana, jonka menetelmänä käytettiin juurruttamista. Lähtötilanteen kartoitus tehtiin teemahaastatteluna toteutetuilla ryhmähaastatteluilta. Saatua aineisto litteroitiin sanasta sanaan ja analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyyysilla. Aineistosta nousivat esille ne asiat, joita haluttiin kehittää. Teoreettisen tiedon pohjalta lähdettiin luomaan potilasohjetta, joka vastaisi osaston tarpeisiin. Ohje toteutettiin tiiviissä yhteistyössä työelämäedustajan kanssa.

Hyvä potilasohjaus parantaa potilaan valmiuksia osallistua itseään koskevaan hoitoon ja päätöksentekoon. Lisäksi potilaan ja omaisten ohjauksella voidaan vähentää ahdistusta ja pelkoa. Kirjallinen potilasohje tukee suullista ja henkilökohtaista ohjausta. Potilas voi kerrata saamaansa tietoa potilasohjeesta itsellensä sopivana aikana. (Torkkola ym. 2002, 23-24.)

HUS strategian (2012-2016) mukaan tavoitteena on asiakaslähtöisyyden parantaminen. Tähän kuuluu potilaiden inhimillinen, kunnioittava ja yksilöllinen kohtelu. Potilaiden hoito toteutetaan yksilöllisesti ja hyvässä yhteistyössä potilaan kanssa. Strategian mukaan tarkoituksena on parantaa potilaiden oikeutta saada tutkimuksiin ja hoitoon liittyvää tietoa sekä oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi strategiassa korostetaan suomen- ja ruotsinkielisten potilaiden oikeutta saada hoitoa omalla äidinkielellään. Tästä johtuen teemme potilasohjeen sekä suomen että ruotsin kielellä.

2 Kehittämissympäristö

2.1 Toimeksiantaja

Toimeksiantaja on erään HUS:n sairaalan kirurginen vuodeosasto. Osastolla hoidetaan tutkimus- ja tulehduspotilaita, yleiskirurgian, virtsaelinkirurgian sekä maha- ja suolistoalueen leikkauspotilaita. Lisäksi osastolla hoidetaan pääkaupunkiseudun sairaaloissa hoidettuja erityistason kirurgiaa tarvitsevia potilaita. Osastolla on myös kaksi paikkaa korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkauspotilaille. (Kirurgian vuodeosastot 2015; Lohjan sairaanhoitoalue 2012.)

3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

3.1 Potilasohjaus

Potilasohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisten potilaalle ja hänen omaisilleen välittämää tietoa hänen terveydentilastaan, hoitoaan koskevista asioista ja hoitovaihtoehtoista. Laadukas ohjaus on hyvän hoidon osa-alue ja olennainen osa kaikkien terveydenhuoltosektorilla toimivien työtä. Erityisesti erikoissairaanhoidossa ohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia. (Kääriäinen 2007; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 20.)

Potilasohjaus on hoitotyön auttamiskeino, jolla pyritään lisäämään ymmärrystä ja tietoa, joiden avulla potilas kykenee itsenäiseen päätöksentekoon parantaakseen elämäänsä haluamallaan tavalla. Potilasohjauksen tavoitteena on potilaan voimavaraistuminen eli oman elämänsä hallinnan saavuttaminen tai palauttaminen. Tähän pyritään potilaan osallistuttamisella päätöksentekoon häntä koskevista asioista. Potilasohjauksen perustana on potilaan tiedon tarve hänelle tärkeistä asioista. Ohjausta suunniteltaessa otetaan huomioon sekä potilaan että hoitohenkilöstön taustatekijät. (Lipponen 2014.)

Potilasohjauksen perusta on määritelty laissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 5§ mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidosta ja sen merkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehtoista ja riskitekijöistä. Tiedot tulee antaa potilaalle niin, että hän ymmärtää niiden sisällön. Potilasohjauksella tuetaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Ohjauksessa potilas on aktiivinen osallistuja, ja ohjaussuhde on tasa-arvoinen. Ohjauksella pyritään välittämään potilaalle riittävästi tietoa, jonka pohjalta hän voi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. (Lipponen 2014.)

Terveydenhuollon eettisissä periaatteissa määritellään ammattieettiset velvollisuudet, jotka velvoittavat hoitohenkilöstöä huolehtimaan asiakkaan edusta ja oman osaamisensa ajantasaisuudesta (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001). Ohjauksen näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että ammattihenkilöstön on huolehdittava ohjauksensa kliinisten tietojen ja ohjauksen sisällön ajantasaisuudesta sekä huolehdittava potilaiden riittävästä tiedonsaannista.

Hoitoaikojen lyhentyminen ja potilaiden lisääntynyt tiedonhalu omasta terveydentilastaan lisäävät tarvetta hyvälle potilasohjaukselle. Potilaan ohjaaminen on osa sairaanhoitajan työtä. Onnistunut potilasohjaus lähtee potilaan tarpeista ja tavoitteista sekä suunnitellaan aina yksilöllisesti potilaan tarpeita vastaavaksi. Potilaan ohjaaminen tapahtuu ohjaustilanteessa, jossa hoitaja ja potilas keskustelevat tasavertaisina. Hoitajan tehtävä on luoda edellytykset ohjeiden vastaanottamiselle. Rauhallinen tilanne ja kiireettömyys edesauttavat ohjauksen onnistumista. Ohjausmenetelmä valitaan parhaiten potilaalle sopivaksi. (Torkkola ym. 2002, 26-28.)

Potilaslähtöisyys hoitotyössä on muokannut hoitohenkilökunnan ja potilaan suhdetta. Potilas ei ole enää kohde, jolle hoitohenkilöstö kertoo päätöksistä, vaan aktiivinen päätöksentekoon osallistuja. Potilaalle välitetään kaikki oleellinen tieto, jonka pohjalta hän hoitohenkilöstön tuella osallistuu päätöksentekoon. Potilasohjauksella ja sen onnistumisella on suuri merkitys potilaan kokonaisuhoiton onnistumiselle. (Fenley & Dixon 2012.)

Ohjauksen tulisi herättää potilaan mielenkiinto asiaa kohtaan ja motivoida häntä osallistumaan. Havainnollistaminen auttaa asian ymmärtämistä, samoin visualisointi. Kirjallinen materiaali auttaa tiedon sisäistämistä. Tieto auttaa potilasta ennakoimaan tulevaa ja valmistautumaan siihen. (Eloranta & Virkki 2011, 72-76.) Nummen ja Järven (2012) mukaan leikkauspotilaiden tulisi saada etukäteen tietoa leikkauksesta, siihen valmistautumisesta sekä leikkauksen jälkeisestä toipumisesta. Hyvä potilasohje on osa toipumista.

Elorannan, Leino-Kilven ja Katajiston (2014) tekemässä tutkimuksessa hoitotyöntekijät kokivat ohjaustaitojensa parantuneen vuoden 2001 jälkeen. Tutkimuksen mukaan potilaille ei kuitenkaan välitetä tietoa tarpeeksi laaja-alaisesti ja ohjausmenetelmien käyttö on yksipuolista. Tutkimuksesta nousi esille tarve kehittää ohjauksen monipuolisuutta ja yksilöllisyyttä. Potilaan aktiiviseen osallistamiseen perustuvia ohjausmuotoja tulisi kehittää.

Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2005) tutkimuksessa tutkittiin potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Aineistoa kerättiin yhden sairaalan osastoilta ja poliklinikoilta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että aineiston potilaista 71 prosenttia koki saavansa riittävästi ohjausta sairaalassa, 13 prosenttia riittämättömästi ja 16 prosenttia potilaista koki ohjauksen

tarpeettomaksi heille. Ohjauksen kokivat tärkeämmäksi miehet ja osastolla olleet kuin muut. Ohjauksen puutteita ilmeni siinä, ettei ohjausta sovellettu potilaan elämäntilanteeseen, ongelmista ei voinut keskustella, ohjeita ei perusteltu tai omaisia ei otettu mukaan ohjaustilanteeseen. Puutteellisia olivat myös ohjausajan riittävyys sekä terveydenhuoltohenkilökunnan valmiudet käyttää ohjausvälineistöä. Henkilökunta hallitsi hyvin vain suullisen ohjauksen ja kolmasosa aineiston potilaista jäi ilman kirjallista ohjausmateriaalia. Tutkimuksen mukaan saatu ohjaus lisäsi potilaiden positiivista asennoitumista hoitoon sekä vastuun ottoa sairauden hoidosta. Ohjauksen tulisi olla laajempaa ennen sairaalaan tuloa kuin sairaalassaolon aikana. Henkilökunnan tulisi asennoitua ohjaukseen myönteisesti ja tukea potilasta osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

3.2 Potilasohje

Potilasohjeet ovat kirjallisia ohjeita, joita terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät tiedon välittämisessä potilaalle tai hänen omaisilleen. Potilasohjeissa voidaan välittää tietoa sairaudesta, erilaisista hoitotoimenpiteistä, itsehoidosta tai muusta potilaan terveydentilaan liittyvästä. Potilasohjeet voivat olla hyvin erilaisia niiden välittämästä informaatiosta ja kohde-ryhmästä johtuen. Nykyään potilasohjeita löytyy myös internetistä, missä potilaat voivat lukea niitä itsenäisesti. Potilasohjeeseen on koottu asiaan liittyvä olennainen tieto, jota potilas voi halutessaan täydentää mielenkiinnostaan riippuen. Kirjallinen ohje on usein tarpeellinen, koska suullinen ohjaus unohtuu nopeasti. Kirjallisesta ohjeesta potilas voi nopeasti ja helposti palauttaa mieleen saamansa ohjauksen ja kerrata asioita itsellensä sopivana ajankohtana. (Torkkola ym. 2002, 26-31; Eloranta & Virkki 2011, 73-74.)

Kirjallisen ohjauksen tarvetta lisäävät lyhentyneet hoitoajat ja potilaiden lisääntynyt tiedonhalu. Potilailta myös odotetaan nykyään parempia itsehoitotaitoja, ja heidän oletetaan ottavan vastuun omasta toipumisestaan hyvin nopeasti. Lyhentyneiden hoitoaikojen takia henkilökohtaiseen ja suulliseen ohjaamiseen jää entistä vähemmän aikaa. Kirjallisia ohjeita käytetään suullisen ohjauksen tukena ja täydennyksenä. (Torkkola ym. 2002, 7-10.)

Potilasohje antaa ohjausta ja neuvontaa sekä luo kuvaa organisaation johtamistavoista ja hoitotoimintatavoista. Jokaisen hoitolaitoksen tulisi kehittää oma tapansa tehdä ohjeita, koska ohje palvelee kyseisen laitoksen väkeä. Valmis ohjepohja toimii hyvänä apuvälineenä yhtenäisen linjan säilyttämisessä. (Torkkola ym. 2002, 34-35.)

Potilasohjeen kirjoittamiseen on kaksi lähtökohtaa: laitoksen tarpeet ohjata potilasta oikeanlaiseen toimintaan ja potilaan tarve saada oikeaa ja olennaista tietoa. Tärkeää on ihan ensimmäiseksi miettiä, kenelle ohjetta kirjoitetaan. Hyvässä ohjeessa puhutellaan lukijaa eli potilasta tai hänen omaisiaan. Puhuttelumuodon käyttö selventää viestiä ja helpottaa asian

ymmärtämistä. Teitittelymuoto on kaikille soveltuva, mutta sinuttelunkin käyttö voi olla perusteltua. (Eloranta & Virkki 2011, 74-77.)

Hyvärisen (2005) mukaan on tärkeää, että potilasohjeessa tarina etenee loogisesti, ja että asiat kerrotaan tärkeysjärjestyksessä. Ohjeessa tulee käyttää selkokielistä yleiskielen sanastoa. Mustajoen (2011) mukaan tärkeintä on pitää potilasohjeen rakenne yksinkertaisena ja ohje selkeänä. Vierasperäisiä sanoja tulisi välttää ja korvata ne yksinkertaisilla suomenkielillä ilmaisuilla.

Kirjallisella ulkoasulla voidaan vaikuttaa ohjeiden sisäistämiseen ja ymmärtämiseen. Otsikoinnin tulee kertoa käsiteltävät asiat ja helpottaa sisällön hahmottamista. Pääotsikko kertoo, mistä ohjeessa on kyse. Väliotsikoiden tehtävä on auttaa lukijaa kahlaamaan teksti loppuun asti. Virkkeet ja lauseet tulee pitää helppoina ja ymmärrettävinä. Tekstiä selkeyttää onnistunut kappalejako. Hyvin valitut ja tekstiä täydentävät kuvat auttavat ymmärtämään ja herättävät mielenkiintoa. (Torkkola ym. 2002, 39-40; Eloranta & Virkki 2011, 74-77.) Hyvärinen (2005) korostaa sitä, että ohjeessa annetut ohjeet on aina perusteltava lukijalle. Hyvä perustelu motivoi lukijaa toimimaan annettujen ohjeiden mukaisesti.

Ihminen muistaa noin 70 prosenttia siitä, mitä on nähnyt, ja vain noin 10 prosenttia siitä, mitä on kuullut. Sekä suullisesti että kirjallisesti välitetystä tiedosta muistiin voi jäädä jopa 90 prosenttia. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Kirjallisella ohjeella voidaan välittää potilaalle neuvoja ja informaatiota. Ohje voidaan lähettää potilaalle kotiin jo ennen hoitoon tuloa tai antaa hoidon aikana henkilökohtaisesti. Kotiin lähetetyn ohjeen avulla potilas voi jo etukäteen tutustua ohjeisiin ja miettiä rauhassa mahdollisia kysymyksiä. Etukäteen saatu tieto voi auttaa orientoitumaan tulevaan ja vähentää pelkoa. Henkilökohtaisella ja suullisella ohjauksella voidaan sitten täydentää kirjallista ohjausta. (Torkkola ym. 2002, 22-26.)

3.3 Ohjauksen etiikka

Ohjauksessa etiikka toimii sekä resurssina että työvälineenä. Organisaatio ja henkilöstö muodostavat eettisen ympäristön, joka määrittelee ohjauksen arvostuksen osana hoitotyötä ja siihen käytettävissä olevat resurssit. (Kääriäinen 2007.) Ohjaajana toimiessaan on hoitajalla aina vastuu siitä, että toiminta on eettisesti kestävä ja tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvaa. Potilasohjaus edellyttää ammatillista vastuuta ohjausvalmiuksien ylläpitämisestä ja kehittämisestä. (Lipponen 2014.) Potilaalla on oikeus saada luotettavaa ja tutkittua tietoa. Eettinen toiminta ohjaustilanteessa vaatii hoitajalta omien arvojensa selkeyttämistä ja omien näkemystensä ja käsitystensä työstämistä. Hoitajan on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta ja vältettävä häirintää ja harmin aiheuttamista. (Kyngäs ym. 2007, 154-155.)

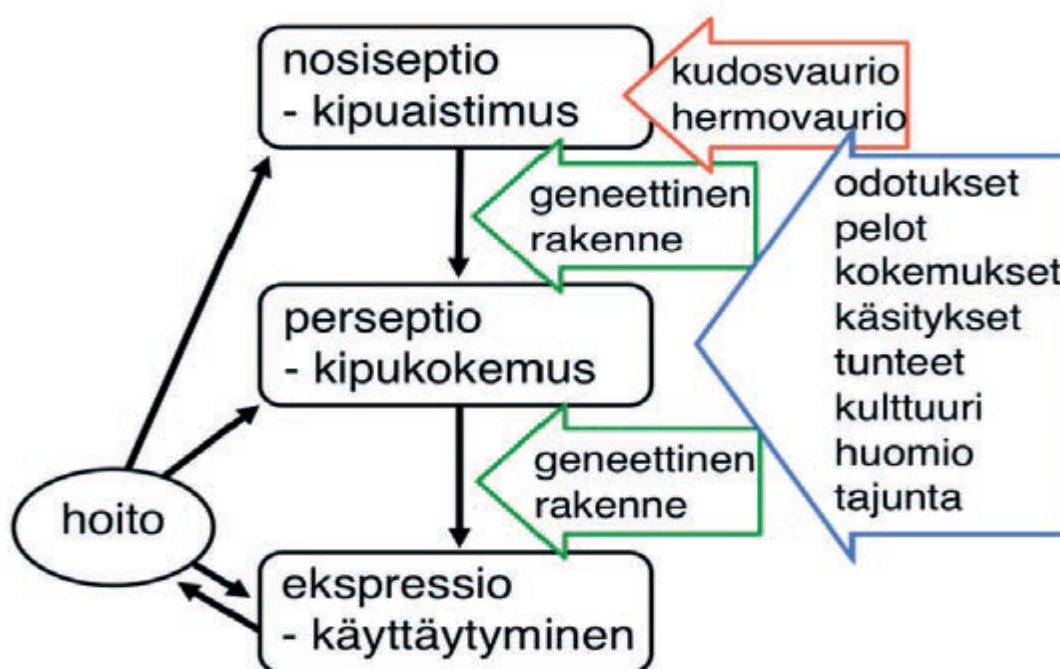
Hoitajalla tulisi olla potilaasta riittävästi tietoa ennen ohjaustilannetta, jotta ohjaaminen voidaan toteuttaa potilaslähtöisesti ja yksilöllisesti. Hoitajan on osattava ohjata potilasta juuri hänelle sopivimmalla tavalla. Toiset potilaat haluavat saada hyvin yksityiskohtaista tietoa, kun taas sama tieto voi jollekin toiselle potilaalle aiheuttaa ahdistusta. Hoitajan tulisi osata suunnitella ohjaaminen siten, että se vastaa potilaan fyysistä ja psyykkistä vointia ja tilannetta. Eettiset kysymykset korostuvat silloin, kun ohjattavana oleva potilas ei itse kykene ottamaan vastuuta päätöksenteosta. (Cutilli 2009.)

Potilasta eivät velvoita eettiset ohjeet vaan yleinen etiikka. Potilas on vastuussa oman terveytensä edistämisestä ja antamiensa tietojen oikeellisuudesta. Potilaalla on myös eettinen velvollisuus etsiä ja pyytää riittävästi ohjausta, jotta hän kykenee sen avulla tekemään itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Potilaalla on itsemääräämisoikeuteen perustuva oikeus olla haluamatta ohjausta. (Kynäs ym. 2007, 156.)

3.4 Kipu

Kivun määrittely on haastavaa kivun subjektiivisen luonteen takia. Kipu on ihan minkälainen tahansa kokemus, jonka yksilö itse määrittää kivuksi. Eri ihmiset kokevat kivun voimakkuuden eri tavoin, vaikka kivun voimakkuus on sama. Se, kuinka yksilö aistii ja tuntee kivun, liittyy muun muassa yksilön fysiologisiin muutoksiin, tunteisiin, ajatuksiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin tekijöihin. Kipu on myös aina sidoksissa yksilön omiin henkilökohtaisiin kokemuksiin sekä omaan kulttuuriin. (Sailo & Vartti 2000, 30.) Kivun tuntemukseen vaikuttavat myös perimä, ikä ja sukupuoli. Kipu on samaan aikaan tunne, aisti sekä fysiologinen ilmiö. (Salanterä, Haggelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7-9.)

Kipu voidaan luokitella joko kivun keston tai kivun syntymekanismien mukaan. Kun puhutaan kivun aiheuttajasta, luokitellaan kipu tällöin joko nosiseptiiviseksi eli kudonvauriokivuksi, neuropaattiseksi eli hermovauriokivuksi tai idiopaattiseksi, jonka syntymekanismia ei pystytä kunnolla osoittamaan. Kipu luokitellaan kestopensa mukaan joko akuuttiin tai krooniseen kipuun. (Haanpää & Pohjolainen 2015.) Kuvassa 1 on kuvattu kivun kokemukseen vaikuttavia osa-alueita.



Kuvio 1: Kipuaistimuksesta kipukäyttäytymiseen (Kontinen 2011)

3.4.1 Akuutti kipu

Akuutti eli lyhytaikainen kipu on äkillistä kivuntuntemusta, joka on yleensä ohimenevää (Kuusisto 2012a). Akuutin kivun avulla elimistö suojaa ihmistä varoittamalla elimistöä vauriosta kivun tuntemuksella (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 105). Akuuttiin kipuun liittyy usein kudosaivurio tai elimistön vaurio. Akuutti kipu voi johtua esimerkiksi leikkauksesta, haavasta, luunmurtumasta, tulehduksesta tai synnytyksestä. (Sailo & Vartti 2000, 34-35.) Akuutti kipu varoittaa ihmisen elimistöä kudosaivuriosta ja antaa tietoa ja määrittystä kivunhoitoa varten. Akuuttia kipua voidaan hoitaa ja lievittää tehokkaasti. Akuuttia kipua tulee hoitaa hyvin, sillä hoitamaton akuutti kipu saattaa pitkittyä ja muuttua krooniseksi kivuksi. (Kalso ym. 2009, 106; Sailo & Vartti 2000, 34; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 565.)

Hoitamattomana akuutti kipu hidastaa toipumista, pitkittää potilaan sairaalassaoloaikaa sekä hidastaa potilaan kuntoutumista. Se heikentää potilaan hengitystoimintaa, aiheuttaa verenkiertohäiriöitä sekä saattaa lamata suolen toimintaa. Hoitamaton akuutti kipu aiheuttaa myös tarpeetonta psyykkistä kuormitusta. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013; Rognstad, Fredheim, Johannessen, Kvarstein, Skauge, Undall & Rustøen 2012; Choate, McDonald & Scott 2011; Pöyhä 2014a, 145.)

3.4.2 Krooninen kipu

Krooninen eli pitkäkestoinen kipu määritellään kivun keston mukaan. Kipua pidetään kroonisena, kun kudonsvaurion paraneminen kestää normaalia pidempään. Krooninen kipu voi johtua myös hermovauriosta. (Kuusisto 2012b; Paakkari 2013.) Yleensä kipu nähdään kroonisena, jos kipu on jatkunut yli kolme kuukautta (Sailo & Vartti 2000, 34-35). Krooninen kipu ei ole enää elimistön varoitusmerkki vauriosta, vaan pysyvä tila, jossa kivun säätelyjärjestelmä on häiriintynyt (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 565). Kroonisen kivun ei tarvitse olla yhtäjaksoista. Se voi hyvinkin olla ajoittaista mutta toistuvaa. Krooninen kipu vaikuttaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatuun ja saattaa aiheuttaa työkyvyn heikentymistä, masennusta, unettomuutta ja kärsimystä. (Rognstad ym. 2012; Sailo & Vartti 2000, 34-35.)

3.4.3 Haavakipu

Haava eli ihorikkouma on elimistön yleisin vamma. Haava voi olla akuutti, jolloin sen aiheuttaa äkillisesti ulkoinen tapaturma, tai se voi olla tarkoituksellisesti tehty leikkaushaava. Tapaturmainen akuutti haava voi olla esimerkiksi pureman aiheuttama, kuumuuden aiheuttama tai ruuhje. Krooninen haava voi johtua myös ulkoisesta tekijästä kuten paineesta tai hankautumasta, mutta myös verenkierto-ongelmat aiheuttavat kroonista haavaumaa. On hyvä muistaa, että akuutti haava voi aina muuttua krooniseksi. (Hammar 2011, 22.)

Leikkaushaava syntyy kirurgin tehdessä viillon potilaan ihoon sairaalan tiloissa. Leikkaushaavan paranemiseen vaikuttavat monet asiat kuten leikkauksen kohde, haavan koko, sijainti ja kudonsvaurion syvyys, verenkierto sekä kudoshapetus. Myös potilaan ikä, yleissairaudet, ravitsemus, perinnölliset tekijät, leikkaavan lääkärin kudoksenkäsittelytaito, leikkauksen kesto ja postoperatiivisen hoidon kesto vaikuttavat potilaan leikkaushaavan paranemiseen sekä infektoriskiin. Kudoksia vähän vaurioitava leikkaustekniikka, leikkaushaavan sijoittaminen Langerin linjojen mukaan sekä haavan hyvä sulku parantavat leikkaushaavan parantumista. Leikkaushaavan hyvä parantuminen on kirurgisen toiminnan tavoite. (Hammar 2011, 23-29; Rantala & Huotari 2011.)

3.5 Kivun hoitotyö

Kivun hoitotyö edellyttää moniammatillista yhteistyötä sekä osaamista juuri kivun moninaisen luonteen takia. Kivun hoitotyössä tavoitteena on potilaan kivuttomuus (Salanterä ym. 2006, 6). Kivun hoitotyön lähtökohta on aina potilaan oma kokemus kivusta. Kivun hoitotyö on kipua tuntevan potilaan auttamista hoitotyön keinoin. (Salanterä ym. 2013.) Hoitohenkilökunnalla tulee olla kyky tunnistaa potilaan kipu ja löytää kipuun sopivat hoitotyön auttamiskeinot. Ki-

vun hoitotyö on kokonaisvaltaista auttamista sekä kipua kokevan potilaan ja hänen omaisten-
sa tukemista. (Salanterä ym. 2006, 9.)

Koska kipu vaikuttaa yksilöön monella tavalla, on oikean kivunhoidon löytäminen äärimäisen
tärkeää. Kipu heikentää potilaan elämänlaatua. (Salanterä ym. 2006, 9; Saano & Taam-
Ukkonen 2014, 565.) Onnistunut kivunhoito estää myös akuutin kivun kroonistumista (Saano &
Taam-Ukkonen 2014, 565). Tehokas kivunhoito vaatii hyvää kivun arviointia. Arviointia teh-
dään haastattelemalla ja tarkkailemalla potilasta. Arviointia tulee tehdä myös kipumittareii-
den avulla. (Kuusisto 2012a; Kotovainio & Mäenpää 2015.)

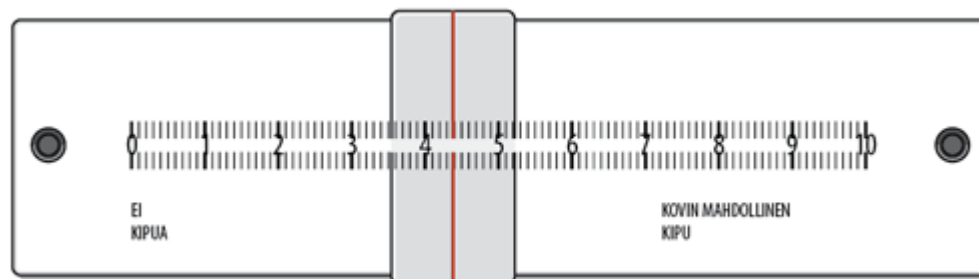
Onnistuneen kivun hoitotyön edellytys on myös ammattitaitoinen hoitaja, joka on motivoitu-
nut, osaava sekä tietävä. Hoitohenkilökunnalla tulee olla hyvä tietämys ja valmius toteuttaa
kivun hoitotyötä sekä kyky kuunnella potilasta. (Salanterä ym. 2006, 7-11.) Kivunhoitotyö ta-
pahtuu aina yhteistyössä potilaan kanssa. Hoitohenkilökunnan tulee arvioida säännöllisesti
kivun lääkehoitoa ja sen onnistumista. (Salanterä ym. 2013.) On myös ymmärrettävä, että
kaikki potilaat eivät välttämättä ilmaise kipua tai osaa ilmaista kipua. Silti he tuntevat sitä.
On tärkeää saada potilas osallistumaan aktiivisesti oman kipunsa hoitoon. (Salanterä ym.
2006, 7-11.)

Kivun arviointi rakentuu kivun voimakkuuden määrittelystä, kivun laadusta, kivun sijainnista
ja kestosta (MacLellan 2006, 8). Potilas on aina oman kipunsa asiantuntija. Kipu on aina yksi-
löllinen kokemus, eikä sitä saa koskaan vähätellä. Kivun tunnistaminen on yksi hoitohenkilö-
kunnan perustehtävistä. (Salanterä ym. 2013, Sailo & Vartti 2000, 12, 75.) Potilaan kivun ar-
viointi tarkoittaa hoitohenkilökunnan kannalta sitä, että kipua jatkuvasti arvioidaan, mitataan
ja hoidetaan. Myös hoidon tehokkuutta arvioidaan, ja tieto kirjataan säännöllisesti ylös. Ilman
kivun mittaamista ei pystytä arvioimaan kivun laatua tai hoidon tehokkuutta. (Kinnunen 2003,
33; Pöyhiä 2014b, 144.)

Kipua tulisi hoitaa tehokkaasti, sillä se vaikuttaa potilaaseen kokonaisvaltaisesti. Kipu suojaa
sekä varoittaa elimistöä vauriosta, mutta akuutissa kivussa kipu on lähinnä haitallista. Kipu ja
sen aiheuttamat reaktiot muun muassa nostavat potilaan verenpainetta, lisäävät sydämen
työmäärää, riskiä rytmihäiriöihin sekä saattavat huonontaa hengityksen toimintaa. Lisäksi
virtsaneritys vähenee, verensokeri nousee, mahalaukun toiminta heikkenee, toipuminen hi-
dastuu ja akuutti hoitamaton kipu voi muuttua krooniseksi. (Salanterä ym. 2006, 75-76; Kalso,
ym. 2009, 104-112.)

Kivun voimakkuutta voidaan arvioida sanallisesti tai käyttämällä erilaisia kivun arvioinnin apu-
välineitä. Kivun voimakkuuden mittaamisen apuvälineiksi on kehitetty erilaisia mittareita ja
asteikkoja. Voimakkuutta voidaan mitata esimerkiksi VAS-mittarilla, numeerisella mittarilla

(NRS), sanallisella luokitteluasteikolla (VRS) sekä ilmeasteikoilla (FRS). (Dijk, Kappen, Wijck, Kalkman & Schuurmans 2012; Choate ym. 2011; Salanterä ym. 2006, 83; Kotovainio & Mäenpää 2015.) Numeerisessa kipumittarissa (Kuva 1) yksi tarkoittaa vähäistä kivun tuntemista kun taas 10 tarkoittaa kovaa kipua. Lasten ja dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa käytetään usein kipumittaria, jossa on viisi erilaista ilmettä (Kuva 2)



Kuva 1: Numeerinen kipumittari (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010)



Kuva 2: Kasvokipumittari (Hoikka 2013)

Potilaan kipua voidaan arvioida myös potilasta tarkkailemalla. Kipu vaikuttaa yksilöön kokonaisvaltaisesti. Se vaikuttaa käytökseen, puheeseen, ilmeisiin, eleisiin, asentoon ja toimintakykyyn. Erityisesti kommunikoimaan kykenemättömillä käyttäytymisen arviointi on tarpeen, ja tätä pidetäänkin luotettavampana kuin fysiologisten muutosten arviointia. (Salanterä ym. 2006, 76-77.)

Laajan Norjalaisen tutkimuksen mukaan ilmeni, että 95 prosenttia lääkäreistä ja 86 prosenttia sairaanhoitajista uskoivat kirurgisten potilaidensa postoperatiivisen kivunhoidon onnistuneen hyvin. Heidän mielestään potilaat olivat lähes kivuttomia leikkauksen jälkeen. Suurin osa potilaista koki kuitenkin itse postoperatiivisen kivun olevan NRS-asteikolla edelleen tasolla 4 tai enemmän. Jopa 60 prosenttia leikatuista potilaista pyysi usein tai erittäin usein lisää kipulääkettä. Tutkimuksen mukaan tähän saattoi olla kaksi selitystä. Ensimmäinen selitys voi olla hyvä perioperatiivinen ohjaus. Potilaat osasivat ottaa aktiivisen roolin omassa kivunhoidossaan. Toinen selitys saattaa olla epäonnistuminen kivun arvioinnissa. Tutkimus painotti, että olisi erittäin tärkeää tutkia lisää potilaan omaa roolia kivunhoidossa. (Rognstad ym. 2012.)

3.6 Kivunhoidon etiikka ja juridiikka

Hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat erilaiset eettiset periaatteet, ohjeet ja lait, jotka koskevat myös lääkehoitoa. Eettiset ohjeet löytyvät sekä kansallisesti että kansainvälisesti. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996; Salanterä ym. 2006, 28-29; Sailo & Vartti 2000, 62-63.)

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa (1996) määritellään muun muassa, että sairaanhoitaja on ensisijaisesti vastuullinen niille potilaille, jotka tarvitsevat hoitoa. Hoidon tulee olla sellaista, joka lisää potilaan voimavaroja sekä parantaa potilaan elämänlaatua. Sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa sekä vakaumusta. Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon. Yksi sairaanhoitajan tehtävistä on siis tukea ja kuunnella potilasta sekä auttaa häntä selviytymään kivuista. Potilaalla on myös oikeus saada tietoa esimerkiksi omasta sairaudestaan ja hoitovaihtoehdoista. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa kivunhoitoon liittyvissä asioissa. Ammatillinen jatkuva kehitys on myös keskeinen asia eettisissä ohjeissa. Lääkehoidon osalta eettinen vastuu näkyy ammattitaidon ja tiedon ylläpitämisenä. Eettistä vastuuta on myös avoimuus ja rehellisyys virhetilanteissa.

Potilaan asemasta ja oikeuksista määräävät eri lait. Näitä ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Suomen perustuslaki (731/1999) ja kansainväliset ihmisoikeusjulistukset (1948). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää potilaan hoitoon sekä kohteluun liittyviä periaatteita. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa potilaan hyvään hoitoon ja kärsimyksen lievittämiseen. Laki velvoittaa myös hoitohenkilökuntaa ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Kivunhoidossa oikeus hyvään hoitoon tarkoittaa potilaan oikeutta saada kivunhoitoon liittyvää tietoa, ammattitaitoista osaamista, hoitovaihtoehtoja ja arviointia kivunhoidosta. Potilaan näkökulmasta hyvä kivunhoito tarkoittaa myös oman toimintakyvyn parantamista ja kivun hallintaa. Sairaanhoitajalla tulee olla kyky tunnistaa potilaan kipu ja osata hallita eri kivunhoitomenetelmiä. Potilasta tulee aina kuunnella ja hänen subjektiivinen kipukokemuksensa on otettava aina todesta. (Salanterä ym. 2006, 29.) HUS on asettanut tavoitteekseen vuosille 2012-2016 parantaa sekä tehostaa potilaan kivunhoitoa (HUS strategia 2012-2016).

3.7 Postoperatiivinen kipu

Leikkauksen tulevan kirurgisen potilaan hoito koostuu leikkausta edeltävästä, leikkauksen aikaisesta ja leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen vaihe alkaa, kun leikkauspäätös on tehty. Vaihe päättyy, kun vastuu potilaan hoidosta on siirretty leikkausosaston henkilökunnalle. Vaihe sisältää myös potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen valmistautumisen tulevaan leikkaukseen. Leikkauksen aikainen eli intraoperatiivinen vai-

he alkaa potilaan saapuessa leikkausosastolle ja päättyy kun potilas vastaanotetaan heräämään. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 466-480.)

Postoperatiivinen hoito ja kivunhoito alkavat silloin, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämään ja sieltä vuodeosastolle (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, & Uski-Tallqvist 2013, 104). Postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuus vaihtelee yksilöllisesti. Kivun kesto on yleensä lyhytaikaista, akuuttia kipua. Kivun voimakkuus vaihtelee leikkauksen laajuuden, leikkaustekniikan, haavan sijainnin ja potilaan kipuperkkyyden mukaan. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 68-71.)

Potilaan kannalta kivuliaita leikkauksia ovat ortopediset leikkaukset kuten isommat polvileikkaukset, torakotomiat, ylämahaleikkaukset sekä munuaisiin kohdistuvat operaatiot. Kivunhoidon kannalta nämä potilaat on haasteellista saada täysin kivuttomaksi. (Hamunen & Kalso 2009, 278-282.) Leikkauksen jälkeistä kipua on arvioitu esiintyvän jopa 50-90 prosentilla potilaista kipulääkityksestä huolimatta. (Pogatzki-Zahn, Kutschar, Nestler & Osterbrink 2015; Rognstad ym. 2012; Choate ym. 2011; Salanterä ym. 2006, 22).

Kovaa postoperatiivista kipua esiintyy potilailla kolmena ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä (Holmia ym. 2004, 71). Kipua aiheuttavat esimerkiksi leikkausalue, haavan koko, leikkaustekniikka ja anestesiamuoto. Myös potilaan kipuperkkyys ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat postoperatiiviseen kipuun. Leikkausta edeltävän masentuneisuuden ja pelon on myös todettu lisäävän postoperatiivista kipua. On hyvä muistaa, että kipu estää ja pitkittää potilaiden kuntoutumista. (Hamunen & Kalso 2009, 278-281.)

Useiden eri tutkimusten mukaan postoperatiivinen kivunhoito jää yhä edelleen alihoidetuksi, vaikka uusia kivunhoitomenetelmiä ja näyttöön perustuvia suosituksia ja ohjeita löytyy. (Pogatzki ym. 2015; Salanterä ym. 2013; Rognstad ym. 2012). Etenkin pienten ja keskisuurten leikkausten jälkeinen kipu jää usein alihoidetuksi. Postoperatiivisen kivunhoidon esteenä on esimerkiksi puutteellinen kivun arvioinnin taito. Tutkimuksista kävi ilmi, että suurissa leikkauksissa olleiden potilaiden kivunhoito on paremmin suunniteltu kuin pienemmissä leikkauksissa olleiden potilaiden. Suurempien leikkausten postoperatiiviseen kivunhoitoon kuuluvat muun muassa epiduraalipuudutus ja paikallispuudutteet. Pienessä tai keskisuudessa leikkauksessa käyneet potilaat harvemmin saivat puudutteita. Hoitohenkilökunta oletti kivun olevan lievempää, koska leikkaus oli joko pieni tai keskikokoinen. Tutkimuksen mukaan tieto on virheellistä, koska kivun voimakkuus ei yksinään riipu leikkauksen laajuudesta. Olisi toivottua, että kivunhoidon fokus ei painottuisi yksinään suuriin leikkauksiin, vaan huomioitaisiin myös pienten ja keskisuurten leikkausten jälkeinen kivunhoito. (Pogatzki ym. 2015.) Kipukokemuksen vaikuttavat myös muut tekijät kuten potilaan kulttuuri, sosiaalinen tukiverkosto, aikai-

semmat kipukokemukset, masennus, ahdistus ja pelko. (Choate ym. 2011; Salanterä ym. 2013; Kalso 2009, 278-281.)

Pogatzkin ym. (2015) tutkimuksessa ilmeni myös, että leikkausta edeltävää kipua kokeneet potilaat olivat riskiryhmässä tuntee voimakkaampaa leikkauksen jälkeistä kipua. Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuuden tuntemiseen ei vaikuttanut leikkauksen laajuus. Nämä potilaat eivät myöskään reagoineet yhtä hyvin standardoituihin kivunhoitomenetelmiin kuin ne potilaat, joilla ei ollut leikkausta edeltävää kipua.

3.8 Postoperatiivinen kivunhoito

Leikkauksen jälkeisen kivunlievityksen ideana on edistää potilaan toipumista. Kivunhoidolla on tarkoitus estää kivun pitkittymistä ja tukea aktiivista kuntoutusta. Paranemisen edistyessä myös kipu vähenee ja kivunlievitystä voidaan vähentää. On hyvä muistaa, että kipu on aina yksilöllinen ja samanlaisetkin leikkaukset aiheuttavat erilaisia kipukokemuksia eri ihmisillä. (Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta 2015).

Vaikka yksilöt kokevat kivun voimakkuuden eri tavoin, on kuitenkin olemassa tekijöitä, jotka vaikuttavat postoperatiivisen kivun esiintymiseen. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi potilaan luonne ja kivunsietokyky, psykofyysinen ominaislaatu, valmistautuminen leikkaukseen, leikkauksen kohde, kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen, anestesiatekniikka ja tärkeimpänä tekijänä leikkausviillon paikka. (Salomäki & Laurila 2014, 870-871.)

Postoperatiivinen kipu on voimakkaimmillaan heti leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineiden vaikutukset ovat loppuneet. Kipu heikkenee normaalisti muutaman päivän kuluttua leikkauksesta. Leikkauksen aikana annettu anestesia vaikuttaa myös leikkauksen jälkeiseen kivun tuntemukseen. Puudutteiden käyttö leikkauksen aikana vähentää myös leikkauksen jälkeistä kipua, sillä puudutteiden vaikutus jatkuu leikkauksen jälkeen. Postoperatiivinen kivunhoito ikään kuin alkaa jo preoperatiivisessa vaiheessa anestesia-aineiden ja puudutteiden voimin. (Salomäki & Laurila 2014, 871.)

Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistumisen edellytys on säännöllinen kipulääkitys. Säännöllisen lääkityksen tavoitteena on ennaltaehkäistä kipua ja estää kivun kroonistumista. Leikkaushaavat myös paranevat paremmin, jos potilas on kivuton. (Sailo & Vartti 2000, 124.)

Tiippanan (2015) mukaan leikkauskivun kroonistumisen taustalla on keskushermoston herkistyminen ja siihen voi liittyä myös yliherkkyttä kivulle eli hyperalgesiaa sekä kosketuksen tuntemista kivuliaana leikkausalueella eli allodyniaa. Esimerkiksi nivustyräleikkauksen jälkeen jopa puolella voi kipu kroonistua ja leikkauksessa asennettavan tukiverkon kiinnittäminen su-

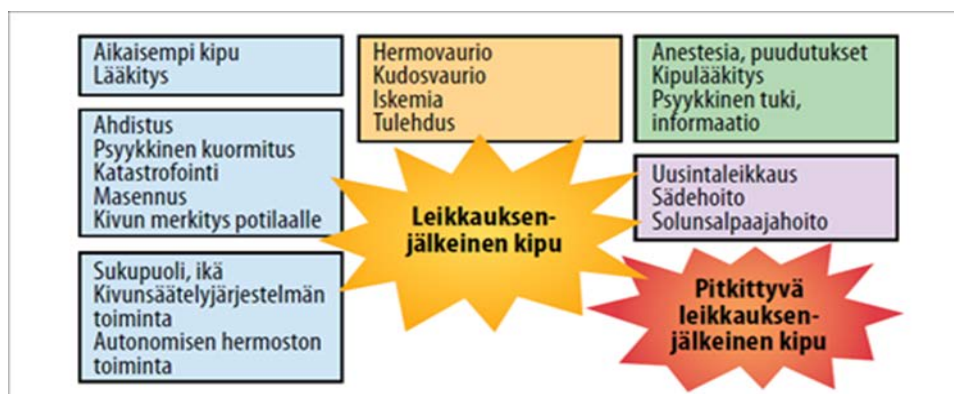
lamattomilla ompeleilla saattaa vähentää kivun kroonistumista. Vatsan alueen leikkauksissa kroonisen kivun esiintyvyys on tutkimuksen mukaan 7-14 prosenttia ja sappileikkauksen jälkeen 3-50 prosenttia. Leikkauskivun kroonistumista voidaan ehkäistä hoitamalla akuutti, voimakas leikkauskipu tehokkaasti sekä tunnistamalla riskipotilaat jo ennen leikkausta, tai heti leikkauksen jälkeen käyttämällä monipuolisia kivunhoitomenetelmiä ja seuraamalla heitä tarkkaan 4-6 viikkoa leikkauksen jälkeen.

Potilaan kipulääkityksen tarve riippuu muun muassa leikkaustyyppistä ja henkilön omista kipukokemuksista. Postoperatiivisen kivun lievityksessä käytetään usein eri tavoin vaikuttavia lääkeryhmiä, kuten kipulääkkeiden ja puudutusaineiden yhdistelmiä. Kipulääkettä voidaan antaa esimerkiksi suoraan laskimoon, lihakseen tai suun kautta. Usein leikkauksen jälkeen kipulääkettä annetaan lihakseen ja suun kautta. Joissakin tapauksissa voidaan käyttää kipupumppua, epiduraalipuudutusta, leikkaushaavan jatkuvaa puudutusta, hermopunospuudutusta tai hermon johtopuudutusta. (Hamunen & Kalso 2009a, 282; Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta 2015.)

Hyvä kivunhoito on hoitohenkilökunnan vastuulla. Etenkin kivunhoidossa korostuu sairaanhoitajan tehtävä potilaan edustajana. Lääkehoito on tärkein ja käytetyin postoperatiivinen hoitomuoto. Hyvä ennakoiva kipulääkitys vähentää leikatun potilaan voimakkaita kipuja postoperatiivisessa vaiheessa ja vaikuttaa edistävästi potilaan toipumiseen. (Holmia ym. 2004, 72.)

Sairaanhoitajan kivunhoitotaitoihin kuuluvat kädentaidot, havainnointi- ja kommunikaatiotaidot, kyky ohjata potilasta sekä kyky psykososiaalisen tuen antamiseen. Kivun heikkoon hoitamiseen on arvioitu vaikuttavan hoitohenkilökunnan asenteet, tietojen ja taitojen puute sekä henkilökunnan tapa havainnoida kipua. (Kauppila 2006.)

Akuutin kivun kroonistumista ehkäistään tehokkaalla ja yksilöllisellä sekä järjestelmällisellä kivunhoidolla sekä seurannalla. Tärkeää olisi jo ennalta tunnistaa ne potilasryhmät, jotka ovat alttiita kokemaan kovaa postoperatiivista kipua ja joilla on riski kivun kroonistumiselle. Kuviossa 2 on lueteltu niitä riskitekijöitä, jotka altistavat kovan leikkauksen jälkeisen kivun kokemiselle ja kivun pitkittymiselle. (Kontinen & Hamunen 2015.)



Kuvio 2: Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun riskitekijöitä (Kontinen & Hamunen 2015)

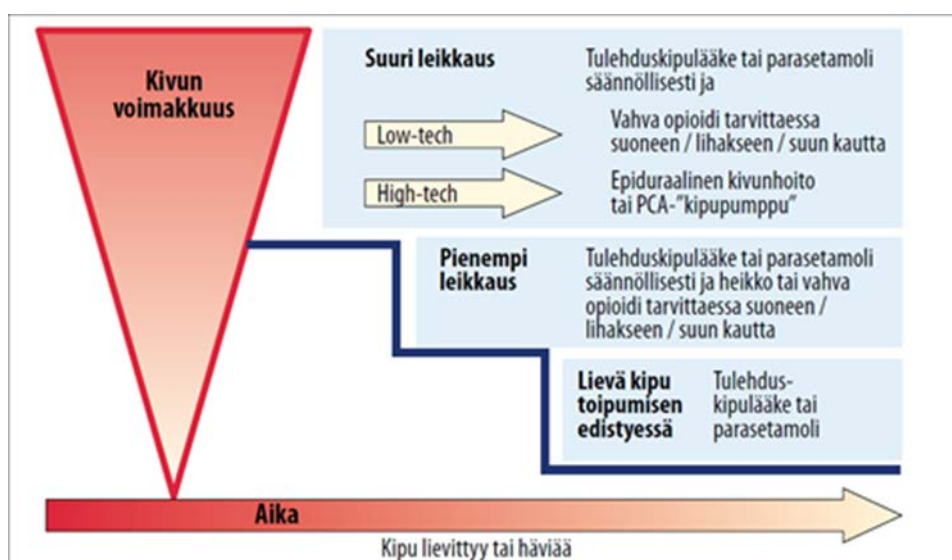
Niemi-Murola, Pöyhä, Onkinen, Rhen, Mäkelä, Yildirim ja Niemi (2005) tutkivat leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatua ja siihen liittyviä hoitajien näkemyksiä ja potilastyytyväisyyttä. Potilastyytyväisyyttä lisäsi huomaavainen hoito ja mahdollisuus keskusteluun leikkaukseen ja anestesiaan liittyvistä peloista. Potilaat, joilla oli aikaisempia huonoja kokemuksia leikkauksen jälkeisistä kivuista, kärsivät muita enemmän kovasta kivusta vielä kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. 80 prosenttia potilaista oli tyytyväisiä kivunhoitoonsa leikkauksen jälkeen.

Kuusniemi & Pöyhä (2016) ovat artikkelissaan koonneet yhteen vuoden 2014 kipufoorumin tuloksia. Foorumissa käsiteltiin postoperatiivisen kivunhoidon nykytilaa ja tulevaisuuden ratkaisuja. Kivun arvioiminen ja onnistunut kommunikaatio potilaan ja hoitohenkilöstön välillä luovat pohjan kivunhoidon onnistumiselle. Potilaan ohjaamiseen tulee panostaa, jotta potilas saa riittävästi tietoa leikkauksesta, sen jälkeisestä kivusta ja kivun hoidosta. Potilaan tulisi saada tietoa jo hyvissä ajoin ennen leikkausta. Multimodaalinen ja potilaalle yksilöllisesti suunniteltu leikkauksen jälkeinen lääkehoito auttaa saavuttamaan hyvän kivunlievityksen. Kipulääkkeiden annostelu useampaa eri antoreittiä ja eri mekanismein vaikuttavien kipulääkkeiden käyttö mahdollistavat yksilöllisesti räätälöidyn lääkehoidon. Maailmanlaajuisesti on jo monessa sairaalassa otettu käyttöön acute pain service eli APS. APS kehittää postoperatiivista kivunhoitoa, luo ohjeistuksia ja koulutusmateriaaleja. Se auttaa tunnistamaan etukäteen niitä riskiryhmään kuuluvia potilaita, joilla postoperatiivinen kipu saattaa kroonistua. APS on lisännyt potilaiden tyytyväisyyttä ja auttanut saavuttamaan paremman kivunlievityksen tason.

APS toiminnan koettiin parantavan postoperatiivisen kivunhoidon laatua ja potilastyytyväisyyttä. APS tiimissä on usein mukana lääkäri, anestesia- ja sairaanhoitajat, jotka kehittävät vastualueensa yksiköiden kivunhoitoa tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuen. He kouluttavat henkilökuntaa ja vastaavat uusimman tiedon välittämisestä. (Ervast & Kuusisto 2013; Kharroubi & Törmänen 2009.)

3.9 Postoperatiivisen kivun lääkehoito

Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä potilaan kipua tehokkaasti. Kivun lääkehoidossa tulee lääkitys valita kivun voimakkuuden mukaan. Etenkin leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon porrastettu kivunhoidon malli on hyvä apuväline. (Kotovainio & Lehtonen 2015.) Kuviossa 3 on esitetty Kontisen ja Hamusen akuutin leikkauksen jälkeisen kivunhoidon porrasmalli.



Kuvio 3: Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoidon portaat (Kontinen & Hamunen 2015)

Leikkauksen jälkeen potilaan ensisijainen kipulääkitys on parasetamoli tai tulehduskipulääke niille potilaille, joilla ei ole näille lääkkeille vasta-aihetta. Jos niiden teho ei riitä, voidaan niihin yhdistää lisälääkkeenä heikko opioidi. (Kontinen & Hamunen 2015; Salomäki & Laurila 2014, 872.) Leikkauksen jälkeen tulehduskipulääkkeet ovat hyviä, koska ne estävät myös tulehdusta. Myös parasetamolin ja tulehduskipulääkkeen yhdistäminen voi antaa potilaalle paremman kivunlievityksen kuin pelkkä tulehduskipulääke. Lääkkeet tulee antaa säännöllisesti niin kauan kuin siihen on tarvetta, eikä potilaalle ole ilmennyt haittavaikutuksia. Vaativien kirurgisten toimenpiteiden jälkeen kivunhoitoon tarvitaan myös opioideja kuten oksikodonia tai morfiinia. Joskus tarvitaan opioidien lisäksi vielä jokin puudutusmenetelmä. Lääkkeet olisi hyvä antaa suun kautta, mutta nopeaan kivun lievitykseen laskimon kautta tai lihakseen annettava kipulääkitys on parempi vaihtoehto. Vaikeassa leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytetään myös gabapentiiniä, pregabaliinia sekä klonidiinia lisälääkkeenä. (Kontinen & Hamunen 2015; Salomäki & Laurila 2014, 872; Holmia ym. 2004, 72-73; Kotovainio & Lehtonen 2015; Pöyhä 2014a, 148-151.)

Postoperatiivinen lääkkeellinen kivunhoito toteutetaan yleensä niin, että lääkäri määrää potilaalle yhden tai kaksi peruskipulääkettä. Näiden lisäksi lääkäri määrää tarvittaessa otettavat

vahvemmat kipulääkkeet siltä varalta, että peruskipulääkkeiden vaikutus ei ole riittävä. (Erämies, 2015.)

Hyviä lopputuloksia on saatu myös yhdistämällä kipulääkkeitä, joiden vaikutusmekanismit eroavat toisistaan. Näitä ovat esimerkiksi opioidit, tulehduskipulääkkeet, ketamiini, gabapentiini tai pregabaliini. Tarkoituksena on saavuttaa kokonaisvaltainen kivunlievitys eri vaikutusmekanismien myötä. Pieniin pinnallisiin toimenpiteisiin riittää usein tulehduskipulääkkeen ja parasetamolien yhdistelmä. Lisäksi voidaan käyttää joko johtopuudutusta tai haavan reunojen puudutusta. Suurten leikkausten jälkeen voidaan puudute ja opioidi annostella epiduraalisesti yhdessä tulehduskipulääkkeen kanssa. (Rognstad ym. 2012; Hamunen & Kalso 2009, 282.)

Akuutin kivun lääkehoitoa tehostaa multimodaalinen kivunhoidon periaate. Sen tarkoituksena on tehostaa kivun lievitystä ja vähentää yksittäisten lääkkeiden haittavaikutuksia yhdistämällä eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä. (Kontinen & Hamunen 2015.) Choate ym. (2011) kirjoittavat myös multimodaalisen kivunhoidon hyödyistä postoperatiivisessa akuutissa kivunhoidossa. Multimodaalisella menetelmällä voidaan antaa yksittäisiä lääkkeitä pienemmissä määrissä, jonka myötä yksittäisten lääkkeiden haittavaikutukset vähenevät.

Tiippanan (2013) tutkimus tutki torakotomian ja laparoskooppisesti toteutetun sappirakon poistoleikkauksen jälkeistä kipua. Lisäksi tutkimus tutki eri lääkkeiden käyttöä postoperatiivisen kivun hoidossa. Laajennettu kivunhoidon protokolla oli tutkimuksen mukaan tärkeämpi kuin yksittäinen kivunhoidon tekniikka torakotomian jälkeisessä akuutissa postoperatiivisessa kivussa. Pahoinvointia ehkäisevä lääke ja multimodaalinen kivunhoito mahdollistavat tasaisen kivunlievityksen.

3.9.1 Tulehduskipulääkkeet

Tulehduskipulääkkeet ovat yleisimmät kipuun, särkyyn ja kuumeeseen käytetyt lääkkeet. Niistä tunnetuimmat ovat ibuprofeeni ja asetyylisalisyylihappo. Tulehduskipulääkkeet vähentävät prostanoidien synteesiä syklo-oksigenaasia estämällä. Tulehduskipulääkkeiden kuumetta alentava, kipua estävä, tulehdusta lievittävä ja verihituleiden aggregaatiota estävä vaikutus on osittain selitettävissä juuri tällä. Useimpien tulehduskipulääkkeiden syklo-oksigenaasin esto on väliaikaista ja vaikutus kumoutuu lääkkeen poistuessa elimistöstä. Syklo-oksigenaasin kaksi päätyyppiä ovat konstitutiivinen COX-1 ja induoituva COX-2. Tulehdusta rauhoittava vaikutus johtuu COX-2-isoentsyymien estosta ja haittavaikutukset COX-1-isoentsyymien estosta. (Käypä hoito 2009.)

Nykyisistä tulehduskipulääkkeistä lähes kaikki vähentävät sekä COX-1- että COX-2-entsyymien aktiivisuutta. Tulehduskipulääke voi kuitenkin olla myös selektiivinen. Tulehduskipulääkkeen

hoitovaikutus on riippuvainen lääkkeen kinetiikasta, annoksesta, lääkevalmisteesta ja antotavasta. Tulehduskipulääkkeiden haittavaikutukset liittyvät ruuansulatuskanavaan ja verenkiertoelimistöön. Vatsavaivat ja keuhkoputkien supistuminen astmaatikoilla ovat yleisimmät haittavaikutukset. Jopa 70-90 prosentille käyttäjistä kehittyi tulehduskipulääkehoidon alussa mahalaukkuun ja pohjukaissuoleen eroosioita ja verenpurkauksia. (Käypä hoito 2009.)

3.9.2 Parasetamoli

Parasetamoli on syntetisoitu jo 1800-luvun lopussa, ja se on nykyään toiseksi käytetyin kipulääke. Parasetamoli on oikein käytettynä turvallinen kivun ja kuumeen itsehoitolääke. Suurina annoksina sillä on kuitenkin haittavaikutuksia. Parasetamoli alentaa kuumetta ja lievittää kipua. Sen kivunlievityksen mekanismia ei tunneta täysin. Parasetamolilla on todettu estävän syklo-oksegenaasi- eli COX -entsyymiä keskushermostossa. Ääreiskudoksissa sillä ei ole vastaavaa vaikutusta. Parasetamolilla metaboliitit lievittävät kipua selkäytimen hermosoluissa olevien TRPA1-ionikanavien välityksellä. (Tiippana 2013.)

Parasetamolilla haittavaikutukset ovat vähäisiä, jos noudatetaan suositeltuja annostuksia. Yli kahden gramman vuorokausiannokset yhdessä tulehduskipulääkkeiden kanssa saattavat altistaa ruuansulatuskanavan verenvuodon riskille. Ulkustautia sairastaville potilaille parasetamoli on ainoa turvallinen itsehoitolääke. Astmaatikoille parasetamoli sopii paremmin kuin tulehduskipulääkkeet. Parasetamoli sopii käytettäväksi raskauden ja imetyksen aikana ja on turvallinen lasten kipulääkkeeksi. (Tiippana 2013.)

Parasetamolilla turvallinen suositusannos aikuisille on kolme grammaa vuorokaudessa, ja maksimiannos on neljä grammaa vuorokaudessa. Yli neljän gramman vuorokausiannokset voivat vahingoittaa maksaa. Länsimaissa parasetamoli on äkillisen maksan vajaatoiminnan tärkein aiheuttaja. Maksan reaktiivinen metaboliitti NAPQI, eli N-asetyyli-p-bentsokinoni-imiini, eliminoituu sitoutumalla glutationiin. Maksan glutationivarastot eivät riitä metaboliitin eliminoimiseen yliannostustapauksissa. Tällöin NAPQI reagoi maksasolujen nukleiinihappojen ja proteiinien kanssa ja aiheuttaa maksasolujen kuolon. Parasetamolimyrkytyksestä aiheutuva maksavaurio oireilee yleensä vasta muutaman päivän kuluttua. Oireet ovat pahimmillaan, kun yliannostuksesta on kulunut 4-6 vuorokautta. Parasetamolimyrkytyksen vastalääkkeenä voidaan käyttää N-asetyylikysteiniiniä. Vastalääkehoito on tärkeää aloittaa viimeistään 10-12 tunnin kuluessa yliannostuksen ottamisesta. (Tiippana 2013.)

3.9.3 Opioidit

Euforisoivia analgeetteja eli opioideja käytetään pääsääntöisesti leikkauksen jälkeiseen kovaan kipuun, vaikeisiin akuutteihin kipuihin tai syöpäpotilaan kivunhoitoon (Tunturi 2013; Sai-

lo & Vartti 2000, 208). Opioidit lievittävät kivuntunnetta vaikuttamalla opioidireseptoreihin. Kipuviestit eivät välity hermoimpulssien mukana keskushermostoon. Kipua lievittävän vaikutuksen lisäksi opioidit myös muuttavat ihmisen kipuaistimusta. (Saano & Taam-Ukkonen 2014). Tehokkaimmin opioidit lievittävät sellaista kipua, joka johtuu lähinnä kudosaivuriosta ja tulehduksesta (Kalso 2009, 193).

Opioidit jaetaan niiden vaikutuksen mukaan kolmeen eri ryhmään: vahvoihin, keskivahvoihin sekä heikkoihin. Vahvoja opioideja ovat muun muassa morfiini, metadoni, oksikodoni ja fentanyl. Keskivahva opioidi on esimerkiksi buprenorfiini ja heikkoja opioideja ovat kodeiini sekä tramadoli. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 572-576.) Oksikodoni, joka kuuluu vahvoihin opioideihin, on eniten käytetty leikkauksen jälkeinen kipulääke (Tunturi 2013). Opioidessa on myös yhdistelmävalmisteita, joihin on lisätty joko ibuprofeenia tai parasetamolia. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 576). Pienten leikkausten jälkeen käytetään usein heikkoja tai keskivahvoja opioideja kuten tramadolia, kodeiinia tai buprenorfiinia. (Kontinen & Hamunen 2015).

Opioideja voidaan annostella potilaalle suun kautta liuksena, kapselina tai tablettina. Opioideja voidaan antaa myös suoraan lihakseen, laskimoon tai epiduraalisesti. Lihakseen annettu opioidi vaikuttaa hitaammin kuin esimerkiksi laskimoon annettu annos. Ensisijaisesti opioideja suositellaan annettavaksi suun kautta. Opioidien tavallisimmat haittavaikutukset kohdistuvat keskushermostoon, hengitykseen sekä ruoansulatuskanavaan. Haittavaikutuksia ovat esimerkiksi uneliaisuus, hengityslama, pahoinvointi, ummetus, suun kuivuminen sekä ruoansulatuskanavan toiminnan heikentyminen. Hoidon aikana tulee aina seurata potilaan hengitystä. (Kontinen & Hamunen 2015; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 572; Kalso 2009, 195-196.)

Kova kipu suojaa potilasta hengityksen lamaantumiselta, jos kerta-annokset ovat kohtuullisia. Hengityslaman riski on suuri silloin, jos opioideja annetaan liian suurena annoksena kivuttomalle potilaalle tai potilaalle, joka ei ole tottunut käyttämään opiaatteja. (Kalso 2009, 195.)

Huumaavan vaikutuksen vuoksi opiaattien käyttöön voi liittyä väärinkäytön riskiä, jonka takia niiden käyttöä tulee seurata. Riippuvuus alkaa kehittyä jo ensimmäisen käyttökerran jälkeen. Toleranssi kehittyy nopeasti, mikä tarkoittaa sitä, että potilas saattaa tarvita samaa lääkettä suhteellisen nopeasti suurempana annoksena. Vieroitusoireita ilmenee usein lääkkeen lopettamisen yhteydessä, joten lopettamisen tulisi tapahtua vaiheittain. Vieroitusoireet ilmenevät vapinana, ahdistuneisuuden tunteena, sydämen tykytyksenä ja unettomuutena. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 572; Kotovainio & Lehtonen 2015.)

Irlantilaisessa tutkimuksessa haluttiin arvioida, kuinka sairaanhoitajien oma asenne, tieto, taito ja uskomukset vaikuttivat opioidien käyttöön leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Sairaanhoitajien huonon osaamisen, asenteiden ja uskomusten nähtiin olevan tehokkaan kivun-

hoidon esteenä. Opioidien käyttöä arasteltiin kirurgisilla osastoilla, sillä sairaanhoitajien omat asenteet ja uskomukset lääkettä kohtaan vaikuttivat lääkkeen käyttöön. Tutkimuksen mukaan opioidien käyttö joko lopetettiin ennenaikaisesti tai niitä jätettiin kokonaan käyttämättä siinä pelossa, että lääke aiheuttaisi potilaille esimerkiksi riippuvuutta. Akuutin kivunhoidon koulutusohjelman suorittaminen paransi hoitohenkilöstön asenteita tiedon lisääntyessä. (McNamara, Harmon & Saunders 2012.)

3.9.4 Puudutukset

Puudutusten käyttö kivunhoidossa on yleistynyt. Akuutissa kivun hoidossa puudutustekniikoilla saadaan hyvä vaste kipuun ja sen myötä voidaan myös vähentää opioidien käyttöä. Puudutus estää ja lievittää leikkauksen jälkeistä kipua, mutta se antaa myös hyvät leikkausolosuhteet. Puudutukset estävät ja lievittävät leikkauksen jälkeistä kipua. Puudutusten käyttö myös pienentää leikkauksiin liittyvää suonitukosten vaaraa ja vähentää verenvuotoa. Puudutteita käytetään sekä akuutin että kroonisen kivun hoidossa. (Kontinen & Hamunen 2015; Saano & Taam-Ukkonen 2014, 631; Hamunen & Kalso 2009b.)

Puudutteiden käyttö on pitkäaikaisesta kivusta kärsivän potilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa hyvä kivunlievitysmenetelmä. Kirurgisen toimenpiteen mukaan voidaan valita sopiva puudutustekniikka leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon. Yksinkertaisin tapa on haavan eri kerrosten ja haavan reunojen puuduttaminen leikkauksen lopussa. (Hamunen & Kalso 2009a, 288.) Muita tekniikoita ovat epiduraalipuudutus ja regionaali puudutukset, jotka voidaan toteuttaa joko kertapuudutuksina tai kestoinfuusioina (Kontinen & Hamunen 2015).

Pintapuudutuksessa puudutteita laitetaan paikallisesti. Puudute voi olla voiteen, laastarin, geelin tai liuksen muodossa. Pintapuudutetta voidaan laittaa esimerkiksi iholle, nenälle, nieluun tai virtsateihin. Laastari asetetaan puudutettavalle alueelle ja annetaan vaikuttaa noin tunnin. Laastari puudutetta voidaan käyttää esimerkiksi lapsilla ennen verinäytteen ottoa. Emulsiovoidetta levitetään puudutettavalle alueella ja alue peitetään siteellä. Voiteen annetaan vaikuttaa vähintään tunnin ja sitä voidaan käyttää esimerkiksi syylien poiston yhteydessä. Geeliä käytetään emulsiovoiteen tavoin. Liuosmuotoista pintapuudutusta voidaan käyttää esimerkiksi poskiontelopunktion yhteydessä. Tavallisimmat haittavaikutukset ovat paikalliset oireet iholla, kuten kutina tai turvotus. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 633-634.)

Infiltraatiopuudutus estää ääreishermon kipuviestin kulkua. Infiltraatiopuudute tehdään ruiskuttamalla puudutusainetta suoraan puudutettavalle alueelle. Infiltraatiopuudutusta voidaan käyttää esimerkiksi ennen ihon pientä leikkausta tai leikkauksen lopussa postoperatiiviseen kivunhoitoon. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 634.) Isommissa toimenpiteissä puudutus tehoaa

parhaiten silloin, kun puudutetta ruiskutetaan paljastuviin kudoksiin leikkauksen aikana (Pitkänen 2014).

Kontisen, Paavolan, Isojärven ja Iksen (2011) tutkimuksessa arvioitiin kirjallisuuskatsauksella haavan kestopuudutusta leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Leikkaushaavan infiltraatiopuudutus on osoitetusti tehokas esimerkiksi sappirakon poiston jälkeisessä kivun hoidossa. Infiltraatiopuudutuksen lyhyen keston takia on alettu esimerkiksi vatsan alueen leikkauksissa käyttää kestopuudutusta. Katsauksen tutkimuksista valtaosan mukaan kestopuudutuksesta ei ole hyötyä vatsan alueen kirurgiassa. Yksittäisten tutkimusten mukaan kestopuudutus helpotti liikkeestä johtuvaa kipua munuaisen poiston, umpilisäkkeen poiston ja keisarileikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Haavan kestopuudutus ei näyttänyt vaikuttavan pahoinvoinnin esiintymiseen eikä sairaalassaoloaikaan eikä katsauksen avulla löytynyt haavapuudutusta puoltavaa näyttöä. Sen käyttö voi olla kuitenkin perusteltua niillä potilasryhmillä, joilla leikkauksen jälkeisen kivun lievitys muilla menetelmillä on ongelmallista, esimerkiksi opioidien aiheuttaessa hankalia haittavaikutuksia tai tulehduskipulääkkeiden ja parasetamolin ollessa sopimattomia

Johtopuudutuksessa ruiskutetaan puudute lähelle hermorunkoa. Johtopuudutus puuduttaa sekä motoriset että sensoriset säikeet. Puudutteen vaikutus kestää hieman pidempään kuin esimerkiksi pintapuudutuksen, sillä puudutteen on päästävä paksujen hermojen läpi pystyäkseen vaikuttamaan. Tämä puudutustapa sopii sekä pienempiin että suurempiin leikkauksiin. Perifeeristen hermojen johtopuudutuksia käytetään esimerkiksi akuutin kivun hoidossa ja koepuudutuksina kivun lähtökohtaa selviteltäessä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 634; Niemi-Murola 2014; Hamunen & Kalso 2009c.)

Laskimopuudutuksessa puudutetta ruiskutetaan ylä- ja tai alaraajan laskimoihin. Laskimopuudutuksessa on aina puudutusmyrkytyksen vaara, jos puudute pääsee verenkiertoon liian nopeasti. Puudutusta käytetään pienissä ranteen ja jalkaterän toimenpiteissä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 635.)

Leikkauksen jälkeen kipua voidaan hoitaa joko spinaalisesti tai epiduraalisesti opioidilla, puudutteella tai näiden seoksella. Jos käytetään pelkästään opioidia, saadaan pitkäkestoinen ja tehokas kivunlievitys, johon ei liity motorista heikkoutta. (Hamunen & Kalso 2009d.) Epiduraalipuudutuksessa puudute ruiskutetaan selkäydinkanavan tyhjiötilaan. Epiduraalitilaan asetetaan katetri, jonka kautta potilaan leikkauksen jälkeistä kipua hoidetaan jatkuvana infuusiona. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 635-636; Hamunen & Kalso 2009d.)

Epiduraalipuudutusta käytetään sellaisien leikkauksien yhteydessä, joissa potilas tuntee voimakasta kipua. Tällainen leikkaus on esimerkiksi suolistoleikkaus. Ohuen katetrin kautta pumpataan puudutteen ja kipulääkkeen sekoitusta potilaaseen. Leikkauksen jälkeisessä ki-

vunhoidossa käytetään laimeita puudutteita. Näin potilaan motoriikka ei häiriinny. Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytetään usein puudutteen ja esimerkiksi opioidin sekoitusta. Epiduraalinen lääkehoito vaatii haittavaikutuksien ja vitalelintoimintojen tiivistä seurantaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 636-637.)

Spinaalipuudutuksen lääkkeenantotavasta käytetään myös nimeä intratekaalinen. Spinaalipuudutuksessa puudutusaine ruiskutetaan selkäydinnestetilään. Spinaalipuudutuksessa käytetään pieniä puudutusmääriä, ja puutumisen on nopeampaa kuin epiduraalipuudutuksessa. Leikkauksen ollessa pitkä voidaan potilaalle asentaa spinaalitilaan katetri, johon voidaan lisätä puudutetta tarvittaessa. Spinaalipuudutusta käytetään esimerkiksi urologisissa leikkauksissa. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 637.)

Leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa voidaan hoitaa myös puuduttamalla leikkausalueen haavan eri kerroksia. Tämä on yksinkertainen ja tehokas tapa lievittää leikkauksesta aiheutunutta kipua. Kivunlievitys kestää noin 4-6 tuntia. Leikkaushaavaan voidaan antaa puudutetta moni rei'ällisen katetrin kautta ilman, että haavan paraneminen estyy. Rei'itetyn alueen tulee kattaa koko leikkaushaavan alue. Puudute estää kipuviestin etenemistä kudonsvauriosta keskushermostoon. Haavapuudutuksen lisäksi tarvitaan yleensä vielä joko opioidia, tulehduskipulääkettä tai näiden yhdistelmää. (Kontinen & Hamunen 2015; Salomäki & Laurila 2014, 876; Tunturi 2013.) Haavan kestopuudutus on hyödyllinen sellaisille potilaille, joille esimerkiksi epiduraalipuudute, tulehduskipulääkkeet, opioidit tai parasetamoli eivät sovi (Kontinen & Hamunen 2015).

Boströmin ja Karjalaisen (2011) mukaan faskiapuudutteen käytöllä on etuja verrattuna esimerkiksi epiduraaliseen puudutukseen, koska sillä ei ole epiduraalipuudutuksen haittoja. Faskiapuudutteen hyötyjä ovat muun muassa vuodeosastotyön väheneminen sekä potilaiden nopeampi mobilisoituminen ja kotiutuminen. Puuduteinfusion tehossa ei ole selkeää eroa verrattuna kertainjektioon. Faskiapuudutusta voidaan käyttää myös muissa vatsan alueen pienissä ja keskisuurissa leikkauksissa, jossa ei ole ilmeistä tarvetta tehokkaammalle kivunhoidolle. Johtopuudutuksena tehtävää leikkausalueen paikallispuudutusta voidaan käyttää esimerkiksi kylkiviilloissa, jota käytetään munuaisleikkauksissa

3.9.5 Masennuskipulääkkeet

Trisyklisiä masennuslääkkeitä, kuten amitriptyliiniä ja nortriptyliiniä, käytetään esimerkiksi kudonsvaurio- ja hermovauriokivun sekä kroonisen kivun hoidossa. Ne vaikuttavat keskushermostossa oleviin aineisiin, noradrenaliiniin ja serotoniiniin, jotka osallistuvat kivunvälitykseen. Kivunlievitys trisyklisillä masennuslääkkeillä saadaan nopeammin ja pienemmillä annoksilla kuin masennuksen hoidossa. Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinottoa estävillä

masennuslääkkeillä ei ole kipua lievittävää tehoa. (Kalso 2009, 204- 206; Salanterä ym. 2006, 126.)

Haittavaikutuksia trisyklisissä masennuslääkkeissä voivat olla hoidon alussa väsymys, suun kuivuminen, painon nousu ja ummetus. Käytön vasta-aiheena on esimerkiksi sydämen vajaatoiminta. Väsymyksen takia lääke on hyvä ottaa iltaisin. Lääkkeiden lopetuksen tulee aina olla porrastettua, jotta vältetään vierotusoireilta. Masennuskipulääkehoito aloitetaan aina pienellä annoksella. Tarpeen tullen voidaan annosta nostaa hitaasti ylöspäin vastetta ja haittavaikutuksia tarkkaillen. (Kalso 2009, 204- 206; Salanterä ym. 2006, 126-127.)

3.10 Lääkkeettömät postoperatiiviset kivunhoitomenetelmät

Lääkkeetön kivunhoito on tehokkainta, kun sen yhdistää lääkkeelliseen kivunhoitoon, mutta voi joissakin tapauksissa yksinkin helpottaa kipua. Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja ovat esimerkiksi asentohoito, hengitysharjoitukset, musiikin kuuntelu sekä lämpö- ja kylmähoidot. Potilaan oloa voi helpottaa jo pelkästään tietoisuus siitä, että hoitaja on lähellä ja tavoitettavissa. (Vaajoki, Pietilä, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013; Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.)

3.10.1 Hengitysharjoitukset ja puhalluspullo (PEP)

Leikkauksen jälkeen potilas joutuu usein viettämään paljon aikaa vuoteessa. Hengitys muuttuu helposti pinnalliseksi. Kun keuhkojen alaosat jäävät käyttämättä, voi keuhkoihin kertyä limaa. Jos leikkaus on tehty esimerkiksi vatsan alueelle, saattaa potilas pelätä yskiä kivun tuntemuksen pelossa. Tällöin potilas ei voi yskiä limaa ulos, jolloin puhalluspulloon eli PEP-pulloon puhaltaminen on hyvä apu. Liman poistuessa potilaan yleistila paranee. (Sailo & Vartti 2000, 125.) Potilas voi itse tehdä hengitysharjoituksia, joiden tarkoituksena on vähentää stressiä sekä rentouttaa lihaksia. Näin kipu vähenee ja elimistön hapensaanti paranee. (Sailo & Vartti 2000, 136.)

3.10.2 Asentohoito

Asennonvaihdoilla pystytään lievittämään kipua tehokkaasti sekä rentouttamaan potilaan lihaksia. Asennon muutoksen myötä kipureseptoreihin kohdistuva ärsytys lieventyy, kun potilas vaihdetaan asennosta toiseen. Veri ei pääse kiertämään, jos potilas makaa pitkään samassa asennossa. Tämä aiheuttaa esimerkiksi puutumisen tunnetta ja pidemmän päälle painehaavaumia. Painehaavaumat ovat kivuliaita ja alttiita tulehduksille ja infektioille. Ennen kivuliaan potilaan asennon vaihtamista tulisi tälle antaa kipulääkettä. Potilasta voidaan kääntää esimerkiksi kyljeltä toiselle. Apuna voi käyttää tyynyjä, jotta potilas saadaan tuettua hyvään

ja rentoon asentoon. (Sailo & Vartti 2000, 135-136.) Leikkauksen jälkeen olisi tärkeää saada potilaan asento rennoksi. Mitä rennempi potilas on, sen paremmin kipu pysyy poissa ja parantuminen edistyy. Leikattua potilasta kehoitetaan liikkumaan itse omien voimavarojensa mukaan sekä liikuttelemaan raajoja. Asentoa tulisi vaihtaa muutaman tunnin välein. (Sailo & Vartti 2000, 124.)

3.10.3 Kylmähoito

Kylmähoito hidastaa kudosten aineenvaihduntaa, jonka takia kylmähoitoa käytetään myös kirurgisilla potilailla leikkauksen jälkeisessä hoidossa. Perinteisesti kylmähoitoa on käytetty esimerkiksi turvotuksen hoidossa. Kylmä vaikuttaa kipuun alentamalla hermojen johtumisnopeutta. Kylmähoito vähentää myös spastisten lihasten tonusta helpottaen potilaan liikesuorituksia. Kylmähoitoa käytetään akuuttien pehmytkudosvammojen ja leikkauksen jälkeisessä hoidossa. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi kylmäpakkauksien tai kylmien pyyhkeiden avulla. Käsittely kestää tavallisimmin noin 20-30 minuuttia. Syvyysvaikutukset kudoksiin riippuvat pitkälti kylmähoitoon käytetystä antotavasta, annosteluajasta sekä kudoksen lähtölämpötilasta. Vasta-aiheena kylmähoitoon ovat alueet, joissa verenkierto on heikentynyt tai ei ole tuntoa. (Pohjolainen 2009, 238.)

3.10.4 Abdominaalituki

Tukiliivin käyttö etenkin vatsan alueen leikkauksen jälkeen on todettu hyväksi kivun hoidon menetelmäksi. Tukiliivin käyttö edesauttaa kivunhoitoa, koska se tukee potilaan vatsan seinämää ja lihaksia. Näin vatsan seinämä ja lihakset eivät pääse venymään ja liikkumaan ja potilaan kivun tuntemus vähenee. Tukiliivi tukee myös leikkausaluetta. (Fagervik-Olsen, Josefson & Wiklund, 2009.) Kanadalaisen tutkimukseen mukaan tukiliivin käyttö paransi myös potilaiden liikuntakykyä aikaisessa postoperatiivisessa vaiheessa. Tukiliiviä käyttäneet potilaat pystyivät liikkumaan pidempiä matkoja kuin ne potilaat, joilla ei ollut tukiliiviä käytössä. Nopea kuntoutus leikkauksen jälkeen edesauttaa hengitystoimintaa ja vähentää veritulpan riskiä. Tutkimuksessa ilmeni myös se, että tukiliiviä käyttäneet potilaat uskaltautuivat lähtemään liikkeelle nopeammin. He kokivat sen vähentävän kipua ylösnousuissa. Tukiliivin todettiin vähentävän myös leikkauksen jälkeistä ahdistusta ja stressiä. (Cheifetz, Lucy, Overend & Crowe 2010.)

3.10.5 Huomion vieminen pois kivusta

Huumori on yksi elämän ulottuvuuksista ja sen avulla traagisimmatkin tapahtumat voivat saada humoristisen ulottuvuuden. Nauru helpottaa jännitystä, parantaa elämänlaatua ja lievittää jännitystä sekä ahdistusta, jonka on todettu lisäävän esimerkiksi leikkauskomplikaatioiden

syntyä. Huumori myös nostaa ihmisen kivunsietokykyä, jonka ajatellaan johtuvan endorfiinien erittymisestä ja jännityksen vähenemisestä. Huumorista saatu hyvän olon tunne ohittaa kivun aiheuttaman informaation ja ihminen keskittyy enemmän huumoriin kuin kipuunsa. (Sailo & Vartti 2000, 86-88.)

Kova ja jatkuva kipu vähentävät joidenkin ihmisten huumorintajua. Hoitotilanteessa on otettava huomioon potilaan yksilöllisyys huumorin suhteen, sillä vaarana on, että potilas kokee huumorin kipunsa väheksymisenä. On kuitenkin muistettava, että potilas voi kätkeä naurun varjoon esimerkiksi pelkoa ja epäilyjä. Terapeuttisessa mielessä huumorin käyttö on vakava ja herkkä asia, jonka käyttöä tulee pohtia niin kuin muitakin hoitovaihtoehtoja yhdessä potilaan kanssa. Osa potilaista saattaa itse aloittaa huumorin käytön, jolloin hoitohenkilökunnan on helpompaa ja turvallisempaa mennä mukaan. Hoitona huumori on ilmaista eikä sillä ole sivuvaikutuksia. (Sailo & Vartti 2000, 89, 91.)

Nauru saattaa myös vahingoittaa potilasta fyysisesti, esimerkiksi vatsaan kohdistuneen leikkauksen jälkeen. Huumorista voi olla tällöinkin apua. Naurun voi korvata sisäisillä hykertelyillä ja mielikuvilla. Leikkauksen jälkeistä lääkkeellistä kivunhoitoa ei huumori korvaa, mutta toimii sen apuna. (Sailo & Vartti 2000, 93.)

Vaajoen ym. (2013) tutkimuksen mukaan musiikin kuuntelu heti vatsaleikkauksen jälkeen samana päivänä vähensi osittain potilaiden kokemaa kipua ja ahdistusta. Toisena postoperatiivisena päivänä musiikin kuuntelu vähensi kipua jo huomattavasti. Musiikkia kuunnelleiden potilaiden verenpaine ja syke olivat huomattavasti matalammat ja hengitys tasaisempi kuin ryhmällä, joka ei kuunnellut musiikkia. 29 prosenttia potilaista koki musiikin kuuntelun rentouttavana. Musiikin kuuntelu auttoi potilaita myös unohtamaan kivun. Tämä tutkimus puoltaa aikaisempia tutkimuksia samasta aiheesta. Tulokset indikoivat, että musiikin kuuntelu yhdistettynä muihin lääkkeellisiin tai lääkkeettömiin menetelmiin on hyödyllistä.

3.11 Kirurginen potilas

Kirurgisen potilaan pääasiallinen hoito on leikkaus. Leikkaus on usein välttämätön, mutta joskus potilas voi olla kirurgisella vuodeosastolla konservatiivisessa hoidossa, jossa hänelle tehdään erilaisia tutkimuksia. Hoidon tavoitteena on, että potilas saa sairautta tai oireita lieventävän tai parantavan hoidon. Kirurgiseen hoitoon kuuluvat erilaiset kajoavat toimenpiteet eli interventiot, joihin kuuluvat esimerkiksi leikkaukset ja tähystystoimenpiteet. (Iivanainen ym. 2010, 464-466; Hammar 2011, 11-12; Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2013.)

Suurin osa kirurgisista toimenpiteistä on elektiivisiä eli potilas tulee toimenpiteeseen jonosta ajanvarauksella. Elektiivisistä leikkauksista noin 53 prosenttia on päiväkirurgisia toimenpitei-

tä. Päiväkirurginen toimenpide tarkoittaa, että potilas tulee sairaalaan ja kotiutuu leikkauspäivänä. Päiväkirurgisesti voidaan tehdä leikkauksia, joissa toipumisaika toimenpiteen jälkeen on lyhyt, ja toimenpiteeseen ei liity vakavien komplikaatioiden riskiä tai tarvetta verensiirtoon. Potilaan täytyy myös soveltua päiväkirurgiaan erilaisten kriteerien mukaisesti. Hoitoilmoitusrekisteri HILMO:n mukaan vuonna 2012 Suomessa tehtiin kirurgisia toimenpiteitä 427 766, joista päiväkirurgisia oli yhteensä 188 409. (Iivanainen ym. 2010, 464-466; Hammar 2011, 11-12; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.)

Leikkaussali on mahdollisimman steriili ja hyvin ilmastoitu tila. Suurin kontaminaatoriski potilaalle on hänen oma kehonsa, jonka takia leikkausalue pestään aseptisellä liuoksella isolla marginaalilla suunnitellun viillon ympäriltä. Potilas peitetään steriileillä kangas- tai kuituliinoilla jättäen vain leikkausalue paljaaksi. Leikkausalueella voidaan käyttää erilaisia liimautuvia kalvoja bakteerikontaminaation välttämiseksi. Lisäksi leikkausalueen ihokarvat voidaan poistaa ennen leikkausta. Leikkaussalihenkilökunta huolehtii omasta hygieniastaan noudattamalla aseptisiä periaatteita. (Roberts 2010, 76.)

3.11.1 Avoleikkaus

Vatsanpeitteillä tarkoitetaan vatsaontelon edessä sivulla sijaitsevaa eli anterolateraalista seinämää, joka ylhäällä rajoittuu kylkikaariin ja alhaalla häpyluuhun ja nivukseen. Sivulla vatsanpeitteet jatkuvat keskiaksillaarilinjaan eli kainalokuoppien keskikohtaan. Tukirangan vatsanpeitteille antaa neljä paria litteitä vatsalihaksia. Niiden jänteisiä osia kutsutaan aponeuroosiksi, jotka yhdistyvät rektuslihaksen välissä vahvaksi ja monimutkaiseksi punotuksi säikeiseksi rakenteeksi, linea albaksi, joka sitoo oikean- ja vasemmanpuoleiset vatsanpeitteet keskiviivassa toisiinsa. (Tuuliranta 2010, 542.)

Vatsaonteloon kohdistuvaa avoleikkausta kutsutaan laparotomiaksi, joka voidaan jakaa ala- ja ylälaparotomiaksi. Ruoansulatuskanavan kirurgisia toimenpiteitä varten potilaan on oltava kohtuullisen terve. Nestetasapainon, verenkierron ja hengitystoiminnan on oltava riittäviä. Leikkauksesta selviämiseen vaikuttaa leikkauksen laatu, laajuus sekä potilaiden elintoimintojen rajoittuminen välittömässä postoperatiivisessa vaiheessa. Ylävatsaontelon avaus eli ylälaparotomia aiheuttaa hengitystoiminnan heikkenemistä puolella potilaista jopa 1-2 viikoksi. Isojen toimenpiteiden jälkeen potilaan postoperatiivinen seuranta on tarvittaessa järjestettävä tehostetussa valvonnassa. Jopa 17 prosenttia vatsan alueen tai rintakehän leikkauspotilasta saa postoperatiivisen keuhkokuumeen. Postoperatiivisia hengitystoiminnan vajauksia esiintyy sitä enemmän, mitä lähempänä palleaa toimitaan. Hengityskomplikaatioita ei yleensä esiinny alavatsan toimenpiteissä (alalaparotomia). (Iivanainen ym. 2010, 427-428; Rantala & Huotari 2010, 66.)

3.11.2 Tähystysleikkaus

Tähystysleikkaus on turvallisempi ja potilasta vähemmän rasittava kuin avoleikkaus. Tähystyskirurgian tavoitteena on mahdollisimman pieniä viiltoja käyttäen tehdä diagnoosi potilaan sairaudesta sekä mahdollinen toimenpide. Vatsanontelon tähystyksessä eli laparoskopiassa vatsaonteloon viedään leikkaussaliolosuhteissa kaasutiiviiden toimenpideporttien eli troakaarien kautta pitkät, 3 mm, 5 mm tai 10 mm paksuiset instrumentit ja optiikka. Laparoskopiassa skoopit eli tähystimet ovat jäykkiä. Troakaaria varten tehdään pienet ihoviillot. Tähystin yhdistetään valolähteeseen ja videokameraan, jolloin työskentelykuva välittyy laparoskoopista leikkauspöydän ympärillä oleviin monitoreihin. (Scheinin 2013, 562; Iivanainen ym. 2010, 428; Rotko & Tuovila 2014, 524-529; Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 188-189.)

Kirurgi työskentelee vatsaontelon ulkopuolella pitkien instrumenttien avulla ilman käden ja kudoksen yhteen koskettamista. Laparoskopian toteuttamiseksi vatsanpeitteet nostetaan ylös tavallisimmin täyttämällä vatsaontelo Veressin neulan kautta hiilidioksidilla, jotta leikkausalueelle saataisiin näkyvyyttä ja työtä. Hiilidioksidikaasua saadaan kaasupumpusta eli insuflaattorista. Kaasulla täytettyä vatsaonteloa kutsutaan pneumoperitoneumiksi. Vatsanpeitteet voidaan myös nostaa erilaisten nostolaitteiden avulla. (Scheinin 2013, 562; Iivanainen ym. 2010, 428; Rotko & Tuovila 2014, 524-529; Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 188-189.)

Laparoskopia on ensisijainen leikkausmenetelmä muun muassa sappileikkausten ja erilaisten tyrieni hoidossa. Käytännössä menetelmää voidaan käyttää kaikkiin vatsan alueen leikkauksiin. Laparoskopian hyötyjä avoleikkaukseen verrattuna ovat vähäisemmät kirurgiset traumat, nesteen haihtuminen, lämmönhukka ja verenvuodot. Lisäksi postoperatiivinen kipu ja kipulääkkeiden käyttö on vähäisempää, sekä postoperatiivinen hengitysfunktio on parempi kuin avoleikkauksen jälkeen. Haavainfektiot ovat harvinaisempia tähystyksissä, potilaat toipuvat nopeammin ja sairaalassaoloaika ja sairausloman tarve ovat lyhyempiä. (Scheinin 2013, 562; Iivanainen ym. 2010, 428; Rotko & Tuovila 2014, 524-529; Lukkari ym. 2013, 188-189.)

Tyypillisesti laparoskopiaa käytetään tyräkirurgiassa, sappirakon poistossa (LCC), sappitiehytkivien poistossa (ERCP) sekä antirefluksi- ja suolistokirurgiassa. Laparoskooppisesti aloitettu toimenpide voidaan tarvittaessa muuttaa eli konvertoida avoimeksi laparotomiaksi, jos jostain syystä toimenpidettä ei pystytä laparoskooppisesti suorittamaan. (Scheinin 2013, 562; Iivanainen ym. 2010, 428; Rotko & Tuovila 2014, 524-529; Lukkari ym. 2013, 188-189.)

3.12 Sappi

Sappirakko on päärynänmuotoinen, noin 30-50 ml:n laajuinen säkkimäinen elin, joka sijaitsee oikealla puolella ylävatsaa maksan alla oikean ja vasemman maksalohkon välissä. Maksa erit-

tää sappinestettä noin 1000 ml vuorokaudessa. Maksasta sappineste siirtyy varastona toimivaan sappirakkoon sappitiehyttä pitkin. Sappirakko väkevöi sappea ja annostelee sitä ruokailun yhteydessä pohjukkaissuoleen, jossa sappineste ja haimaneste helpottavat ravintoaineiden ja etenkin rasvojen imeytymistä. (Nuutinen & Kärkkäinen 2013, 923; Iivanainen ym. 2010, 450.)

Sappineste sisältää huonosti veteen liukenevia sappihappoja, bilirubiinia, fosfolipidejä, kolesterolia ja sappirakon limakalvon tuottamia proteiineja. Ainesosien suhteiden muuttuessa voi syntyä sappikiviä. Sappikiviä voi syntyä joko yhdessä sappirakon toimintahäiriön kanssa tai ilman sitä. Yli 80 prosenttia kivistä on kolesterolikiviä. Sappikivitauti on länsimainen kansantauti, joka yleistyy iän myötä. Muita riskitekijöitä ovat ylipaino, naissukupuoli, diabetes mellitus, metabolinen oireyhtymä, raskaus, maksakirroosi, Crohnin tauti sekä nopea painonpudotus. (Iivanainen ym. 2010, 450-451; Kiviluoto & Nuutinen 2013, 928; Hammar 2011, 70-71.)

Tärkein oire on sappikivikohtaus, jossa oikealla kylkikaaren seudulla ja hartiaan tai lapaluun seutuun säteilevä kipu alkaa 1-3 tuntia runsaan ja rasvaisen ruokailun jälkeen. Potilas on levoton, pahoinvoiva ja saattaa oksennella. Kipua kuvataan yleensä VAS-asteikolla 8-10. Sappitiehyessä oleva sulkukivi aiheuttaa virtsan tummumista, keltaisuutta potilaan ihosta sekä harmautta ulosteissa. Nykyisin potilaista noin puolet on diagnoosihetkellä oireettomia. (Iivanainen ym. 2010, 450-451; Kiviluoto & Nuutinen 2013, 928; Hammar 2011, 70-71.)

Sappikivitaudin hoidon tavoitteena on laukaista kipukohtaus ja ehkäistä sappirakon tulehtuminen sekä antaa potilaalle ruokavalio-ohjaus uusien kipukohtausten ehkäisemiseksi. Hoitovaihtoehtoja ovat muun muassa taudin seuraaminen ilman kajoavia toimenpiteitä, kivien liuotus- tai murskaushoito. Toistuvien sappikivikohtausten tai -tulehdusten seurauksena sappirakko voidaan poistaa käyttämällä joko avointa tai laparoskooppista tekniikkaa. Leikkaushoidolla kivet saadaan poistettua välittömästi, sappikivet eivät uusiudu ja sappirakon karsinooman riski poistuu. Leikkauksen haittoja ovat siihen liittyvät varhais- ja myöhäiskomplikaatiot, leikkauksen jälkeiset kivut sekä sairausloma. Sappirakon poisto ei sinänsä aiheuta ongelmia potilaalle. Joillakin voi esiintyä leikkauksen jälkeistä ripulia sekä osalle voi kehittyä samantapaisesti kipua kuin ennen leikkausta. (Kiviluoto & Nuutinen 2013, 934; Kiviluoto 2010, 504-505; Iivanainen ym. 2010, 451.)

Laparoskooppinen kolekystektomia eli sappirakon poisto tehdään kahden 10 mm:n ja kahden 5 mm:n troakaaren avulla. Videokamera ja optiikka viedään navan kautta asetetun troakaaren kautta vatsaonteloon. Kirurgi tarttuu sappirakkoon ja sitoo sappirakkovaltimon ja sappirakon tiehyen klipsein ja poistaa sappirakon troakaaren kautta. Laparoskooppisen kolekystektomian etuina avoimeen leikkaukseen ovat potilaan lyhyt sairaalaloaika ja sairausloma sekä useiden komplikaatioiden väheneminen. Avoin kolekystektomia tehdään joko pienestä alle 8 cm:n viil-

losta tai perinteisesti yli 8 cm:n viillosta, ja leikkausriskit ovat hyvin pienet. Leikkauskomplikaatiot kuitenkin lisääntyvät potilaan muiden sairauksien, kuten diabeteksen tai maksakirroosin takia. Lisäksi potilaan korkea ikä lisää riskiä. (Kiviluoto & Nuutinen 2013, 934-936.)

3.13 Tyrät

Tyrä tarkoittaa vatsaontelon sisällön purkautumista sen ulkopuolelle vatsanpeitteissä olevan aukon tai heikon kohdan kautta. Tästä aukosta vatsaontelon sisältö pääsee pullistumaan tyränä. Aukkoa kutsutaan tyräportiksi ja se voi olla synnynnäinen tai hankittu. Synnynnäisesti alttiita paikkoja ovat erityisesti nivusseutu ja napa. Tyrä ilmenee usein vatsanpeitteiden selvänä pullistumana, joka voidaan usein painaa takaisin sisään potilaan maatessa. Varsinkin alussa tyrään voi liittyä kipua, koska tyräportti on pieni ja ulostunkeva massa jää pinteeseen ahtaassa aukossa. Ulospullistuva elin työntää edelleen vatsakalvoa ja fascia transversalista, jolloin ne venyvät pussiksi ihon alle. Pussia nimitetään tyräpussiksi. (Tuuliranta 2010, 543-544; Iivanainen ym. 2010, 458-459.)

Reponoituva tyrä voidaan painaa takaisin sisälle. Jos tämä ei ole mahdollista, tyrää kutsutaan kureutuneeksi. Kureuman ollessa tiukka, aiheuttaa se kureutuneen elimen verenkierron salpaantumista. Peritoneaalisten tyräpussin täyttää usein suolenmutka tai omentti eli osa vatsapaitaa. Pelkän tyrän olemassaolo ei vaadi välttämättä leikkausta, mutta se ei myöskään parane itsestään. Tyrillä on myös taipumus kasvaa. Iäkkään potilaan oireeton tyrä ei välttämättä vaadi leikkausta, kun taas lasten nivustyrät korjataan aina. Tyrä korjataan leikkauksella, jossa tyräpussin sisältö palautetaan vatsaonteloon, ja tyräaukko suljetaan joko ompelemalla se suoraan kiinni tai käyttämällä apuna muita kudoksia aukon peitoksi. (Tuuliranta 2010, 543-544.; Iivanainen ym. 2010, 458-459.)

Tyräleikkauksia on neljä erilaista: herniotomia, suturaatio, operatio plastica ja vatsanpeitteiden vahvistus keinoaineella. Esimerkiksi lasten nivustyräleikkauksissa käytettävä herniotomia tarkoittaa tyräpussin preparoimista irti ja avausta, jonka jälkeen pussin sisältö palautetaan vatsaonteloon ja pussin tyvi suljetaan ompeleilla. Tyräpussi leikataan pois tai halkaistaan ja jätetään paikoilleen. Suturaatiolla tarkoitetaan leikkausta, jossa tyräpussi preparoidaan irti sekä työnnetään sisään, jonka jälkeen tyräportti suljetaan sulamattomalla langalla. Jos tyräaukko on pieni, ei kiristystä usein tule ja tyrä paranee, tosin uusiutumisen riskiä lisää potilaan ylipainoisuus. (Tuuliranta 2010, 544.)

Operatio plastica on monivaiheisempi leikkaus, jossa tyräportti peitetään tekemällä jonkinlaisella vatsanpeitteiden rekonstruktioilla. Yleensä tässä käytetään hyväksi läheisiä aponeuroosirakenteita, jotka joko venytetään molemmilta puolilta ompelein aukon peitoksi tai siten, että ne menevät osittain päällekkäin. Tällöin ne ommellaan toisiinsa kiinni kahdella ommelri-

villä. Vatsanpeitteiden vahvistukseen keinoaineella käytetään tavallisimmin sulamatonta verkkoa, joka sijoitetaan joko vatsakalvon ja fascia transversaliksien väliin tai vatsakalvon sisäpinnalle suolia vasten. Verkko pyritään asentamaan niin, että se hyödyntää sitä vatsaontelon sisäistä painetta, joka on tyrän synnyttänytkin. Verkon tulee ulottua joka suunnasta vähintään 5 cm tyräportin reunojen yli. (Tuuliranta 2010, 544.)

Vastasyntyneellä on linea albassa napanuoran mentävä reikä, jota ympäröi naparengas eli annulus umbilicalis. Aikuisella voi naparengas keskellä olla muutaman millimetrin reikä ilman tyrää. Vatsaontelon kasvu ja paineen nousu voivat venyttää naparengasta, jolloin tyrä voi syntyä. Usein tämä tapahtuu esimerkiksi lihomisen seurauksena tai raskauden aikana, mutta myös maksakirroosi ja askites voivat sen aiheuttaa. Oireilevat ja kivuliaat tyrät leikataan. Pieniin tyräportteihin riittää pelkkä ompelu, mutta usein esimerkiksi ylipainoisuus voi edesauttaa tyrän uusiutumista. Tällöin tyrä korjataan tukiverkon avulla. Rektuslihaksen taakse asetettua tukiverkkoa käytetään suurien tyräporttien sulkemiseen. Usein leikkauksessa joudutaan poistamaan myös napa. (Tuuliranta 2010, 548.)

Aikuisilla pienet napatyrät, haavatyvät ja epigastriset tyrät voidaan korjata myös paikallispuudutuksessa. Tyrien hoidossa tärkeää on hyvä kipulääkitys, johon kuuluu myös haavan paikallispuudutus muilla anestesiamenetelmillä leikatuille potilaille. Mahdollisia postoperatiivisia komplikaatioita ovat esimerkiksi leikkausalueen tulehtuminen, haava-alueen hematooma eli verenpurkauma ja kudosten kertymä eli serooma. (Hammar 2011, 184-185.)

Vatsaontelon sisäisen paineen kohdistuessa vatsanpeitteiden heikoimpiin kohtiin kuten nivuskanavan takaseinään tai miehillä kivekseen menevien ja sieltä tulevien rakenteiden kulkuaukon venyttyä, voi syntyä nivustyrä. Naisilla nivustyrä voi syntyä kohdun kannatinsidoksen kulkuaukkoon. Lapsilla nivustyrä ilmaantuu taas sikiökaudella auki jääneeseen nivuskanavaan. Aikuisilla nivustyrä voi aiheuttaa ponnistaessa tuntuva nivosalueen kipua, joka johtuu tyräportin venymisestä. (Hammar 2011, 177-178, 181.)

Aikuisilla nivustyrä leikataan vain, jos tyrästä aiheutuu kipua tai haittaa päivittäisille toimintoille, kureutumisvaara on suuri tai jos tyrä on niin iso, että iho vaarantuu. Muuten käytetään esimerkiksi tyrätukea, jolloin estetään tyrän ulospullistuminen. (Hammar 2011, 182-183.)

Aikuisen ensimmäinen nivustyräleikkaus pyritään leikkaamaan päiväkirurgisesti paikallispuudutuksessa. Iho puudutetaan, ja leikkausviillon jälkeen puudutetta lisätään lihaskalvon alle, sekä tyräpussin tyvi puudutetaan. Tyräpussi poistetaan ja venyntyttä nivuskanavaa supistetaan ompelein. Vaihtoehtoisesti nivuskanavan pohja vahvistetaan ompelemalla alueelle suoran sekä epäsuoran tyräportin sulkeva verkko (Lichtensteinin leikkaus). Tyrän uusiutuessa tai ollessa molemminpuolinen käytetään tähystysmenetelmää joko vatsaontelon ulkopuolelta (TEP) tai

vatsaontelon kautta (TAPP). Kummatkin toimenpiteet tehdään yleisanestesiassa ja kummassakin käytetään verkkoa nivuskanavan takaosan tukena. Kureutunut nivustyrä korjataan päivytyksenä, ja leikkauksessa kiinnitetään huomiota suolen vitaliteettiin. (Hammar 2011, 183-185.)

Palleatyrä eli hiatushernia syntyy pallealihaksessa sijaitsevaan ruokatorven kulkuaukkoon, ja mahalaukun yläosa voi tunkeutua ruokatorven kulkuaukon kautta osittain rintaontelon puolelle. Tyrä voi lisätä ruoan takaisinvirtausta ruokatorvessa häiritsemällä alasulkijan toimintaa. Liukutyypisessä tyrässä ruokatorven ja mahalaukun liitoskohta liukuu rintaontelon puolelle ja paraesophagealisessa tyrässä mahalaukun pohjukka työntyy rintaonteloon. Lisäksi rintaontelossa voi olla sekä mahalaukun pohjukka sekä liitoskohta, jolloin tyrää kutsutaan sekatyypiksi. (Hammar 2011, 100-101.)

3.14 Suoliavanteet

Suoliavanne eli stooma tarkoittaa väliaikaista tai pysyvää mahasuolikanavan ja ihon välistä yhteyttä, joka tehdään nostamalla suolen osa leikkauksessa suoraan vatsanpeitteiden läpi ihon pinnalle. Suoliavanteen tarkoituksena on vähentää suoliston painetta tai ohjata ulostevirta vatsanpeitteiden läpi. (Hammar 2011, 165.)

Avanne voidaan tehdä joko paksu- tai ohutsuoleen ja se voi olla joko pääteavanne, lenkiavanne tai kaksipiippuinen avanne. Pääteavanteessa vain suolen tuova eli proksimaalinen pää tuodaan vatsanpeitteiden läpi poistamalla ihosta pyöreä kappale ja tekemällä lihaskalvoon aukko, josta suoli nostetaan. Suoli kiinnitetään lihaskalvoon, avataan ja käännetään ihoon kiinni ompelein. Pääteavannetta käytetään usein pysyvänä avanteena, mutta se soveltuu myös väliaikaiseen käyttöön. Lenkiavanne tarkoittaa avannetta, jossa suolen tuova sekä vievä eli distaalinen osa on tuotu vatsanpeitteiden läpi niin, että osa suolenseinämän jatkuvuudesta on säilytetty. Lenkiavannetta käytetään väliaikaisena avanteena, kun halutaan suojata alempana suolessa olevaa saumaa. Kaksipiippuisessa avanteessa suolen tuova ja vievä osa ovat samassa aukossa, mutta suoli on katkaistu ja osa suoletta on voitu tätä ennen poistaa. (Hammar 2011, 165-166.)

Pysyvä paksusuoliavanne eli kolostooma tehdään esimerkiksi peräaukon poistamisen takia joko poikittaisen paksusuolen loppupäähän vasemmalla, laskevaan paksusuoleen tai sigmasuoleen. Väliaikaisena kolostomia tehdään lenkiavanteena suojaamaan alhaalla suolessa sijaitsevaa saumaa eli anastomoosia, jolloin suojaava kolostomia tehdään usein transversumin alueelle tai se voidaan tehdä suolitukoksen takia potilaan oireita helpottamaan. Lenkkikolostomia pystytään lähes aina tekemään oikealle ylävatsalle poikittaisen avanneaukon kautta, eikä näin vaadi laparotomiaa tai edes laparoskopiaa. Sigmasuolen alueelle lenkiavanne voidaan tehdä

vasemmalle alavatsalle vaihtoviiltoa käyttäen, esimerkiksi peräsuolivammojen yhteydessä. (Hammar 2011, 166-167.)

Pysyvä ohutsuoliavanne eli ileostomia tehdään, kun potilaalta joudutaan poistamaan sekä paksusuoli, peräsuoli että peräaukko, esimerkiksi monipesäkkeisen paksusuolisöyvän takia. Lenkki-ileostomiaa käytetään suojaamaan alhaalla suolessa sijaitsevaa suolisaumaa tai suojaamaan haavaisen koliitin tai Crohnin taudin takia tehtyä ileoanaalianastomoosia. Avanne tehdään yleensä potilaan varsinaisen leikkauksen yhteydessä laparotomiassa, mutta onnistuu myös laparoskooppisesti. Väliaikainen pääteileostomia tehdään harvemmin. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi tulehduksellisten suolistosairauksien yhteydessä ilmaantuvien fistellien hoitona tai paksusuolen vammojen jälkeen. (Hammar 2011, 167-168.)

Komplikaatiot ovat melko yleisiä avanneleikkauksissa ja esiintyvyyks onkin 25-60 prosenttia. Potilas voi esimerkiksi sairastua sepsikseen eli yleistulehdukseen suoliston verenkierron ongelmien yhteydessä, avanne voi mennä kuolioon, avanne voi painua ihon sisälle, avanteeseen voi kehittyä ahtauma tai kurouma tai jopa tyrä. Lisäksi avannetta ympäröivä iho voi ärsyyntyä johtuen ulosteen pääsystä kosketukseen ihon kanssa. (Hammar 2011, 168-169.)

3.15 Umpilisäkkeen tulehdus

Umpilisäke on 2-25 cm pitkä matomainen lisäke umpisuolessa. Sillä ei ole arvioitu olevan varsinaista tehtävää, vaan sen ajatellaan olevan kehitysjäännös. Umpilisäkkeen seinämän runsas imukudos kuitenkin tukee ajatusta, että se osallistuisi suolen immuunipuolustukseen. Umpilisäke myös erittää limaa suoleen. Umpilisäkkeellä on oma suolilieve. Umpilisäkkeen tulehdus eli appendisiitti on yksi yleisimmistä äkillisen vatsakivun aiheuttajista kaikissa ikäryhmissä. Tauti on tavallisempi lapsilla kuin vanhuksilla mutta yleisin se on 10-30-vuotiailla nuorilla aikuisilla. Suomessa umpilisäkkeen poistoja tehdään noin 10 000 vuosittain. Epidemiologinen näyttö tukee käsitystä, että osa umpilisäkkeen tulehduksista paranisi ilman leikkausta itsestään. (Puolakkainen & Mentula 2013, 81; Järvinen 2010, 432.)

Tulehduksen etiopatofysiologiaa ei tunneta tarkoin, mutta sen on esitetty alkavan umpilisäkkeen kärjen ahtautuessa tai tukkeutuessa esimerkiksi ulosteen tai kasvaimen takia. Tukoksen yläpuolella bakteerit lisääntyvät, paine nousee, verenkierto heikkenee ja syntyy turvotusta ja iskemioita, joka johtaa seinämän tulehdusreaktioon. Umpilisäkkeen tulehdus on etenevä sairaus, joka alkaa limakalvon tulehduksella ja etenee lumeniin kertyneellä märällä. Lopulta tulehdus ja paine aiheuttavat seinämän nekroosin eli kuolion, joka johtaa umpilisäkkeen puhkeamiseen. Kriittinen aikaraja puhkeamiselle on noin 36 tuntia. Umpilisäkkeen puhjetessa märkä valuu vatsaonteloon ja aiheuttaa vatsakalvontulehduksen. (Puolakkainen & Mentula 2013, 81-82; Järvinen 2010, 432; Iivanainen ym. 2010, 442.)

Joskus harvoin puhkeamista ei tapahdu ja silloin umpilisäkkeen tulehdus voi parantua itseltään tai antibioottihoidolla. Joillekin potilaille kehittyä antibiooteista huolimatta vatsakalvontulehdus. Lisäksi tauti uusiutuu noin 30-50 prosentilla potilaista. Tulehduksen alkuaireena on usein epämääräinen vatsakipu, joka vähitellen paikantuu McBurneyn pisteeseen oikealle alavatsalle navan ja suoliluunharjanteen välille. Lisäksi voi esiintyä pahoinvointia, vatsan täinä- ja kosketusarkuutta, ruokahaluttomuutta, lämpöä ja ripulia. Taudin edetessä McBurneyn pisteeseen kehittyä tunnustellen havaittava lihasjännitys. (Puolakkainen & Mentula 2013, 81-82; Järvinen 2010, 432; Iivanainen ym. 2010, 442.)

Umpilisäkkeen tulehduksen hoito on päivystysluonteinen appendisektomia eli umpisuolen poisto, joka voidaan tehdä avo- tai tähystysmenetelmällä. Valinta perustuu usein sairaalan resursseihin ja leikkaavan kirurgin kokemuksiin ja mieltymyksiin, sillä leikkaustekniikoiden erot ovat vähäisiä. Perinteisesti appendisektomia tehdään oikealle alavatsalle tehdystä vaihtoviillosta irrottamalla ja sitomalla ensin umpilisäkkeen lieve. Sitten katkaistu tyvi upotetaan tupakkapussiompelein umpisuolen sisään. Upotusta ei tosin pidetä enää tarpeellisena. (Puolakkainen & Mentula 2013, 84-86; Järvinen 2010, 433-434.)

Laparoskooppinen toimenpide tarjoaa nopeamman toipumisen hyödyttäen etenkin lihavia ja fyysistä työtä tekeviä. Laparoskopia tarjoaa paremman näkyvyyden lantion alueen elimiin kuin avoleikkaus, mikä hyödyttää esimerkiksi fertiili-ikäisten naisten erotusdiagnostiikassa. Lisäksi laparoskopiassa on parempi mahdollisuus vatsaontelon huuhteluun. Haavatulehduksien esiintyvyys on myös vähäisempää. Intra-abdominaalisen absessin riskit ovat kuitenkin korkeammat laparoskopiassa kuin avoleikkauksessa. (Puolakkainen & Mentula 2013, 84-86; Järvinen 2010, 433-434.)

Avoleikkauksessa voidaan vaihtoviiltoa suurentaa, jotta päästään tarvittaessa tunnustelemaan viereisiä elimiä. Jos umpilisäke osoittautuu viattomaksi, on se aina poistettava ja lähetettävä patologille tutkittavaksi. Silmämääräisesti ei voida appendisiittia sulkea pois oli kyseessä sitten avo- tai tähystysleikkaus. Hoitoaika leikkauksen jälkeen on usein lyhyt. Laparoskooppisesti hoidetut komplisoitumattomat tapaukset kotiutetaan usein jo ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Sairauteen liittyvä kuolleisuus on noin 0,1 prosenttia. Näistä potilaista suuri osa on perussairauksista kärsiviä vanhuksia, jotka ovat sairastuneet vatsakalvontulehdukseen. (Puolakkainen & Mentula 2013, 84-86; Järvinen 2010, 433-434.)

Umpilisäkkeessä voi esiintyä myös kasvaimia, jotka voivat olla syynä sen tukkeutumiseen. Umpilisäkkeen kasvaimista suurin osa (85 prosenttia) on karsinoiditumoreita. Myös tällöin umpilisäke poistetaan. Tuumorin ollessa yli senttimetrin mittainen tai ympäristöön kiinnittynyt, voidaan tehdä oikeanpuoleinen hemikolektomia eli paksusuolen poisto. (Järvinen 2010, 434.)

3.16 Suoliresektiot

Äkillistä suolitukosta esiintyy päivystykseen hakeutuvista ja äkillisestä vatsakivuista kärsivillä aikuisilla jopa kymmenellä prosentilla. Ohutsuolitukkeumat ovat kolme kertaa yleisempiä kuin paksusuolen. Yleisin syy suolitukokseen ovat vatsaontelon kiinnikkeet. Useimmiten (60-80 prosentissa tapauksista) kiinnikkeet johtuvat aikaisemmista vatsaontelon leikkauksista. Lisäksi niitä aiheuttavat konservatiivisesti hoidetut tulehdukset ja vatsavammat. (Kemppainen 2013, 87-89; Hammar 2011, 156-158.)

Maha-suolikanava erittää vuorokaudessa 8-10 litraa nestettä, josta suurin osa erittyy takaisin jos suoli toimii normaalisti. Jos suolen peristaltiikka eli suolen liikkeet heikkenevät suolilaman tai tukoksen takia, neste ja ruokajäämät kertyvät suoleen. Tällöin mikrobit lisääntyvät ja suoleen kehittyy kaasuja ja mikrobien aineenvaihduntatuotteita. Tilanteen jatkuessa suolikaasut ja neste venyttävät suolta ja paine kasvaa suolessa niin, että suolen seinämä turpoaa ja nestettä siirtyy suolen läpi passiivisesti. (Kemppainen 2013, 87-89; Hammar 2011, 156-158.)

Peristaltiikka voi myös kääntyä toiseen suuntaan, jolloin potilas oksentaa, kuivuu ja kärsii elektrolyytti- ja happo-emästasapainon häiriöstä. Suolen seinämän paine johtaa imunestekierroon häiriintymiseen ja suolen seinämän turvotuksen edetessä myös laskimoiden ja valtimoiden tukkeutumiseen. Tästä saattaa seurata suolen seinämän kuolio ja perforaatio eli puhkeaminen. (Kemppainen 2013, 87-89; Hammar 2011, 156-158.)

Silloin kun suolen sisällön etenemistä estää anatominen este, puhutaan mekaanisesta suolitukoksesta. Tällainen tukos voi olla yksinkertainen, jolloin suoli laajenee tukoskohdan yläpuolelta kauttaaltaan tai vaihtelevasti. Closed loop-tyyppinen tukos tarkoittaa suolen kiertymistä, jolloin kiertymispisteessä suolen sisältö pääsee tukosalueen sisään, muttei enää ulos. Myös suolilieve voi tällöin kiertyä ja verenkierto loppua, jolloin tilannetta kutsutaan strangulaatioksi. Tällöin kivut ovat jatkuvia ja potilaan yleistilanne heikkenee. Paralyttisessä tukoksessa suolen peristaltiikka puuttuu ja johtaa suolen sisällön kulun pysähtymiseen. Pseudo-obstruktio tarkoittaa paksusuolen alueelle rajoittunutta voimakasta suolen laajenemista ilman mekaanista estettä. Pseudo-obstruktio voi johtaa jopa suolen seinämän nekroosiin. Lisäksi tukokset voidaan jaotella vaikeusasteen ja anatomisen alueen mukaan. Paksu- ja peräsuolen voivat tukkeuttaa myös tulehdukselliset ja iskeemiset tilat, kuten divertikuliitti ja lantion alueen sädehoito. (Kemppainen 2013, 87-89; Hammar 2011, 156-158.)

Potilaan oireet vaihtelevat sen mukaan, missä tukos on. Korkeassa tukoksessa tyypillinen oire on aaltomainen, keskellä vatsaa tuntuva koliikkikipu, joka on kohtausmaista, jopa muutaman minuutin välein tuntuva kipua. Suolen toiminta voi säilyä, mutta potilas oksentaa. Oksennus

voi muuttua tukoksen jatkuessa fekaaliseksi eli vihertäväksi, pahanhajuiseksi, liejumaiseksi nesteeksi. Paralyyttisessä tukoksessa ja pseudo-obstruktiossa ei välttämättä esiinny kipua lainkaan tai se on lievää, epätarkkarajaista tai hajanaista. Peristaltiikka voi loppua kokonaan ja potilas ei ulosta ja ilmankin tulo peräaukosta lakkaa. Vatsa voi olla turvonnut ja pingottunut. Verenkierron salpautuessa suolessa voi kovaa kipua tuntua kauttaaltaan vatsassa. Nesteen kertyessä vatsa turpoaa ja potilaan yleistila heikkenee nopeasti. Oksennukset voivat olla suolen seinämän nekroosin takia kahvinporonnäköisiä ja verensekaisia. (Hammar 2011, 157-158; Kempainen 2013, 90.)

Jos potilaan ummetus saadaan laukaistua, voidaan häntä hoitaa polikliinisesti. Leikkausvalmiuden omaavaan sairaalaan on lähetettävä kivuliaat potilaat. Voimakas, jatkuvaksi muuttunut kipu, yleisoireet ja leukosytoosi viittaavat strangulaatioon, jolloin tehdään päivystysleikkaukspäätös, koska suoli voi puhjeta. Kaikilta potilaita tulee lopettaa ravitseminen suun kautta, ja oksentaville potilaille voidaan asentaa nenä-mahaletku, varsinkin jos tukos on korkealla. Potilaalle aloitetaan tehokas suonensisäinen nestehoito. Osa tukoksista laukeaa konservatiivisesti, mutta täydellinen tukos edellyttää lähes aina leikkaushoitoa. (Hammar 2011, 162-164; Kempainen 2013, 91-92.)

Esimerkiksi paksusuolen pseudo-obstruktiossa hoitona käytetään suolen tyhjentämistä paineesta esimerkiksi rektaaliputken avulla. Leikkaus voidaan tehdä avo- tai tähystysmenetelmällä. Menetelmä määräytyy lähinnä kirurgin mieltymysten mukaisesti, sillä tekniikoilla ei ole riittävästi vertailua tutkimuksissa. Mekaaninen tukos, joka johtuu esimerkiksi kasvaimesta, voidaan laukaista tähystyksellä ja varsinainen aiheuttaja leikataan potilaan tilan korjautuessa. Verenkierron salpautuminen edellyttää aina leikkaushoitoa, koska suolen hapenpuute johtaa sen kuolioon. Leikkauksessa suolitukoksen aiheuttaja tai sairaus suolenosa poistetaan. (Hammar 2011, 162-164; Kempainen 2013, 91-92.)

3.17 Munuaisen poisto

Ihmisellä on normaalisti kaksi munuaista. Munuaiset sijaitsevat selkärangan molemmin puolin, vatsakalvon ja selkälihasten välissä alimpien kylkiluiden kohdalla. Munuaisten tehtävänä on poistaa aineenvaihdunnan lopputuotteet, säädellä vesi- ja elektrolyyttitasapainoa, happo-emästasapainoa ja verenpainetta. Lisäksi munuaiset säätelevät kalsium- ja fosfaattiainevaihduntaa sekä punasolujen tuotantoa. (Vauhkonen & Holmström 2012, 423-426.)

Munuainen voidaan leikata esimerkiksi munuaissyövän eli munuaisessa sijaitsevan pahanlaatuisen kasvaimen takia. Munuainen voidaan tällöin poistaa kokonaan tai osittain. Leikkaus voidaan tehdä avo- tai tähystysleikkauksella. Radikaalissa munuaisen poistoleikkauksessa eli nefrektomiassa leikkausviilto tulee usein kylkiluiden alapuolelle. Leikkauksessa poistetaan

sekä munuainen että sitä ympäröivä rasvakerros ja tarvittaessa myös lisämunuainen. Munuaisen osittaisessa poistossa poistetaan vain munuaisen sairas osa. Tähystystekniikalla eli laparoskopialla leikkaaminen vähentää leikkausalueen kipua ja nopeuttaa toipumista. (Ahonen ym. 2012, 642.)

3.18 Kilpirauhasen poisto

Normaali kilpirauhanen on noin 15-25 grammaa painava sisäeritteinen eli endokriininen rauhanen, joka sijaitsee henkitorven molemmin puolin kahdessa lohossa. Lohkoja yhdistää kanas. Kilpirauhanen koostuu rakkuloista eli follikkeleista ja niitä ympäröivästä tukikudoksesta eli stroomasta. Kilpirauhasen takaosissa sijaitsevat neljä lisäkilpirauhasta. Kilpirauhasen toimintaa säätelevät aivolisäke ja hypotalamus. Aivolisäke erittää tyreotropiinia ja tyreotropiinia vapauttavaa hormonia. Säätelijärjestelmän ongelmat voivat aiheuttaa joko kilpirauhasen vajaatoimintaa eli hypotyreoosia tai liikatoimintaa eli hypertyreoosia. Kilpirauhasessa esiintyy myös tulehduksia, kyhmyjä ja kasvaimia. Kilpirauhanen voi myös suurentua, jolloin puhutaan struumasta. (Hammar 2011, 186-187; Vauhkonen & Holmström 2012, 260-261; Mäkinen, Alhava & Haglund 2010, 582-583.)

Kilpirauhasen kyhmyissä, kasvaimissa, struumassa ja hypertyreoosissa voidaan hoitona käyttää kilpirauhasen lohko-poistoa eli lobectomiaa tai kokopoistoa eli thyreoidektomiaa. Lohkonpoisto tehdään niin sanotulla kaulusviillolla, useimmiten lihaksia katkaisematta. Kilpirauhaslohko irrotetaan ympäröivistä rakenteista katkaisemalla siihen tulevat verisuonet. Lohko-poistossa poistetaan usein myös lohkon takapinnalla sijaitsevat lisäkilpirauhaset. Kilpirauhasen takana kulkee äänihuulta hermottava hermo, jota varotaan leikkauksen aikana venyttämästä. Kilpirauhanen voidaan poistaa myös lähes kokonaan niin, että jäljellä jäävä pieni osa suljetaan jatkuvalla sulavalla ompeleella. Toinen lohko voidaan myös poistaa kokonaan ja toisesta jätetään pieni osa jäljelle. (Hammar 2011, 189-196; Iivanainen ym. 2010, 530-534.)

Lisäkilpirauhaset voidaan jättää paikoilleen kilpirauhasesta irrottelun jälkeen tai sijoittaa kaulan lihaksen sisään. Myös lisäkilpirauhanen voidaan yksistään poistaa esimerkiksi lisäkilpirauhasen primaarin liikatoiminnan eli hyperparatyreoosin takia. Kaikkien lisäkilpirauhasten ollessa suurentuneita, poistetaan jokaisesta puolelta. Kilpirauhasleikkauksen jälkeen on tärkeää tarkkailla potilaan hengitystä ja mahdollista kaulan turvotusta. Kaulan suonten sulkemisen pettäessä, potilas voi vuotaa runsaasti ja tällöin tarvitaan nopea uusintaleikkaus. (Hammar 2011, 189-196; Iivanainen ym. 2010, 530-534.)

3.19 Plastiikkakirurgia

Plastiikkakirurgia jaetaan esteettiseen sekä rekonstruktiiiviseen plastiikkakirurgiaan. Rekonstruktiiivinen plastiikkakirurgia korjaa esimerkiksi synnynnäisiä kehitysvaurioita ja kudospuutoksia ja lisäksi kosmeettisesti ja toiminnallisesti haittaavia arpia. Myös hermotoiminnan häiriöiden korjaus kuuluu plastiikkakirurgian alaan. Esteettinen plastiikkakirurgia taas pyrkii korjaamaan ulkonäköä asiakkaan toiveen mukaan eikä puhtaasti esteettistä kirurgiaa tehdä julkisessa terveydenhuollossa. Atraumaattinen kirurginen tekniikka kuuluu olennaisesti plastiikkakirurgiaan, jolloin kudosta käsitellään varoen ja lisävahinkojen syntyminen pyritään estämään. (Tukiainen, Kuokkanen, Suominen & Rautio 2010, 798.)

Rintojen pienennysleikkaus eli reduktioplastia on yleisimpiä plastiikkakirurgisia leikkauksia. Rintoja voidaan pienentää esimerkiksi kookkaiden rintojen aiheuttaman niska- ja hartijaseudun kipujen takia. Ennen leikkausta lääkäri tekee rintoihin merkkejä huopakynällä, joiden mukaan hän poistaa rinnoista rasvaa, rauhaskudosta ja ihoa valitsemallaan tekniikalla. Nänniä voidaan siirtää tarpeen mukaan. Leikkauksen haittoja ovat isot arvet, mahdollinen ihon ja nännin tunnottomuus sekä imetyksyvyn menetys. (Jahkola, Leidenius & von Smitten 2010, 793; Tukiainen ym. 2010, 822.)

Ihmisen lihoessa rajusti ja sen jälkeen laihtuessa, saattaa esimerkiksi vatsan alueelle jäädä ylimääräisiä ihopoimuja. Abdominoplastia eli vatsan korjausleikkaus voidaan tehdä, kun potilaan paino on vakiintunut vähintään vuodeksi normaalipainoon tai riittävän alhaiseksi. Leikkaus tehdään kuitenkin julkisella puolella vain toiminnallisen tai terveydellisen haitan vuoksi, esimerkiksi liikunnan tai hygienian hoidon hankaloitumisen vuoksi. Ylimääräinen iho poistetaan ja ihoa kiristetään. Tarvittaessa voidaan myös vatsanpeitteiden lihaksia korjata oikeaan asentoon. Jos vatsan ihopoimu jatkuu myös paljon selänpuolelle, ihopoimu voidaan poistaa leikkausarven jatkamisella alavartalon ympäri. (Plastiikkakirurgiset toimenpiteet 2015.)

3.20 Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu

Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu eli hyperplasia prostatae, on miesten yleisin kasvainsairaus. Eturauhanen muodostuu epiteliaalisesta rauhaskudoksesta ja fibromuskulaarisesta stroomasta. Androgeenit ja fibromuskulaarisen komponentin estrogeenit säätelevät rauhaskudoksen aktiivisuutta. Liikakasvu on adenoomaa, joka kasvaa virtsaputken molemmin puolin ja aiheuttaa virtsaputken litistymisen ja pitenemisen. Suurentunut eturauhanen painaa virtsaputkea tukkoon ja ahtauttaa virtsaputkea. Liikakasvun esiintyminen lisääntyy iän myötä ja yli 60 vuotta täyttäneistä liikakasvua on jo yli 80 prosentilla. Potilaista hoitoon hakeutuu oireiden takia noin 25 prosenttia. Ikä ja miessukupuolihormonin erityy ovat ainoat tiedossa olevat syyt eturauhasen liikakasvulle. (Iivanainen ym. 2010, 616; Tammela 2010, 872.)

Eturauhasen liikakasvun oireet jaetaan kerääntymis- ja tyhjennysoireisiin. Kerääntymisoireisiin kuuluu tiheä virtsaamistarve, yövirtsaaminen, virtsauspakko sekä pakkoinkontinenssi. Tyhjennysoireita ovat virtsantulon viipyminen, heikentynyt virtsasuihku, ponnistuksen tarve virtsatessa, vajaan tyhjentyminen tunne, virtsauksen keskeytyminen sekä virtsaampi. Oireet voivat vaihdella, eivätkä ne välttämättä pahene ainakaan nopeasti. Vain pienelle osalle potilasta tulee komplikaatioita. Komplikaatioita ovat virtsaampi, hydronefroosi, ureamia, rakkokivet tai infektio. (Iivanainen ym. 2010, 616; Tammela 2010, 872-873.)

Hoitona käytetään eturauhasta pienentää lääkehoitoa, lämpöhoitoa, laserhoitoa sekä leikkaushoitoa. Operatiivinen hoito on välttämätön esimerkiksi munuaiskudosvaurion, toistuvan virtsaamisen tai ylivuotoinkontinenssin takia. Operatiivista hoitoa pidetään ensisijaisena hoitovaihtoehtona myös, kun potilaan jäännösvirtsa on toistuvasti yli 300 millilitraa, virtsasuihku on heikko, rakossa on suuri divertikkeli, potilaalla on toistuvia virtsatieinfektioita, potilaalla on uusiutuva makrohematuria tai kun oireet ovat vaikeat, eivätkä ne reagoi 3-6 kuukaudessa lääkehoitoon. (Tammela 2010, 874-875; Iivanainen ym. 2010, 616-617; Hammar 2011, 292.)

Leikkausvaihtoehtoja on muutama. Höyläysleikkauksessa (TURP, transurethral resection of the prostate) adenooma poistetaan resektoskoopin eli sähkösilman avulla. Liikakasvukudos poistetaan virtsaputken kautta lastuina näkökontrollissa. Lastut poistetaan rakosta huuhtelemalla ja lähetetään patologin tutkittavaksi. Höyläysleikkauksenaikainen verenvuoto voi olla merkittävää. Leikkauksessa käytetty huuhteluneste saattaa myös imeytyä ja aiheuttaa potilaalle elektrolyyttihäiriön, jonka oireita ovat muun muassa epämääräinen huonovointisuus, määrittämätön kipu, hartiapistos, levottomuus ja sekavuus. (Hammar 2011, 293-295; Tammela 2010, 877.)

Eturauhasen halkaisuleikkauksessa (TUIP, transurethran incision of the prostate) halkaistaan virtsarakon kaulaa ja eturauhasen rakon puoleista osaa virtsaputken kautta. Rakossa olevan paine laajentaa rakon kaulaa ja näin helpottaa virtsaamista. Toimenpide on höyläystä pienempi ja vaatii lyhyemmän sairaalassaoloajan. TUIP soveltuu potilaille, joiden eturauhasen tilavuus on alle 30 millilitraa ja rauhasen keskiloikka on laajentumaton. Eturauhanen voidaan myös poistaa avoimella leikkauksella. Avointa leikkausta suositellaan, jos rauhanen on suuri. Avoleikkaus eli prostatectomia voidaan tehdä joko virtsarakon kautta tai etenemällä eturauhasen pintaa symfyysin takaa, avaamatta virtsarakkoa. Komplikaatioita voivat olla haavataulehdus, virtsanpidätyskyvyn heikkeneminen, erektiohäiriöt sekä virtsafisteli. (Hammar 2011, 293-295; Tammela 2010, 877.)

3.21 Virtsarakon muutoksen poisto

Virtsateiden pahanlaatuisista kasvaimista virtsarakon syöpä on yleisin. Suurin osa virtsarakon syövästä on kuitenkin rakon sisäpintaan rajoittuvia ja suhteellisen kiltisti käyttäytyviä. Yleisin sairastumisikä on 70-75 vuotta ja uusia tapauksia diagnosoidaan vuosittain yli tuhat. Oireita ovat verivirtsaisuus sekä erilaiset ärsytysoireet kuten kivut virtsatessa, virtsapakon tunne sekä tiheä virtsaamistarve. Kasvain voi aiheuttaa myös tukoksen ylemmissä virtsateissa, jolloin hitaasti kehittyneestä tukoksesta voi aiheutua kylkikipua ja tärinäarkuutta. (Hammar 2011, 309-310; Rintala 2010, 845-848.)

Hoito valitaan kansainvälisen syöpäjärjestön TNM-luokituksen, taudin erilaistumisasteen ja potilaan kunnan mukaan. Rakkosyöväälle on ominaista pinnallisten kasvainmuotojen suhteellinen hyvälaatuisuus. Taudille on kuitenkin ominaista uusiutumistaipumus. Pinnallisten rakkokarsinoomien hoitona käytetään kasvaimen poistoa lastuina (höyläys) virtsaputken kautta. Toimenpidettä kutsutaan nimellä TURB (transurethral resection of the bladder). Keskimäärin 70 prosentilla potilaista kasvain kuitenkin uusiutuu tämän jälkeen. Toimenpiteen lisäksi voidaan käyttää rakonsisäisiä solunsalpaajahuuhteluita (instillaatio), jolloin ensimmäinen huuhtelu tapahtuu höyläysleikkauksen yhteydessä. Paikallisesti levinneen rakkosyövän hoitona käytetään radikaalia virtsarakon poistoa eli kystectomiaa. (Rintala 2010, 851-854; Hammar 2011, 310-312.)

Kystektomiassa poistetaan virtsarakon lisäksi miehiltä eturauhanen sekä virtsaputki, jos kasvain on levinnyt eturauhasen alaosaan asti. Naisilta poistetaan virtsarakon lisäksi kohtu, vaginan etuseinämä sekä virtsaputki. Virtsaputken poiston myötä potilaalle joudutaan tekemään virtsa-avanne. Jos virtsaputki pystytään säästämään, virtsarakko korvataan suolipussilla. Irrotetusta ja halkaistusta ohutsuoletta muotoillaan rakko ja virtsajohtimet liitetään tähän uuteen rakkoon. Suolirakko yhdistetään virtsaputkeen. Kystektomian jälkeen tauti uusiutuu noin 10 prosentilla potilaista ja puolet potilaista menehtyy viiden vuoden kuluessa rakkosyöpään. Liitännäishoitona käytetään solunsalpaajia. (Rintala 2010, 851-854; Hammar 2011, 310-312.)

3.22 Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta

Laskimoiden vajaatoiminnan perimmäinen syy on tuntematon. Sairauden tärkein piirre on laskimoiden takaisinvirtaus. Se johtaa ajan myötä laskimohypertensioon sekä pintalaskimoiden laajentumiseen. Laskimohypertensio voi johtua vioittuneen suonon takaisinvirtauksesta, laskimoläppien vajaatoiminnasta, lihastoiminnan häiriöstä, kohonneesta intra-abdominaalialueen paineesta tai tukoksesta johtuvasta ahtautumisesta. Pintalaskimoiden vajaatoimintaa esiintyy länsimaissa noin 30-40 prosentilla. Syvien laskimoiden vajaatoimintaa esiintyy reisisasolla eli vena saphena mangassa noin 6 prosentilla. Polvitaipteen syvässä laskimossa eli vena saphena

parvassa vajaatoimintaa on noin 11 prosentilla. (Käypä hoito 2010; Saarinen, Eskelinen & Al-
bäck 2010, 737-741; Honkala 2013.)

Riskitekijöitä laskimoiden vajaatoiminnalle on ikääntyminen, naissukupuoli, synnytykset ja perinnöllisyys. Tavallisimpia oireita ovat alaraajojen päivän mittaan paheneva turvotus ja särky, painon ja kiristyksen tunne ja kutina. Lisäksi iholla nähdään pullottavat ihonalaiset laskimokiemurat eli suonikohjut. Kaikilla potilailla suonikohjuja ei kuitenkaan ole. Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta on saattanut myös aiheuttaa potilaalle säärihaavan. (Käypä hoito 2010; Saarinen, Eskelinen & Al-
bäck 2010, 737-741; Honkala 2013.)

Hoito valitaan laskimovian aiheuttaman toiminnallisen haitan, ihomuutosten sekä kaikutuki-
muslöydösten perusteella. Hoidon tavoitteena on oireiden lievittyminen sekä komplikaatioi-
den estäminen. Lieväoireisille ensisijainen hoitovaihtoehto on kompressiohoito hoitosukalla
tai -sidoksilla. Leikkaushoito on ensisijainen ratkaisu potilaille, joilla on hyvin laaja-alainen
laskimovajaatoiminta ja hoidon kohteena ovat kookkaat laskimot. (Saarinen ym. 2010, 748-
751; Käypä hoito 2010; Honkala 2013.)

Kirurginen hoito on usein päiväkirurgista ja toimenpide tehdään yleisanestesiassa tai spinaali-
puudutuksessa. Poistettavat laskimot merkataan preoperatiivisesti kaikukuvauksen avulla.
Toimenpiteessä poistetaan tai suljetaan kaikki takaisinvirtaavat laskimosegmentit. Leikkaus
voidaan kohdistaa pintalaskimoihin tai safeenalaskimoihin. Päärunko eli vena saphena manga
tai parva poistetaan nyhtämällä metallipuikolla tai narustripperillä pienestä haavasta. Vari-
koottiset suonien sivuhaarat poistetaan pistoavauksista koukun avulla. Koukulla nostetaan
merkattu kohjunmutka ulos ihon läpi ja vedetään mahdollisimman iso suononpätkä pois. Suon-
ta nostetaan ulos muutaman senttimetrin välein. Toimenpiteen aikaiseen verenvuotoon voi-
daan käyttää poistettavilla alueilla keittosuola-adrealiinipuuduteliuosta eli tumenssi-
puudutus-
ta. Pohkeen ja reiden alaosan sivuhaarapoistot voidaan tehdä verityhjiössä. (Saarinen ym.
2010, 748-751; Käypä hoito 2010; Honkala 2013.)

Hoitovaihtoehtoina on myös ultraääniohjattu vaahtoskleroterapia sekä laskimonsisäinen läm-
pöablaatio. Vaahtoruiskutushoitoa voidaan antaa polikliinisesti. Hoidossa pinnalliseen päärun-
koon injisoidaan mikrokuplaseos. Kovetusaineen ja ilman sekoitus vaurioittaa pinnallisen las-
kimon endoteelia vaahtopilarin aiheuttaessa voimakkaan spasmireaktion. (Saarinen ym. 2010,
749-752.)

Laskimonsisäistä lämpöablaatiota voidaan toteuttaa osalla potilaista myös polikliinisesti. Hoi-
dossa laskimon endoteeliä vaurioitetaan lämmön avulla. Hoito tehdään lämpötaajuusablaatio-
laitteella tai laserilla. Hoidon kohteena oleva päärunko kanyloidaan ultraääniohjauksessa ja
sisälle viedään ohjausvaijerin avulla sisäänmenokatetri ja sen sisällä hoitokatetri. Hoitokatet-

rin kärjen oikea sijainti varmistetaan ultraäänellä. Suonen ympäröivää kudosta suojataan tumenssipuuduteliuksella. Hoitokatetrin valinta määrää miten energiaa annetaan suoneen ja miten katetria liikutetaan hoidon aikana. Hoidon onnistumista seurataan ultraäänien avulla. Toimenpiteeseen voidaan liittää myös laskimoiden sivuhaarojen poisto kirurgisesti. (Saarinen ym. 2010, 749-752.)

Kirurgisen hoidon, vaahtoruiskutushoidon ja lämpöhoidon jälkeen potilas saa kompressiohoitoa hoitosukan tai -sidosten avulla. Kompressiohoitoa käytetään postoperatiivisesti tyypillisesti noin kaksi viikkoa. Lääkinnällisessä hoitosukassa puristus on voimakkainta nilkan kohdalla ja vähenee ylöspäin mentäessä. Hoitosukka valitaan potilaalle yksilöllisesti ja sukan korkeus valitaan hoidetun alueen mukaan. (Saarinen ym. 2010, 748.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Juurruttaminen kehitystoiminnan menetelmänä

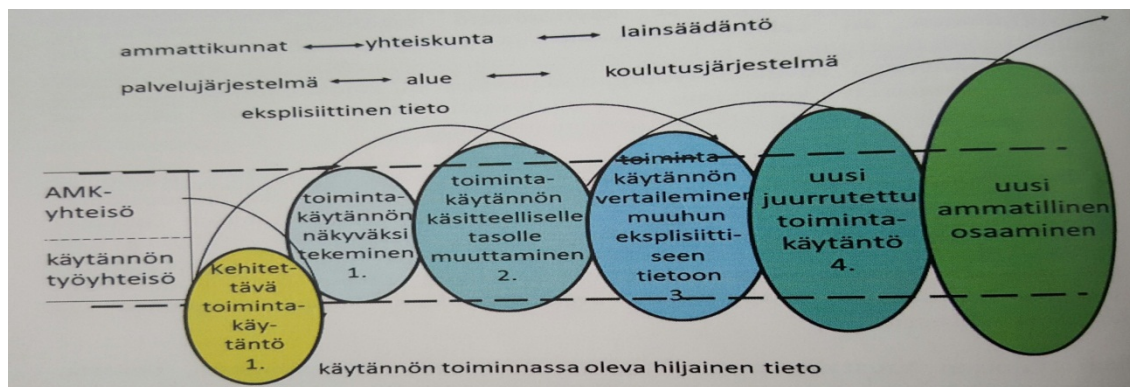
Kehittämistutkimus tuottaa käytännössä toimivia ratkaisuja tutkimusongelmaan. Sen avulla voidaan poistaa ongelma tai kehittää toimintaa paremmaksi. Tutkimustuloksena kehittämisen kohteena olleeseen ilmiöön syntyy muutos lähtötilanteeseen verrattuna. Kehittämistutkimuksella ei pyritä yleistykseen. Saatuja tuloksia ja muutosprosessia voidaan hyödyntää muissa vastaavanlaisissa tilanteissa, mutta tuloksia ei sellaisenaan voi yleistää. Tulokset on dokumentoitava ja tehtävä julkisiksi, jotta muutkin voivat hyötyä parannuksista. Vasta sitten kehittämistoiminta täyttää tutkimuksen kriteerit. (Kananen 2012, 42-44.)

Kehittämistutkimuksessa on kaksi osaa, jotka ovat kehittämistyö ja tutkimus. Kehittämistyön kohteena on muutosta tarvitseva tuote, toiminta, palvelu tai prosessi. Tutkimusosa on erikseen ja sen pohjalta tehdään raportti eli opinnäytetyö. Tutkimusta tehdään kehittämistyön alussa ja lopussa. Pelkkä kehittämistyö ei ole tutkimusta, vaan tutkimuksen avulla selvitetään lähtötilannetta ja tarkastellaan kehittämisen tuloksia. (Kananen 2012, 45-46.)

Kehittämistyö aloitetaan perehtymällä kohteena olevaan ilmiöön. Tarkoituksena on selvittää ilmiötä ja siihen liittyviä tekijöitä. Tärkeää on ilmiön rajaaminen, jotta sitä voidaan ymmärtää ja hallita. Ilmiön sisältä löytyy kehittämiskohde eli tutkimusongelma. Sen lisäksi sieltä löytyvät ongelman poistamiseen tarvittavat keinot eli interventio. (Kananen 2012, 54-55.)

Juuruttamisella tarkoitetaan menetelmää, jolla kehitetään käytännön työprosesseja. Siinä tapahtuvat samanaikaisesti uuden toimintatavan tuottaminen ja käyttöönotto. Juurruttamisessa tuotetaan uutta tietoa vertailemalla käytännön tietoa ja tutkimustietoa. Keskeisenä elementtinä juurruttamisessa on toimijoiden keskinäinen vuorovaikutus. Työyhteisössä juur-

ruttaminen tapahtuu opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan välisenä toimintana. Toimintaa edistävät ohjaava opettaja, työyhteisön esimies ja työryhmä. Työryhmään kuuluvat ammattikorkeakoulun opiskelijat sekä työyhteisön valitsevat jäsenet. Tiedon käsittelyä juurruttamisprosessissa on havainnollistettu kuviossa 4. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 21-22.)



Kuvio 4: Tiedon käsittelyn kierrokset juurruttamisessa (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012)

Kehittämistoiminnan lähtökohtana on kehitettävän kohteen määrittäminen. Prosessille on edullista, jos kehitettävä asia on koko työyhteisön mielestä merkittävä. Ensin määritellään nykytilanne ja toimintakäytäntö. Se määritellään käsitteiksi, joiden pohjalta luodaan käsitekartta. Tämä käsitekartta kuvaa hoitajien hiljaista tietoa. Tämän jälkeen etsitään tutkittua ja teoreettista tietoa, jota verrataan hiljaiseen tietoon. Näiden tietojen pohjalta luodaan uusi toimintatapa, joka tuodaan työyhteisön käyttöön. Juurtuminen tapahtuu, kun uusi toimintatapa on omaksuttu osaksi työyhteisön toimintaa. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 22-23.)

Työyhteisön ja ammattikorkeakoulun välisenä yhteistyönä toteutetusta kehittämisprosessista voidaan erottaa kuusi vaihetta. Ensimmäinen vaihe on muutoksen merkityksen löytäminen työyhteisössä. Toinen vaihe on nykytilanteen kuvaaminen sanallisesti, jotta hiljainen tieto saadaan näkyväksi. Kolmannessa vaiheessa etsitään uutta, eksplisiittistä tietoa kehittämiskohteesta. Tiedon tulee olla vahvaan näyttöön perustuvaa ja uutta. Neljännessä vaiheessa, nykytilanteen arvioimisessa, tätä eksplisiittistä tietoa verrataan osaston hiljaiseen tietoon. Tässä vaiheessa nousevat esille kehittämiskohteet ja työyhteisö saa perustelut muutoksen tarpeellisuudelle. Prosessille määritellään käytettävissä olevat resurssit ja sille suunnitellaan aikataulu. Vaiheessa viisi rakennetaan uusi toimintatapa ja vaiheessa kuusi uusi toimintatapa arvioidaan. Kehittämisprosessin vaiheet on havainnollistettu kuviossa 5. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 24-27.)



Kuvio 5: Kehittämisprosessin vaiheet (Ora-Hyytiäinen ym. 2012)

Tässä opinnäytetyössä hiljainen tieto kerättiin osaston hoitajilta. Teemahaastattelun avulla selvitettiin osaston postoperatiivisen kivunhoidon ja potilasohjauksen nykytilannetta. Kerätty aineisto analysoitiin ja luotiin käsitteiksi. Näiden käsitteiden ja aiheeseen liittyvän tutkimustiedon pohjalta luotiin osaston käyttöön toimiva potilasohje. Valmis ohje arvioitettiin niillä henkilöillä, jotka toimivat lähtötilanteen kartoituksessa informantteina.

4.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan ihmisten kokemuksia, tulkintoja, motivaatioita ja käsityksiä. Tutkimuksen kohteena ovat muutokset uskomuksissa, käyttäytymisessä ja asenteissa. Kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueita ovat sellaiset tutkimusalueet, joista tiedetään vasta vähän. Kvalitatiivisella tutkimusotteella voidaan muodostaa uusi näkökulma johonkin tutkimusalueeseen, jos epäillään aiempia tuloksia, käytettyä metodiikkaa tai käsitteiden merkitystä. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valitaan, jos tutkimusaineistosta halutaan löytää samanlaisuuksia, eroavaisuuksia tai toimintatapoja. Tutkimuksen tarkoituksena voi olla hypoteesien testaaminen tai teoreettisten ideoiden luominen. Tarkoitus voi olla myös näiden yhdistelmä, jolloin tarkoituksena on tuottaa hypoteeseja, testata niitä ja kehittää systemaattinen teoria. Kvalitatiivinen tutkimus ei tähtää yleistettävyyteen vaan syvälliseen ymmärrykseen tutkimuksen kohteesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.)

Opinnäytetyön toiminnallisena tuotoksena tehtiin postoperatiivisen kivunhoidon potilasohje. Tämä ohje tehtiin osaston käytänteiden pohjalta. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen tutkimus, koska potilasohjeen tekemiseen tarvittavaa taustatietoa kerättiin osaston sairaanhoitajilta teemahaastattelulla. Lisäksi käytettiin osastolla olevaa kivunhoidon mallia. Kvalitatiivisen tutkimuksen metodeja käytettiin tiedon keruussa ja analyysissa. Pyrkimyksenä

oli saada syvälinen ymmärrys asiasta. Tavoitteena ei ollut löytää yleistettävyyksiä, vaan tietoa juuri tämän osaston nykytilasta ja potilasohjauksen taustasta.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteiksi Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013) mainitsevat naturalistisuuden, yksilöllisyyden, dynaamisuuden, kontekstispesifisyyden, induktiivisuuden ja joustavat tutkimusasetelmat. Naturalistisuudella tarkoitetaan sitä, että asioita tarkastellaan niiden luonnollisissa olosuhteissa ja että tilanteet ovat autenttisia. Yksilöllisyydellä tarkoitetaan kvalitatiivisen tutkimuksen induktiivisuutta ja yksilön kuulemistä. Dynaamisuudella kuvataan tutkimuksen muotoutumista koko prosessin ajan. Kontekstispesifisyys tarkoittaa, että tutkimus liittyy tiettyihin tilanteisiin. Tästä johtuen tutkimuksen taustat ja aineiston keruu on kuvattava tarkasti. Tutkimuksen tulos on myös yksityiskohtainen ja liittyy tilanteeseen. Joustavalla tutkimusasetelmalla tarkoitetaan tiedonhakuja monesta paikasta ja aineiston keruun muovautumista prosessin aikana. Eskola ja Suoranta (2008) ehdottavat kvalitatiivisen tutkimuksen tunnusmerkeiksi aineistonkeruun menetelmää, tutkittavien näkökulmaa, harkinnanvaraista tai teoreettista otantaa, aineiston laadullis-induktiivista analyysia, hypoteesitömuutta, tutkimuksen tyylilajia ja tulosten esitystapaa, tutkijan asemaa ja narratiivisuutta.

Kvalitatiivisen tutkimuksen suunnittelussa on huomioitava, että tutkimusprosessin vaiheita ei voi ennakoita tarkasti. Kvalitatiivisen tutkimuksen suunnittelu perustuu väljyyteen ja jouston. Aineiston keruu, kokoaminen ja käsittely muodostavat kokonaisuuden, jonka suunnittelu etukäteen on haastavaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muokkautuu prosessin edetessä. Periaatteena on, että tutkimussuunnitelmassa kerrotaan selvästi mitä, missä ja miten tutkitaan. (Eskola & Suoranta 2008, 13-16.)

4.3 Otos

Laadullisen tutkimuksen aineiston keruussa keskeinen kysymys on, kuinka suuri otos tai tiedonantajien lukumäärä pitäisi valita tutkimukseen, jotta se olisi riittävä. Otoksen kokoa määrittää tutkimuksen tarkoitus. Aineiston pieni koko aiheuttaa yleensä yleiset ja pienet tutkimustulokset. Laadullisissa tutkimuksissa aineistot ovat yleensä pienempiä kuin määrällisissä tutkimuksissa, sillä laadullisissa tutkimuksissa on kyse aineiston laadusta eikä sinänsä koosta. Tutkimuksessa tavoitellaan esimerkiksi teoreettista yleistettävyyttä tilastollisen yleistettävyyden sijaan. Aineiston kokoon vaikuttavat tutkimuksen laajuus, tutkittavan ilmiön luonne, aineiston laatu sekä tutkimuksen asetelma ja kuinka aihe on rajattu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110-111.)

Laadullisen tutkimuksen otoksen keskiössä ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset, jolloin osallistujien valintaperusteina käytetään paljon tietoa kyseisestä asiasta omavia henkilöitä. Osallistujat valitaan teoreettisen otannon tai näytön perusteella. Toinen tut-

kimukseen osallistuvien valintaperuste on aineiston saturaatio eli tietoa kootaan niin kauan, kunnes uutta tietoa ei ole enää tutkittavasta ilmiöstä saatavilla, jolloin tietty aineiston määrä tuo esille haetun teoreettisen perusnäkökulman. Keskeistä on myös päättää, haetaanko tutkimusaineistolla homo- vai heterogeenisuutta, eli millaista kokonaiskuvaa tavoitellaan. Tutkijan päätettäväksi jää, etsiikö hän tiedonantajia, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta vai vain vähän. Tutkija päättää myös milloin aineiston keruu lopetetaan. Lähtökohdiltaan laajan tutkimuksen tekemiseen tarvitaan merkittävää aineistoa. Aiheen selkeä rajaaminen auttaa luotettavan ja rikkaan tiedon löytymisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110-111.)

Otannan tekoon käytetään menetelmänä yleensä tarkoituksenmukaista otantaa, verkosto-otantaa tai teoreettista otantaa. Otoksen valinta on keskeinen osa tutkimuksen laatua, luotettavuutta ja sen arviointia ja sen valintatapa perusteluineen tulee kuvata huolellisesti tukemaan tulosten tulkintaa. Tarkoituksenmukaisessa otannassa tutkija valitsee tiedonantajikseen sellaiset, joilla on paljon tietoa tai kokemusta tutkittavasta aiheesta. Otantaan voidaan valita myös kriittisiä tapauksia ja vastakohtia kokonaisuuden ymmärtämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112-113.)

Teemahaastattelun alkukartoituksessa valitaan tutkimuskohteet. Tutkimuskohteena ovat henkilöt, joita tutkittava ilmiö koskee tai joilla on tietoa kyseisestä ilmiöstä. Kehittämistutkimuksessa mukana olleille osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuden tarjoamisella on sitouttava merkitys. Henkilöt, jotka ovat saaneet ilmaista kantansa asiasta ja osallistua suunnittelutyöhön ja antaa parannusehdotuksia, lähtevät helpommin toteuttamaan kehitystyötä. (Kananen 2012, 62)

Opinnäytetyön aineistonkeruu suoritettiin teemahaastattelulla osaston sairaanhoitajilta. Informantit valittiin tarkoituksenmukaisesti harkinnanvaraisella otannalla. Tilaaja valitsi henkilökunnasta harkinnanvaraisesti kuusi sairaanhoitajaa, joiden työnkuvaan postoperatiivinen kivunhoito ja potilaiden ohjaaminen kuuluvat. Ryhmähaastatteluja suoritettiin kaksi, joihin kumpaankin osallistui kolme sairaanhoitajaa. Lisäksi toiseen haastatteluun osallistui osaston esimies.

4.4 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen tärkeimmät tiedonkeruumenetelmät ovat havainnointi, haastattelu ja erilaiset dokumentit. Käytettävä tiedonkeruumenetelmä valitaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksien sekä halutun tiedon tarkkuuden ja autenttisuuden perusteella. Havainnointia käytetään, kun kommunikointi tutkittavan ilmiön tai kohteen kanssa ei tule kysymykseen esimerkiksi yhteisen kielen takia tai jos kyseessä on prosessi. Kirjalliset lähteet eli dokumentit pe-

rustuvat menneen tiedon analysointiin, mutta myös teemahaastattelun pohjalta syntyy dokumentteja, joiden analyysissä voidaan käyttää myös samoja tekniikoita kuin kirjallistenkin aineistojen. (Kananen 2012, 93-94.)

Haastattelua ja sen eri muotoja voidaan käyttää aineistonkeruumenetelmänä. Haastattelumenetelmiä luokitellaan haastatteluun osallistuvien lukumäärän mukaan tai strukturoinnin mukaan. Yksilöhaastattelut sopivat erityisesti tutkimusaiheen ollessa arka eikä haastateltavat välttämättä halua keskustella aiheesta ryhmässä. Ryhmähaastattelu soveltuu hyvin esimerkiksi haastateltavien ollessa samaa ammatti- tai potilasryhmää. Ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta haastateltavat saattavat muistaa esimerkiksi kokemuksiaan toisen ryhmän jäsenen kertoman perusteella. Haastattelutyyppi luokitellaan strukturoinnin ja muodollisuuden mukaan strukturoituihin eli lomakehaastatteluun, teemahaastatteluun sekä avoimeen haastatteluun. Lomakehaastattelussa kysymykset ovat valmiiksi laadittuja ja ne esitetään aina samassa järjestyksessä. Avoimessa haastattelussa haastateltavalle esitetään aihe tai alue, josta hän saa kertoa vapaasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121-124.)

Haastattelun etuna on joustavuus. Haastatteluhetkellä haastattelija voi mahdollisesti toistaa kysymyksen, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua tiedonantajana toimivan haastateltavan kanssa. Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkimusaiheesta ja tällöin on perusteltua ja haastattelun onnistumisen kannalta suositeltavaa antaa haastateltaville etukäteen haastattelun aiheet ja haastattelukysymykset tutustuttavaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.)

Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä vaatii haastattelijalta taitoa ja kokemusta ja tehtävään pitäisi kouluttautua. Haastattelusta sopiminen, haastateltavien etsiminen ja aikataulutus vie myös paljon aikaa. Aineiston purku eli litterointi on myös aikaa vievä prosessi. Haastattelun luotettavuutta saattaa alentaa myös haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Vapaamuotoisen haastattelun analysointi, tulkinta ja raportointi voi osoittautua ongelmalliseksi, sillä valmiita malleja ei ole. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34-35.)

Teemahaastattelu on laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä, keino ilmiön haltuun ottamiseksi. Teemahaastattelua voidaan käyttää tutkimuksen lähtökohtatilanteen selvittelyyn ja tutkimusongelman täsmentämiseen. Teemahaastattelu soveltuu tilanteisiin, joissa ei tiedetä tarkalleen, mitä pitäisi kysyä. (Kananen 2012, 60.) Teemahaastattelua voidaan käyttää tutkittavan ilmiön tai asiantilan ymmärtämiseen joko ongelman määrittelyssä, vaikuttavuuden arvioinnissa tai tulosten arvioinnissa (Kananen 2012, 99).

Teemahaastattelu koostuu kahdesta osasta, teemasta eli laajasta asiakokonaisuudesta ja haastattelusta, eli kahden ihmisen välisestä sanallisesta kommunikaatiosta. Haastattelu ta-

pahtuu joko kasvatusten tai jonkun mekaanisen, sanallista viestintää välittävän kommunikointivälineen avulla. Edellytyksenä teemahaastattelulle on tutkijan ja tutkittavien välinen sanallinen vuorovaikutustilanne ja teemahaastattelu elävät haastattelutilanteen mukaan. Kaikki haastattelun kysymykset eivät voi olla laadittuna etukäteen, sillä silloin kyse ei ole teemahaastattelusta. (Kananen 2012, 60-61.)

Haastattelu voidaan suorittaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Mitä enemmän haastateltavia on, sitä suurempi on tutkijan työ, jolloin ryhmähaastattelu säästää aikaa. Ryhmän vaikutus haastattelutilanteessa on kuitenkin huomioitava. Haastattelijalta vaaditaan kaikkien haastateltavien mielipiteiden ja ajatusten tasapuolista huomioimista. Kaikille tulee antaa yhtäläinen mahdollisuus tiedon tuottamiseen. Tarkempaa ja luotettavampaa tietoa tarjoaa yksilöhaastattelu, mutta ryhmähaastattelun avulla tietoa saadaan tiivistettyä ja siihen kuluu vähemmän aikaa. (Kananen 2012, 100.) Ryhmädynamiikka ja valtahierarkia vaikuttavat puhevuoroihin ja mitä ylipäänsä sanotaan (Hirsjärvi & Hurme 2011, 63).

Hyvä haastattelija on aihepiirin tunteva, tilannetta ohjaava, selkeä, avoin, velvollisuudentuntoinen, psyykkisesti kestävä, luottamusta herättävä, huomiota herättämätön ja sosiaalisesti sopeutuva. Lisäksi haastattelijan pitää olla kiinnostunut ihmisistä, olla herkkä käyttäytymisvihjeille sekä ymmärtää käyttäytymistä sääteleviä tekijöitä. Haastattelijan tulee opetella haastattelurunko ulkoa ja tarkistaa haastatteluvälineistö ennen haastattelutilannetta, keskittyä tehtäväänsä ja kuunnella vastauksia. Haastateltavan oikea henkilöllisyys tulee varmistaa. Haastattelijan tulee pyrkiä empaattisen neutraaliuteen ja olla välitön ja tunnollinen. Haastattelija ei saa yrittää tehdä vaikutusta omilla tiedoillansa, eikä jäädä keskustelemaan muista kuin haastattelun tai haastateltavan vaatimista syistä. Haastattelun arvioitu kesto on kerrottava etukäteen. Haastattelun lopuksi tulee tarkistaa, että tilanteen tallentaminen on onnistunut. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 68-72.)

Tutkimushaastattelun ongelmia ovat liian yksityiskohtaiset teemat ja liian nopea siirtyminen asian yksityiskohtiin. Tällöin vaarana on, että ilmiön kannalta jokin osa-alue jää huomioimatta, jolloin ilmiön ymmärtäminen kärsii. Teema tulisi käsitellä keskustelemalla niin, että ilmiön ymmärtämiseen ei jäisi aukkoalueita. (Kananen 2012, 61-62.) Haastattelukierroksia tehdään useampia, jotta ensimmäisellä kierroksella saadut vastaukset avautuvat tutkijalle ja sen pohjalta esiin nousee uusia kysymyksiä, joihin ei ole osattu varautua. Näitä voidaan käsitellä seuraavalla kierroksella. Saadut vastaukset synnyttävät ja ruokkivat uusia jatkokysymyksiä. Haastattelijan rooli on keskustelun edetessä tehdä kysymysmuodossa tarkennuksia ja pyytää lisätietoja jo selville saaduista keskustelunaiheista ja asioista. (Kananen 2012, 102-104.)

Teemahaastattelun tiedonkeruumenetelmänä ovat avoimet kysymykset. Avoimissa kysymyksissä käytetään kysymyssanoja: mitä, miksi ja kuinka, joihin vastaaminen edellyttää selittä-

mistä. Teemahaastattelun tekniikoita ovat pumppaus ja miksi-tekniikka. Pumppaustekniikka tarkoittaa, että samasta asiasta pyritään saamaan enemmän tietoa esimerkiksi "Entäs sitten?"-kysymyksellä. Miksi-tekniikka tarkoittaa samaa, mutta käytössä on vain eri kysymyksinä. Tekniikalla päästään tehokkaasti ongelman ytimeen ja perimmäisiin syihin. Johdattelevat kysymykset ovat epäeettisiä, sillä niillä tulokseksi saadaan haluttu vastaus ja niillä voidaan vaikuttaa haastattelun kulkuun. (Kananen 2012, 104-108.)

Haastattelun suunnitelman merkitys on suuri. Tutkimuksen tekemisen päälinjat ja keskeiset ratkaisut hahmotetaan ja tutkija päättää, millaisia päätelmiä hän aineistostaan aikoo tehdä. Sisällön suunnitteluun kuuluu myös kannanotto hypoteesien muodostamiseen. Tärkeämpänä teemahaastattelun suunnittelussa on haastatteluteemojen valinta. Haastattelurunkoa laatiessa tulee laatia teema-alueuuttelo, jolloin teema-alue edustaa teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alakäsitteitä ja -luokkia. Teema-alueet ovat siis pelkistettyjä, iskusanamaisia luetteloita ja yksityiskohtaisempia kuin tutkimusongelmat. Haastattelutilanteessa teema-alueet tarkennetaan kysymyksillä, tarkentajina toimivat niin haastateltava kuin haastateltavakin. Teema-alueiden tulisi olla niin väljiä, että tutkittavan ilmiön moninainen tieto paljastuu mahdollisimman hyvin haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 66-67.)

Teemahaastattelun tallentamiseen voidaan käyttää esimerkiksi digitaalista nauhuria, joka säilyttää haastateltavan äänenpainot ja tauot, jotka voivat olla tutkittavan asian kannalta tärkeitä. Tallenne puretaan tekstiksi eli litteroidaan mahdollisimman sanatarkasti. Litteroinnissa on tarkkuuden suhteen eri tasoja. Tarkin taso huomioi puheen lisäksi myös esimerkiksi äänenpainot ja eleet. Usein kuitenkin riittää melko karkea taso, joka huomioi haastateltavan lauseen tiivistetyssä muodossa. Yleiskielisessä litteroinnissa murre- ja puhekielen ilmaisut on muunnettu kirjakielen. Etukäteen ei voida tietää, mitä aineistosta loppujen lopuksi tarvitaan, ja se tekee litteroinnista hankalan työvaiheen. Vasta tutkimuksen lopussa voidaan sanoa, mistä osista tutkimusosa koostuu. Käytetty litteroinnin taso kerrotaan. (Kananen 2012, 108-110.) Ryhmähaastattelun litteroinnin tekee vaikeaksi myös äänessä olevan haastateltavan tunnistaminen. Haastattelun videointi auttaa tähän ongelmaan. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 63.)

Opinnäytetyössä kehittämistutkimuksen alkutilanne selvitettiin käyttämällä teemahaastattelua. Tarkoituksena oli kartoittaa osaston postoperatiivista kivunhoitoa, siinä käytettäviä menetelmiä ja potilaiden ohjausta. Lisäksi haastattelun avulla kartoitettiin kehittämiskohteena olevaa toimintaympäristöä. Teemahaastattelun avulla haluttiin synnyttää haastateltavien välillä keskustelua aiheesta. Keskustelun pohjalta saatiin nostettua esiin potilasohjeen tekemiseen tarvittavaa tietoa. Potilasohjeen tarkoituksena on toimia ohjauksen apuvälineenä ja suullisen ohjauksen tukena. Haastatteluun valittiin osastolla työskenteleviä sairaanhoitajia, joiden työvälineeksi ohje tulee. Tilaajan toiveesta haastatteluun osallistuvat sairaanhoitajat valittiin harkinnanvaraisesti. Valinnan suorittivat osaston esimies ja osaston kivunhoitoon erikoistunut

sairaanhoitaja. Haastattelun toivottiin lisäävän osastolla työskentelevien tietoisuutta postoperatiivisesta kivunhoidosta. Ryhmään valittiin sekä kokeneita sairaanhoitajia että osastolla vasta lyhyemmän aikaa työskennelleitä sairaanhoitajia. Osaston esimies halusi osallistua toiseen haastatteluista.

Haastattelun aluksi kysyttiin taustatietoja. Taustakysymyksillä haluttiin selvittää tarkempia tietoja toimintaympäristöstä ja informanttien osastolla työskentelyaika. Tällä tavoin kartoitettiin tietoa osastosta, potilaista ja henkilökunnasta. Haastattelu eteni teemojen avulla.

Haastattelun tavoitteena oli kartoittaa osaston postoperatiivisen kivunhoidon käytänteitä ja potilasohjauksen nykytilannetta. Teemat valittiin siten, että niiden avulla saatiin mahdollisimman kattavasti tietoa, jota tarvittiin toimivan potilasohjeen tekemiseen. Teemoiksi valikoituivat teoreettisen taustan perusteella ohjauksen sisältö, ohjauksen toteutus, postoperatiivinen kivunhoito, potilasohje ja potilaan rooli. Teemojen alle mietittiin lisäkysymyksiä, joilla keskustelua voitiin ohjata oikeaan suuntaan. Tarkentavien kysymysten avulla pyrittiin saamaan yksityiskohtaisempaa tietoa käsiteltävistä asioista. Teemahaastattelun runko on nähtävissä liitteessä 2.

4.5 Analyysi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on keskeisin osa tutkimuksen tekemistä. Analyysia tehtäessä tutkijalle selviää vastaus tutkimuskysymyksiin. Aineiston käsitteleminen ja tulkitseminen riippuu osittain tutkijan tutkimuksen alkuvaiheessa tekemistä valinnoista. Tutkimusongelmat saattavat myös ohjata menetelmien ja analyysin valintaa. Aineiston käsittely ja analysoinnin aloitusajankohta riippuvat valitusta tutkimusmenetelmästä. Analysointi tehdään joko aineiston keräämisen ja järjestelyn jälkeen tai mahdollisimman pian keruuvaiheen tai kenttävaiheen jälkeen. Aineiston keräämisen jälkeen on analyysiin ryhdyttävä heti aineiston vielä inspiroidessa tutkijaa. Analysointitavaksi valitaan sellainen, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 101-103; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 221-224.)

Aineiston analysointi vaatii kvalitatiivisen tutkimuksen tekijältä abstraktisen ajattelun kykyä, luovuutta ja valmiutta tarkastella asioita useista näkökulmista. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston tulkinnessa kehitetään yläluokituksia ja sitten niille alaluokituksia. Tutkija löytää luokitukset aineistoa tulkitsemalla. Tästä johtuen tulkinnessa on aina mukana myös tutkijan oma näkemys. On tärkeää kirjata tarkasti analyysin eteneminen alaluokitusten kautta abstraktimmalle tasolle. Käsitteellisen tason on oltava yhdenmukainen alaluokissa ja niistä muodostetuissa yläluokissa. Muodostettujen luokkien on oltava myös toisensa poissulkevia. Luokiteluperusteet tulee kirjata tarkasti ja esittää riittävästi alkuperäishavainnot analyysin tueksi.

Arviointikriteereinä pidetään myös ilmiön tarkastelemista uusista näkökulmista ja uusien puolien valottamista, käsitejärjestelmän hyödynnettävyyttä hoitotyössä ja analyysin tuoreutta ja taloudellisuutta. (Nieminen 2006, 219-220.)

Laadullisen aineiston analyysimenetelmiä ovat muun muassa teemoittelu, tyypittely ja sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jonka avulla analysoidaan ja kuvataan erilaisia aineistoja. Kerätty tieto tiivistetään niin, että tutkittava ilmiö voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet voidaan esittää selkeästi. Analysoitava tieto voi olla laadullista tai määrällistä. Laadullisessa tutkimuksessa analysointia käytetään verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja kuten dokumenttien tai kuvanauhojen sisällön kuvaamiseksi analysoidaksemme niitä systemaattisesti. Dokumenteista voidaan myös kerätä tietoa ja käyttää niitä päätelmiin muista ilmiöistä. Sisällönanalyysin tavoitteena on tutkittavan ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen. Tulokseksi saadaan käsitelukuksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysin käytön haasteena on sen joustavuus ja säännöttömyys, joka pakottaa tutkijan kohtaamaan omat kykynsä tutkijana ja pakottaa ajattelemaan itse. Keskeneneräisestä analyysistä kertovat usein yksinkertaiset tutkimuksen tulokset. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-167.)

Olenneisinta sisällönanalyysissä on tutkimusaineistosta erotettavat samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia sekä yksiselitteisiä. Tekstin sanat ja fraasit luokitellaan niiden merkityksen perusteella samaan luokkaan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Hoitotieteessä käytetään toistaiseksi enemmän aineistolähtöistä kuin teorialähtöistä sisällönanalyysiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Ennen sisällönanalyysiin ryhtymistä on selvitettävä analyysiyksiköt. Analyysiyksikkö voidaan määritellä eri tavoin ja se voi olla aineistoyksikkö, esimerkiksi dokumentti, tai aineiston yksikkö esimerkiksi sana tai lause. Määrittelyyn vaikuttavat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Sana on käytännössä pienin analyysiyksikkö. Kun vertaillaan eri kirjoittajien tekstejä, voidaan tarkastella jonkun sanan esiintymistä määrätyn mittaisessa tekstissä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24-26.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tätä tapaa on aiheellista käyttää, kun tutkittavasta asiasta ei juuri tiedetä tai aikaisemman tiedon ollessa hajanaista. Induktiivisessa analyysissä pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus niin, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot ja teoriat ohjaa analyysia. (Kankkunen ym. 2013, 167.)

Induktiiviseen analyysiin kuuluvat aineiston redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Redusointi tarkoittaa aineiston pelkistämistä, jolloin se tiivistetään tai pilkotaan osiin. Aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja "vastaukset" eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Klusterointi tarkoittaa aineiston ryhmittelyä. Aineisto käydään läpi, ja siitä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Sanat, jotka tarkoittavat samaa, yhdistetään samaksi luokaksi ja nimetään sisältöä kuvaavaksi. Ryhmittelyssä voidaan käyttää tulkintaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-113; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29.)

Abstrahoinnilla tarkoitetaan tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon erittelyä aineistosta, jonka perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Abstrahointivaiheessa saman sisältöiset luokat yhdistetään, jolloin syntyy yläluokkia. Käsitteiden avulla muodostuu kuvaus tutkimuskohteesta. Alkuperäisen aineistoon verrataan teoriaa ja johtopäätöksiä. Induktiivisen analyysin tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta laaditut mallit ja teemat, jotka kuvaavat kerättyä aineistoa. Tuloksissa kuvataan myös luokittelun pohjalta muodostettu sisältö. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-113; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29.)

Deduktiivisessä päättelyssä tarkastellaan käytännössä teorian tai teoreettisen käsitteiden ilmenemistä, jossa käytetään yleensä avuksi analyysikehikkoa tai lomaketta. Teoreettinen lähtökohta on operationalisoituna aikaisemman tiedon ja tutkimuksen tarkoituksen suuntaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Teemahaastattelun runko muodostettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Teemat valittiin siten, että haastatteluista saadaan tarvittava tieto osaston lähtötilanteesta potilasohjeen tekemistä varten. Nauhoitettu aineisto litteroitiin tekstimuotoon sanasta sanaan. Aineisto analysoitiin sitten deduktiivisesti. Analyysia helpottamaan tehtiin kaavio, johon etsittiin teemojen alle siihen kuuluvia alkuperäiskommentteja (liite 1). Kommentit ryhmiteltiin siten, että niiden perusteella voitiin tehdä yleistyksiä. Analyysin tuloksena saatiin selkeä kuva osaston potilasohjauksesta, leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytettävistä menetelmistä ja kivunhoidon haasteista. Esille nousivat ne asiat, joita osastolla halutaan kehittää. Kukin kolmesta opinnäytetyön tekijästä analysoi aineiston ensin erikseen ja lopuksi analyysit yhdistettiin. Analyysit olivat yhteneväiset, joten voidaan olettaa, että kaikki oleellinen tieto saatiin kerättyä.

5 Kehittämistoiminnan toteutus

5.1 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta

Osastolla postoperatiiviseen kivunhoitoon käytetään sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä menetelmiä. Lääkkeelliseen kivunhoitoon käytetään anestesia lääkäriin potilaalle määräämiä kipulääkkeitä. Kipulääkkeitä voidaan annostella epiduraalisesti, suonensisäisesti, injektiona lihakseen, oraalisesti ja ihon kautta laastarina.

No lääkkeellisistä menetelmistä on tietysti epiduraalinen kipulääkitys on näillä isommilla vatsa ym. leikatuilla. Ja sit on tietysti i.v. -reittiä...

Suun kautta...

Lääkkeettömillä menetelmillä tuetaan lääkkeellisen kivunhoidon vaikutusta. Tavoitteena on luoda potilaalle hyvä ja turvallinen olo, jotta hänen olisi mahdollista rentoutua. Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä osastolla ovat käytössä asento hoito, kylmä pussit, potilaan lämpimänä pitäminen, läsnäolo ja keskustelu, potilaan rentouttaminen ja ajatuksen saaminen pois kivusta sekä erityisesti vatsan alueen leikkauksen jälkeen käytettävä abdominaalituki. PEP-pulloon puhaltelu lievittää kipua tehostamalla hengittämistä.

Meillä on asento hoito ja potilaan lämpimänä ja hyvänä pitäminen ja et olo pysyy hyvänä

Läsnäoloa ja kosketusta ja tämmöistä, niinku keskustelua ja rentouttamista

Ei käytetä musiikkia mutta tv:tä kyllä

ABD-tukivyö on kyllä ehdoton noille vatsaleikatuille

Haastavimpana asiana postoperatiivisessa kivunhoidossa osastolla koetaan potilaiden oman aktiivisuuden puute. Potilailla on merkittävä rooli kivunhoidon onnistumisessa. Potilaiden tulisi ilmoittaa kivustaan hoitajille reaaliaikaisesti silloin, kun kivuntunne alkaa lisääntyä. Potilas saa valita jo heräämössä itsellensä sopivan kipumittarin, jolla hänen tulisi omaa kipuaan arvioida. Hoitajille kivusta tulisi ilmoittaa, kun se potilaan kokemuksen mukaan ylittää hoitajan kanssa etukäteen sovitun arvon. Tällä hetkellä suurin osa potilaista ei kerro kivustaan, vaan odottaa hoitajan aktiivisuutta kivun tiedustelemisessa ja kivunlievityksen tarjoamisessa. Monesti käy niin, että potilas ilmoittaa kivustaan vasta sitten, kun kipu on jo keskikovaa tai kovaa. Lääkkeen vaikutuksen alkaminen vie oman aikansa ja siitä syystä kipuun tulisi reagoida ajoissa. Potilaan tulisi myös kertoa voinnissaan tapahtuvista muutoksista kuten pahoinvoinnista.

Joo just se reaaliaikainen ilmoittaminen et silloin kun alkaa pikkuhiljaa sitä kipua tuntumaan niin sit ajoissa ilmoitetaan niin silloin pystytään heti tarttumaan siihen...

Niin se haaste on myöskin siinä potilaan omassa roolissa, koska sieltä lähtee kuitenkin se niinku potilaan omasta arviosta ja kivuntunteesta...

Potilaiden asenteet kipuun ovat hyvin erilaisia. Toiset olettavat olevansa leikkauksen jälkeen täysin kivuttomia ja reagoivat pienimpäänkin kivuntuntemukseen. Toiset taas ajattelevat, että eivät halua vaivata henkilökuntaa ja yrittävät vain kestää kipua. Potilailla voi olla kipulääkkeistä huonoja kokemuksia, eikä niitä haluttaisi siksi ottaa. Osa pelkää niiden haittavaikutuksia ja mahdollista riippuvuutta.

Potilaat on niinku erilaisia koska jotkut olettaa että leikkauksen jälkeen pitää olla täysin kivuton...toiset on tottunut siihen kipuun ja ne kestää vaikka mitä ja ne ei pyydä vaikka mikä olisi

Sit ne ei tavallaan osaa välttämättä pyytää sitä vaikka sanot että niinku tarpeeksi ajoissa

Potilaiden toivottaisiin ottavan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan. Postoperatiivinen toipuminen on nopeampaa, jos potilas aktiivisesti osallistuu omaan hoitoonsa ja kuntouttamiseensa. Potilaiden pitäisi ymmärtää postoperatiivisen kivunhoidon onnistumisen merkitys toipumiselle. Kivuttomuus edistää haavan paranemista ja toimintakyvyn palautumista.

Potilas pystyy tekemään paljon jumppaliikkeitä ja liikuttaa jalkojaan ja tehostaa hengittämistä ja ihan vuoteessa ollessakin. Pystyy ehkäisemään komplikaatioita..

Mahdollisimman paljon pitäisi pyrkiä itse tekemään et monet ehkä pelkää myöskin sitä et mitä nyt saa tehdä

Onhan se että potilaat varmasti herkästi heittäytyy siihen potilaan rooliin et nyt ollaan potilaita ja nyt minä makaan tässä ja sitten vasta kun joku sanoo niin sitten minä teen

Osastolla postoperatiivisen kivunhoidon ohjaus on pääosin suullista. Potilaat saavat kutsukirjeen mukana kotiin jonkinlaisen postoperatiivisen kivunhoidon ohjeen, mutta osastolla niitä ei ole käytössä. Potilaan ohjaamiseen käytettävissä oleva aika vaihtelee hyvin paljon työvuoron kiireellisyydestä ja henkilökunnan määrästä riippuen. Ohjaus alkaa, kun potilas haetaan heidän osastolle. Potilasta ohjataan arvioimaan kipuaan ja ilmoittamaan kivuntuntemuksestaan ja vointinsa muutoksista hoitajalle. Potilaalle pyritään kertomaan ensin tärkeimmät asiat ja ohjausta jatketaan tilanteen ja potilaan voinnin mukaisesti myöhemmin. Ohjauksen sisällössä ja ajankohdassa huomioidaan potilaan yksilöllisyys ja vointi. Ohjaukseen vaikuttaa potilaan osastolla viettämä aika. Osa potilaista on osastolla vain yön yli, jolloin kaikki ohjaus on

saatava hoidettua nopeasti. Pidempään osastolla olevan potilaan ohjausta voidaan jakaa pidemmälle ajalle.

Kyllä lähestulkoon kaikki ensimmäisen päivän aikana on suullista..

Päivästä riippuu mutta luvattoman paljon on näitä päiviä että sitä (aikaa) on niukasti

Mut kyl mä uskon että tietyl tavalla potilaasta riippuvaista koska toiset ihmiset kaipaa enemmän sitä (ohjausta)

Ohjaus lähtee siitä kun sä lähdet potilasta hakee heräämöstä. Sä koko ajan teet sitä siinä työn ohessa. Se ei ole mikään tietty hetki..

Niin ja mun mielestä sil ohjauksellakin on aikansa ja paikkansa et ei mun mielestä voi syyttää kaikkea sitä tietoa suoraan vaan niin kuin oikeassa aikaa...

Hoitajat eivät ole saaneet potilaiden ohjaamiseen mitään koulutusta. Ohjaaminen on opittu harjoittelujen ja perehdyttämisen aikana kokeneemmilta hoitajilta. Jokaisella on oma tapansa ohjaamisen suorittamiseen, mutta ohjauksen sisältö on yhteneväistä kaikilla hoitajilla.

Hoitajilla on kuitenkin hieman eri tyyli et jokaisella on oma tyyli ohjaa

No mun opetus ja koulutus perustuu varmaan lähinnä harjoitteluun ja keikkatyöhön täs osastolla et ei niinku suoranaista koulutusta oo ollut

Et kyl sen täällä ihan niinkun käytännön kokemus opettaa sen

Suullisen ohjauksen tueksi toivotaan osastolla hyvää kirjallista ohjetta. Onnistuneen kivunhoidon edellytys on, että potilas on siinä osallisena. Kotiin etukäteen lähetetty kirjallinen ohje antaisi potilaalle mahdollisuuden tutustua ohjeisiin hänelle sopivana ajankohtana jo ennen sairaalaan tuloa. Ohjeesta toivotaan selkeää, ulkoasultaan lukemaan houkuttelevaa ja selkokielellä kirjoitettua. Ohjeen ulkoasuun toivotaan jotain sellaista, joka herättää kiinnostuksen ohjeen lukemiseen. Tärkeimpänä asiana ohjeeseen toivotaan informaatiota siitä, miksi postoperatiivinen kivunhoito ja sen onnistuminen on tärkeää. Ohjeen toivotaan lisäävän potilaiden tietoutta postoperatiivisessa kivunhoidossa käytettävistä menetelmistä ja oman aktiivisuuden merkityksestä toipumiseen.

Tekstin sisältö on kans tärkeä mieltä et se on niinku tarpeeks yksinkertaista ja luettavaa..

Yhä edelleen tulee potilaita joilla on se kirjekuori täynnä niitä A4:sia eikä niitä oo avattukaan

Et se on sellanen selkee haasteenpaikka tämä missä pystyttäisiin kehittämään et se olis sitä etukäteisohjausta....molemmilla kotimaisilla kielillä et pystyis potilas perehtyy siihen jo etukäteen

Alkukartoituksen avulla saatiin selville, mitä asioita potilasohjeen tekemisessä tulee huomioida. Ne on esitetty tiivistetysti taulukossa 1. Näiden pohjalta lähdimme työstämään tarpeisiin vastaavaa potilasohjetta.

Postoperatiivinen kivunhoito osastolla	Potilaan rooli kivunhoidossa	Potilaan ohjaus osastolla
<p>-Postoperatiivista kipua hoidetaan lääkkeellisillä sekä lääkkeettömillä menetelmillä</p> <p>-lääkkeettömillä menetelmillä tuetaan lääkkeellisten kivunhoidon vaikutusta</p> <p>-asentohoito, ABD-tukivyö, kylmähoito, lämpöhoito, läsnäolo ja keskustelu, rentoutus, PEP-pullo</p>	<p>-haastavaa potilaan kivunhoidossa on potilaan aktiivisuuden puute</p> <p>-potilaan oma aktiivinen rooli omassa kivunhoidossa on tärkeää, kuten kivusta kertominen reaaliaikaisesti</p> <p>-potilaat usein passiivisia eivätkä ilmoita kivusta ennen kuin kipu on jo keskikova tai kovaa. Odottavat hoitajan aktiivisuutta.</p> <p>-toivotaan potilaan ymmärrys siitä, mistä leikkauksen jälkeinen kipu johtuu, miksi leikkauksen jälkeistä kipua tulee hoitaa, miten kipua voidaan hoitaa ja kuinka potilas voi itse osallistua</p>	<p>-ohjaus on tällä hetkellä pääsääntöisesti suullista ja potilaan ohjaamiseen käytettävä aika vaihtelee kiireestä ja henkilökunnan määrästä johtuen</p> <p>-ohjaukselle ei ole määritettyä erillistä ajankohtaa vaan se tapahtuu työn ohella</p> <p>-suullisen ohjeen lisäksi toivotaan kirjallista potilasohjetta, joka lähetetään kotiin potilaalle ennen leikkausta/toimenpidettä</p> <p>-potilasohje tulisi tehdä molemmilla kotimaisilla kielillä</p> <p>-potilasohjeen ulkoasun tulisi olla houkutteleva, jotta potilaat jaksavat sen lukea ja tekstin tulisi olla selkokieltä,</p> <p>- ohjeeseen toivotaan kuvia</p>

Taulukko 1: Alkukartoituksen tulos

5.2 Käytännön toteutus

Opinnäytetyön tekeminen alkoi aiheen valinnalla. Aiheen valintaan vaikutti tekijöiden aito kiinnostus aihetta kohtaan. Ensimmäisessä tapaamisessa tilaajan kanssa kävimme läpi tarkempia toiveita potilasohjetta kohtaan ja suunnittelimme käytettävää menetelmää. Toisessa tapaamisessa neuvottelimme uudestaan valitusta menetelmästä, ja sovimme tilaajan kanssa menetelmän vaihdosta paremmin tarkoitusta vastaavaan. Alkuperäinen kirjallisuuskatsaus vaihtui kehittämistoimintaan juurruttamisen menetelmällä, ja aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme tutkimusluvan sairaalan ylihoitajalta. Tutkimuslupa tarvittiin, koska haastattelimme osaston henkilökuntaa.

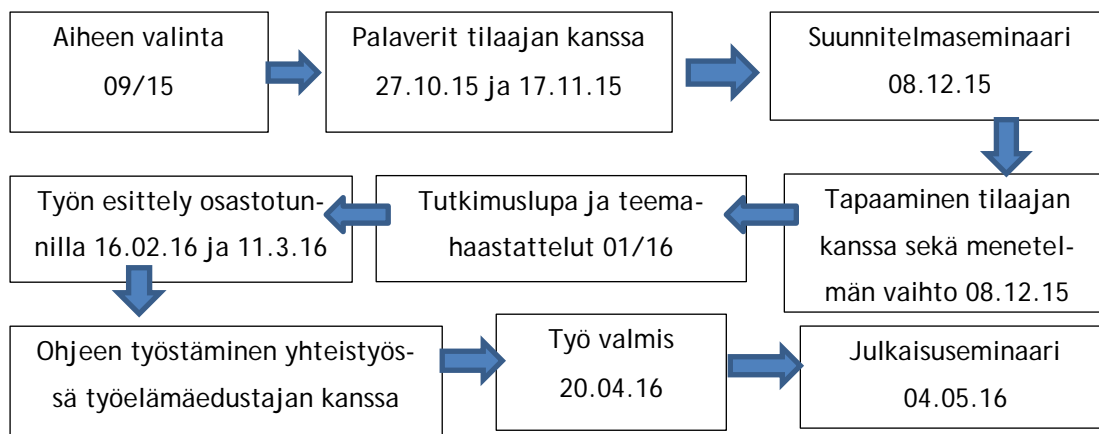
Tutkimusluvan saatuaamme pääsimme kartoittamaan lähtötilannetta. Opinnäytetyön etenemisen prosessi on kuvattu kuviossa 6.

Lähtötilanteen kartoitus tehtiin haastattelemalla osaston sairaanhoitajia. Osaston esimies valitsi haastateltavat sairaanhoitajat yhdessä osaston kivunhoitoon perehtyneen sairaanhoitajan kanssa tarkoituksenmukaisella otannalla. Päädyttiin tekemään kaksi ryhmähaastattelua. Toiseen ryhmään valikoitui kolme sairaanhoitajaa ja esimies, ja toiseen ryhmään kolme sairaanhoitajaa. Yhteensä haastateltavia oli siis seitsemän. Haastateltavat saivat tiedon haastatteluun osallistumisesta etukäteen esimieheltään. Ennen haastattelun aloittamista jokainen haastateltava sai luettavakseen teemahaastattelun rungon (liite 2). He saivat myös sekä suullisesti että kirjallisesti tiedon tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen käyttötarkoituksesta ja haastateltavien yksityisyyden suojaamisesta. Haastateltavat antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta ja haastattelun nauhoittamisesta.

Haastattelu nauhoitettiin nauhurilla. Nauhoitettu materiaali litteroitiin sanasta sanaan siten, että teemojen ulkopuolinen asia jätettiin litteroimatta. Ryhmähaastattelutilanteessa saatiin aikaiseksi hyvää keskustelua osaston toiminnasta. Osa keskustelusta ei liittynyt tutkimuksen aiheeseen, joten tämä osa jätettiin litteroinnin ulkopuolelle. Litteroitu materiaali tulostettiin paperille. Jokainen kolmesta opinnäytetyön tekijästä analysoi materiaalin itsenäisesti. Tämän jälkeen analyysit käytiin yhdessä läpi ja katsottiin analyysien yhteneväisyydet. Kaikista kolmesta analyysistä nousivat esille samat asiat.

Analyysin pohjalta saimme vastauksen tutkimuskysymyksiimme. Potilasohjetta lähdettiin rakentamaan kerätyn aineiston ja tutkitun tiedon pohjalta. Tietoa haettiin alan kirjallisuudesta, kansallisista ja kansainvälisistä hoitosuosituksista sekä Medic, Aleksis, PubMed ja EBSCOhost tietokannoista. Tietoa etsittiin potilasohjauksesta, potilasohjeesta ja postoperatiivisesta kivunhoidosta eri hakusanoja käyttäen (liite 4).

Raporttiosan käsitteet avattiin laajasti tilaajan toiveesta. Tällä kirurgisella osastolla hoidetaan monenlaisia pehmytosakirurgisia potilasryhmiä, ja potilasohjeesta haluttiin sellainen, että se palvelee kaikkia. Tilaaja toivoi ohjeeseen havainnollistavia kuvia. Kuvitukseen päätettiin käyttää tekijöiden itse ottamia valokuvia, jolloin kuviin saatiin oikeita ihmisiä piirroskuvien sijaan. Näin myös välttyttiin mahdollisilta tekijänoikeuksiin liittyviltä ongelmilta. Ohjeen tekemisessä noudatettiin HUS:n graafisia ohjeita, ja viimeistelyyn saatiin apua alan ammattilaiselta. Näin varmistettiin, että ohjeesta tuli laadukas ja huoliteltu. Valmis ohje arvioitettiin osastolla alkutilanteen kartoitukseen osallistuneilla informanteilla. Näin lisättiin samalla työn luotettavuutta.



Kuvio 6: Opinnäytetyön prosessi

6 Uusi toimintatapa

6.1 Toimintatavan kuvaus

Kivunhoidon kehittäminen on HUS strategian mukaisesti nostettu kehittämiskohteeksi myös tässä sairaalassa. Onnistunut postoperatiivinen kivunhoito vaatii hyvää yhteistyötä potilaiden ja hoitohenkilöstön välillä. Tätä yhteistyötä parantamaan osasto tilasi opinnäytetyönä toteutetun potilasohjeen postoperatiivisesta kivunhoidosta. Potilasohje toteutettiin tiiviissä yhteistyössä työelämäedustajien kanssa. Lisäksi yhteistyötä tehtiin koko osaston henkilökunnan kanssa. Henkilökunta sai osallistua ohjeen tekemiseen alkutilanteen kartoituksessa ja ohjeen ulkoasun suunnittelussa.

Potilasohje tehtiin vastaamaan osaston tarpeisiin tutkittua tietoa hyödyntäen. Ohjeen tarkoituksena on lisätä potilaiden tietoutta postoperatiivisesta kivusta, sen hoidosta ja potilaan omasta roolista osana onnistunutta kivunhoitoa. Ohje lähetetään potilaille kotiin kutsukirjeen mukana. Potilaat voivat tutustua ohjeeseen jo kotona ennen leikkausta. Osastolla annettava suullinen ohjaus tukee sitten potilaan jo saamaa kirjallista ohjausta ja toisin päin. Ohjeesta tehtiin ulkoasultaan lukemaan houkutteleva, selkokielineen ja riittävän tiivis tietopaketti.

Potilasohjeen suunnittelu aloitettiin jo ensimmäisessä tapaamisessa tilaajan kanssa. Tapaamisessa käytiin läpi ohjeen ulkoasuun ja sisältöön liittyviä ohjeistuksia ja toiveita. Tilaaja toivoi ohjeesta potilaslähtöistä, selkokielistä ja kuvitettua. Seuraavaksi tutustuttiin teoreettiseen tietoon. Tietoa etsittiin potilasohjauksesta, potilasohjeesta ja postoperatiivisesta kivunhoidosta. Teorian pohjalta laadittiin teemahaastattelun runko. Teemahaastattelun avulla tehtiin lähtötilan kartoitus. Lähtötilan kartoituksella haluttiin selvittää, mitä asioita potilasohjeeseen tulisi sisällyttää, jotta se palvelisi hyvin juuri kyseisen osaston tarpeita.

Potilasohjeesta haluttiin tiivis ja informatiivinen tietopaketti leikkauksen jälkeisestä kivusta, sen hoitoon käytettävistä menetelmistä ja potilaan omasta roolista osana kivunhoitoa. Tärkeänä asiana koettiin potilaan oman osallisuuden korostaminen. Ohjeen otsikot nousivat esiin haastattelujen pohjalta. Tekstit kirjoitettiin teoreettiseen tietoon perustuen. Tilaajan toiveesta ohjeessa käytettiin sinuttelua teitittelyn sijasta.

Kuvituksessa päädyttiin käyttämään tekijöiden itse ottamia kuvia. Näin välttyttiin tekijänoikeuksien loukkaamiselta. Kuvat otettiin osastolla potilashuoneessa. Näin ne välittävät lukijalle jo etukäteen visuaalisen mielikuvan osastosta. Kuvien lisäksi ohjeeseen laitettiin leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa kuvastava kuvio. Potilasohjeen ulkoasu haluttiin toteuttaa HUS:n graafisia ohjeita noudattaen. Graafiset ohjeet pyydettiin osaston esimieheltä. Ulkoasun viimeistelyssä saatiin apua alan ammattilaiselta.

Potilasohjeen suunnitteluun osallistettiin koko osaston henkilökunta. He saivat osallistua ohjeeseen laitettavien kuvien valintaan ja ohjeen ulkoasun viimeistelyyn. Ohje tehtiin tiiviissä yhteistyössä tilaajan kanssa.

Ohjetta arvioitettiin tekovaiheessa tekijöiden lähipiirissä. Tarkoituksena oli varmistaa, että tekstistä tulee selkeää ja ymmärrettävää. Tekstit ja kuvat arvioitettiin tilaajalla. Viimeistelyvaiheessa ohjeesta oli osastolla arvioitavana kaksi hieman toisistaan eroavaa versiota. Ohjeet keräsivät paljon positiivista huomiota ja kommentteja. Henkilökunta sai äänestämällä vaikuttaa siihen, kumpi ohjeista valittiin. Viimeistelyn jälkeen valmis ohje arvioitettiin vielä lähtötilanteen kartoitukseen osallistuneilla sairaanhoitajilla, jotka arvioivat ohjeen ulkoasun, sisällön ja hyödynnettävyyden työssä. Arvioinnit tehtiin nimettöminä. Ohje sai kiitettävän arvostuksen joka osa-alueesta.

6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön

Juuruttamiseen liittyi tiivis yhteistyö kehittämiskohteena olevan yksikön kanssa. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin kartoittamalla lähtötilanne teemahaastattelujen avulla. Haastattelujen pohjalta nousi vahvasti esille hoitajien ja potilaiden välisen yhteistyön kehittämisen tarve. Opinnäytetyön edistymisestä käytiin kertomassa osaston henkilökunnalle kahdessa osastopalaverissa. Osaston henkilökunta sai osallistua potilasohjeen kuvien valintaan ja sai olla mukana valitsemassa lopullista ohjetta. Tilaajan toiveena oli, että henkilökunnan tietoisuus kehittämiskohteena olevasta asiasta lisääntyisi projektin edetessä.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

7.1 Muutosprosessin ja lopputuloksen arviointi

Potilaan ohjaaminen on tärkeä osa potilaan hoitoa. Postoperatiivinen kivunhoito on haastavaa ja siksi onnistunut yhteistyö potilaan ja hoitohenkilöstön välillä on tärkeää. Suullinen ohjaus ei yksin riitä siihen, että potilas saisi riittävän määrän informaatiota. Kirjallinen ohje toimii suullisen ohjauksen tukena ja auttaa informaation sisäistämistä. Potilas voi lukea ohjeen itselleen sopivana ajankohtana ja kerrata sieltä mahdollisesti unohtuneita asioita. Osastolta puutui toimiva postoperatiivisen kivunhoidon potilasohje. Teimme ohjeen osaston lähtötilanteen huomioiden ja tutkittuun tietoon perustuen. Ohje tehtiin tiiviissä yhteistyössä tilaajan kanssa. Lopputulos arvioitiin teemahaastatteluihin osallistuneilla informanteilla. He saivat tutustua ohjeeseen ja arvioivat sen arviointikaavakkeella (liite 3). Arvioinnit suoritettiin nimettöminä. Kaavakkeessa arvioitiin ohjeen ulkoasu, sisältö ja hyödynnettävyys työelämässä. Vastaukset saatiin kuudelta henkilöltä. Tulokset on avattu taulukossa 2.

Arvosana	1	2	3	4	5
Ulkonäkö					6kpl
Sisältö					6kpl
Hyödynnettävyys					6kpl

Taulukko 2: Ohjeen arvioinnin tulokset

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Hoitotieteellistä tutkimusta arvioidaan käyttämällä validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa näitä kahta näkökulmaa lähestytään arvioimalla tutkimuksen osa-alueita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuteen liittyvät kysymykset koskevat tutkijaa, tutkimuksen aineiston laatua, aineiston analyysia ja tulosten esittämistä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Validiteettiongelmia voi syntyä, jos tutkimusaineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen, aineiston keruu on puutteellista tai tutkimusaineisto ei ole edustava. Reliabiliteettiongelmia voi syntyä, jos analyysin aikana tehdään koodausvirheitä, koodaus on epäyhdenmukaisesti tehty tai tehdään virhetulkintoja. Luotettavuuden arviointiin voidaan käyttää erilaisia kriteerejä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198; Nieminen 2006, 215.)

Luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuus liittyy tutkimuksen tulosten kuvaamiseen. Aineiston keruu- ja analyysi-

prosessit tulee kuvata niin tarkasti ja havainnollisesti, että lukija voi ymmärtää ne. Lisäksi lukijalle tulee selvitä tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Uskottavuudella kuvataan myös tutkijan aineistosta tekemän luokittelun ja kategorisoinnin onnistumista. Siirrettävyydellä viitataan saatujen tulosten siirrettävyyteen toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyyttä lisää tutkimusprosessin tarkka kuvaaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-200.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen laadun arvioinnin yksi kriteeri on raportoinnin luotettavuus. Tutkimuksen raportoinnin tulee olla selkeää. Raportin tulee olla kirjoitettu siten, että lukijan on helppo seurata ja arvioida tutkijan päättelyä. Tutkijan tulee raportin avulla vakuuttaa lukija siitä, että hänen tekemänsä ratkaisut ovat oikeutettuja, luokkien muodostukset ovat perusteltuja ja tutkimuksen kulku luotettavaa. Hyvän kvalitatiivisen tutkimusraportin tulee olla tuore, uusia näkökulmia tuova ja hyvällä kirjoitustyyllillä tehty. (Nieminen 2006, 220.)

Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi prosessin kaikki vaiheet kuvattiin tarkasti. Teoreettisen osan käsitteet on määritelty kirjallisuuteen perustuen. Tutkimuksen aikana tehdyt valinnat ja päätökset on perusteltu huolellisesti, ja kaikki vaiheet dokumentoitu. Erityisesti huomiota kiinnitettiin otannan tekemiseen ja vastaajien oikeuksiin. Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluina toteutetuilla teemahaastatteluilla. Haastattelukysymykset valittiin tarkasti ja valinnat perusteltiin. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sitten auki. Litterointi tehtiin tarkasti ja huolellisesti ja prosessi kuvattiin. Aineiston analysoi ensin jokainen erikseen ja lopuksi analyysit yhdistettiin. Aineiston analyysi on kuvattu tarkasti käyttämällä havainnollistavia kaavioita. Raporttiin liitettiin mukaan suoria lainauksia alkuperäisistä kommentteista. Raportista pyrittiin kirjoittamaan selkeä ja ymmärrettävä kokonaisuus, joka on tehty työlle määriteltyjä kirjallisia ohjeita noudattaen.

7.3 Tutkimusetiikka

Etiikka tarkoittaa tapoja, tottumuksia ja rajoituksia, joiden avulla säädellään ihmisten välistä elämää. Eettisellä ajattelulla tarkoitetaan kykyä pohtia omien ja yhteisön arvojen kautta sitä, mikä on oikeaa ja väärää. Lait ja eettiset normit ohjaavat eettistä ajattelua ja toimintaa, mutta jokainen tekee päätökset itsenäisesti. Etiikan merkitys korostuu tilanteissa, joiden ratkaisuun ei ole vain yhtä oikeaa ratkaisua. (Kuula 2006, 21-22.)

Tutkimusetiikka voidaan luokitella normatiiviseksi etiikaksi. Sen avulla pyritään vastaamaan tutkimuksessa noudatettavia sääntöjä koskeviin kysymyksiin. Tutkimusetiikka voidaan rajata koskemaan tieteen sisäisiä asioita, tai se voidaan määritellä tutkijoiden ammattietiikaksi. Tutkijoiden ammattietiikkaan kuuluvat normit, arvot, hyveet ja eettiset periaatteet, joita tutkijan ammattia harjoittaessa tulee noudattaa. Tutkimusetiikan normit käsittelevät totuu-

den etsimistä ja tiedon luotettavuutta, tutkittavan ihmisarvoa ja tutkijoiden keskinäisiä suhteita. (Kuula 2006, 21-24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-213.)

Totuuden etsimistä ja tiedon luotettavuutta koskevat normit ohjaavat tieteellisen tutkimuksen menetelmien noudattamiseen ja sellaisten luotettavien tulosten esittämiseen, joiden oikeellisuuden pystyy tiedeyhteisö tarkastamaan. Tutkittavien ihmisarvoa koskevat normit painottavat tutkimuksen kohteena olevien itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Tutkimuksesta ei saa myöskään aiheutua vahinkoa tutkittavalle. Tutkijoiden keskinäisiä suhteita koskevat normit korostavat toisten tutkijoiden työn kunnioittamista. (Kuula 2006, 24-25.)

Tutkimuseettiset periaatteet on koottu Maailman lääkäriliiton Helsingin julistukseen (1964). Sitä on päivitetty useasti vastaamaan muuttuviin eettisiin haasteisiin. Viimeisin päivitys on vuodelta 2013. Periaatteet pohjautuvat vuoden 1947 Nürnbergin säännöstöön. Näissä periaatteissa on määritelty tutkittavien oikeudet tasa-arvoiseen kohteluun, yksityisyyden suojaan, itsemääräämisoikeuteen ja tietoiseen suostumukseen osallistua tutkimukseen. Helsingin julistuksessa (1964) on todettu perustelut tutkimustyön tekemiselle. Siellä korostetaan tutkittavan hyvinvointia tieteen ja yhteiskunnan edun edellä sekä korostetaan yksilön kunnioittamista ja tämän terveyden ja oikeuksien varjelemista. Julistuksen mukaan tutkijoiden on tunnettava ihmiseen kohdistuvaan tutkimustyöhön liittyvät eettiset ja lainsäädännölliset vaatimukset. (Kuula 2006, 32-34; Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus 2014; Nürnbergin säännöstö 2013.)

Julistuksessa korostetaan erityistä suojaa tarvitsevien ja haavoittuvien ryhmien oikeudenmukaista kohtelua. Siellä annetaan ohjeet tutkittavien oikeuksien ja turvallisuuden turvaamiseen. Tutkittavien yksityisyys, fyysinen ja psyykinen koskemattomuus ja potilastietojen luotettavuus on turvattava. Tutkittaville on riittävän tarkasti selostettava tutkimukseen ja sen tekemiseen liittyvät asiat. Kaikilla tutkittavilla on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, ja perua aiempi suostumuksensa koska tahansa. Tutkijan tulee saada tutkittavalta riittävään tietoon perustuva, vapaasta tahdosta annettu suullinen tai kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen ym. 2013, 214-218.)

Hoitotieteellisen tutkimuksen tekemistä tekevän tulee tutustua kansalliseen lainsäädäntöön ja ohjeisiin. Keskeisimpiä hoitotieteellistä tutkimusta koskevat lait ja ohjeet ovat: laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), potilasvahinkolaki (585/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), laki (488/1999) ja asetus (986/1999) lääketieteellisestä tutkimuksesta, henkilötietolaki (523/1999), asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (494/1998) ja laki terveydenhuollon valtakunnallisesta henkilörekisteristä (556/1989). (Kankkunen ym. 2013, 214.)

Helsingin julistuksen (1964) pohjalta on kansainvälisesti perustettu eettisiä toimikuntia, jotka valvovat tutkimuseettisiä asioita. Suomessa tutkimuseettisiä asioita valvovat tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) ja sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat. TENK on perustettu vuonna 1991. Sen tehtävä on edistää tutkimuseettiikkaa ja käsitellä eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät tieteelliseen tutkimukseen. ETENE käsittelee potilaan asemaan ja terveydenhuoltoon liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta. (Kankkunen ym. 2013, 216-217.)

Opinnäytetyön tekemisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkittavan aineiston hankinnassa, tutkimuksessa, raportoinnissa ja arvioinnissa käytettiin eettisesti ja tieteellisesti kestäviä menetelmiä. Informanttien oikeudet otettiin huomioon tutkimuksen teon prosessissa. Tutkimuksen teossa huolehdittiin, että informantit saivat riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen vaiheista etukäteen. Jokaiselta pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumiseen, ja heille kerrottiin mahdollisuudesta koska tahansa vetäytyä tutkimuksesta. HUS:lta hankittiin tutkimuslupa, koska haastattelimme osaston henkilökuntaa.

Opinnäytetyön tekemisessä huomioitiin sen tekemistä ohjaavat lait ja asetukset. Opinnäytetyöryhmään kuului kolme henkilöä. Vastuut ja velvollisuudet jaettiin tasaisesti jokaiselle, ja kukin tekijöistä arvosti ja kunnioitti toisten työtä. Opinnäytetyön etenemisestä käytiin kertomassa tilaajalle kahdella osastotunnilla, ja potilasohjeen koeversioita hyväksyttiin osaston henkilökunnalla. Heillä oli mahdollisuus esittää korjausehdotuksia ja osallistua ohjeen sisällön suunnitteluun. Valmis työ esitettiin osaston henkilökunnalle. Opinnäytetyö julkaistiin, joten se on avoimesti kaikkien saatavilla.

8 Lopuksi

Onnistunut postoperatiivinen kivunhoito on merkittävässä roolissa potilaan toipumisen edistäjänä. Kipujen ollessa hallinnassa voi potilas keskittyä toipumiseen ja kuntoutumiseen. Nopea toipuminen lyhentää sairaalassaoloaika ja tuo siten myös rahallista säästöä. Kivunhoito on mitä suurimmassa määrin potilaan ja hoitohenkilöstön yhteistyötä. Tämän yhteistyön kehittäminen vaikuttaa paremman lopputuloksen saamiseen. Hyvällä potilasohjauksella voidaan välittää potilaalle hänen tarvitsemaansa tietoa. Kirjallisella potilasohjausmateriaalilla tuetaan suullista ohjausta ja annetaan potilaalle mahdollisuus kerrata saamaansa tietoa.

Jatkossa potilasohjeita voisi kehittää yhteistyössä potilaiden kanssa. Nyt ohje toteutettiin henkilöstön tarpeita vastaavaksi ja heidän näkemystensä pohjalta. Jatkotutkimuksen voisi toteuttaa kyselykaavakkeella osastolla hoidettavana olevilta potilailta. Näin saataisiin tietoa potilaan kokemuksista ja heidän näkemyksensä asiasta. Tällä tavoin voitaisiin osastolla kehittää potilasohjausta vielä paremmin tarpeisiin vastaavaksi.

Osaston postoperatiivista kivunhoitoa voisi kehittää ottamalla käyttöön akuutin kivun hoitoon erikoistuneen ryhmän. Ryhmään voisivat kuulua anestesia lääkäri, lääkäri ja kivunhoitoon perehtyneitä sairaanhoitajia. Tällainen akuutin kivun hoitoon erikoistunut ryhmä voisi ottaa vastuun osastolla hoidettavien leikattujen potilaiden kivunhoidon prosessista. Ryhmä voisi perehtyä potilaiden taustoihin ja tilanteeseen ja huolehtia yksilöllisesti suunnitellusta kivunhoidon strategiasta. Tällöin jokaisen potilaan yksilölliset ominaisuudet tulisivat paremmin huomioituksi lääkitystä suunniteltaessa ja sitä muutettaessa.

Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999. Viitattu 11.4.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990986>

Boström P. & Karjalainen V-M. 2011. Epiduraali- vai faskipuudutus leikkauksen jälkeisen kivun hoitona? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 127 (3), 281-283. Viitattu 13.2.2016.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99333.pdf>

Cheifetz, S., Lucy, D., Overend, T. & Crowe, E. 2010. The effect of abdominal support on functional outcomes in patients following major abdominal surgery: a randomized controlled trial. Physiotherapy Canada, 62 (3), 242-253. Viitattu 2.4.2016.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a8932918-47a7-466b-9e86-f2d877dc6694%40sessionmgr4001&vid=9&hid=4112>

Choate, K., McDonald, W. & Scott, D. 2011. Pain Management. Australian Nursing Journal, 18 (11), 40. Viitattu 13.2.2016.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/command/detail?vid=7&sid=e8ab6704-ce0b-4731-9891-c0d838c76730%40sessionmgr102&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=61348543&db=afh>

Cutilli, C-C. 2009. Ethical Considerations in Patient and Family Education: Using the Symphonological Approach. Orthopaedic Nursing, 28 (4), 187-193. Viitattu 15.10.2015.

<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/195965004/ECD581F0CA8042C4PQ/3?accountid=12003>

Dijk, J., Kappen, H., Wijck, A., Kalkman, J. & Schuurmans, M. 2012. The diagnostic value of the numeric pain rating scale in older postoperative patients. Journal of Clinical Nursing. 21 (21/22), 3018-3024. Viitattu 3.2.2016.

[http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/results?sid=cfb41dfa-5dd5-40a3-acce-4450c3e4798c%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4214&bquery=\(Dijk%2c+AND+Kappen%2c+AND+Wijck%2c+AND+Kalkman+AND+Schuurmans\)&bdata=JmRiPWJzaCZkYj1hZmZGMzGI9YzhoJmRiPXMzaCZkYj1seGgmZGI9Y2luMjAmZGI9OGdoJmRiPW5sZWJrJmRsaTA9TkwmZGx2MD1ZJmRsZDA9bmxiYmsmdHlwZT0wJnNpdGU9ZWwhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d](http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/results?sid=cfb41dfa-5dd5-40a3-acce-4450c3e4798c%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4214&bquery=(Dijk%2c+AND+Kappen%2c+AND+Wijck%2c+AND+Kalkman+AND+Schuurmans)&bdata=JmRiPWJzaCZkYj1hZmZGMzGI9YzhoJmRiPXMzaCZkYj1seGgmZGI9Y2luMjAmZGI9OGdoJmRiPW5sZWJrJmRsaTA9TkwmZGx2MD1ZJmRsZDA9bmxiYmsmdHlwZT0wJnNpdGU9ZWwhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d)

Eloranta S., Leino-Kilpi H. & Katajisto J. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede, 26 (1), 63-73.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Ervast, M. & Kuusisto, P. 2013. APS-koordinaatio vahvistaa akuutin kivun hoidon laatua. Kipuviesti, 13 (2), 31-34. Viitattu 8.4.2016.

<http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%20-2013.pdf>

Erämies, T. 2015. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 25.10.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01720&p_haku=postoperatiivinen+hoito+vuodeosastolla

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Fagervik-Olsen, M., Josefson, K. & Wiklund, M. 2009. Evaluation of abdominal binder after major upper gastrointestinal surgery. Advances in Physiotherapy, 11 (2), 104-107. Viitattu 2.4.2016.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a8932918-47a7-466b-9e86-f2d877dc6694%40sessionmgr4001&vid=6&hid=4112>

Fenley, G. & Dixon, L. 2012. Introduction: Patient Education as Treatment Foundation. *Psychiatric Times*, 29 (1), 32. Viitattu 15.10.2015.

search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/921280505/ECD581F0CA8042C4PQ/2?accountid=12003

Haanpää, M. & Pohjolainen, T. 2015. Kipu. *Fysiatría*. Viitattu 24.10.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00005&p_haku=kipu

Hammar A-M. 2011. *Kirurgian perusteet*. Helsinki: WSOY Pro.

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009b. Johdanto- Puudutukset ja neuroablatiiviset menetelmät. *Duodecim oppikirjat*. Viitattu 19.11.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02910&p_haku=puudutteet

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009c. Perifeeriset johtopuudutukset. *Duodecim oppikirjat*.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02910&p_haku=puudutteet

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009d. Spinaalinen kivunhoito. *Duodecim oppikirjat*. Viitattu 19.11.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02910&p_haku=sentraaliset_puudutukset

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 11.4.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hoikka, A. 2013. *Kipukasvomittari. Anestesiahoitotyön käsikirja - kuvat*. Viitattu 18.11.2015.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kasvokipumittari

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Honkala V. 2013. *Alaraajan laskimoiden vajaatoiminta. Lääkärin käsikirja*. Viitattu 3.4.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00145&p_haku=suonikohjut

HUS strategia 2012-2016. Viitattu 21.10.2015. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>

Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta 2015. HUS. Viitattu 25.10.2015.

http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/hyva_tietaa/Sivut/default.aspx

Hyvärinen R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliäsu varmistaa sanoman perille. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 121 (16), 1769-1773. Viitattu 13.2.2016.

http://www.duodecimlehti.fi.nelli.laurea.fi/web/guest/haku?p_auth=kPz9drDU&p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_co

[_id=column-1&p_p_col_count=1& Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle& Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95167& Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku& Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=potilasohje](#)

Iivanainen A., Jauhiainen M. & Syväoja P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jahkola T., Leidenius M. & von Smitten K. 2010. Rintarauhanen. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.). Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Järvinen H. 2010. Ohutsuoli, appendix ja paksusuoli. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.). Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E. 2009. Kivun lääkehoito. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma-Pro.

Kansainväliset ihmisoikeusjulistukset 1948. Viitattu 15.10.2015.
<http://www.ykliitto.fi/yk70v/yk/ihmisoikeudet>

Kauppila M. 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? Viitattu 15.2.2016.
<http://www.terkko.helsinki.fi.nelli.laurea.fi/medic/?hakusanat=kivunh%2A&sivu=haku&mista=&alkaen=10&ratio=AND&hakusanat2=postoperat%2A&mista2=&ratio2=NOT&hakusanat3=lapsel&mista3=&vuosi1=2005&vuosi2=2016&kokotekstit=true&synonyymit=true&kieli%5B0%5D=kaikki&tyyppi%5B0%5D=kaikki&num=10&mesh=fi&historiamaara=1>

Kempainen E. 2013. Äkillinen suolitukos. Teoksessa: Färkkilä M., Isoniemi H., Kaukinen K. & Puolakkainen P. (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. Helsinki: Kustannusosake Oy Duodecim.

Kharroubi M. & Törmänen M. 2009. Kokemuksia akuutista postoperatiivisesta kivunhoidosta (APS) Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Finnest, 42 (3), 235-236. Viitattu 15.2.2016.
http://www.finnest.fi/files/kharroubi_kokemuksia.pdf

Kinnunen, A. 2003. Postoperatiivisen kivunhoidon parantaminen. Teoksessa: Lauritsalo P. (toim.) Sairaanhoidon kivunhoidon kehittäjänä. Artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kirurgian vuodeosastot 2015. HUS. Viitattu 20.10.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjan-sairaala/osastot/Sivut/Kirurgian-vuodeosastot.aspx>

Kiviluoto T. 2010. Sappirakko ja sappitiet. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.). Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kiviluoto T. & Nuutinen H. 2013. Sappikivitauti. Teoksessa: Färkkilä M., Isoniemi H., Kaukinen K. & Puolakkainen P. (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. Helsinki: Kustannusosake Oy Duodecim.

- Kontinen V. 2011. HYKS:n leikkauksen jälkeisen kivunhoidon kehittäminen - suuren sairaalan tuomia mahdollisuuksia ja haasteita. Kipuviesti, 9 (1), 15-19. Viitattu 15.2.2016.
<http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%201-2011.pdf>
- Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Lääketieteen Aikakauskirja Duodecim, 131 (20), 1921-1928. Viitattu 13.2.2016.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo12492.pdf>
- Kontinen V., Paavola M., Isojärvi J., Roine R. & Ikonen T. 2011. Haavan kestopuudutus leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Suomen Lääkärilehti, 66 (3), 167-172. Viitattu 14.2.2016.
<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/haavan-kestopuudutus-leikkauksenjalkeisen-kivun-hoidossa/>
- Kotovainio, T. & Lehtonen, A. 2015. Kivun lääkehoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 8.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04660&p_haku=kipulääke
- Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2015. Kivun arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 24.10.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03315&p_haku=kivunarviointi
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusisto, P. 2012a. Akuutin kivun hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 23.10.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04660&p_haku=akuutti kipu
- Kuusisto, P. 2012b. Kroonisen kivun hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 23.10.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04660&p_haku=akuutti kipu
- Kuusniemi, K. & Pöyhiä, R. 2016. Present-day challenges and future solutions in postoperative pain management: results from PainForum 2014. Journal of Pain Research, 3 (9), 25-36. Viitattu 8.4.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4745947/>
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Käypä hoito 2009. Tulehduskipulääkkeet. Viitattu 28.11.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi39001
- Käypä hoito 2010. Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. Viitattu 31.3.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=D2C3EDC20A036E969F223C7ADF31C8A5?id=hoi05030>
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 19.10.2015.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>
- Kääriäinen M., Kyngäs H., Ukkola L. & Torppa K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamasta ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö, 3 (1), 10-15.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999. Viitattu 11.4.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Viitattu 15.10.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 15.10.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 556/1989. Viitattu 11.4.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19890556>

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 10.4.2016. <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lohjan sairaanhoitoalue 2012. HUS. Viitattu 20.10.2015. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/lohja/Sivut/default.aspx>

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Maaailman lääkäriliiton Helsingin julistus 2014. Lääkäriliitto. Viitattu 20.10.2015.
<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

MacLellan, K. 2006. Management of Pain. A practical approach for health care professionals. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.

McNamara, M., Harmon, D. & Saunders, J. 2012. Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. British Journal of Nursing, 21 (16), 958-964. Viitattu 13.2.2016.
<http://web.b.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/command/detail?vid=4&sid=12437704-d34e-432b-8c55-f778f2cb5e08%40sessionmgr198&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=104422480>

Mustajoki P. 2011. Miten kirjoitan yleistajuisesti lääketieteestä? Lääketieteen Aikakauskirja Duodecim, 127 (16), 1704-1708. Viitattu 16.2.2016.
<http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo99724.pdf>

Mäkinen K., Alhava E. & Haglund C. 2010. Kilpirauhanen. Teoksessa: Kirurgia. Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Niemi-Murola, L. 2014. Johtopuudutukset. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Duodecim oppikirjat. Viitattu 19.11.2015.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02910&p_haku=johtopuudutus

Niemi-Murola L., Pöyhä R., Onkinen K., Rhen B., Mäkelä A., Yildirim Y. & Niemi T. 2005. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu - hoitajien asenteet ja potilastyytyväisyys. Finnest, 38 (5), 473. Viitattu 14.2.2016. http://www.finnanest.fi/files/oper_abs_niemimurola.pdf

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Nummi V-M & Järvi U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Suomen Lääkärilehti, 67 (1-2), 14-16. Viitattu 16.2.2016.
<http://www.fimnet.fi/nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL12012-14.pdf>

Nuutinen H. & Kärkkäinen P. 2013. Sappirakon ja sappiteiden rakenne ja toiminta. Teoksessa: Färkkilä M., Isoniemi H., Kaukinen K. & Puolakkainen P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. Helsinki: Kustannusosake Oy Duodecim.

Nürnbergin säännöstö. 2013. Lääkäriliitto. Viitattu 20.10.2015.

<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/nurnbergin-saannosto/>

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Paakkari, P. 2013. Tietoa potilaalle: Krooninen (pitkäaikainen) kipu - lääkehoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 25.10.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

Pitkänen, M. 2014. Pinnalliset puudutukset. Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim oppikirjat. Viitattu 19.11.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02910&p_haku=puudutteet

Plastiikkakirurgiset toimenpiteet 2015. HUS. Viitattu 16.3.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/vatsaelinkirurgia/lihavuuskirurgia/plastiikkakirurgiset-toimenpiteet/Sivut/default.aspx>

Pogatzki-Zahn, E., Kutschar, P., Nestler, N. & Osterbrink, J. 2015. Prospective Multicentre Study to Improve Postoperative Pain: Identification of Potentialities and Problems. PLoS ONE, 10 (11), 1-16. Viitattu 13.2.2016.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/command/detail?vid=23&sid=7f9f7e0a-ce56-43c4-aecb-b03f1ff2f3c3%40sessionmgr198&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=111175967>

Pohjolainen, T. 2009. Kylmähoito. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Potilasvahinkolaki 585/1986. Viitattu 11.4.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2010. Kivunhoitomenetelmät. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Akuuttihoidon tietokannat. Viitattu 20.11.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00248&p_haku=lääkkeitön hoito

Puolakkainen P. & Mentula P. 2013. Akuutti appendisiitti eli umpilisäketulehdus. Teoksessa: Färkkilä M., Isoniemi H., Kaukinen K. & Puolakkainen P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. Helsinki: Kustannusosake Oy Duodecim.

Pöyhä, R. 2014a. Akuutti kipu. Teoksessa: Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Juntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhä, R. (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pöyhä, R. 2014b. Postoperatiivinen kipu ja sen hoito. Teoksessa: Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Juntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhä, R. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rantala A. & Huotari K. 2010. Kirurgiset infektiot. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rantala, A. & Huotari, K. 2011. Leikkauksen jälkeiset infektiot. Duodecim oppikirjat. Viitattu 23.10.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=isa04602&p_haku=leikkaushaava

Rintala E. 2010. Virtsateiden kasvaimet. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Roberts P. 2010. Leikkaussalitoiminta ja kirurgiset instrumentit. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rognstad, M-K., Fredheim, S., Johannessen, E-B., Kvarstein G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. 2012. Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26 (3), 545-552. Viitattu 13.2.2016.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/command/detail?vid=34&sid=7f9f7e0a-ce56-43c4-aecb-b03f1ff2f3c3%40sessionmgr198&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=104484711>

Rotko N. & Tuovila M. 2014. Laparoskooppiset vatsaleikkaukset. Teoksessa: Rosenberg P., Alahuhta S., Lindgren L., Olkkola K. & Ruokonen E. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saarinen J., Eskelinen E. & Albäck A. 2010. Laskimosairaudet. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sailo E. & Vartti A-M. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 8.4.2016.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Viitattu 24.10.2015. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Salomäki, T. & Laurila, P. 2014. Haasteellinen kipu. Teoksessa: Rosenberg P., Alahuhta S., Lingren L., Olkkola K. & Ruokonen E. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim.

Scheinin T. 2013. Laparoskooppinen suolistokirurgia. Teoksessa: Färkkilä M., Isoniemi H., Kaukinen K. & Puolakkainen P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. Helsinki: Kustannusosa- ke Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 22.10.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114974/URN_ISBN_978-952-302-046-7.pdf?sequence=1

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Viitattu 15.10.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tammela T. 2010. Eturauhasen sairaudet. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. ETENE julkaisu 1. Viitattu 23.3.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Tiippana E. 2013. From improved management of acute pain to prevention of persistent post-operative pain. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 15.2.2016. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40110/tiippana_dissertation.pdf?sequence=1

Tiippana E. 2015. Voidaanko akuutin leikkauksivun kroonistumista ehkäistä? Suomen Lääkärelehti, 70 (1-2), 48-53. Viitattu 14.2.2016. <http://www.fimnet.fi/nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL12015-48.pdf>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Helsinki: Tammi.

Tukiainen E., Kuokkanen H., Suominen S. & Rautio J. 2010. Plastiikkakirurgia. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tunturi, P. 2013. Haavapuudutus katetrilla. Anestesiahoitotyön käsikirja. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 20.11.2015. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=&p_haku=haavapuudutus

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuuliranta M. 2010. Vatsanpeitteet ja tyrät. Teoksessa: Roberts P., Alhava E., Höckerstedt K. & Leppäniemi A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vaajoki, A., Pietilä, A-M., Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Music intervention study in abdominal surgery patients: Challenges of an intervention study in clinical practice. International Journal of Nursing Practice, 19 (2), 206-213. Viitattu 13.2.2016. <http://web.b.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/command/detail?vid=10&sid=01d6b179-f1ae-4aab-9f73-d1248a460c35%40sessionmgr112&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=86927088&db=afh>

Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta lääketieteellisestä tutkimuseettisesta toimikunnasta 820/2010. Viitattu 11.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100820>

Vauhkonen I. & Holmström P. 2012. Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuvat

Kuva 1: Numeerinen kipumittari (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010)	16
Kuva 2: Kasvokipumittari (Hoikka 2013)	16

Kuviot

Kuvio 1: Kipuaistimuksesta kipukäyttäytymiseen (Kontinen 2011)	13
Kuvio 2: Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun riskitekijöitä (Kontinen & Hamunen 2015) ..	21
Kuvio 3: Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoidon portaat (Kontinen & Hamunen 2015)	22
Kuvio 4: Tiedon käsittelyn kierrokset juurruttamisessa (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012)	48
Kuvio 5: Kehittämisprosessin vaiheet (Ora-Hyytiäinen ym. 2012).....	49
Kuvio 6: Opinnäytetyön prosessi	63

Taulukot

Taulukko 1: Alkukartoituksen tulos.....	61
Taulukko 2: Ohjeen arvioinnin tulokset.....	65

Liitteet

Liite 1: Analyysi	82
Liite 2: Teemahaastattelun runko	89
Liite 3: Arviointitaulukko	90
Liite 4: Tiedonhaun taulukko	91
Liite 5: Potilasohje suomeksi	93
Liite 6: Potilasohje ruotsiksi	94

Liite 1: Analyysi

POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO			
Miten postoperatiivista kipua hoidetaan	Lääkkeelliset menetelmät	Lääkkeettömät menetelmät	Kivunhoidon haasteet
<p>Leikkauksesta ja anestesialääkäristä riippuva</p> <p>"Se varmaan aika paljon riippuu siitä minkälainen leikkaus on kyseessä että onko joku ihan pieni operaatio vai sit joku isompi, et se varmaan aika pitkälti vaikuttaa siihen ja mut varmaan vaikuttaa myös se että kuka siellä on ollut anestesiaalääkärinä ja, potilaan tausta ja kaikki mahdolliset et miten sitä hoidetaan."</p>	<p>Epiduraalipuudutus, suonsisäisesti annetut kipulääkkeet, pistoskipulääkkeet, kipulaastarit</p> <p>"No lääkkeellisistä menetelmistä on tietysti epiduraalinen kipulääkitys on näillä isommilla vatsa ynnä muilla leikatuilla ja sit on tietysti i.v.-reittiä löytyy ja sit on tietysti no, kipulaastareita löytyy mutta ja..."</p>	<p>Asentohoito, lämpöhoito sekä potilaan hyvänä pitäminen</p> <p>"Meillä on varmaan asentohoito ja on tällainen potilaan lämpimänä ja hyvänä pitäminen ja et olo pysyy hyvänä." "Meillä on asentohoito erilliset ohjeet esimerkiksi erityyppisille potilaille vatsaleikkaus potilaille on erilaiset asennot jossa niinku ensimmäisen vuorokausiin pidetään se osakseen on myös kivunhoitoa."</p>	<p>Ajan riittämättömyys</p> <p>"Mä näen ainakin sen meidän ajan riittävyyden siihen yhteen potilaaseen. Se työmäärä suhteessa hoitajaa kohti on joskus semmonen hankaloittava tässä yhtälössä. Meit on liian vähän."</p>
<p>Listakipulääkkeet</p> <p>"Ensisijaisestihan varmaan sitten jokainen potilas saa ne listakipulääkkeet huomioiden se minkälainen operaatio on just tehty jotta, säilyisi niinku niin sanotusti pitkäaikainen kivunhoito, katsotaan että se on sit joko peruskipulääkettä tai isommissa leikkauksissa epiduraalista kivunhoitoa tai muuta."</p>	<p>Suun kautta otettavat peruskipulääkkeet</p> <p>"Suun kautta" "Suun kautta ja sit on tota...hmm."</p> <p>Peräpuikot</p> <p>"Peräpuikkoja harvemmin tarvii, niitä ehkä joskus kerran vuodessa että..."</p>	<p>Läsnäolo, kosketus, keskustelu ja rentoutus</p> <p>"Ja läsnäoloa ja kosketusta ja tämmöistä niinku keskustelua ja rentouttamista</p> <p>Kylmähoito</p> <p>"Kylmähoito on sit toinen ääripää."</p> <p>ABD-tukivyö</p> <p>"Palatakseni tohon lääkkeettömään kivunhoitoiniin niin se ABD-tukivyö on kyl ehdoton noille vatsaleikatuille."</p> <p>Musiikki ja TV</p> <p>"Ja aika vähän meillä käytetään mitään musiikkiterapiaa, teeveetä kyllä."</p>	

KIVUNHOIDON HAASTEET			
<p>Eri potilasryhmät</p> <p>"Ja sit joskus on sairauksista-kin johtuvia tämmösiä kivunhoidon haasteita, että miten potilas osaa tuoda ilmi että hän on kipeä ja sit sitä kautta on esimerkiksi muistisasairauksia tai psyykkisiä ongelmia tai muita ni sit sitä kautta on vähä haastavaa se esiintuominen sitten ja sit joudutaan paljon katsomaan ja seuraamaan potilasta et miten hän toimii tai minkä tyyppisesti hänen kohdallaan sit vois niinku ajatella että hän voisi olla kipeä tai näin et voidaan häntä sit auttaa siinä."</p>	<p>Lääkehoidon yksilöllisyys unohdetaan</p> <p>"Niin kyllähän siihen yksilöllisyyteen pyritään tota, että kaikki lääkkeet ei toimi kaikilla potilailla. Anestesia lääkäri saattaa noudattaa hyvinkin paljon samaa kaavaa, et sitten siitä soitetaan anestesia lääkärielle tarvittaessa uusia määräyksiä jos sattuu että määrätyt ei toimi ja sit siinä on nyt noi haasteet on lähinnä viisiin tähän samaa kuuluvaa, eli juuri haaste on mun mielestä se että niitten määräysten niinku semmoinen kirjavuus, että ei ole sellaista yhtäläistä linjaa niinku jokainen määrää vähän anestesia lääkäreistä vähän sitten."</p> <p>"Et ei ole leikkauskohtaista."</p>	<p>Subjektiiivinen kipu</p> <p>"Potilaat on niin erilaisia koska jotkut olettaa että leikkauksen jälkeen pitää olla täysin kivuton et minkäänlaista tuntemusta ei saa olla. Sit toiset taas on tottuneet siihen kipuun ja ne kestää vaikka mitä ja ne ei pyydä vaikka mikä olisi. Et sit se vaikuttaa sit siihen että et ihmetellään että miksi ei saa hengitettyä ennen kuin annetaan kipulääkettä ja todetaan että se oli-kin siitä. Se on ja sit se voi olla monta kertaa myöhäistä siinä vaiheessa kun tota kuitenkin se keuhkokuume sieltä hivakkaan tulee et se on aika...varsinkin isot vatsaleikatut kellenelle on tehty iso laparotomia niin ne on sellasii riskiryhmiä."</p>	
<p>Eri potilasryhmät</p> <p>"Ja sit entistä vanhempia potilaita leikataan, niin siinä on haasteellista arvioida se heidän kipulääkkeen niinku, mikä on se oikee se heidän annostus. Et vaikutukset on niin voimakkaita noilla vanhemmillä."</p>	<p>Kivun yksilöllisyys</p> <p>"Ja jokainen potilas kuitenkin kokee sen kivun hyvin eri tavalla, että vaikka se toimenpide olisi suurempi tai pienempi, niin se kivun kokemus ei koskaan oo joka potilaalla sama. Et siitähän sitä pitää lähteä että se potilas sen kokee..."</p>	<p>Malttamattomuus</p> <p>"Tai sitten toiset on mun mielestä aika malttamattomiakin siinä kivunhoidon lievityksessä, että jos annetaan esimerkiksi i.m. - pistoksena niin vaikka kerrot sen ajan suurin piirtein missä sen lääkkeen pitäisi vaikuttaa ja miten sen pitäisi vaikuttaa niin sit kuitenkin ei odoteta vaan...noh, jokainen on yksilö että."</p> <p>"Sit ne ei tavallaan osaa välttämättä pyytää sitä vaikka sanot että niinku tarpeeksi ajoissa."</p>	
<p>Sähköisenjärjestelmän käytämättömyys</p> <p>"Sit yks on sähköiset järjestelmät että kaikki anestesia lääkärit ei kirjaa lääkemääräyksiä sinne lääkitysosi-oon, joka sit aiheuttaa sen, että tulee lisää työtä tehtäväksi vuodeosaston vastaanot-tavalle sairaanhoitajalle. Ja vaikka kirjaaminen on osa potilaan hoitoa mutta se on kaikki pois sit potilaan välit-tömästä hoitotyöstä että se lisää sitä työmäärää ja kuor-maa vuodeosaston sairaan-hoitajalle."</p>			

POTILAAN ROOLI			
Potilaan oma osallisuus		Potilaan oma vastuu toipumisesta	
<p>Kivusta kertominen ja ilmoittaminen</p> <p>”Tuntuu siltä, et kun on iäkkäämpi ihminen niin sitä et välillä pitää niinku oikeasti niinku puhuu yli et ihmiset on hirveen vaatimattomia eikä haluis vaivata eikä haluis pyytää sitä lääkettä. Odottaa et josko se hoitaja tulis et se pitäis olla valveutunut että sä näät että sillä on hankala olla ja nyt on kyllä hyvä ottaa jotakin että sä pystyt liikkumaan ja näin että...mitä iäkkäämpi on, niin sen enempi on oikeastaan sen potilaan puolesta niinku huomioitava sitä.”</p>	<p>Reaaliaikainen ilmoittaminen</p> <p>”Joo just se reaaliaikainen ilmoittaminen et silloin kun alkaa pikkuhiljaa sitä kipua tuntumaan, niin sit ajoissa ilmoitetaan niin silloin pystytään heti tarttumaan siihen, ja hän saa oikeen kipulääkkeen siihen ja tosiaan se kuntoutuminen sitä kautta sitten lähtee paremmin kun tosiaan hoidetaan se kipu näin, niin sit pystyt nousemaan sieltä ja kuntoutumaan sit leikkauksesta riippuen sit tietysti.”</p>	<p>Potilaan oma osallisuus omassa hoidossa</p> <p>”Potilas pystyy tekemään paljon jumppaliikkeitä ja liikuttaa jalkoja ja tehostaa hengittämistä ja ihan vuoteessa ollessaankin. Pystyy ehkäisemään komplikaatioita kun saa riittävästi ohjausta, eli omalta osaltaan paljonkin. Ja ilmoittamaan kivusta et...”</p>	<p>Kertomalla omasta kivusta</p> <p>”Niin se haaste on myöskin siinä potilaan omassa roolissa, koska sieltä lähtee kuitenkin se niinku potilaan omasta arviosta ja kivun tunteesta ja siitä hänen pitäisi kuitenkin olla isossa osassa sitä asiaa. Hoitajahan ei voi sinne käydä mättämässä ilman potilaan niinku... täytyy itse tuoda se asia, tietysti hoitajan pitää käydä kysymässä, mut että on tää potilaan oma rooli joka on kyl vähän sellainen haastava välillä tässä kun ei ne aina oikein sitä niinku miellä että heidänkin pitää sit ajatella et kun mä oon tän lääkkeen saanut niin tän pitää nyt auttaa.”</p>
<p>Potilaan oma aktiivisuus kivusta kertomisesta</p> <p>”Ja tavallaan se on sen potilaan vastuu et hän saa sanottua sen miltä tuntuu, koska me ei osata hoitaa jos hän on suu supussa ja aamulla sanoo et kun <i>hän oli niin hirveen kipee.</i>”</p> <p>”Et se on ensisijaisen tärkeä korostaa sitä että siitä on kerrottava. Jos lääkkeet ei vaikuta, siitäkin on kerrottava et eikä katsoa että <i>minä sain tunti sitten</i> ja hikikarpalot valuu kun on niin kipee.”</p> <p>”Et se vastuu on potilaalla että kertoo niistä.”</p>	<p>Potilaan oma aktiivinen rooli</p> <p>”Potilaan roolin merkitystä ja et potilaan oma vastuunotto on sitä parasta toipumista, et miten se potilas voimaantuu täällä meillä ollessaan, et se olis aktiivinen siinä omassa hoidossaan ja ilmoittais kipuaan. Jotta päästäis sellasesta asenteesta jota ihmisillä on, että <i>en käytä kipulääkettä</i> tai <i>en ota särkylääkkeitä ollenkaan.</i> Se on hyvä asenne silloin kun ihminen on terve, mutta ihminen hahmottaa sen, että tää on poikkeustilanne leikkauksen jälkeen, et kun käyttää hetken aikaa kipulääkettä, jotta pystyy sit toipumaan. Et sitä potilaan niinku aktiivista osallistumista tulee.”</p>		<p>Itsenäisempiä potilas</p> <p>”Mahdollisimman paljon pitäisi pyrkiä ite tekemään et monet ehkä varmaan pelkää myöskin sitä, et mitä nyt saan tehdä.”</p> <p>”Onhan se että potilaat herkästi varmaan heittäytyy siihen potilaan rooliin, et nyt ollaan potilaita ja nyt minä makaan tässä ja sitten vasta kun joku sanoo niin sitten minä teen.”</p>

OHJAUKSEN TOTEUTUS			
Sairaanhoitajan ajan käyttö potilasohjauksessa	Ajan riittävyys potilasohjaukseen	Edistävät tekijät	Estävät tai vaikeuttavat tekijät
<p>Ajankäyttö on vaihtelevaa</p> <p>"Riippuu täysin päivästä." "Mut kyl mä uskon myös et tietyllä tavalla potilaasta riippuvaista koska sitten toiset ihmiset kaipaa enemmän sitä niin ne saattaa soittaa paljon kelloa ja kysyä kysyä kysyä ja se et voi jättää vastaamatta. Se on fakta. Mutta tota siis sanotaan et ehkä resurssi on kuitenkin se suurin tekijä kuinka paljon on aikaa et miten suurin piirtein tai suhteellista aikaa en kyl osaa sanoa."</p>	<p>Vähäinen</p> <p>"Useimmiten riittämättömästi valitettavasti on.." "Päivästä riippuu mutta luvattoman paljon on näitä päiviä että sitä on tosi niukasti."</p>	<p>Ohjauksen oikea ajoitus</p> <p>"Tieto täytyy olla ainakin oikee aikaista että se potilas pystyy vastaanottamaan sitä. Et jos on tosi kipee, potilas ei jaksa kauheesti kuunnella eikä keskity mihinkään ohjaukseen" "Ohjauksen aloittaminen elektiiviselle potilaalle ennen leikkausta olisi tärkeätä, että potilas tietää erilaisista kivunhoitotekniikoista ja lääkkeellisestä kivunhoidosta."</p>	<p>Lyhentyneet hoitoajat</p> <p>"Ja hoitoajat on lyhentyneet et vuosi vuodelta taas." "Viime vuonnakin keskimääräinen hoitoaika kirurgian vuodeosastolla on lyhentynyt ja se tarkoittaa haastetta potilasohjaukselle eikä pelkästään kivunhoidon osalta vaan kaiken ohjauksen osalta."</p>
		<p>Ohjauksen oikea ajoitus</p> <p>"Tieto täytyy olla ainakin oikee aikaista että se potilas pystyy vastaanottamaan sitä. Et jos on tosi kipee, potilas ei jaksa kauheesti kuunnella eikä keskity minkään näköiseen ohjaukseen" "Ohjauksen aloittaminen elektiiviselle potilaalle ennen leikkausta olisi aika tärkeätä, että potilas tietää eri kivunhoitotekniikoista ja lääkkeellisestä kivuhoidosta."</p>	<p>Tiedonmäärä</p> <p>"Et kun potilas on kipeämpi ja nuorempi ja toipuu leikkauksesta niin häntä kuitenkin koko ajan ohjataan siihen selviämiseen kotona, niin sitä ohjausta tulee paljon potilaalle."</p>
		<p>Potilaan oma tieto kivunarvioinnista</p> <p>"Ja potilas osais ehkä arvioida sitä kipua, jos hän ois miettinyt etukäteen vaikka kipumittarin käyttöä niin, ettei sitä ohjata sitä kun hän on aika kipee eikä pysty miettimään tai mieltään sitä tai ehkä ymmärtää väärin tai ehkä me, hoitaja voi ymmärtää sen väärin, niin ehkä sellanen kipu ois hyvä"</p>	<p>Ohjauksen tavan yksilöllisyys</p> <p>"Hoitajilla on kuitenkin hieman eri tyyli et jokaisella on oma tyyli ohjaa periaatteessa tehdä sitä työtä. Niin sitten jos toinen selittää sen asian hieman eri tavalla niin potilas saattaa takertua siihen."</p>
			<p>Ei standardi menetelmiä ohjauksessa</p> <p>"Ja se riippuu varmaan hoitajastakin että joku antaa enemmän ohjausta ja joku vähemmän että kyllähän sillä on suuri merkitys."</p>

OHJAUKSEN TOTEUTUS			
Sairaanhoitajan huomioitavia asioita potilasohjauksessa	Eri potilasryhmien huomioitavat asiat potilasohjauksessa	Sairaanhoitajan koulutus potilasohjauksesta	Potilasohjauksen ajankohta
Ohjauksen oikea ajoitus	Potilaryhmien haasteet	Koulutuksen puute	Potilasohjaus työn ohessa
<p>"Niin ja mu mielest sil ohjauksellakin on aikansa ja paikansa et ei mun mielestä voi syyttää kaikkea sitä tietoa suoraan vaan niin kuin oikeassa aikaa et sitten leikkauspäivänä kerrotaan tietyt asiat ja sit seuraavan päivän puhutaan sitten seuraavat et sitte se mikä kuuluu siihen hetkeen..."</p>	<p>"Tietystihän se on sillä suurin piirtein samallahan kaavalla se etenee se ohjaus, mutta totta kai sun pitää ottaa huomioon, mikä potilas sull siinä sitten. Et just näe haastavuudet, mistä puhuttiin, niin eli eri potilasryhmät niin totta kai sun täytyy eri lailla sit suullisesti ohjeistaa jos siinä on muistisairas tai psyykkistä sairautta kärsivää tai sitten ihan iäkkäämpää ihmistä tai näin. Niin ihan siitä potilaasta riippuen niin sun täytyy tietysti aina miettiä et, millä lailla sä lähdet häntä ohjaamaan. Mut tietysti se sisältö on suurin piirtein aina sama, mut se tyyli voi olla eri ja sit joutuu usein niin ehkä toistamaan ne pääkohdat siinä ja tällaisia asioita ja joutuu aina miettimään..."</p>	<p>"En mä ainakaan muista et mä olisin ollut missään ja musta tuntuu et siit opiskelu-ajoista rupee jo olee sen verran aikaa et en mä enää muista siitä mitään." "Et kyl sen täällä ihan niin-kuin käytännön kokemus opettaa sen." "No mun opetus ja koulutus perustuu varmaan lähinnä harjoitteluun ja keikkatyöhön täs osastolla et en mä niinku suoranaista koulutusta niinku missään tilaisuudessa oo ollut tai niinku et pitää itse opiskella ja semmonen niinku opin koska sunhan on pakko kysyä et sä voi tehdä mitään niinku et se on täs työssä kuitenkin se tärkein asia." "Et kyl sen ihan niinku käytännön kokemus opettaa .." sen."</p>	<p>"Leikkauskäytävällä ainaki sillai se ohjaus lähtee siitä kun sä lähet potilasta hakee heräämöstä. Sä koko aika teet sitä siinä työn ohessa. Et ei se oo sellanen tietty hetki että-pä nytpäs minä tässä tiedustelemaan jonkun asian että, sitten jos potilas ilmoittaa et on kipeä niin tietyt asiat käydään ihan rutiinisi läpi, et jos potilas yrittäisi sitä numeraalista tai jotain mitä kipumittaria nyt on valittu potilaan kanssa niin käyttää ja kuvata sitä. Ja siinä samalla ohjataan ja katotaan asennot ja muut tällaiset mitkä tukee mukavuutta." Tai jos potilas on hätäantynyt niin se ei oo mikään sellainen tietty hetki vaan sä teet sitä koko aika siinä tilanteessa."</p>
Yksilöllisyys	Kipu koetaan erilailla	Tiedon kertomisen taito	Heräämöstä
<p>"Yksilöllisestihän se pitää tehdä et sä voi niinku et kyllähän se et aina sun pitää miettiä et eikä voi jokaiselle potilaalle latoo sitä samaa vaan se on eri leikkaus eri ikänen ihminen, mies vai nainen niinku se..."</p> <p>"Yksilöllisyys on varmaan se ydinsana, et kyllähän periaatteessa hoitajan pitää periaatteessa vähän tunnustella sitä potilasta että mikä no ensin-näkin jo siinä vaiheessa kun sä meet vaikka hake heräämöstä potilasta mitä on tehty mitä oon taustalla et sä saat sen niinku tietyn ydinpaketin ja siinä vaiheessa kun sä sen potilaan kanssa keskusteleet siitä asiasta ja kerrot minne mennään ja kyl sä sellasen pienen tuntuman saat sit jo melkein saat et minä tyyppinen ihminen tää on ja mitä se ehkä vastaanottaa ja millä tavalla se on vaikka kestänyt tän traumaattisen asian tai jotain muuta koska kyllä ne on kerinnyt heräämössä jo sitä hetken miettiä ja ehkä ennenkin jo päivästyksessä jos ne on sitä kautta tullut."</p>	<p>"Ja se miten sitä lääkitaan, niin selkiytyy siinä kyllä. Aika selkeet nää. ja jokuhan potilas kuitenkin kokee sen kivun hyvin eri tavalla, että vaikka se toimenpide olisi suurempi tai pienempi, niin se kivun kokemus ei koskaan oo joka potilaalla sama. Et siitähän sitä pitää lähtee että se potilas sen kokeen."</p>	<p>"Ja jos puhut kaiken niin varmaan potilas ei muista et tota ja potilaille pitää mun mielestä antaa niinku siinä ohjaustilanteessa semmonen niinku mahdollisuus ja niinku ajatus et hän voi itse kysyä ja itse tota niin ettei sit oo semmoinen tyyli että hoitajalla tai ajatus että hoitajalla on niin kiire et m en nyt en nyt uskolla kysyä siltä et sit tulee se seuraava hoitaja ja kysyn siltä."</p>	<p>"Heräämöstä haettaessa se ohjaus."</p>
			Hoitotyön ohessa
			"Tai sit tehdessään niinku kertoo samalla tai."

OHJAUKSEN SISÄLTÖ			
Ohjauksen muoto	Ohjauksen sisältö	Potilailta saama palaute	Puutteita/kehittävää
<p>Suullinen</p> <p>"Kyllä, lähestulkoon kaikki ensimmäisen päivän aikana on pelkätään sitä suullista ohjausta."</p>	<p>Eri kivunhoito menetelmistä</p> <p>"Kerrotaan kivunhoito menetelmistä, kipulääkkeistä ja minkä tyyppisiä ne on. Mitkä saattaa aiheuttaa pahoinvointia ja jos on erilaisia kipupumppuja niin niiden toimintatapoja ja jos ne hälyttää niin potilaan pitäis myös itse niinku pitäisi jos hän on kykenevä niin soittamaan kelloa niin me pystytään äkkiä reagoimaan siihen koska joskus saattaa olla pitkällä eikä kuule välttämättä."</p>	<p>Ei ole yhtenäistä ohjauksen sisältöä tai ohjaus tapaa</p> <p>"Mä en ainakaan keltäkään potilaalta saannu minkäänlaista palautetta..."</p> <p>"Ei kai suoranaisesti ohjaukseen liittyvää vaa siihen kivunhoitoon jos joskus on tullu, mut nää on ollu sit tällasii psyykepotilaita jolla on ollu hankala tilanne siinä lääkeshoidossa muutenkin et.."</p> <p>"Ja se on ollut aika semmoista niinku positiivista et siin on nimeltä mainittu henkilöitä; joko hoitajia tai lääkäreitä. Et se ei oo varsinaisesti mihinkään hoidon osa-alueeseen ollu se palaute."</p> <p>"Potilas ei ehkä osaa eritellä sitä sillä tavalla eikä osaa vaatiakaan sellaista et joo."</p>	<p>Ei ole yhtenäistä ohjauksen sisältöä tai ohjaus tapaa</p> <p>"Onhan kaikilla hoitajilla ihan oma tapansa ohjata et jotkut mukautuu enemmän siihen potilaan mukaan ja jotkut menee enemmän sil samalla kaavalla."</p> <p>"Ehkä varmasti riippuu myös siitä millä tavalla hoitaja itse on ehkä oppinut et onko enemmän visuaalinen tapa niinku oppii tai muuta niin sit ehkä toteuttaa myös sitä enemmän tai uskon et se on myös..."</p>
<p>Suullinen ja kirjallinen</p> <p>"Sanotaanko niinku kirjallisen ja suullisen niinku yhtenäistä ohjausta ei ihan hirveesti oo."</p>	<p>Asennot ja syyt</p> <p>"Ja sitten varmasti niistä asennoista ja niistä kaikista niinku eri menetelmist et pyritään niinku kertomaan et miksi ne asiat on niin tai minkä takia käytetään ABD-tukivyyötä tai minkä takia ensimmäinen vuorokausi menee vuoteessa ja näin."</p>		

POTILASOHJE			
Potilaan tieto potilasohjeiden saatavuudesta	Erilaiset potilasohjeet	Haastattelussa esiin nousseet asiat	
<p>Potilaan pyyntö potilasohjeista</p> <p>"Ei, ei ole" "Ei ne varmaan tiedä mitä vois pyytää"</p> <p>"Et ei oo varmaan hoksannutkaan ehkä sellaista että..."</p>	<p>Postoperatiivinen kivunhoito ohje tällä hetkellä osastolla</p> <p>"Mun mielestä menee, elektiiivisille potilaille jonotuskirjeen mukana. Mut se on aika vanha ohje et se on varmaan lähes edelliseltä vuosituhannelta jos voi sanoa, se on tosi vanha ohje että."</p> <p>"Mut varsinaista kivunhoitoon liittyvää kirjallista ei ole."</p>	<p>Postoperatiivisen kivunhoito-ohjeen kehitys</p> <p>"Et se on sellanen selkee haasteenpakka tämä missä pystyttäis kehittämää et se olis sitä etukäteisohjausta ja tota..ainakin suomenkielellä, molemmilla kotimaisilla kielillä et pystyis potilas perehtyy siihen jo etukäteen."</p>	<p>Tekstin sisältö selkeä ja helposti ymmärrettävä</p> <p>"Tekstin sisältö on kans tärkeä mieltä, et se on niinku tarpeeksi yksinkertaista ja luettavaa ja se et... jos siel on sanoja tai jotain niin... et ei ne niinku sit lue sitä."</p>
	<p>Potilasohje liikkumisesta ja kotilääkekortti</p> <p>"Kyllähän vatsaleikatut saa liikkumiseen liittyvät ja tällaiset asiat että...ja oikeastaan mä annan potilaalle sen kotilääkekortin ja siinä jos sit on kipulääkkeistä jotain niin siinä lukee et mihin vaivaan ja et tarvittaessa tai mitä voi säännöllisesti ottaa ja ei. Mitään muuta kirjallisiltahan meil ei oo."</p>	<p>Liikaa papereita ja epäselkeitä</p> <p>"Yhä edelleen tulee potilaita, joilla on se kirjekuori täynnä niitä A4:siä, eikä niit oo avattukaan tai jos on avattu ja katottu, niin ne on pistetty sinne takaisin kirjekuoreen. Et jotain mikä houkuttelee lukemaan ja herättää sen potilaan kiinnostuksen sitä kohtaan, mikä tulevaisuus sit hänelle täällä osastolla pitää sisälään..."</p>	<p>Paperiversio</p> <p>"Joskus on mietitty sit sähköstä potilasohjetta et se on varmaan hyvä tietyle potilasryhmälle mutta niinku tästä keskustelusta tulee ilmi, niin kyllä valtaosa meidän potilaista on semmosii jotka eivät pystyis hyödyntää kuitenkaan sähköstä ohjausmateriaalia kun paperikin on jo haasteellista et ne on sen ikäluokan ihmisiä et se sähköinen toimintatapa ei oo vaan niin ihan vaan viel toimi. Et se ei oo kansalaistaitoo kaikille ihmisille vaikka se alkaa olla lapsille ja nuoremalla sukupolvelle muuta..."</p>
	<p>Potilasohjeita osastolla</p> <p>"Et kyllä suullisen ohjauksen varaan sit loppu jää. Muuta kun sairauskohtaiset, niinku leikkauskohtaiset jälkihoito-ohjeet, eks niin?"</p> <p>"Ja haavahoito-ohjeet."</p> <p>"Ja kotilääkekortti. Jatkohoitoajat. Tikkien poistoajat."</p>	<p>"Aika epäselkeitä joskus nää meidän kirjeet, mitä potilaalle lähetetään ja paljon!"</p> <p>"Niit on iso nippu. Ja sit on aivan sekaisin."</p>	<p>"Se voi olla tulevaisuudessa että kannattaa, mutta ei nyt. Ehdottomasti pitää paperilla olla."</p>

Liite 2: Teemahaastattelun runko

Ohjauksen sisältöön

- Minkälaista ohjausta potilas saa osastolla?
- Millaisessa muodossa ohjausta annetaan?
- Mitä asioita potilaan saama ohjaus sisältää?
- Mitä puutteita / kehitettävää olet huomannut ohjauksen sisällöissä?
- Millaista palautetta olette saaneet ohjauksesta potilailta?

Ohjauksen toteutukseen

- Miten paljon aikaa on käytettävissä potilaan ohjaukseen?
- Miten arvioit ajan riittävyyttä?
- Mitkä tekijät tai osa-alueet edistävät ohjauksen toteuttamista?
- Mitkä tekijät tai osa-alueet vaikeuttavat ohjauksen toteuttamista?
- Mitä sairaanhoitajan täytyy ottaa huomioon ohjatessaan potilasta osastollanne?
- Miten on huomioitu erilaiset potilasryhmät?
- Millaista koulutusta olet saanut potilasohjaukseen?
- Milloin potilas saa ohjausta?

Postoperatiiviseen kivunhoitoon

- Miten postoperatiivista kipua hoidetaan osastolla?
- Lääkkeelliset menetelmät?
- Lääkkeettömät menetelmät?
- Postoperatiivisen kivunhoidon haasteet?

Potilasohjeeseen

- Ovatko osaston potilaat toivoneet potilasohjetta?
- Minkälaisia potilasohjeita osastolla on käytössä?

Potilaan rooliin

- Missä osa-alueissa toivotaan potilaan omaa osallisuutta?
- Miten potilas osallistetaan kivunhoitoonsa?
- Miten potilas voi tällä hetkellä itse ottaa vastuuta omasta toipumisestaan?

Liite 3: Arviointitaulukko

Hei!

Toivomme mielipidettäsi potilasohjeen onnistumisesta. Anna arvosana 1-5 alla olevaan taulukkoon ohjeen ulkoasusta, sisällöstä ja sen hyödynnettävyydestä työssä. Merkitse rasti arvosanan kohdalle. Vapaita kommentteja voi halutessaan kirjoittaa paperin alaosaan. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Arvosana	1	2	3	4	5
Ulkoasu					
Sisältö					
Hyödynnettävyys työssä					

T.Nina, Kecia ja Annika

Liite 4: Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
13.2.2016 EBSCOHost	Postoperative pain management methods not chil- dren	01.2011- 12.20016, full text only, pdf available, Eng- lish language	294 kpl, 18 kpl valikoitui otsikon mukaan luetta- vaksi. Loput tut- kimukset valikoi- tuivat abstraktin ja muiden kritee- rien mukaan jotka sopivat itse opin- näytetyhön.	6 kpl.
Medic	kivunhoito AND postoperatiivinen	NOT lapset, 2005-2016, vain tieteelliset jul- kaisut	12 kpl, joista kai- kista luettiin tii- vistelmä.	8 kpl
Medic	leikkaus AND ki- vunhoito	2005-2016, vain kokoteksti	21 kpl, joista kai- kista luettiin tii- vistelmä	2 kpl
Medic	"potilasohje"	2005-2016, vain kokoteksti	24 kpl, joista kai- kista luettiin tii- vistelmä	2 kpl
Aleksi	Postoperatiivinen JA kivunhoito		6 kpl, joista kai- kista luettiin tii- vistelmä	1 kpl
Aleksi	Potilasohjaus	2005-	44 kpl	0 kpl

Aleksi	Potilasohje	2005-	118 kpl, joista otsikoiden perusteella luettiin 10 tutkimusta	4 kpl
PubMed	Postoperative pain management	viimeiset 5 vuotta, free full text, humans	263, joista otsikoiden perusteella luettiin 21	3 kpl
PubMed	Patient education materials	viimeiset 5 vuotta, free full text, humans	319, joista otsikoiden perusteella luettiin 5	0 kpl.
PubMed	Patient education postoperative pain	viimeiset 5 vuotta, free full text, humans	22, joista otsikon perusteella luettiin 2	1 kpl.

Liite 5: Potilasohje suomeksi

Yhteistyöllä
onnistuneeseen
kivunhoitoon!

**LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN
KIVUNHOIDON POTILASOHJE**

Leikkauksen jälkeinen kipu

Leikkauksen jälkeinen kipu johtuu toimenpiteen aiheuttamasta kudonvauriosta. Kipu on elimistön normaali reaktio kudonvaurioon. Kivun kokemus on aina yksilöllistä, koska siihen vaikuttavat elimistön lisäksi myös tunneperäiset asiat. Leikkauksen jälkeinen kipu helpottaa kudonvaurion parantua. Akuutti kipu kestää yleensä muutamia päiviä.

Miten leikkauksen jälkeistä kipua hoidetaan?

Leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa käytetään erilaisia lääkkeitä. Peruskivulääkkeinä käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkettä yhdessä tai erikseen. Lisäksi lääkäri määrää tarvittaessa vahvempia kipulääkkeitä. Lääkkeet määrää lääkäri jokaiselle yksilöllisesti leikkaustyyppiin ja potilaan yksilölliset ominaisuudet huomioiden. Leikkauksen jälkeinen kipu on voimakkaimmillaan muutaman ensimmäisenä päivänä toimenpiteen jälkeen. Tällöin myös kipulääkkeen tarve on suurin. Kudonvaurion parantua myös kipulääkkeen tarve vähenee.

Lääkehoidon tukena käytetään erilaisia lääkkeettömiä menetelmiä, joista saat lisätietoa sinua hoitavilta sairaanhoitajilta. Yleisimmin käytettyjä ovat asentohoito ja kylmähoito.

SUURI LEIKKAUS:
Tulehduskipulääke tai parasetamoli ja lisäksi tarvittaessa vahva opioidi. Mahdollisesti epiduraalinen kivunhoito.

PIENEMPI LEIKKAUS:
Tulehduskipulääke tai parasetamoli ja lisäksi tarvittaessa heikko tai vahva opioidi.

LÄÄKETTÖMÄT MENETELMÄT

LIEVÄ KIPU:
Tulehduskipulääke tai parasetamoli.

Kivunhoito on yhteistyötä

Onnistunut kivunhoito edellyttää yhteistyötä sinun ja hoitohenkilöstön kesken. Kivun kokemus on aina yksilöllinen, ja olet oman kipusi paras asiantuntija. Hoitohenkilöstö suunnittelee ja toteuttaa kivunhoitoa sinulta saamansa tiedon avulla. Lääkkeet vaikuttavat eri ihmisiin eri tavoin, joten on tärkeää, että kerrot tuntemuksistasi.

Kivusta ilmoittaminen

Leikkauksen jälkeen kipu voi ilmaantua nopeasti ja siihen on tärkeää reagoida nopeasti. Sinun tehtäväsi on ilmoittaa hoitajalle heti, kun kipu alkaa yltymään. Potilaspyödessä on kutsunappula, jota painamalla saat hoitajan kutsuttua paikalle. Kertomalla kivustasi ajoissa voidaan siihen reagoida nopeammin.

Oma aktiivisuus

Leikkauksen jälkeinen toipuminen on nopeampaa, jos olet itse aktiivisesti mukana hoidossasi. Fyysinen aktiivisuus leikkauksen tuomat rajoitteet huomioiden edistää toipumista ja ehkäisee komplikaatioita. Liikkeellöä usein lievittää myös kipua. Hoitajalta saat ohjeet leikkauksen jälkeiseen liikkumiseen.

Liite 6: Potilasohje ruotsiksi






**PATIENTANVISNING FÖR SMÄRTBEHANDLING
EFTER OPERATION**

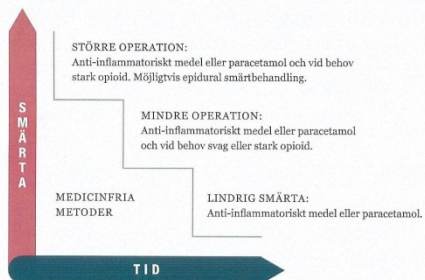
Smärta efter operation

Smärta efter operationen beror på den vävnadsskada som ingreppet orsakat. Smärta är kroppens normala reaktion på vävnadsskada. Upplevelsen av smärta är alltid individuell, eftersom den påverkas förutom av kroppen även av känslomässiga saker. Postoperativ smärta lindras när vävnadsskadan läks. Akut smärta varar vanligtvis i några dagar.

Hur behandlas smärta efter operation?

I behandlingen av postoperativ smärta används olika läkemedel. I behandlingen av smärta efter en operation används olika läkemedel. Som basanalgetika används paracetamol och ett anti-inflammatoriskt läkemedel tillsammans eller separat. Därtill ordinerar läkaren starkare smärtstillande läkemedel vid behov. Läkemedlen ordinerar av läkaren individuellt med beaktande av typen av operation och patientens individuella egenskaper. Postoperativ smärta är som starkast under de två första dagarna efter ingreppet. Då är också behovet av smärtstillande läkemedel störst. I takt med att vävnadsskadan läks minskar också behovet av smärtstillande läkemedel.

Som stöd för medicineringen används olika medicinfråa metoder, om vilka du får mera information av de sjukskötare som sköter dig. Oftast använda metoder är positionsbehandling och kryoterapi.



Smärtlindring är ett samarbete

Framgångsrik smärtlindring förutsätter samarbete mellan dig och vårdpersonalen. Upplevelsen av smärta är alltid individuell, och du är den bästa experten på din egen smärta. Vårdpersonalen planerar och genomför smärtlindring med hjälp av den information de får av dig. Läkemedel påverkar olika människor på olika sätt, varför det är viktigt att du berättar om vad du känner.



Meddela om smärta

Efter operationen kan smärta framträda snabbt och det är viktigt att reagera på den snabbt. Du ska meddela skötaren genast när smärtan börjar tillta. På patientbordet finns en anropsknapp som du kan trycka på för att kalla skötaren. När du berättar om din smärta kan man reagera på den snabbare.



Egen aktivitet

Återhämtningen efter operationen går snabbare om du själv tar aktivt del i din vård. Fysisk aktivitet med beaktande av de begränsningar som operationen medfört främjar återhämtningen och förebygger komplikationer. Smärtan lindras också ofta om man rör på sig. Skötaren ger råd om hur man ska röra sig efter operationen.

