

Annakaisa Mattila, Anni Karhu & Evita Enbuska

**POLVEN TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSET  
POSTOPERATIIVISESTA KIVUNHOIDOSTA FAST TRACK – HOITOMALLISSA**

**POLVEN TEKONIVELLEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSET  
POSTOPERATIIVISESTA KIVUNHOIDOSTA FAST TRACK – HOITOMALLISSA**

Annakaisa Mattila,  
Anni Karhu &  
Evita Enbuska  
Opinnäytetyö  
Syksy 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijät: Mattila, Annakaisa., Karhu, Anni & Enbuska, Evita  
Opinnäytetyön nimi: Polven tekonivelleikkauspotilaiden kokemukset postoperatiivisesta kivunhoidosta fast track – hoitomallissa  
Työn ohjaajat: Karttunen, Markus & Paananen, Ulla  
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2014  
Sivumäärä: 47 + 6 liitesivua

---

Fast track – hoitomallin päätavoitteena on potilaan nopeampi toipuminen, johon pyritään muun muassa moniammatillisella ohjauksella, optimoidulla kivunhoidolla ja varhaisella leikkauksenjälkeisellä mobilisaatiolla. Kipu on yksi merkittävimmistä mobilisaatiota rajoittavista tekijöistä polven tekonivelleikkauksen jälkeen, minkä takia tehokas kivunhoito on yksi fast track -hoitomallin kulmakivistä kuntoutumisen näkökulmasta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston polven tekonivelleikkauksen läpikäyneiden potilaiden kokemuksia fast track -hoitomallilla toteutetusta leikkauksenjälkeisestä kivunhoidosta, kivunarvioinnin ja kivunhoidon ohjauksesta sekä varhaisesta mobilisaatiosta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla tutkimuksen tilannut osasto pystyy kehittämään fast track -hoitomallilla toteutettua leikkauksenjälkeistä kivunarviointia ja kivunhoitoa.

Tutkimusmenetelmänä käytimme pääsääntöisesti kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin itse laatimallamme kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä vastausvaihtoehdot sisältäviä että avoimia kysymyksiä. Otoksemme oli yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston primaarin polventekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat, jotka kotiutuivat 11 viikon ajanjaksolla kevään ja syksyn 2014 aikana. Aineiston analysoinnissa käytettiin Webropol Oy:n kehittämää kysely- ja analysointisovellusta.

Tutkimustuloksista ilmeni, että leikkauksenjälkeiseen kivunhoitoon ja ohjaukseen oltiin suurimmalta osin tyytyväisiä. Kivunhoito koettiin riittäväksi ja arvosanaltaan kiitettäväksi. Ohjaus ennen leikkausta oli monipuolista ja moniammatillisesti toteutettua. Varhaista mobilisaatiota ei suurimmaksi osaksi koettu ahdistavaksi eikä pelottavaksi. Kokemukset varhaisen mobilisaation yhteydessä koetusta kivusta vaihtelivat suuresti. Liikkuminen vaikuttaa kuitenkin olleen pääsääntöisesti ainakin jossakin määrin kivuliasta riittävästä kipulääkityksestä huolimatta.

---

Asiasanat: Polven tekonivelleikkaus (FinMeSH), Leikkauksen jälkeinen hoito (FinMeSH), Kivun mittaaminen (FinMeSH), Kivunhoito (FinMeSH), Aikainen mobilisaatio (FinMeSH)

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

---

Authors: Mattila, Annakaisa., Karhu, Anni & Enbuska, Evita  
Title of thesis: Knee Joint Replacement Patients Experiences of Postoperative Pain Management in Fast-track Surgery  
Supervisors: Karttunen, Markus & Paananen, Ulla  
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2014  
Number of pages: 47 + 6 appendices

---

The main aim of fast-track surgery is patients' faster recovery which is sought for example with multiprofessional counseling, optimized pain management and early postoperative ambulation. Pain is one of the biggest limiting factors in early ambulation after knee joint replacement surgery. Pain management was studied because it is one of the main principles of supporting the early ambulation in fast track surgery.

The objective of the study was to examine the knee replacement patients' experiences of postoperative pain management, counseling and early ambulation in surgical ward at the University Hospital.

The study method was a quantitative study and the data was collected through a questionnaire which included both close-ended and open-ended questions. The questionnaire was tested twice with five joint replacement patients. The sample consisted of primary knee joint replacement surgery patients in surgical ward at the University Hospital. The data was analyzed with Webropol survey and analysis software.

The results revealed that the patients' experience of the pain management was excellent. The counseling was mainly seen as understandable and sufficient. The diverse counseling was executed by a multiprofessional team. The pain measurement methods were versatile and the patients felt that they were able to participate in their own pain management. The results showed that the patients were mostly satisfied with the preoperative counseling. The early ambulation was mainly not seen as agonizing or frightening. The experiences of pain during early ambulation varied a lot. Although the adequate pain management was sufficient it seems that the ambulation was experienced quite painful.

---

Keywords: Arthroplasty Replacement Knee (MeSH), Postoperative Care (MeSH), Pain Measurement (MeSH), Analgesia (MeSH), Early Ambulation (MeSH)

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	7
2 FAST TRACK – HOITOMALLI	8
2.1 Hoitomallin periaatteet	8
2.2 Potilasohjauksen merkitys	9
3 POLVEN TEKONIVELKIRURGIA	10
3.1 Polven kirurgiseen hoitoon johtavia sairauksia	10
3.2 Konservatiivinen ja kirurginen hoito	11
3.3 Leikkauksen komplikaatiot	12
3.4 Postoperatiivinen mobilisaatio ja kotiutuminen	13
4 POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO	14
4.1 Kivun kokemus	15
4.2 Kivunarviointi	15
4.3 Kivun lääkehoito	17
4.4 Hoitotyön kivunlievityskeinot	17
4.5 Postoperatiivisen kivunhoidon laatu	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	20
6 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA TOTEUTUS	21
6.1 Kohderyhmä	21
6.2 Aineiston keruumenetelmä	22
6.2.1 Esitestaus	22
6.2.2 Kyselyn toteuttaminen	23
6.3 Aineiston analyysi	24
7 TULOKSET	25
7.1 Taustatiedot	25
7.2 Ohjaus ja tiedonsaanti	25
7.3 Kivun arviointi	28
7.4 Kivunhoito	29
7.5 Varhainen mobilisaatio	31
7.6 Potilaiden kokemuksia postoperatiivisesta hoidosta	33

8 POHDINTA	34
8.1 Tutkimustulosten tarkastelua	34
8.1.1 Ohjaus ja tiedonsaanti	34
8.1.2 Kivunarviointi	36
8.1.3 Kivunhoito	36
8.1.4 Varhainen mobilisaatio	37
8.2 Tutkimusprosessin tarkastelua	37
8.3 Eettiset kysymykset	38
8.4 Luotettavuus	39
8.5 Jatkotutkimuskohteet ja käytännön toimintaohjeet osastolle	40
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	42
LÄHTEET	44
LIITTEET	49

# 1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä tutkimme yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston primaarin polven tekonivelleikkauksen läpikäyneiden potilaiden kokemuksia fast track -hoitomallilla toteutetusta leikkauksenjälkeisestä kivunhoidosta, kivunarvioinnin ja kivunhoidon ohjauksesta sekä varhaisesta mobilisaatiosta. Fast track -kirurgia on nopeutetun kirurgian hoitomalli, jonka pyrkimyksenä on optimoida hoitotiimin ja potilaan yhteistyöllä muun muassa kivunhoito sekä kuntoutus, minkä tuloksena on nopeampi toipuminen (Kellokumpu 2012, hakupäivä 16.9.2014; Rotko 2012, 18). Tutkimme potilaiden kokemuksia kivunhoidosta, koska varhainen mobilisaatio on yksi fast track -hoitomallin pääperiaatteista ja kipu puolestaan yksi suurimmista liikkumista rajoittavista tekijöistä. Kohdistamme tutkimuksen polven tekonivelkirurgiaan, koska polven tekonivelkirurgiassa postoperatiivinen kipu rajoittaa mobilisaatiota enemmän kuin esimerkiksi lonkan tekonivelkirurgiassa. (Holm, Kristensen, Myhrmann, Husted, Andersen, Kristensen, & Kehlet 2010, hakupäivä 29.9.2014.)

Tutkimusmenetelmänä käytimme pääasiassa kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää, mutta tutkimuksessamme oli myös muutama avoin, laadullinen kysymys. Aineiston keruumenetelmänä käytimme strukturoitua kyselylomaketta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla tutkimuksen tilannut kirurginen vuodeosasto pystyy kehittämään fast track -hoitomallilla toteutettua postoperatiivista kivunarviointia ja kivunhoitoa: Omana tavoitteenamme oli oppia tutkimuksen tekemisen prosessi, koska uskomme sen olevan taito, jota voimme tulevassa työssämme terveydenhuollon ammattilaisina hyödyntää. Lisäksi tavoitteenamme oli syventää tietouttamme postoperatiivisesta kivunhoidosta.

Ensimmäiset julkaisut fast track -hoitomallista ilmestyivät 90-luvun puolessa välissä, ja hoitomallin suosio on lisääntynyt 2000-luvulla (Rotko 2012, 18). Näin ollen aihe on ajankohtainen ja merkityksellinen alallemme, sillä fast track – kirurgialla voidaan lyhentää hoitoaikoja ilman, että hoidon laatu heikkenee (Scheinin 2006, 545). Lisäksi tehokas postoperatiivinen kivunhoito vähentää hoitokustannuksia (Lehtomäki & Hoikka 2013, 196).

## 2 FAST TRACK – HOITOMALLI

Fast track – kirurgia on tanskalaisen kirurgin Henrik Kehletin kehittämä nopeutetun kirurgian hoitomalli (Kellokumpu 2012, hakupäivä 16.9.2014). Pyrkimyksenä on optimoida hoitotiimin ja potilaan yhteistyöllä hoito, anestesia, leikkaus, neste- ja kivunhoito sekä kuntoutus, minkä tuloksena on nopeampi toipuminen. Kehletin ensimmäiset julkaisut fast track -hoitomallista ilmestyivät 90-luvun puolivälissä, ja hoitomallin suosio on lisääntynyt 2000-luvulla (Rotko 2012, 18). Fast track – kirurgialla voidaan lyhentää hoitoaikoja sekä avo- että tähystysleikkauksissa hoidon laadun kärsimättä (Scheinin 2006, 545).

### 2.1 Hoitomallin periaatteet

Fast track - hoitomallin periaatteita ovat suolilaman ehkäisy, kirurgisen trauman minimointi, tulehdusvasteen lieventäminen, varhainen enteraalinen ravitseminen, varhainen mobilisaatio, optimaalinen anestesia, neste- ja kivunhoito sekä potilaan motivointi nopeaan toipumiseen. (Kairaluoma 2007, 34–36.) Teknisesti fast track - kirurgia ei eroa perinteisestä kirurgiasta, mutta siinä vältetään potilaan nopeaa toipumista rajoittavia tekijöitä, kuten kipua, katetreja ja pahoinvointia. Nopeamman toipumisen saavuttamiseksi fast track - kirurgiassa käytetään vähemmän traumaattisia kirurgisia tekniikoita ja viiltoja. (Scheinin 2006, 545.) Nopeammalla toipumisella pyritään potilaan sairaalassaoloajan lyhentämiseen. Tämä on avainasemassa sairaalaan leikkaustoiminnan tehokkuudessa, hoitokustannusten vähentämisessä, sekä optimoitaessa henkilöresurssien ja vuodeosastopaikkojen käyttöä. (Kellokumpu 2012, hakupäivä 16.9.2014.)

Anestesiassa käytetään mieluummin lyhytvaikutteisia aineita, jotka ehkäisevät pahoinvointia (Kairaluoma 2007, 34–36). Intraoperatiivisessa vaiheessa kirurgi laittaa leikkausalueelle LIA-puudutteen (Local Infiltration Analgesia), joka sisältää pitkävaikutteista puudutetta, anti-inflammatorista eli tulehdusta lievittävää kipulääkettä sekä adrenaliinia. LIA-puudute hidastaa leikkausalueelle ilmentyvää kipua, ja tukee näin ollen postoperatiivista kivunhoitoa sekä varhaista mobilisaatiota. (Förster & Pitkänen 2009, 145.) Tutkimustulokset osoittavat LIA-puudutuksen käytön vähentävän polven ja lonkan tekonivelleikkauksen jälkeistä morfiinin tarvetta. Tutkimuksessa selvisi myös, että sairaalassaoloaika lyheni sekä postoperatiivinen kipu oli



lievempää verrattuna potilasryhmään, joka sai lumelääkettä. (Essving, Axelsson, Kjellberg, Wallgren, Gupta & Lundin 2010, hakupäivä 20.9.2014.)

Olenaisiin ero fast track – kirurgian ja perinteisen kirurgian välillä on kuitenkin optimoitu kivunhoito sekä koko hoitoryhmän osallistuminen potilaan motivoimiseen postoperatiiviseen kuntoutumiseen. Tämä edellyttää, että kirurgi, anestesiologi, fysioterapeutti ja sairaanhoitaja toimivat yhdenmukaisesti ja potilasta ohjataan kattavasti leikkauksesta, kivunhoidosta, kuntoutumisesta leikkauksen preoperatiivisessa ja postoperatiivisessa vaiheessa potilaan motivoimiseksi. (Scheinin 2006, 545.) Kliinisestä näkökulmasta hoitotyön optimointi keskittyy multimodaaliseen kivunhoitoon, syvien laskimotukosten ennaltaehkäisyyn sekä mobilisaatioon. Potilaita tulisi ohjata ja motivoida jo etukäteen, jotta potilaat olisivat halukkaita osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa ja potilastyytyväisyyden taso saataisiin riittäväksi. (Husted 2012, hakupäivä 17.9.2014; Munk, Dalsgaard, Bjerggaard, Andersen, Bæk Hansen & Kehlet 2012, hakupäivä 18.9.2014.)

## **2.2 Potilasohjauksen merkitys**

Yksi fast track - kirurgian periaatteista on preoperatiivinen potilaan ohjaus ja motivointi, minkä tarkoituksena on informoida potilasta tulevasta leikkauksesta, hoidon rakenteesta ja sen pyrkimyksistä. Laadultaan hyvä suullinen ja kirjallinen ohjaus parhaimmillaan vähentää potilaan pelkoja leikkausta kohtaan, sekä edesauttaa potilaan osallistumista omaan hoitoonsa postoperatiivisessa vaiheessa. (Kellokumpu 2012, hakupäivä 16.9.2014.)

Potilaan tietoutta leikkaukseen johtaneesta sairaudesta sekä keinoja itsehoitoon pyritään parantamaan potilaille ennen leikkausta annettavalla itsehoidon ohjauksella. Itsehoidon ohjaus sisältää tietoa potilaalle sopivista liikuntaharjoituksista, kivusta ja sen hoidosta sekä nivelvaivojen ehkäisemisestä. Itsehoidon ohjauksella pystytään ilmeisesti vähentämään tekonivelpotilaiden ahdistusta ja kipua, sekä parantamaan heidän käsitystään omista selviytymiskyvyistään. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2012, hakupäivä 15.9.2014.)

### **3 POLVEN TEKONIVELKIRURGIA**

Suomessa tehdään vuosittain noin 18000 - 20000 polven ja lonkan tekonivelleikkausta (Leskinen & Remes 2012, 1633). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan 10 370 potilasta sai primaarin polviproteesin vuonna 2011. Tästä potilasmateriaalista naisia oli 67 %. Toimenpiteessä olleiden naisten keski-ikä oli 69 vuotta ja miesten 67 vuotta. Lähes puolet proteeseista laitettiin yli 70-vuotiaille. Implanttirekisteriin tehtyjen ilmoitusten pohjalta tehdyn tilaston mukaan vuoden 2002 jälkeen asetettujen polviproteesien määrä on lähes kaksinkertaistunut. (THL 2013, hakupäivä 8.9.2013.)

Polven nivelpintojen vaurioituessa joko trauman tai nivelrikon seurauksena tekonivelleikkaus on suositeltavin hoitovaihtoehto silloin, kun konservatiiviset hoitomenetelmät eivät enää tarjoa riittäviä keinoja kivun ja nivelen virheasentojen korjaamiseen (Zanasi 2011, hakupäivä 22.9.2014). Polven tekonivelleikkaus vähentää merkittävästi polvikipua sekä kohentaa liikuntakykyä, mikä edesauttaa muiden kansansairauksien, kuten kohonneen verenpaineen ja diabeteksen, hoitoa (Kettunen 2003, hakupäivä 18.9.2014). Polven tekonivelleikkauksen ansioista saavutetaan selkeä parannus potilaan tilassa ja elämänlaadussa leikkausta edeltävään tilaan verrattuna. Tarkasteltaessa elämänlaatumittareita, pian leikkauksen jälkeen huomattavat muutokset kipu- ja toimintakykyasioissa vaikuttavat positiivisesti elämänlaatuun pysyvästi. (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005, hakupäivä 22.8.2013.)

#### **3.1 Polven kirurgiseen hoitoon johtavia sairauksia**

Suomessa työikäisen väestön keskuudessa tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja niiden aiheuttamat kiputilat ovat merkittävin pitkäaikaissairauksien ryhmä, joka aiheuttaa poissaoloja työstä. Yleisimmät toimintakyvyttömyyttä aiheuttavia sairauksia ovat reumataudit sekä nivelrikko. (Aho & Heliövaara 2002, 13 – 14.) Reumasairauksien esiintyvyyttä on tutkittu Suomessa Mini-Suomi - tutkimuksessa vuosina 1978 – 1980 sekä myöhemmin Terveys 2000 – tutkimuksessa. Tilastollisesti näiden sairauksien esiintyvyys on edellä mainittujen tutkimusten mukaan 20 vuodessa hieman laskenut, esimerkiksi yli 30-vuotiaiden naisten polvinivelrikon prosentuaalinen määrä oli laskenut 14,5 prosentista 7,1 prosenttiin. (Aho ym. 2002, 14; Heliövaara 2009, 12.) Sairastavuuden luotettava seuranta vaatisi kuitenkin edustavien väestötosten tutkimista laajemmin ja vertailukelpoisia menetelmiä hyödyntäen (Aho ym. 2002, 15).

Yleisimpiä tekonivelkirurgiaan johtavia syitä ovat toimintakykyä rajoittavat nivelsairaudet, kuten nivelrikko ja reuma, sekä niihin liittyvät kivut. Leikkaustekniikoiden ja proteesien kehittymisen myötä leikkausaiheiden määrä on lisääntynyt ja toimenpiteitä tehdään myös nuoremmille potilaille. Keskimäärin potilaiden ikä on kuitenkin yli 65 vuotta. (Lehto ym. 2005, hakupäivä 22.8.2013.) Nivelrikko on yleisemmin ikääntyneen väestön sairaus, joka kehittyy useimmiten polviin, lonkkiin sekä sormien niveliin. Väestön ikärakenteen muuttuminen ja ikääntyneiden määrän kasvu lisää näin ollen myös ortopedisen kirurgian sekä kuntoutuksen tarvetta. (Aho ym. 2002, 15–16; Heliövaara 2009, 14.)

Nivelrikon taustalta on voitu osoittaa useita riskitekijöitä, mutta varsinaista syytä tilan syntyyn ei ole löydetty. Primaarinen nivelrikko syntyy ilman selkeää riskiä tai aiheuttavaa tapahtumaa, kun taas sekundaarisen nivelrikon taustalla voivat olla muun muassa mekaaninen vaurio, kuten urheilun tai työn yhteydessä tullut vamma, niveltulehdukset, systeemiset sairaudet tai synnynnäinen vika. Nivelrikon syntyyn johtavat riskitekijät voidaan jakaa systeemiin riskitekijöihin, kuten ikä, sukupuoli ja perimä, sekä paikallisiin biomekaanisiin riskitekijöihin, joista yksi merkittävä tekijä on ylipaino. (Arokoski & Paimela 2009, 446 – 447; Aho ym. 2002, 18.) Polvinivel jaetaan anatomisesti kolmeen osaan ja nivelrikko voi tuhota joko yhden tai useamman osan nivelpinnasta (Zanasi 2011, hakupäivä 19.9.2014).

Nivelreuman, arthritis rheumatoides, syntysyytä ei myöskään ole pystytty vielä osoittamaan. Keskeinen piirre sairaudelle on nivelkalvon tulehdus, joka edetessään johtaa nivelten rikkoutumiseen, virheasentoihin ja toiminnanvajauksiin. Tyypillinen oire on myös symmetrinen moniniveltulehdus. Toisin sanoen sama nivel tulehtuu molemmissa raajoissa ja tulehdusoiretta on kolmessa tai useammassakin nivelessä. (Isomäki 2002, 152; Hakala 2009, 324 – 325.)

### **3.2 Konservatiivinen ja kirurginen hoito**

Nivelrikon hoito perustuu konservatiivisiin hoitomuotoihin. Tekonivelleikkausta hoitomuotona harkitaan mikäli nivelrikon hoidossa käytetyt konservatiiviset menetelmät, kuten liikehoito ja kivun lääkkeellinen hoito, eivät ole riittäviä. Tällöin kipu alkaa heikentää potilaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, sekä häiritsee unta ja liikkumista. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä 2012, hakupäivä 15.9.2014; Zanasi 2011, hakupäivä 22.9.2014.) Konservatiivisen hoidon kulmakiviä ovat riittävä potilasohjaus itsehoitoon, elämäntapaohjaus ja painonhallinnan tukeminen ylipainoisille potilaille,

säännöllinen liikunta sekä lihaskuntoharjoitteet. Myös apuvälineet ovat osa konservatiivista hoitoa. Lääkkeettömistä hoitomuodoista liikunta ja liikeharjoittelu ovat perusta hoidolle. (Arokoski & Kiviranta 2012, 133 – 134.)

Polven tekonivelleikkaus tarkoittaa sitä, että polvinivel tai polven vahingoittunut osa korvataan muovista ja metallista valmistetuista osista. Polven osatekonivelleikkauksessa polven kuluneita osia pinnoitetaan. (Biomet 2014, hakupäivä 26.9.2014.) Kokoproteesien suhteen on tapahtunut suurta kehitystä ja 60-luvulla kehitettyjen saranaproteesien ja huonojen leikkaustulosten aika on ohi. Nykyään polven kokoproteesit jäljittelevät polven anatomiaa ja tekonivelen tukirakenteina toimivat polven omat rakenteet; sivusiteet, takaristiside sekä nivelkapseli. (Harilainen & Sandelin 2004, 816 – 817.)

Osatekonivel on hyvä vaihtoehto nuoremmille potilaille väliaikaisratkaisuna ennen kokoproteesin asettamista. Kokoproteesiin verrattuna osaproteesin asettaminen on vähemmän traumaattinen toimenpide ja näin ollen potilaan toipumisaika leikkauksesta on vastaavasti lyhempi sekä vakavien komplikaatioiden riski pienempi. (Jonninen ym. 2007, hakupäivä 22.9.2014; Zanasi 2011, hakupäivä 19.9.2014.)

### **3.3 Leikkauksen komplikaatiot**

Polven tekonivelleikkaus on turvallinen toimenpide, jossa vakavat komplikaatiot ovat harvinaisia (Kettunen 2003, hakupäivä 18.9.2014). Polven tekonivelistä 3-6 % joudutaan uusimaan kymmenen vuoden kuluttua ensimmäisestä leikkauksesta. Muovikomponenttien kuluminen, infektiot sekä komponenttien irtoaminen aiheuttavat tyypillisimmin uusintaleikkauksen. (Lehto ym. 2005, hakupäivä 22.8.2013.) Komplikaatioita ilmenee vähemmän sellaisissa sairaaloissa, joissa tehdään enemmän leikkauksia. Potilaan leikkauksen jälkeisillä liikuntatottumuksilla ei ole vaikutusta tekonivelleikkauksen uusimiseen. Ylipainoisilla potilailla komplikaatoriski on kuitenkin suurempi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä 2012, hakupäivä 15.9.2014).

Polven tekonivelleikkauksien kehitys on näkynyt viime vuosina leikkaustekniikan vakiintumisena ja kehittymisenä. Lisäksi polven tekonivelten pitkäaikaispysyvyys on viime vuosina parantunut huomattavasti. (Moilanen, Honkanen, Korpela & Lehto 2006, hakupäivä 22.8.2013.) Yleensä

leikkaustulokset ovat hyviä, ja parantavat potilaan liikuntakykyä siten, että nivelrikko johtaa hyvin harvoin vaikeisiin liikuntarajoituksiin (Aho & Heliövaara 2002, 16).

### **3.4 Postoperatiivinen mobilisaatio ja kotiutuminen**

Leikatun jalan liikeharjoitteet voidaan useimmiten aloittaa heti leikkauksen jälkeen. Koska polven tekonivelleikkaus ei välttämättä rajoita huomattavasti potilaan leikkauksen jälkeistä työkykyä tai liikkumista, merkittävälle liikunnan rajoittamiselle ei näin ollen ole tarvetta. Liikuntaharjoittelu- ja liikkumisharjoitusohjeet annetaan potilaalle toimenpiteen jälkeen. Potilaalle suositellaan vain liikuntaharrastuksia, joissa polveen kohdistuu vähäisesti iskuja. Liikuntaharjoitukset ovat liikkuvuutta sekä seisomatasapainoa parantavia ja lihaksistoa vahvistavia, jotta kävely muuttuu varmemmaksi ja päivittäiset toiminnot sujuvat helpommin. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä 2012, hakupäivä 15.9.2014.) Arokosken ja Kivirannan mukaan ohjatun liikuntaharjoittelun sekä kotiharjoittelun on osoitettu vähentävän kipua, ja parantavan toimintakykyä ja elämänlaatua polven nivelrikkoa sairastavilla (2012, 134).

Oulun Yliopistollisen Sairaalan ortopedian osastoilla 2000-luvulla toteutettu vertailututkimus osoittaa, että polven tekonivelleikkauksen jälkeen moniammatillisesti toteutettu intensiivinen kontrolloitu kuntoutus ei parantanut toimintakykyä ja elämänlaatua, eikä tehostanut leikkauksesta toipumista. Tavanomainen, käytössä oleva kuntoutumisen ohjaus ilman kontrollointia on vaikuttavampaa ja kustannustehokkaampaa. (Kauppila, Kyllönen, Ohtonen ym. 2010, hakupäivä 3.10.2014.)

Lääkäri määrää kotona otettavat kipulääkkeet ennen kotiutumista. Jotta potilas voi kotiutua, potilaan kivun täytyy olla hallinnassa suun kautta otettavilla kipulääkkeillä. Potilaan tulee olla hyvävointinen kotiutuessa. Ravitsemuksen tulee onnistua suun kautta, ja potilaan täytyy selvittää päivittäisistä toiminnoistaan itsenäisesti tai potilaalla tulee olla tarvittava apu kotona. Hänen on onnistuttava kävelemään omatoimisesti kyynärsauvoilla tai rollaattorin avulla. (Kyllönen & Kukkonen 2012, 2.)

## 4 POSTOPERATIIVINEN KIVUNHOITO

Leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoitopolku koostuu leikkausta edeltävästä, leikkauksen yhteydessä olevasta eli perioperatiivisesta, sekä kotiutumisen yhteydessä tapahtuvasta vaiheesta. Ennen leikkausta potilasta tulee informoida leikkauksen jälkeen tapahtuvasta kivunhoidosta. Preoperatiivisessa kivunhoidon ohjauksessa tunnistetaan potilaat, joilla on riski kovaan akuuttiin tai pitkittyneeseen postoperatiiviseen kipuun ja heille suunnitellaan yksilöllinen leikkauksen jälkeinen kipulääkitys. Perioperatiiviseen vaiheeseen kuuluu postoperatiivista akuuttia kipua koskevat hoito-ohjeet ja – käytännöt, sekä pitkittyvän kivun tunnistaminen. Kotiutuksen yhteydessä tapahtuvaan vaiheeseen kuuluu kotiin annettavat kipulääkitysohjeet sekä ohjeet lääkityksen purkamisesta, komplikaatioiden tunnistaminen sekä pitkittyvän kivun riskipotilaiden tunnistaminen, seuranta ja hoito. (Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen asettama työryhmä 2014, hakupäivä 15.9.2014.)

Kipua pidetään yhtenä merkittävimmistä aikaista liikkeelleläähtöä rajoittavista tekijöistä polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Varhainen mobilisaatio ja fysioterapia puolestaan ovat merkittävä tekijä leikkauskomplikaatioiden, kuten pitkittyneen nivelen jäykkyyden, lihasvoiman palautumisen hidastumisen ja kroonisen kivun ennaltaehkäisyssä. Tästä syystä tehokas kivunhoito on yksi fast track -hoitomallin kulmakivistä kuntoutumisen näkökulmasta. (Holm ym. 2010, hakupäivä 29.9.2014.)

Huolellinen kivunmittaus luotettavalla ja helposti toistettavalla kivunmittausmenetelmällä sekä kivunarvioinnin kirjaaminen on tehokkaan kivunhoidon perusta (Pesonen 2012, 157). Ennen leikkausta koetun kivun kesto ja leikkauksen jälkeinen kivun hoidon riittävyys vaikuttavat pitkittyneen kivun esiintymiseen, johon voidaan vaikuttaa tehokkaalla leikkauksen jälkeisellä kivunhoidolla (Puolakka 2011, hakupäivä 4.9.2013). Riittävä leikkauksen jälkeinen kivunhoito vähentää sydän- ja keuhkokomplikaatioita sekä ehkäisee kivun pitkittymistä ja se laskee myös hoitokustannuksia. (Lehtomäki 2013, 208; Lehtomäki & ym. 2013, 196.) Hyvä postoperatiivinen kivunhoito hillitsee leikkauksesta johtuvaa stressireaktiota, mahdollistaa varhaisen mobilisaation, edistää toipumista ja lyhentää sairaalassaoloaika (Lehtomäki & Hoikka 2013, 196).

## 4.1 Kivun kokemus

Kipu on sekä neurofysiologinen että kokemuksellinen ilmiö. Kivun kokemus riippuu aina tilanteesta, jossa kipu koetaan. Fysiologiset mittaukset kertovat vain vähän kivun kokemisesta. (Kalso & Kontinen 2009, hakupäivä 28.9.2014.) Leikkauksen jälkeisen kivun kokeminen aiheutuu kipua aistivien nosiseptoreiden stimulaatiosta ja tämän tiedon välittymisestä keskushermostoon. Kivun kokemiseen keskushermostossa vaikuttavat potilaan aikaisemmat kipukokemukset ja muistikuvat. Kipuun vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä ovat geneettiset tekijät, ikä, sukupuoli, koettu krooninen kipu sekä preoperatiivinen kipulääkkeiden käyttö. Leikkaustyyppi, käytetyt lääkkeet sekä postoperatiivinen kivunhoito vaikuttavat myös kipukokemukseen myös leikkauksen jälkeen. Potilaiden suuret erot kipukokemuksessa johtuvat osittain mielentilan vaikutuksesta kivun kokemukseen. Ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys ennen tai jälkeen leikkauksen voivat lisätä leikkauksen jälkeisen kivun määrää ja kipulääkkeiden tarvetta. (Hamunen & Kalso 2009, 279–280.)

## 4.2 Kivunarviointi

Kivunarvioinnin perustana on potilaan oma arvio kivusta. Kivusta on tärkeää arvioida sen sijainti, luonne ja voimakkuus. Lisäksi tulisi kartoittaa kipua aiheuttavat ja lieventävät tekijät. Säännöllinen kivunarviointi on yhtä tärkeää kuin esimerkiksi verenpaineen ja pulssin mittaaminen. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010, 410–411.) Kivun mittaaminen perustuu siihen, että potilaan kivun kokemus ilmaistaan numeroilla tai sanoilla (Kalso ym. 2009, hakupäivä 28.9.2014.) Kivun voimakkuutta arvioidaan levossa ja liikkeessä sekä leikkauksen kannalta oleellisissa liikkeissä kuten polven koukistamisen aikana (Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen työryhmä. 2012, hakupäivä 16.9.2014).

Kivun voimakkuutta, kipulääkkeen tarvetta ja lääkehoidon vaikutusta arvioidaan kipumittareilla. Kipumittaria on käytettävä aina, mikäli potilas pystyy itse arvioimaan kivun voimakkuutta. Kipumittaria käytettäessä potilasta tulee ohjata sen käyttöön ja tavoiteltu kivun taso kerrotaan potilaalle. Validoituja kipumittareita on olemassa esimerkiksi VAS eli visuaali analogi asteikko (Kuvio 1), VRS eli verbaalinen arviointi asteikko ja NRS eli numeerinen arviointi asteikko (Kuvio 2). (Pudas-Tähkä ym. 2010, 410–411.) Toistaiseksi ei ole pystytty kehittämään luotettavaa objektiivista kivunarviointikeinoa. Salanterän mukaan kivun arvioinnin haasteita ovat kivun

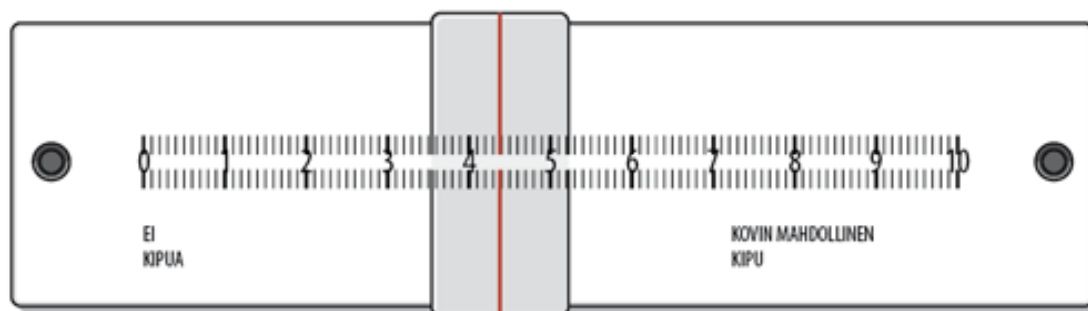
kokemuksellisuuden huomiointi, kipumittareiden pätevyys sekä sopivuus kovan kivun arvioinnissa. (2010, hakupäivä 18.2.2014.)



KUVIO 1. VAS-asteikko (Pudas-Tähkä ym. 2010, 411).

VAS (Kuvio 1) on kansainvälisesti eniten käytetty kipumittari, joka sopii ominaisuuksiltaan postoperatiivisen kivunhoidon arviointiin, mikäli potilas pystyy itse arvioimaan kipua (Pudas-Tähkä ym. 2010, 410; Pesonen 2012, 157). VAS- mittarilla potilas kuvaa sillä hetkellä kokemaansa kipua janan/kiilan avulla, jonka vasen pää tarkoittaa kivuttomuutta ja oikea pää pahinta mahdollista/sietämätöntä kipua. Mittari voi olla joko 10 cm pitkä kipujana tai punainen kipukiila, joihin voidaan laittaa liikuteltava pystysuora viiva, jota potilas siirtää kokemuksensa mukaan. Mittarin toisella puolella olevasta asteikosta luetaan VAS arvo 0-10, jossa 0 tarkoittaa ei kipua ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. (Kalso ym. 2009, hakupäivä 28.9.2014.) Postoperatiivisessa kivunhoidossa pyritään siihen, että VAS on alle 4 (Kyllönen ym. 2012, 2).

NRS -asteikkoa (Kuvio 2) käytettäessä potilas valitsee numeron, joka kuvaa parhaiten kivun voimakkuutta hänen mielestään. Kipu arvioidaan asteikolla 0-10, jossa 0 tarkoittaa ei kipua ja 10 sietämätöntä kipua. (Pudastähkä ym. 2010, 410.) Numeerinen asteikko on yksinkertainen ja helppo käyttää.



KUVIO 2. NRS-asteikko (Pudas-Tähkä ym. 2010, 411)



VRS – asteikolla kipu luokitellaan asteikolla 0-4 (ei kipua, lievä, kohtalainen, voimakas, sietämätön). Sanallinen asteikko on yksinkertainen ja helppokäyttöinen. VRS soveltuu erityisesti iäkkäiden potilaiden kroonisen kivun arviointiin sekä akuutin postoperatiivisen kivunarviointiin. (Pesonen 2012, 157, 159–160.)

### **4.3 Kivun lääkehoito**

Multimodaalinen kivunlievitys tarkoittaa kivunhoitoa, jossa yhdistetään eri mekanismeilla vaikuttavia kipulääkkeitä. Yhtäaikaisella käytöllä pyritään saavuttamaan yhteisvaikutus, joka vähentää kipulääkkeiden kokonaisannoksia sekä sivuvaikutuksia verrattuna vain yhden lääkkeen käyttöön. (Hamunen ym. 2009, 282.) Ennaltaehkäisevä oraalinen multimodaalinen kivunlievitys postoperatiivisessa vaiheessa mahdollistaa maksimaalisen kivunhoidon ja varhaisen mobilisaation sekä lisää potilaan tyytyväisyyttä. (Korean Knee Society 2012, hakupäivä 9.2.2014).

Tyypillisimmät polven tekonivelleikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytettävät lääkkeet ovat parasetamoli, COX-2 estäjät, tramadoli sekä oksikodoni (Korean Knee Society 2012, hakupäivä 9.2.2014.) Vuodeosastolla, jonne tutkimuksemme tehtiin, polven tekonivelleikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon käytettävät lääkkeet ovat parasetamoli, etorikoksibi, gabapentiini sekä oksikodoni. Jos kivunhoito on riittämätöntä, joudutaan turvautumaan postoperatiivisessa kivunhoidossa muun muassa kipupumppuun suun kautta otettavien lääkkeiden sijaan. (Kyllönen ym. 2012, 2.)

### **4.4 Hoitotyön kivunlievityskäytännöt**

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyötä koskevan suosituksen mukaan lääkehoidon lisäksi fysikaalisia hoitomenetelmiä, kuten kylmä-, asento- ja liikehoitoa tulisi käyttää postoperatiivisessa kivunhoidossa. Kylmähoitolla lievitetään potilaan kipua alentamalla leikkausalueen kudosten lämpötilaa. Tällöin leikkausalueen verenkierto sekä aineenvaihdunta hidastuvat, ja lihakset rentoutuvat. Kylmähoito voi parantaa polven liikkuvuutta sekä vähentää leikkausalueen verenvuotoa. Asentohoidolla lievitetään potilaan kipua tukemalla potilas hyvään asentoon erilaisten kiilojen ja tynnyjen avulla, jolloin operoidun raajan verenkierto paranee ja lihasspasmit vähenevät. Myös liikkuminen vaikuttaa verenkiertoa parantavasti sekä ehkäisee kudosturvotusta sekä verihyytymien syntyä. Liikkumisen lisäksi lepo on myös olennainen osa paranemisprosessia. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola, Siltanen 2013,

hakupäivä 16.9.2014.) Lisäksi mielikuvaharjoitukset ja potilaan tietoisuus hoitajan mahdollisesta läsnäolosta helpottavat potilaan vointia (Pudastähkä & Kangasmäki 2010, 413).

#### **4.5 Postoperatiivisen kivunhoidon laatu**

Lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan äidinkieli ja yksilölliset tarpeet on otettava huomioon hänen hoidossaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:3 §.) Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä ammattieettisiin velvollisuuksiin kuuluu potilaan kärsimyksen lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/28.6.1994 3:15§). Jokaisella potilaalla on siis yhtäläinen oikeus hyvään kivun hoitoon sekä eettisistä että juridisista näkökulmista (Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen työryhmä 2012, hakupäivä 16.9.2014).

Kaikille potilaan hoidossa mukana oleville työntekijöille annettava systemaattinen koulutus on paras tapa kivunhoidon laadun varmistamiseksi. Koulutuksesta tulee vastata akuutin kivun hoitoon erikoistunut työryhmä (APS-työryhmä), johon voi kuulua henkilöitä eri henkilöstöryhmistä. Koulutuksen tulee sisältää tietoa akuutin kivun esiintymisestä, kivun arvioinnista sekä kirjaamisesta, tietoa lääkehoidosta sekä riskipotilaiden (esimerkiksi krooniset kipupotilaat/päihdeongelmaiset) tunnistamisesta ja heidän kivunhoidostaan. (Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen asettama työryhmä 2014, hakupäivä 15.9.2014.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaiden informointi preoperatiivisessa vaiheessa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta parantaa hoitotuloksia (Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen asettama työryhmä, hakupäivä 15.9.2014). Potilaan pelkojen vähentämiseksi hänelle tulee kertoa leikkausta edeltävästi muun muassa tulevan leikkauksen kulusta, kuntoutuksen vaiheista, leikkauksen jälkeisestä kivusta sekä kivunhoidon menetelmistä. Näin potilas saa todenmukaisen kuvan toimenpiteestä ja postoperatiivisesta vaiheesta, mikä lisää potilaan tyytyväisyyttä sekä lyhentää hoito- ja kuntoutusaikaa. (Korean Knee Society 2012, hakupäivä 9.2.2014.) Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyöstä kirjoitetussa hoitotyönsuosituksessa todetaan, että aikuispotilaiden kivunhoito on epätasalaatuista. Potilaat kokevat, että he eivät saa aina kivunhoitoon liittyen laadukasta ja riittävää hoitoa. Kivunhoidossa potilaan kokemus on keskiössä hoidon onnistumista ajatellen. (Salanterä ym. 2013, hakupäivä 16.9.2014.)

Hyvän postoperatiivisen kivunhoidon tulee perustua sairaalan yhtenäisiin toimintaohjeisiin ja se ei saa olla riippuvainen esimerkiksi tietyistä lääkkeistä, hoitohenkilöstöstä tai hoitopaikasta. Hoitoyksiköiden selkeät toimintaohjeet kivunhoidon toteuttamisesta, kivun mittaamisesta ja kirjaamisesta, kivun seurannasta ja komplikaatioiden hoidosta ja kirjaamisesta parantavat kivunhoidon laatua sekä vähentävät lääkeannosteluvirheitä. Kivunhoitoon liittyvät kriteerit, joiden täytyminen on ehtona potilaan siirtymiselle heräämöstä osastolle, johtavat laadukkaampaan kivunhoitoon. Hyvään kivunhoitoon kuuluu myös kotiutuvalla potilaalla annettavat kirjalliset kivunhoitoa koskevat hoito-ohjeet. Laadultaan hyvä kivunhoito ehkäisee leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita sekä kroonisen kivun kehittymistä. (Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen asettama työryhmä 2014, hakupäivä 15.9.2014.)

Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat perustana hyvään kivun hoitoon. Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamista koskevan suosituksen mukaan kivusta ja sen hoidosta kirjattavien asioiden vähittäisvaatimuksiin kuuluu kivun voimakkuuden mittaaminen validoidulla mittarilla kuten VAS, NRS ja VRS. Potilaan kivun voimakkuus tulee mitata ja kirjata sekä levossa että liikkeessä ja mittauksen tulee tapahtua vähintään kerran työvuoron aikana. Kivun hoidon tehokkuuden toteamiseksi kivun voimakkuus tulee kirjata ennen ja jälkeen kipua lievittävän menetelmän käyttöä. Suosituksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä leikkauksen jälkeen käytetty kivun hoitomenetelmä sekä mahdolliset haittavaikutukset, kuten pahoinvointi ja oksentelu. (Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen työryhmä 2012, hakupäivä 16.9.2014.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston polven tekonivelleikkauksen läpikäyneiden potilaiden kokemuksia fast track -hoitomallilla toteutetusta leikkauksenjälkeisestä kivunhoidosta, kivunarvioinnin ja kivunhoidon ohjauksesta sekä varhaisesta mobilisaatiosta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla tutkimuksen tilannut osasto pystyy kehittämään fast track -hoitomallilla toteutettua leikkauksenjälkeistä kivunarviointia ja kivunhoitoa.

Tämä tutkimus antoi meille mahdollisuuden syventää tietoperustaamme leikkaushoidon eri vaiheista ja erityisesti postoperatiivisesta hoitotyöstä sekä kivunhoidosta. Saimme harjoitella tutkimuksen tekemistä sekä tulosten analysointia, jolloin meillä tulisi olla valmiudet tehdä tutkimustyötä myös työelämässä.

### Tutkimusongelmat

1. Millaiseksi potilaat kokevat fast track – hoitomallilla toteutetun kivunarvioinnin sekä postoperatiivisen kivunhoidon?
2. Miten potilaat kokevat fast track - hoitomalliin liittyvän kivunhoidon tukevan varhaista mobilisaatiota?

## 6 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA TOTEUTUS

Opinnäytetyömme tutkimusstrategiana on survey-tutkimus, jossa keräämme tietoa strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 3) primaarin polventekonivelleikkauksen läpikäyneiltä potilailta. Tutkimusotteena käytämme pääasiassa kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää, mutta sen lisäksi tutkimuksessa näkyy myös kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä avoimien kysymysten muodossa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 134–137.) Opinnäytetyömme on poikittaistutkimus eli aineisto kerätään vain kerran, eikä tutkimusilmiötä tarkastella suhteessa ajalliseen etenemiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–42).

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Muuttujat ovat joko riippumattomia, kuten vastaajien taustatiedot, tai riippuvia, kuten vastaajan tyytyväisyys kivunlievitykseen osastolla. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa saadaan selville tutkimushenkilöiden kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä, uskomuksia ja asenteita sekä niiden muutoksia. (Kankkunen ym. 41–49.) Käytämme myös kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, jotta tutkittavat voivat kertoa esimerkiksi kokemuksistaan kivunhoidon toteutumisesta tai parannusehdotuksia osaston henkilökunnalle. Valitsimme opinnäytetyöhömmä useamman tutkimusmenetelmän, jotta saisimme jäsenneilyä ja luotettavaa tietoa siitä, millaisia kokemuksia potilailla on kivunarvioinnista ja kivunhoidosta.

### 6.1 Kohderyhmä

Tutkimuksemme perusjoukko oli yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston primaarin polven tekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat. Rajasimme tutkimuksen primaareihin polven tekonivelkirurgisiin potilaisiin. Potilaat, joille tehdään polven tekonivelen revisio- eli uusintaleikkaus, eivät kuuluneet tutkimuksemme perusjoukkoon. Otoksemme oli yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston primaarin polventekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat, jotka kotiutuivat 11 viikon ajanjaksolla kevään ja syksyn 2014 aikana.

Otoksemme on edustava perusjoukkoon nähden, koska otantaan on huomioitu kaikki tutkimuksen aikana osastolla hoidossa olleet polventekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat. Hoitokäytännöt vaihtelevat eri sairaaloissa ja eri osastoilla, joten tutkimuksemme otos on

edustava yhteistyössä toimineelle vuodeosastolle, jolle tutkimuksemme tarkoituksena on tuottaa tietoa.

## **6.2 Aineiston keruumenetelmä**

Aineistonkeruumenetelmänä oli kysely. Valitsimme kyseisen menetelmän, koska se on tehokas, ja sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto sekä kartoittaa useita eri asioita. Kyselyllä toteutettuun tutkimukseen kuuluu myös heikkouksia, joista tavallisimpia ovat aineiston pinnallisuus sekä epävarmuus siitä, että kyselyyn vastataan rehellisesti ja huolellisesti. Myös kysymysten väärin ymmärryksiä on hankalaa ehkäistä täysin. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.)

Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 3), jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa käytettiin monivalintakysymyksiä, Likertin asteikkoon perustuvia kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Monivalinta- sekä asteikkoon perustuvilla kysymyksillä saadaan hyvin vertailukelpoisia vastauksia ja avoimilla kysymyksillä annetaan vastaajalle mahdollisuus ilmaista itseään omin sanoin. (Hirsjärvi ym. 2013, 198–201.) Taustatietoina kyselylomakkeessa olivat sukupuoli, ikä ja leikkaukseen johtanut sairaus. Tutkimusongelmien pohjalta kysymykset olivat jaettu ryhmiin, joissa kartoitettiin kivunhoidon ohjausta, kivunhoidon arviointia ja hyvän kivunhoidon onnistumista.

### **6.2.1 Esitestaus**

Esitetasimme kyselylomakkeen ensimmäisen kerran keväällä 2014 viidellä tekonivelkirurgisella potilaalla kirurgisella vuodeosastolla. Esitestaukseen osallistuivat ne tekonivelleikkauksen läpikäyneet potilaat, jotka kotiutuvat esitestaukseen varatun viikon aikana. Potilaat palauttivat esitestauslomakkeen henkilökunnalle. Muokkasimme esitestattavan kyselylomakkeen sekä saatekirjeen sellaisiksi, että se soveltuu kaikille potilaille, joille on tehty tekonivelkirurginen toimenpide. Emme käyttäneet esitestauslomakkeita varsinaisena tutkimusaineistona.

Kyselylomakkeen esitestauksessa ilmeni, että lomakkeen kysymyksiä oli muutettava yksinkertaisempaan muotoon, sillä vain yksi viidestä lomakkeesta oli oikein täytetty. Erityisesti Likertin asteikkoon perustuviin kysymyksiin vastaaminen oli puutteellista, sillä kyseisiin kysymyksiin oli jätetty vastaamatta useassa lomakkeessa. Kukaan esitestaajista ei kuitenkaan ollut antanut kehittämisehdotuksia kyselylomakkeelle. Uskomme, että hankaluuksia tuotti

kysymysten sekava ulkoasu. Päätimme säilyttää Likertin asteikolla tehdyt kysymykset ja muuttaa niiden ulkoasua helpommin luettaviksi, jotta iäkkäämpien potilaiden olisi helpompi täyttää se. Jaoimme myös kysymyskokonaisuuksia pienemmiksi osioiksi, jotta kysely olisi selkeämpi ulkoasultaan. Kyselylomakkeen (Liite 3) uudistuksen jälkeen esitetasimme lomakkeen uudestaan viidellä tekonivelleikkauspotilaalla. Toisen esitetauksen jälkeen aloitimme varsinaisen tutkimusaineiston keruun, koska kaikki esitetauslomakkeet olivat täytetty oikein eikä kehittämisehdotuksia ilmennyt.

### **6.2.2 Kyselyn toteuttaminen**

Onnistuneen esitetauksen jälkeen anoimme tutkimuslupaa tulosalueen johtajalta. Anomuksen lähetimme 3.4.2014 ja myönteisen päätöksen saimme jo 9.4.2014. Luvan puitteissa saimme kerätä osaston potilailta tutkimusmateriaalia 7.4 – 30.9.2014 välisenä aikana. Vaikka olimme suunnitelleet keräävämmme materiaalia kuuden viikon ajanjaksolta, varauduimme kuitenkin ajallisesti keräämään materiaalia pidempäänkin, jotta saisimme riittävästi tutkimusmateriaalia ja tämän vuoksi anoimme tutkimusaikaa syyskuun loppuun saakka.

Kävimme keskustelua osastonhoitajan kanssa kohderyhmän potilasmäärästä. Osastonhoitajan arvion mukaan polven tekonivelleikkauksia tehdään 2-5 leikkausta viikossa ja hänen mukaansa olisi realistista saada jopa 30 vastattua lomaketta kuuden viikon aikana, mikäli kaikki kohderyhmän potilaat vastaisivat kyselyyn. Määritimme tutkimuksen aineiston keruun kuuden viikon ajanjaksolle, koska uskoimme saavamme tuona aikana riittävästi tutkimusaineistoa. Tuona aikana meille palautui vain seitsemän vastattua lomaketta, minkä takia jatkoimme tutkimusaineiston keruuta syksyllä osaston kesäsulun jälkeen vielä kuuden viikon ajan. Eli keräsimme aineistoa yhteensä 11 viikon ajan kuuden viikon sijasta, jotta tutkimus olisi luotettavampi ja hyödyllisempi.

Tutkimuksen alussa veimme osastolle 50 kyselylomakekuorta, jotka sisälsivät saatekirjeen (Liite 2) sekä kyselylomakkeen (Liite 3). Veimme osaston kansliaan myös vastauslaatikon, johon hoitajat voivat jättää kotiutuvien potilaiden palauttamat kuoret. Sovimme tutkimuksen alkaessa osaston henkilökunnan kanssa sopivan paikan palautuslaatikolle. Tutkimuksen toteuttamisesta keskusteltiin osastonhoitajan sekä hoitajakuntaa edustavan sairaanhoitajan kanssa. Sovimme, että osastonhoitaja tukee tutkimuksemme alulle saattamista ja on osaltaan myös kannustamassa hoitohenkilökuntaa tutkimuksen toteuttamisessa. Laadimme tiedotteen tutkimuksesta osaston

henkilökunnalle, jonka osastonhoitaja välitti osaston henkilökunnalle sähköpostilla. Jaoimme myös henkilökunnan tiloihin tiedotteita tutkimuksesta, joissa kerrottiin tutkimuksen sisällöstä ja kohderyhmästä, sekä kannustettiin henkilökuntaa yhteistyöhön.

Kävimme säännöllisesti osastolla hakemassa täytettyjä lomakkeita ja kannustimme samalla paikalla olevia hoitajia jakamaan lomakkeita kohderyhmän potilaille. Pyynnöstämme osastonhoitaja lähetti muistutusviestin henkilökunnalle lomakkeiden jakamisesta tutkimuksen puolivälissä. Henkilökunnassa oli paljon vaihtuvuutta, jonka vuoksi oletamme, että kaikki henkilökunnasta eivät välttämättä olleet tietoisia tutkimuksesta ja lomakkeita jäi jakamatta osalle tutkimukseen soveltuvista potilaista. Osastolla käytyjen keskustelujen lomassa kävikin toisinaan ilmi, että hoitajat eivät olleet aina muistaneet jakaa lomakkeita. Tiedostimme tämän tutkimusta suunnitellessa, mutta tutkittavien anonymiteetin suojaamiseksi ja lomakkeiden jouhevaksi jakamiseksi hoitajien suorittama kyselylomakkeiden jako oli kuitenkin järkevin vaihtoehto.

### **6.3 Aineiston analyysi**

Käytimme aineiston analysoinnissa Webropol Oy:n kehittämää kysely- ja analysointisovellusta. Aloitimme aineiston käsittelyn ja analysoinnin välittömästi aineiston keruuvaiheen jälkeen. Meille palautui 24 vastauskuorta, joista jouduimme hylkäämään kaksi lomaketta puuttuvien tietojen ja virheellisyyksien vuoksi. Toinen hylätyistä kyselylomakkeista oli täyttämättä ja toisen lomakkeen täyttäjää ei kuulunut tutkimuksemme kohderyhmään. Syötimme 22 kyselylomakkeen vastaukset Webropol -analysointisovellukseen, joka kuvasi aineiston lukuina ja prosentteina sekä kuvioina. Analyysimenetelmänä käytimme tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa, joka pyrkii selittämään vastauksia tutkimusongelmaan (Hirsjärvi 2013, 224).



## 7 TULOKSET

Veimme kirurgiselle vuodeosastolle 50 saatekirjeellä varustettua kyselylomaketta. Näistä kyselylomakkeista oli jaettu potilaille 26 kappaletta, joista 24 palautui. Vastauslomakkeista 22 oli käyttökelpoisia eli tutkimuksen vastausprosentti oli 85 %.

### 7.1 Taustatiedot

Tutkimukseen osallistui yhteensä 22 primaarin polven tekonivelleikkauksen läpikäynyttä potilasta, joista 15 oli naisia ja 5 miehiä. Sukupuolta koskevaan kysymykseen 2 jätti vastaamatta. Vastaajien (n=21) ikäjakaumasta voidaan todeta, että alle 30-vuotiaita vastaajia ei ollut ollenkaan ja vain 5 % vastaajista oli 30–44-vuotiaita. 44–59-vuotiaita vastaajia oli noin kolmannes (29 %) ja suurin ikäryhmä (38 %) vastaajien joukossa oli 60–75-vuotiaat. Myös yli 75-vuotiaita vastaajia oli lähes kolmannes (29 %). Potilaat olivat pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita.

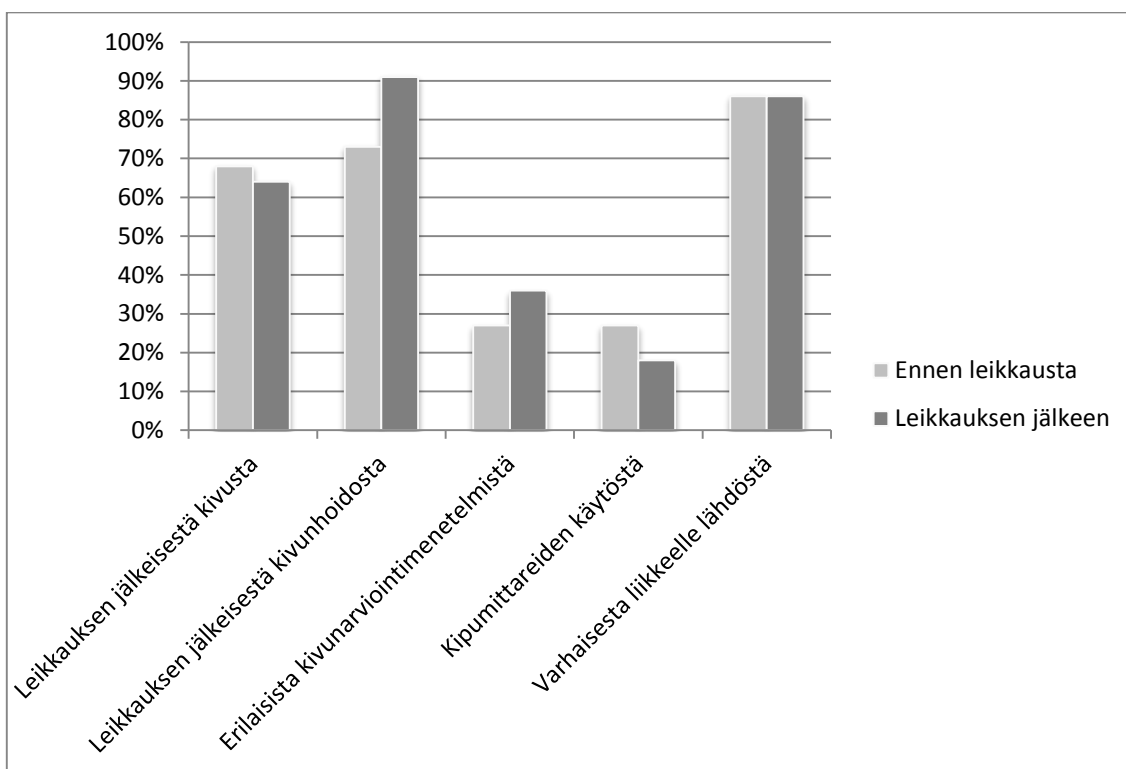
Kaikki (n=22) kyselylomakkeen täyttäneet olivat vastanneet leikkaukseen johtaneeseen sairauteen liittyvään kysymykseen. Nivelrikko on selkeästi merkittävin syy tekonivelleikkaukseen, sillä yli 90 %:lla vastaajista oli nivelrikko. Reumapotilaita vastaajajoukossa oli vain yksi ja kahdella vastaajista oli nivelrikon lisäksi taustalla trauma, joka oli johtanut leikkauspäätökseen.

### 7.2 Ohjaus ja tiedonsaanti

Tutkimuksessamme kysyimme, mistä asioista potilaat olivat saaneet tietoa ennen leikkausta, jotta voisimme kartoittaa, onko jokin osa-alue, mistä potilaat tarvitsisivat lisää tietoa, jotta kuntoutuminen voitaisiin aloittaa heti leikkauksen jälkeen. Toistimme saman kysymyksen koskemaan myös leikkauksen jälkeen saatavaa ohjausta ja tietoa.

Vastaajista (n=22) noin kaksi kolmasosaa (68 %) oli saanut tietoa ennen leikkausta leikkauksen jälkeisestä kivusta, noin kolme neljänestä vastaajista (73 %) leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ja suurin osa (91 %) leikkauksen jälkeen tapahtuvasta varhaisesta mobilisaatiosta. Kivunarviointimenetelmistä tietoa oli saanut 6 vastaajaa, kuten myös kipumittareiden käytöstä tietoa ja ohjausta oli saanut 6 vastaajaa. Kaikki vastaajat olivat saaneet ohjausta ja tietoa ennen

leikkausta ainakin jostain kartoittamistamme osa-alueista, sillä kukaan ei ollut vastannut väittämään, ettei ohjausta ollut annettu edellä mainituista asioista. (Kuvio 3.)

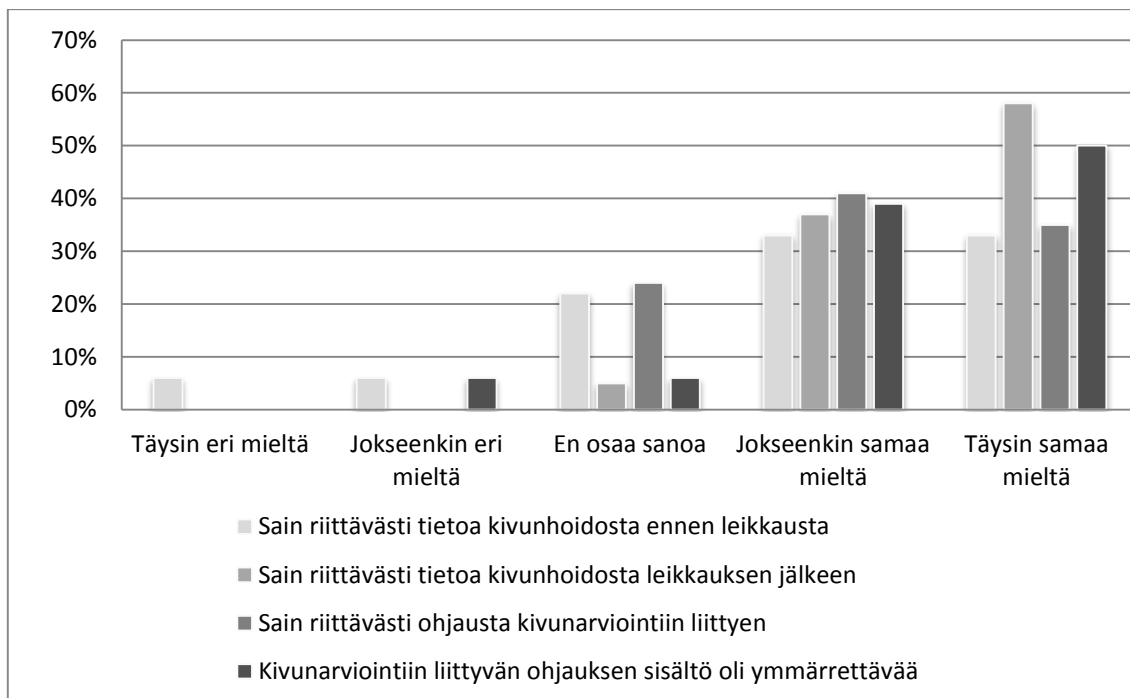


KUVIO 3. Ohjauksen aiheet prosentuaalisesti ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen (n=22)

Myös leikkauksen jälkeinen ohjaus on ollut monipuolista ja suurin osa potilaista koki saaneensa tietoa ja ohjausta, vain yksi vastaajista (n=22) oli sitä mieltä, ettei ollut saanut tietoa ja ohjausta mistään esille nostamistamme aihepiireistä. Kaksi kolmasosaa (64 %) oli saanut tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta leikkauksen jälkeen, suurin osa (91 %) leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ja noin kolmasosa (36 %) erilaisista kivunarviointimenetelmistä. Kipumittareiden käyttöön ohjausta oli saanut vastaajista vain 4. Ohjausta varhaisesta liikkeellelähdestä leikkauksen jälkeen oli saanut suurin osa (86 %) vastaajista. (Kuvio 3.)

Kysyimme potilailta Likertin – asteikkoa hyödyntäen heidän kokemustaan kivunhoitoon liittyvästä tiedonsaannista ja ohjauksesta. Kysymyksessä potilaat saivat valita jokaiseen väittämään viisiportaiselta täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä asteikoilta kokemustaan vastaavan vaihtoehdon. Väittämään ”Sain riittävästi tietoa kivunhoidosta ennen leikkausta” oli vastannut 18 kyselyn täyttäneistä. Heistä kolmannes (33 %) oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja kolmannes (33 %) jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista yksi (6 %) oli taas jokseenkin eri mieltä

ja yksi (6 %) täysin erimieltä väittämän kanssa. Viidesosa (22 %) vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään. Vastaajat (n=19) kokivat saavansa riittävästi tietoa kivunhoidosta leikkauksen jälkeen, sillä kysymykseen vastanneista yli puolet (58 %) oli täysin samaa mieltä ja yli kolmasosa (37 %) jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, vain yksi vastanneista ei osannut sanoa kantaansa. Väittämän ”Sain riittävästi ohjausta kivunarviointiin liittyen” vastaajista (n=17) neljäsosa (24 %) ei osannut sanoa mielipidettään, kaksi viidesosaa (41 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja noin kolmasosa (35 %) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajista (n=18) tasan puolet oli täysin samaa mieltä siitä, että kivun arviointiin liittyvä ohjaus oli ymmärrettävää ja reilu kolmannes (39 %) jokseenkin samaa mieltä. 6 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä ohjauksen sisällön ymmärrettävyydestä ja 6 % ei osannut sanoa kantaansa. (Kuvio 4.)

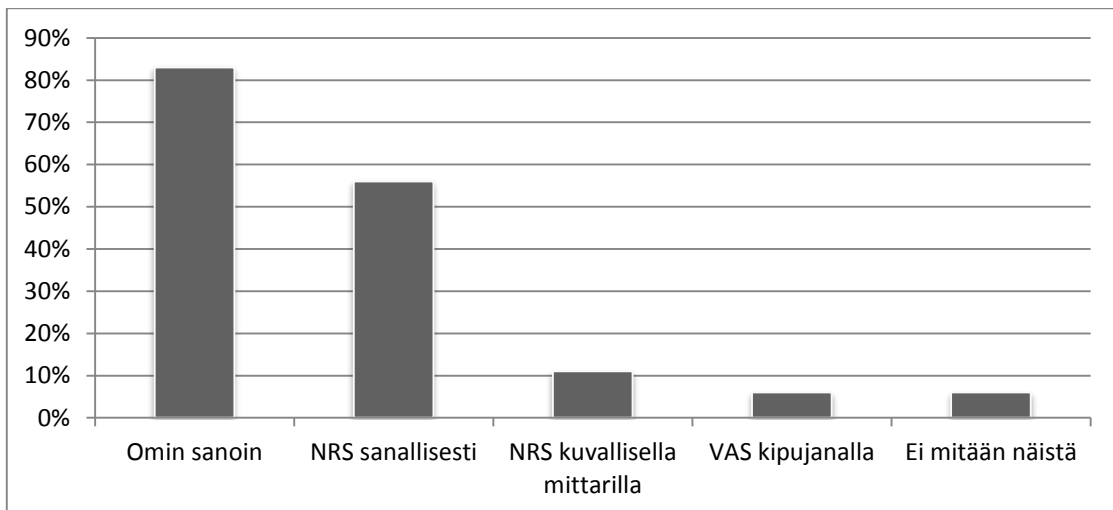


KUVIO 4. Potilaiden kokemuksia kivunhoitoon liittyvästä tiedosta ja ohjauksesta (n=20)

Kaikki kyselyyn osallistuneet (n=22) olivat vastanneet avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin missä ja/tai keneltä vastaaja oli saanut ohjausta ennen leikkausta. Suurin osa (83 %) vastanneista oli saanut ohjausta sairaanhoitajalta, kaksi kolmasosaa (68 %) kirurgilta, yli puolet (55 %) potilasohjeesta tai kirjeitse, hieman alle puolet (45 %) anestesia- ja kivunlääkäriltä ja neljäsosa 23 % fysioterapeutilta. Yksi vastaaja oli maininnut saaneensa ohjausta poliklinikkakäynnillä sekä työterveyslääkäriltä.

### 7.3 Kivun arviointi

Tutkimuksessa kartoitettiin käytettyjä kivunarviointimenetelmiä ja merkittävin on ollut potilaan kanssa keskusteleminen, sillä vastaajista (n=18) neljä viidesosaa (83 %) on kertonut omin sanoin kivustaan hoitajalle. Toiseksi eniten (56 %) kivunarvioinnissa oli käytetty sanallista 1-10 numeroasteikkoa (NRS). Kuvallista NRS asteikkoa oli käyttänyt 2 vastaajaa ja VAS kipujananaa 1 vastaajista. Yksi vastaaja koki, ettei ollut käyttänyt mitään edellä mainituista kivun arviointimenetelmistä. Kaikista kyselyyn vastanneista (n=22) kaksi viidesosaa (41 %) koki käyttäneensä kipumittaria kivunarvioinnin välineenä. Konkreettisia VAS ja NRS -asteikkoja potilaiden kivunarvioinnissa oli käytetty hyvin vähän, sen sijaan käytössä oli sanallinen NRS -asteikko, josta saadaan potilaan kokemalle kivulla numeerinen arvo. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Käytetyt kivunarviointimenetelmät (n=22)

Kysyimme vastaajilta, kuinka usein heidän kipuaan arvioitiin. Vastaajista (n=16) suurin osa (81 %) koki kipuaan arvioitavan useammin kuin kerran päivässä, kaksi vastaajista koki kipuaan arvioitavan kerran päivässä ja yksi vastaaja koki kipuaan arvioitavan harvemmin, kuin kerran päivässä.

Yksi kyselyn väittäjä koski sitä, miten potilaat kokivat kipuaan arvioitavan ennen kipulääkkeen antoa. Vastaajista (n=18) viidennes (22 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että kivun voimakkuus arvioitiin ennen kipulääkkeen antoa. Tasan puolet vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä ja vastaajista kaksi ei osannut sanoa kantaansa asiaan. Vastaajista yhteensä noin

neljäsosa (27 %) oli jokseenkin eri mieltä tai täysin erimieltä siitä, että kipu arvioitiin ennen kipulääkkeen antoa.

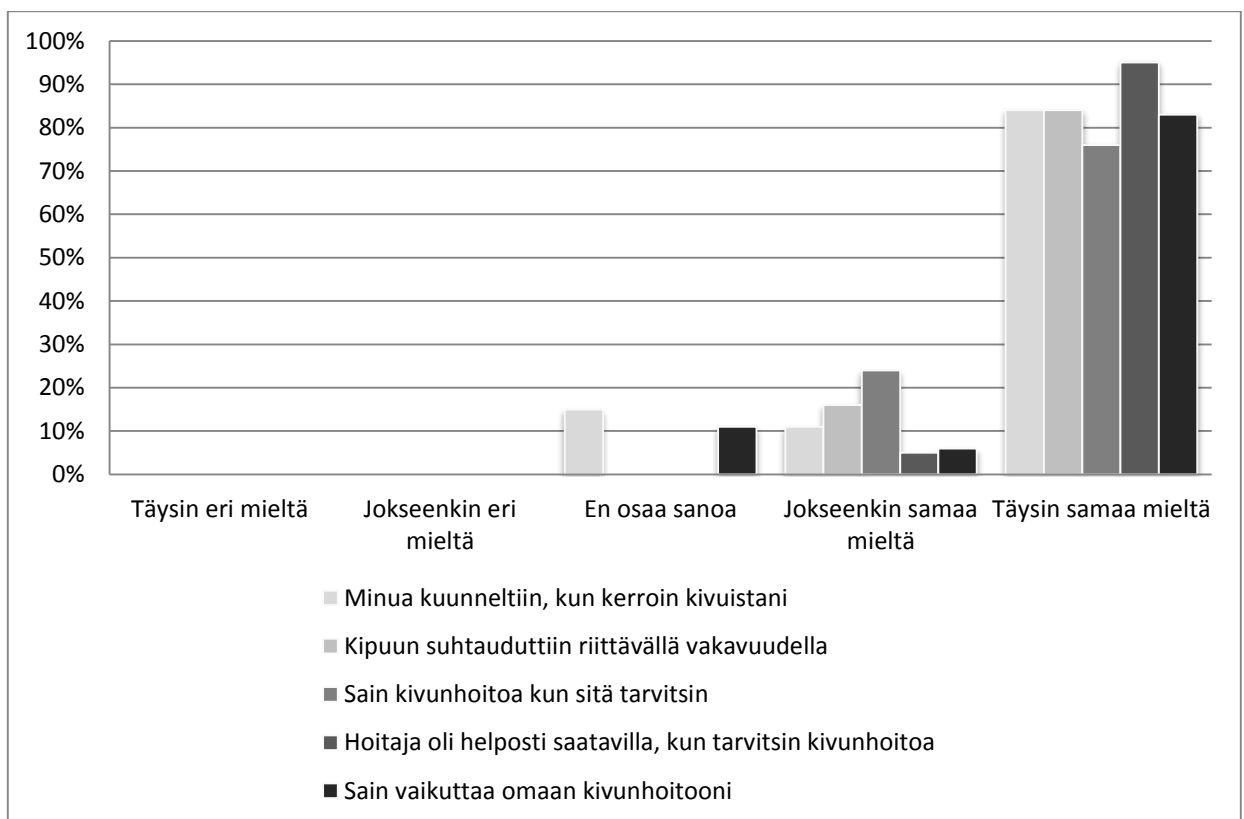
Kysyimme vastaajien kokemuksia kipumittarin käytöstä etukäteen määritellyillä adjektiiveilla Likertin asteikkoa hyödyntäen. ”Kipumittarin käyttö oli mielestäni helppoa” väittämän vastaajista (n=9) viidesosa (22 %) oli täysin samaa mieltä, alle puolet (44 %) vastasi väitteeseen olevansa jokseenkin samaa mieltä, viidesosa (22 %) ei osannut sanoa ja kymmenesosa (11 %) oli jokseenkin eri mieltä. Väittämään ”kipumittarin käyttö oli mielestäni selkeää” vastanneista (n=7) alle viidennes (14 %) oli täysin samaa mieltä, suurin osa (43 %) oli jokseenkin samaa mieltä, alle kolmasosa (29 %) ei osannut sanoa kantaansa ja alle viidennes (14 %) oli jokseenkin eri mieltä. Väittämän ”kipumittarin käyttö oli mielestäni hyödyllistä” kanssa (n=7) vastaajista yksi (14 %) oli täysin samaa mieltä, enemmistö (71 %) jokseenkin samaa mieltä ja yksi (14 %) jokseenkin eri mieltä. Vastaajista (n=6) alle viidennes (17 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että kipumittarin käyttö on monimutkaista, kolmasosa (33 %) ei osannut sanoa, alle viidennes (17 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja kolmasosa (33 %) oli täysin eri mieltä. Väittämän, jonka mukaan kipumittarin käyttö oli tarpeetonta vastaajista (n=7) vajaa puolet (43 %) oli jokseenkin samaa mieltä, yksi (14 %) vastaaja ei osannut sanoa, 1 (14 %) oli jokseenkin eri mieltä ja noin neljäsosa (27 %) oli täysin eri mieltä. Voimme todeta, että pääsääntöisesti kipumittarin käyttö on ollut helppoa, selkeää ja hyödyllistä eikä sitä koettu monimutkaiseksi, muutamia yksittäisiä poikkeavia vastauksia lukuun ottamatta. Vastaukset kipumittarin käytön tarpeettomuudesta jakautuivat kahtia.

Vaikka avasimme kipumittarikäsitteen sisällön kyselyssämme ”tietoiskulaatikon” keinoin, vain 9 vastaajista (41 %) koki käyttäneensä kipumittaria kivunarvioinnin välineenä. Toisen kivunarviointimenetelmiä kartoittavan kysymyksen vastauksista voimme kuitenkin tehdä päätelmän, että kipumittaria oli käytetty enemmän. Tämä vaikeuttaa johtopäätösten tekoa, koska vastaajamäärät jäivät vähäiseksi suhteutettuna todelliseen kipumittareita käyttäneiden määrään.

#### **7.4 Kivunhoito**

Väittämän ”Minua kuunneltiin, kun kerroin kivuistani” vastaajista (n=19) suurin osa (84 %) oli täysin samaa mieltä ja kymmenesosa (11 %) oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. 1 vastaaja ei osannut sanoa mielipidettään. Väittämän ”Kipuuni suhtauduttiin riittäväällä vakavuudella” vastaajista (n=19) suurin osa (84 %) oli täysin samaa mieltä, ja lähes viidesosa (16

%) jokseenkin oli samaa mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut eri mieltä väittämän kanssa. Vastaajista (n=21) suurin osa (76 %) oli täysin samaa mieltä ja neljäsosa (24 %) jokseenkin samaa mieltä, että oli saanut kivunhoitoa aina kun tarvitsi. Suurin osa (65 %) vastaajista (n=20) oli täysin samaa mieltä, että kivunhoito oli riittävää ja lähes kolmasosa (30 %) jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Vastaajista 5 % ei osannut sanoa. Täysin samaa mieltä siitä, että hoitaja oli helposti saatavilla, kun vastaaja tarvitsi kivun hoitoa, oli suurin osa (95 %) kyselyyn vastanneista (n=20). Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli 5 % vastaajista eikä kukaan ei ollut eri mieltä väittämän kanssa. Vastaajista (n=18) enemmistö (83 %) koki saavansa vaikuttaa täysin omaan kivunhoitoonsa. Väittämän kanssa oli jokseenkin samaa mieltä 6 % vastanneista ja 11 % vastanneista ei osannut kantaansa sanoa. Kukaan ei kuitenkaan ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Kivunhoidon toteutukseen vaikuttavia tekijöitä (n=21)

Tarkasteltaessa vastaajien tyytyväisyyttä osastolla toteutuneeseen hoitoon sekä ohjaukseen, tutkimustuloksemme tyytyväisyyden suhteen ovat yhteneväisiä muun kyselystä saadun tutkimustiedon kanssa, sillä kokemuksia hoidosta kartoittavassa avoimessa kysymyksessä ilmeni, että hoito oli ollut vastaajien (n=17) mielestä joko hyvää tai erittäin hyvää. Suurin osa vastaajien

kommenteista hoitoon liittyen käsittelivät sitä, että hoitohenkilökunta oli ollut ystävällistä, asiantuntevaa ja huolehtivaa. Tuloksista käy myös ilmi, että vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, sillä yli puolet kyselyyn vastanneista ovat olleet joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä ohjauksen ja tiedonsaannin riittävydestä sekä pre- että postoperatiivisessa vaiheessa.

Kysymykseen, jossa kartoitettiin lääkkeettömien kivun lievityskeinojen käyttöä vastasi 20 vastaajaa. Enemmistö vastaajista (95 %) koki kivunhoidossaan käytettävän kylmäpakkauksia, ja puolet vastaajista koki kivunhoidossaan käytettävän kohoasentoa. Vastaajista 15 % nimesi muiksi kivun lievityskeinoiksi eri asentojen kokeilun, tyynyjen pitämisen polvien välissä ja yrityksen häivyttää kipu pois ajatuksista.

Kartoittaessa potilaiden tyytyväisyyttä osastolla toteutuneeseen kivunhoitoon, voidaan todeta kivunhoidon olleen onnistunutta, koska potilaiden kivunhoidolle antama keskiarvo oli kiitettävä. Onnistuneen kivunhoidon puolesta puhuu myös se, että yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä ja lähes kolmas osa jokseenkin samaa mieltä, että kivunhoito oli riittävää.

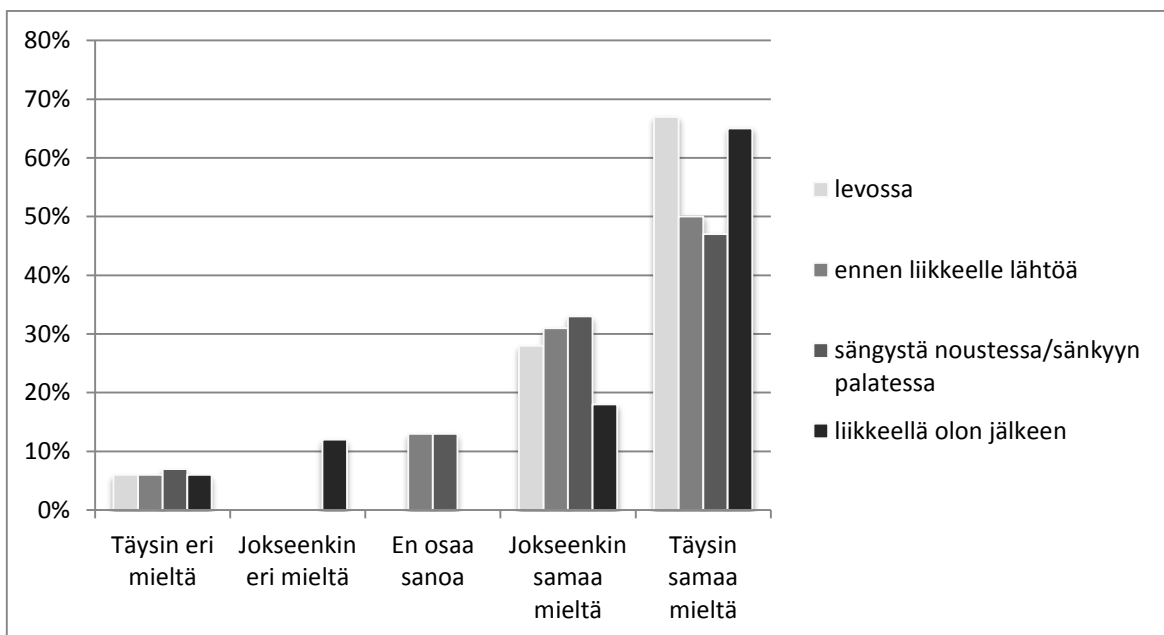
## **7.5 Varhainen mobilisaatio**

Kartoitimme potilaiden kokemuksia liikkeellelähdestä ja liikkumisesta leikkauksen jälkeen. Vastaajista (n= 13) lähes neljäsosa (23 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että liikkuminen oli helppoa ja noin kolmannes (31 %) vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä. Kyselyyn vastanneista kaksi (15 %) ei osannut sanoa mielipidettään, kaksi (15 %) oli jokseenkin eri mieltä ja kaksi (15 %) täysin eri mieltä väittämän kanssa. Vastaajista (n=13) vain yksi koki liikkumisen ahdistavaksi ja kukaan vastaajista (n=12) ei ollut täysin samaa mieltä siitä, että liikkuminen leikkauksen jälkeen on pelottavaa, joskin neljäsosa (25 %) vastaajista oli kuitenkin jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Liikkumista ei tulosten mukaan ole koettu epämiellyttävänä, sillä vastaajista (n=13) vain kaksi (15 %) oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Vastanneista yli kolmannes (38 %) ei osannut sanoa kantaansa, oliko liikkuminen ollut epämiellyttävää ja yli kolmannes (38 %) oli väittämän kanssa täysin eri mieltä.

”Liikkuminen leikkauksen jälkeen oli haastavaa” väittämään vastanneista (n=17) 41 % oli täysin samaa mieltä ja hieman alle kolmannes (29 %) jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista alle kolmasosa (29 %) oli joko jokseenkin erimieltä tai erimieltä väittämän kanssa. Väittämään ”erittäin

kivuliasta) vastanneista (n=14) reilu kolmasosa (43 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja yksi vastaajista (7 %) oli täysin samaa mieltä. Vastanneista 2 (14 %) ei osannut sanoa kantaansa ja 29 % vastaajista oli täysin eri mieltä, että liikkuminen olisi ollut erittäin kivuliasta.

Enemmistö vastaajista (65 %) (n=18) oli täysin samaa mieltä siitä, että oli saanut riittävästi kivunlievitystä levossa. Jokseenkin samaa mieltä oli noin neljäsosa (28 %) vastaajista ja täysin eri mieltä yksi (6 %) vastaaja. Tasan puolet vastaajista (n=16) oli täysin samaa mieltä siitä, että oli saanut riittävästi kivunlievitystä ennen liikkeelle lähtöä ja kolmasosa (33 %) oli osittain samaa mieltä. Mieli pidettiin ei osannut sanoa noin kymmenesosa (13 %) vastaajista ja yksi (6 %) vastaaja oli täysin eri mieltä. Vastaajista (n=15) lähes puolet (47 %) oli täysin samaa mieltä ja kolmannes (33 %) jokseenkin samaa mieltä siitä, että kivunlievitys oli riittäväää sängystä noustessa tai sänkyyn palatessa. Vastaajista noin kymmenesosa (13 %) ei osannut sanoa mieli pidettiin ja yksi (7 %) vastaaja oli täysin erimielitä väittämän kanssa. Vastaajista (n=17) enemmistö (65 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että oli saanut riittävästi kivunlievitystä liikkeellä olon jälkeen. 3 vastaajista (18 %) koki saaneensa jokseenkin riittävästi kivunlievitystä. Vastaajista 3 (18 %) ei osannut sanoa mieli pidettiin ja 1 oli täysin eri mieltä riittävästä kivunlievityksestä. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Potilaiden kokeman kivunlievityksen riittävyys levossa ja liikkeessä (n=19)



## 7.6 Potilaiden kokemuksia postoperatiivisesta hoidosta

Tutkimuksessa kysimme, minkä arvosanan vastaajat antaisivat osastolle toteutuneelle kivunhoidolle. Vastaajien (n=19) 1-10 – asteikolla antamien arvosanojen perusteella osastolla toteutuneen kivunhoidon keskiarvoksi tuli 9. Vastaajista lähes puolet (47 %) antoi osastolle toteutuneelle kivun hoidolle arvosanaksi 10, arvosanan 9½ antoi kymmenesosa (11 %), arvosanan 9 antoi neljäsosa (26 %) ja arvosanan 8 antoi vajaa viidesosa (16 %). Tärkein perustelu arvosanoille oli se, että vastaaja oli saanut kipulääkettä aina silloin kun oli sitä pyytänyt. Toiseksi tärkein perustelu arvosanoille oli se, että heitä oli kuunneltu, ja heidän kivustaan oli kysytty.

Avoimessa kysymyksessä, jossa vastaajia pyydettiin kertomaan kokemuksiaan osastolla toteutuneesta hoidosta, ilmeni, että hoito oli ollut vastaajien mielestä joko hyvää tai erittäin hyvää. Suurin osa vastaajien kommenteista kuvasi hoitohenkilökuntaa ystävälliseksi, asiantuntevaksi ja huolehtivaksi. Yksi vastaajista (n=17) koki, että tekonivelleikkaus oli paras asia hänen elämässään. Yksi vastaaja kuvaili hoitoaan negatiivissävytteisesti: ”Ei keskusteltu, arvioivat ja yhtä lääkettä sain ”

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia primaarin polven tekonivelleikkauksen läpikäyneiden potilaiden kokemuksia fast track -hoitomallilla toteutetusta postoperatiivisesta kivunhoidosta ja varhaisesta mobilisaatiosta. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa, jonka avulla vuodeosasto pystyy kehittämään nopean toipumisen hoitomalliin liittyvää ohjausta, kivunarviointia, kivunhoitoa sekä edistämään varhaisen mobilisaation toteutumista. Käytimme aineiston keruumenetelmänä strukturoitua kyselylomaketta (Liite 3), jossa oli pääsääntöisesti määrällisiä kysymyksiä, mutta myös muutama laadullinen kysymys. Tutkimuksemme päätulokset osoittavat, että potilaat kokivat osastolla toteutuneen kivunhoidon riittäväksi ja arvosanaltaan kiitettäväksi. Potilaiden saama ohjaus kivunhoidosta ja mobilisaatiosta oli moniammatillista ja monipuolista. Enemmistö potilaista ei kokenut varhaista mobilisaatiota ahdistavaksi tai pelottavaksi.

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustulokset kauttaaltaan kertovat hoidon eri osa-alueiden toimivuudesta osastolla. Tarkempien päätelmien teko tutkimustuloksia analysoidessa oli kuitenkin paikoitellen haastavaa, sillä vastaajat eivät olleet vastanneet esimerkiksi kaikkiin kysymyksessä esitettyihin väittämiin tai he olivat vastanneet ylipäättään vain osaan kyselylomakkeessa olleista kysymyksistä. Tämä vaikeutti tutkimustulosten vertailua ja saattoi vaikuttaa osaltaan myös luotettavuuteen. Päätimme kuitenkin hyödyntää myös osittain täytetyistä lomakkeista saadut vastaukset, sillä yksittäisistäkin kysymyksistä saatu tieto auttoi meitä ymmärtämään potilaiden kokemuksia.

#### 8.1.1 Ohjaus ja tiedonsaanti

Voimme tehdä saamiemme tulosten perusteella päätelmän, että ohjaus niin ennen kuin jälkeen leikkauksen on ollut monipuolista ja potilaat ovat saaneet tietoa kuntoutumisen ja kivunhoidon kannalta olennaisista asioista. Erityisesti varhaiseen liikkeellelähtöön leikkauksen jälkeen on kiinnitetty huomiota sekä ennen leikkausta tapahtuvassa tiedottamisessa että leikkauksen jälkeisissä ohjaustilanteissa. Leikkauksen jälkeen potilaille oli annettu hyvin tietoa kivusta ja kivunhoidosta, mikä tukee potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa (Kellokumpu 2012, hakupäivä 16.9.2014). Vastaajista suurin osa (83 %) koki saaneensa vaikuttaa omaan hoitoonsa ja potilaiden kivunkokemukseen suhtauduttiin vakavasti, potilas on ollut ikään kuin osa hoitotiimiä.

Ohjaus on tutkimuksemme mukaan vaikuttanut positiivisesti potilaan sitoutumiseen omaan hoitoonsa ja hoito on ollut yksilöllistä ja potilaslähtöistä.

Tutkimukset osoittavat, että suullinen ja kirjallinen ohjaus parhaimmillaan edesauttavat potilaan osallistumista omaan hoitoonsa, mikä taas lisää potilastyytyväisyyttä (Kellokumpu 2012, hakupäivä 16.9.2014; Husted 2012, hakupäivä 17.9.2014). Tutkimuksemme tulosten perusteella voimme tehdä johtopäätöksen, että hyvä, monipuolinen ja moniammatillinen ohjaus on vaikuttanut potilaiden tyytyväisyyteen kivunhoidosta.

Vaikka vastaajista (n=22) vain neljä koki saaneensa ohjausta kipumittarien käyttöön, voimme kuitenkin kokonaisuutta tarkastellessamme tehdä päätelmän, ettei käsite ”kipumittari” ole välttämättä tullut kyselylomakkeessa olevasta ”tietoiskusta” huolimatta täysin ymmärretyksi ja näin ollen potilaat eivät välttämättä ole kokeneet saaneensa ohjausta kipumittarien käyttöön. Kipumittaria käytettäessä potilasta tulisi aina ohjata kipumittarin käytössä sillä puutteellinen ohjaus vaikuttaa mittaustuloksen laatuun ja luotettavuuteen. (Pudastähkä ym. 2010, 410; Korean Knee Society 2012, hakupäivä 9.2.2014).

Kipumittareiden käytön opastuksen olisi hyvä olla kiinteä osa hoitokäytäntöä. Kuitenkin vastaajista (n=22) suurin osa oli jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä, että kivunarvioinnin ohjaus oli riittävää. Kaiken kaikkiaan ohjaus on ollut siis tasapainossa ja potilaat ovat saaneet yhtäläisesti tietoa sekä ennen että jälkeen leikkauksen kuntoutumisen kannalta olennaisista seikoista. Kivunarvioinnin osa-alueita voitaisiin kuitenkin korostaa enemmänkin preoperatiivisessa ohjaamisessa ja tiedottamisessa, jotta kivunarviointi olisi tasalaatuista niin heräämövaiheessa kuin osastolla.

Fast track -kirurgiaan liittyy koko hoitoryhmän osallistuminen potilaan motivoimiseen postoperatiiviseen kuntoutumiseen. Voimme päätellä, että vastaajat ovat saaneet ohjausta moniammatillisesti ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Moniammatillisesti toteutettu ohjaus pienentää mahdollisuutta, että potilaan ohjaus jää puutteelliseksi, sillä jokainen ammattiryhmä kertoo hoidon osa-alueista omasta näkökulmastaan, omalla ammattitaidollaan. Näin ollen potilaalla on mahdollisuus saada realistinen kokonaiskuva hoidon vaiheista ja kuntoutumisen kannalta merkittävistä seikoista. (Scheinin 2006, 545.)

### 8.1.2 Kivunarviointi

Potilaiden leikkauksenjälkeistä kipua on pääsääntöisesti kartoitettu useammin kuin kerran päivässä, mikä kertoo laadukkaasta ja tehokkaasta kivunhoidosta. Säännöllisellä kivunarvioinnilla potilas saa myös itse osallistua aktiivisesti hoitoonsa. Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamista koskevan suosituksen mukaan kivusta ja sen hoidosta kirjattavien asioiden vähittäisvaatimuksiin kuuluu, että potilaan kipua tulisi arvioida validoitua mittaria (VRS, VAS, NRS) käyttäen vähintään kerran työvuoron aikana. On tärkeää kirjata kivun voimakkuus ennen ja jälkeen kivunhoidon, jotta voidaan arvioida kivunhoitomenetelmän tehokkuutta. (Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen työryhmä 2012, hakupäivä 16.9.2014). Niiden potilaiden kohdalla joiden kiputilaa oli arvioitu vain kerran päivässä tai harvemmin, edellä mainittu vähittäisvaatimus ei ole täyttynyt.

Kipumittarin tärkein tehtävä on antaa tietoa kivun voimakkuudesta, kipulääkkeen tarpeesta ja lääkehoidon vaikuttavuudesta (Pudas-Tähkä ym. 2010, 410). Vastaaajista viidennes (22 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että kivun voimakkuus arvioitiin ennen kipulääkkeen antoa. Tasan puolet vastaaajista oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä. Kysymyksen asettelu on hieman huono, koska kysymyksen kuuluisi tarkoittaa vain tarvittavia kipulääkkeitä. Emme voi näin ollen olla varmoja, että kysymys on ymmärretty oikein.

### 8.1.3 Kivunhoito

Salanterä ym. esittävät aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyön suosituksessa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmiä käytettävän yhtenä osana potilaan kivunhoitoa (2013, hakupäivä 16.9.2014). Potilaiden kokemusten mukaan lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat olleet osana kivunhoidon kokonaisuutta. Erään potilaan kokemus kivun häivyttämisestä ajatuksista on mielestämme mielenkiintoinen, sillä Salanterän ym. hoitotyön suosituksessa myös mielikuvaharjoitukset ja ajatusten suuntaaminen pois kivusta luetaan osaksi lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ja tutkijan näkökulmasta heräsikin ajatus, oliko potilas saanut ohjausta mielikuvaharjoitteluun ja ajatusten suuntaamiseen kivusta muualle vai oliko hän oma-aloitteisesti päätenyt tähän ratkaisuun. (2013, hakupäivä 16.9.2014)

Vastaaajien kivunhoidolle antamista arvosanoista voi päätellä, että potilaat ovat kokeneet postoperatiivisen kivunhoidon kiitettäväksi. Lisäksi potilaat kokivat leikkausta edeltävän

kivunhoitoa koskevan ohjauksen olleen monipuolista ja riittävää. Näin ollen voimme olettaa, että vastaajat ovat saaneet todenmukaisen kuvan postoperatiivisesta kivunhoidosta, mikä on osaltaan lisännyt potilastyytyväisyyttä (Korean Knee Society 2012, hakupäivä 9.2.2014).

#### **8.1.4 Varhainen mobilisaatio**

Kartoitimme potilaiden kokemuksia liikkeellelähdistä ja liikkumisesta leikkauksen jälkeen. Kokemukset jakautuivat melko tasan ääripäiden kesken. Tämä on hyvä osoitus siitä, kuinka yksilöllisesti potilaat kokevat tilanteet, vaikka esimerkiksi liikkeelleläähtöä on ennakoitu kipulääkkeellä suurimmalla osalla (81 %) vastaajista (n=16). Vastaajista vähemmistö koki liikkumisen leikkauksen jälkeen pelottavaksi ja ahdistavaksi, vaikka polven tekonivelleikkauksen jälkeistä kipua pidetään merkittävänä mobilisaatiota rajoittavana tekijänä (Holm ym. 2010, hakupäivä 29.9.2014). Tämäkin viittaa preoperatiivisen ohjauksen olleen onnistunutta, sillä potilas on saanut todenmukaisen kuvan muun muassa leikkauksen jälkeisestä kivusta sekä kuntoutuksen kulusta, mikä on voinut vähentää potilaiden pelkoa, ja lisätä tyytyväisyyttä (Korean Knee Society 2012, hakupäivä 9.2.2014).

Huomasimme ristiriidan väittämien ”Sain riittävästi kivunlievitystä ennen liikkeelle lähtöä” ja ”Liikkuminen oli erittäin kivuliasta” välillä. Osa vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että varhainen liikkeelle lähtö oli erittäin kivuliasta, vaikka kivunhoito ennen liikkeelleläähtöä on ollut riittävää. Esimerkiksi yksi vastaajista oli sitä mieltä, että liikkuminen oli erittäin kivuliasta, vaikka hän oli kokenut saaneensa riittävästi kivunlievitystä. Yksi vastanneista puolestaan koki, ettei liikkuminen ollut erittäin kivuliasta, vaikka hän ei ollut saanut riittävää lievitystä kipuunsa. Näin ollen on mahdollista, että osa potilaista on lukenut vastausvaihtoehdot huolimattomasti tai vastauksissa on inhimillinen virhe, jolloin tulokset eivät ole todenmukaisia ja niiden luotettavuus on kyseenalaista. Vastauksien perusteella uskomme, että kivunhoito on pääsääntöisesti ollut riittävää, mutta kysyttäessä mobilisaatioon liittyvästä kivusta, potilas on erityisesti liikkumista ajatellessaan vastannut sen olleen kivuliasta. Näkemyksemme mukaan varhainen mobilisaatio aiheuttaa edelleen haasteita kivunhoidolle.

## **8.2 Tutkimusprosessin tarkastelua**

Opinnäytetyön teossa koimme haasteita esimerkiksi aineiston analysoinnissa. Tutkimuksen tilanneen osaston osastonhoitajan mukaan polven tekonivelleikkauksia tehdään kahdesta viiteen

viikossa, minkä vuoksi luulimme saavamme jopa 30 palautettua kyselylomaketta kuuden viikon aikana. Määrä olisi ollut riittävästi opinnäytetyönä toteutetulle tutkimukselle. Opinnäytetyömme ei kuitenkaan valmistunut suunnitellun aikataulun mukaisesti, sillä jouduimme jatkamaan tutkimusaikaa vähäisen tutkimusaineiston vuoksi. Yhteistyö osaston kanssa sujui ongelmitta tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Aineiston analysointi tuotti meille hankaluuksia, koska osa vastauslomakkeista oli täytetty vajavaisesti. Tähän uskomme vaikuttaneen muun muassa potilaiden vähäinen kiinnostus ja taito vastata lomakkeen kysymyksiin. Näin ollen toimivan kyselylomakkeen luominen tutkimuksemme kohderyhmälle osoittautuikin meille haasteelliseksi tehtäväksi. Emme huomioineet riittävästi vastaajien ikää, sillä lomakkeen kysymyksistä olisi voinut tehdä entistä yksinkertaisempia.

Mielestämme tutkimuksemme aihe on mielenkiintoinen ja ajankohtainen, minkä takia meille olikin suuri pettymys, että tutkimusaineistomme ei ollut kovin kattava. Tutkimusaineisto jäi myös, kuten kyselytutkimuksen haittana on, hieman pinnalliseksi mobilisaatioon liittyvää tutkimusongelmaa ajatellen. Koemme, että osasto ei saanut suurinta mahdollista hyötyä tutkimuksestamme, vaikka saimme kartoitettua potilaiden kokemuksia postoperatiivisesta kivunhoidosta. Saavutimme kuitenkin itsellemme asetetut tavoitteet hyvin. Vaikka tutkimuksen tekeminen tuotti haasteita, perehtyessämme tutkimuksemme aiheen tietoperustaan tietomme postoperatiivisesta kivunhoidosta ja sen laadusta on karttunut huomattavasti.

### **8.3 Eettiset kysymykset**

Tutkimuksen eettisyydessä täytyy kiinnittää huomiota tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohteluun. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että tutkittavilla täytyy olla vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen, sekä heitä tulee informoida tutkimuksen kulusta. Eettisyys tulee huomioida myös aineiston keruussa, mikä näkyy anonymiteetin takaamisena ja aineiston asianmukaisena tallentamisena. Tulosten rehellinen analysointi sekä asianmukaisten lähdemerkintöjen osoittaminen tekstejä lainatessa ovat tärkeitä eettisiä periaatteita. (Hirsjärvi 2013, 23–27.)

Hoitajat jakoivat kyselylomakkeen kohderyhmän potilaille kotiutusvaiheessa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, mikä kävi ilmi tutkimuskuoressa olevasta saatekirjeestä (Liite 2). Potilaat antoivat suostumuksen tutkimukseen osallistumiselle vastaamalla kyselyyn. He

vastasivat kyselylomakkeeseen nimettömänä, jolloin emme voineet tunnistaa vastaajia. Potilaiden anonymiteettia suojasi myös se, että emme olleet missään vaiheessa tekemisissä kyselyyn vastanneiden tai heidän potilastietojensa kanssa ja potilaiden kanssa tekemisissä oleva henkilökunta on vaitiolovelvollinen. Vastatut kyselylomakkeet säilytettiin suljetussa kirjekuoressa osaston kansliassa. Tutkimusaineisto tullaan hävittämään Oulun ammattikorkeakoulun tietosuojajätteen mukana opinnäytetyön valmistuttua.

Emme tutkimuksessamme plagioineet muiden tekstejä, emmekä väärennelleet tutkimustuloksia. Raportoimme tuloksista selkeästi ja totuudenmukaisesti parhaan taitomme mukaan sekä arvioimme tutkimustamme kriittisesti. Tutkimuksen tuloksista emme ilmoittaneet tutkimukseen osallistujille anonymiteetin säilymisen vuoksi. Emme myöskään nimenneet osastoa opinnäytetyön raportissa tai seminaarissa.

#### **8.4 Luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkimuksen validius eli pätevyys, jolla tarkoitetaan kyselylomakkeen kysymysten kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Kysymyslomakkeemme sisälsi monivalinta-, asteikkoihin perustuvia ja avoimia kysymyksiä. Näin yhdistämällä määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmän, tutkimuksemme luotettavuus lisääntyy. Tutkimuksemme pätevyyttä lisäsi kyselylomakkeen esitestaus, jolla pyrimme saamaan selville ovatko kyselylomakkeen kysymykset toimivia, helposti ymmärrettäviä ja loogisia. (Hirsjärvi 2013, 231–233.) Esitestauksessa tarkistimme myös, että kysymykset vastaavat tutkimusongelmiin ja, että kysymyksissä on riittävästi vastausvaihtoehtoja. Tämän tutkimuksen kyselymittarilla pystyimme osoittamaan tutkimusongelmien mukaisesti potilaiden kokemuksia kivunarvioinnista, kivunhoidon laadusta ja mobilisaatiosta.

Reliaabelius eli tutkimustulosten toistettavuus tarkoittaa sitä, että useammalla eri tutkimuskerralla saadaan sama tulos tai saman tutkimuksen kaksi eri arvioijaa päätyy samaan tulokseen (Hirsjärvi 2013, 231). Tutkimuksemme toistettavuuteen vaikuttaa tutkimusmenetelmänä olevan kyselyn haittapaolet. Osa vastaajista oli täyttänyt vain kyselyn ensimmäisen ja viimeisen sivun. Osa puolestaan oli vastannut vain osaan väittämistä Likertin asteikkoon perustuvissa kysymyksissä, minkä takia kyselyn tulokset eivät ole kaikin puolin tasalaatuisia. Kaikki vastaajat eivät vastanneet kaikkiin väittämiin ja kysymyksiin, joten jokaisen väittämän vastaajamäärät poikkeavat toisistaan, joten vastausten vertailu on haastavaa. Emme voi olla varmoja, että kyselylomakkeen

kysymykset on ymmärretty oikein. Emme myöskään tiedä, ovatko esimerkiksi kiire tai melu vaikuttaneet kyselylomakkeen täyttämistilanteessa. Täten myös tutkimuksen luotettavuus heikkenee. Kivunhoitoon liittyvä yksilöllinen kivunkokemus, tunteet ja mielialan vaihtelut voivat vaikuttaa kyselylomakkeeseen vastaamiseen, mikä puolestaan vaikuttaa tutkimuksen toistettavuuteen (Hamunen & Kalso 2009, 279–280). Voimme kuitenkin yleisellä tasolla tehdä johtopäätöksiä tutkimusongelmien pohjalta, esimerkiksi ovatko vastaajien kokemukset olleet positiivisia vai negatiivisia.

## **8.5 Jatkotutkimuskohteet ja käytännön toimintaohjeet osastolle**

Vaikka tutkimusaineistomme oli suppea, tutkimuksen tilannut osasto sai tietoa siitä, että potilaat ovat pääsääntöisesti olleet tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, kivunhoitoon ja hoitotyöhön. Potilaan hoidossa mukana ollut hoitotiimi on onnistunut antamaan kattavaa ja monipuolista ohjausta, millä uskomme olleen vaikutusta potilastyytyväisyyteen. Tutkimustuloksia analysoitaessa esiin nousi myös muutama jatkotutkimusidea, jotka voitaisiin toteuttaa esimerkiksi ammattikorkeakoulun opinnäytteinä.

Tutkimustuloksiamme täydentämään voisi olla hyödyllistä tutkia myös henkilökunnan kokemuksia fast track – hoitomallilla toteutetusta postoperatiivisesta kivunhoidosta sekä erilaisten kivunarviointimenetelmien käytöstä. Näin saataisiin vertailtavaksi tietoa myös hoitajien näkökulmasta ja hoitokäytäntöjä voitaisiin kehittää niin potilaslähtöisesti kuin työntekijöiden tarpeeseen vastaten. Olisi mielenkiintoista saada tietää, kuinka usein hoitajat työssään hyödyntävät erilaisia kipumittareita, sillä tutkimukseemme osallistuneista potilaista vain osa koki kivunarvioinnissaan käytettävän kipumittaria. Toinen jatkotyönaihe voisi olla ohje henkilökunnalle kivunarviointimenetelmien käytöstä ja potilaalle sopivan kipumittarin valinnasta. Tällöin myös uudet työntekijät ja lyhyitä sijaisuuksia tekevät hoitajat voisivat perehtyä osastolla käytössä oleviin kivunarviointimenetelmiin, jolloin kivunhoito pysyisi tasalaatuisena ja arviointitulokset luotettavina.

Käytännön toimintaohjeena osastolle esitämme, että potilaan osastohoidon alkaessa arvioidaan potilaslähtöisesti sitä, mikä kivunarviointimenetelmä on potilaan tarpeita vastaava. Tieto kirjattaisiin potilastietojärjestelmään ja näin ollen hoitajien olisi mahdollista kaikissa hoidon vaiheissa toteuttaa yhtenäistä kivunarviointia ja kipumittareista saatu informaatio olisi paremmin hyödynnettävissä. Mikäli koko hoitohenkilöstä toteuttaisi vakiintuneita käytänteitä mittareiden käytössä ja käytäntöjen noudattaminen olisi yhdenmukaista, olisi kipumittareiden avulla saatu



informaatio paremmin hyödynnettävissä. Kivunarvioinnin laatuun vaikuttavat muun muassa potilaan tarpeisiin sopivien kipumittareiden käyttö sekä käytössä olevien mittareiden käytön opastaminen. Kirjaamisten perusteella voidaan käyttää aina samaa kivunarviointimenetelmää, joka on potilaalle tuttu ja mittareiden tulos on näin ollen luotettavampi. Kun kipua arvioidaan riittävän usein, voidaan kirjausten perusteella arvioida kivunhoidon riittävyttä ja seurata, tarvitseeko potilas esimerkiksi liikkeellelähdön yhteydessä ennakoiden lisää kipulääkitystä. (Salanterä & ym. 2013, hakupäivä 16.9.2014.)

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Potilaat ovat saaneet hyvin ohjausta kivusta, kivunhoidosta ja varhaisesta liikkeelle lähdöstä sekä ennen leikkausta että leikkauksen jälkeen. Kivunarviointimenetelmiä sekä kipumittareita koskeva ohjaus on puolestaan ollut vähäisemmässä roolissa ohjaustilanteissa. Ohjaus on kuitenkin ollut monipuolista ja kivunhoidon kannalta potilaat ovat saaneet tietoa olennaisista asioista. Potilaat kokivat myös, että kivunarviointiin liittyvän ohjauksen sisältö oli ymmärrettävää. Potilaat ovat saaneet tietoa ja ohjausta moniammatillisesti fast track – hoitomallin periaatteiden mukaisesti. Hyvin toteutettu ohjaus parantaa potilastyytyväisyyttä (Korean Knee Society 2012, hakupäivä 9.2.2014). Tämä näkyy selvästi tutkimuksessamme, sillä potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä hoitoonsa.

Kivunarvioinnissa oli käytetty potilaan omin sanoin kertomaa arviota sekä validoituja kivunarviointimittareita. Kipua oli pääsääntöisesti arvioitu useita kertoja päivässä. Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen työryhmän mukaan potilaan kipua tulee arvioida levossa, liikkeessä ja lääkkeen annon jälkeen kivunhoidon tehokkuuden määrittämiseksi. (2012, hakupäivä 16.9.2014.) Kyselylomakkeessamme kysyimme ainoastaan, arvioitiinko kivun voimakkuutta ennen kipulääkkeen antoa. Saaduista vastauksista voimme tehdä päätelmän, että kipua arvioitiin hyvin vaihtelevasti ennen lääkkeen antoa. Kivunhoito on kuitenkin ollut onnistunutta ja riittävää, koska potilaat ovat arvioineet kivunhoidon kiitettäväksi. Perusteluina kiitettävälle arvosanalle oli, että kipulääkettä oli saanut aina pyydettyä ja että heitä oli kuunneltu, kun he olivat kertoneet kivuistaan. Postoperatiivinen hoito yleensäkin oli koettu hyväksi, koska hoitohenkilökunta oli ollut ystävällistä, asiantuntevaa ja huolehtivaa. Potilaiden mielestä hoitaja oli helposti saatavilla. Potilaat ovat kokeneet saaneensa vaikuttaa omaan kivunhoitoonsa.

Varhaista mobilisaatiota ei suurimmaksi osaksi koettu ahdistavaksi eikä pelottavaksi. Kokemukset varhaisen mobilisaation yhteydessä koetusta kivusta vaihtelivat suuresti. Liikkuminen vaikuttaa kuitenkin olleen pääsääntöisesti ainakin jossakin määrin kivuliasta riittävästä kipulääkityksestä huolimatta. Uskomme, että potilaiden kattavaksi kokema preoperatiivinen ohjaus on vähentänyt potilaiden pelkoja ja parantanut potilastyytyväisyyttä. Tutkimustulokset osoittavat, että potilaiden kipua on ennakoitu sekä huomioitu erilaisissa tilanteissa. Ennakoiva ja monipuolinen kivunlievitys on todennäköisesti helpottanut liikkumiseen liittyviä negatiivisia tuntemuksia kuten ahdistusta ja

epämiellyttävää tunnetta. Ennakoinnin lisäksi potilaat ovat saaneet hyvin kivunlievitystä liikkumisen jälkeen, mikä on todennäköisesti motivoinut potilaita kuntoutumisessa.

## LÄHTEET

Aho, K. & Heliövaara, M. 2002. Reumatautien genetiikka, epidemiologia ja kansanterveydellinen merkitys. Teoksessa M. Leirisalo-Repo, M. Hämäläinen & E. Moilanen (toim.) Reumataudit. Helsinki: Duodecim, 13–16, 18.

Arokoski, J. & Kiviranta, I. 2012. Nivelrikko. Teoksessa Kiviranta, M. & Järvinen, M. (toim.) Ortopedia. Helsinki: Kandidaattikustannus, 133–134.

Arokoski, J. & Paimela, L. 2009. Nivelrikon oireet. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) Reuma. Helsinki: Duodecim, 448–449.

Biomet. 2014. Polven tekonivelleikkaus. Hakupäivä 26.9.2014, <http://www.biomet.fi/potilaat/polvi>.

Essving, P., Axelsson, K., Kjellberg, J., Wallgren, Ö., Gupta, A. & Lundin, A. 2010. Reduced morphine consumption and pain intensity with local infiltration analgesia (LIA) following total knee arthroplasty. Hakupäivä 20.9.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2876839/>.

Förster, J. & ja Pitkänen, M. 2009. LIA eli Local Infiltration Analgesia–kivunhoitovaihtoehto lonkka- ja polviproteesileikkausten jälkeen. Finnanest 42 (2), 145–149.

Hakala, M. 2009. Tuoreen nivelreuman taudinkuva ja diagnostiikka. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) Reuma. Helsinki: Duodecim, 324–325.

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kipulääkityksen tarve ovat yksilölliset. Hakupäivä 18.4.2013, [http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip02501&p\\_haku=postoperatiivinen%20kivunhoito](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip02501&p_haku=postoperatiivinen%20kivunhoito).

Harilainen, A. & Sandelin, J. 2004. Kipeä polvi. Teoksessa Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Duodecim, 816 – 817.

Heliövaara, M. 2009. Reumataudit ovat yleisiä. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) Reuma. Helsinki: Duodecim, 12–4, 16.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holm, B., Kristensen, M. T., Myhrmann, L., Husted, H., Andersen, L. Ø., Kristensen, B. & Kehlet, H. 2010. The role of pain for early rehabilitation in fast track total knee arthroplasty. Hakupäivä 29.9.2014, <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/17453674.2014.934186>.
- Husted, H. 2012. Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. Hakupäivä 17.9.2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23205862>.
- Isomäki, H. 2002. Nivelreuma. Teoksessa M. Leirisalo-Repo, M. Hämäläinen & E. Moilanen (toim.) Reumataudit. Helsinki: Duodecim, 152.
- Jonninen, J., Kettunen, J., Lumiaho, J. & Kröger, H. 2007. Polven Oxford-osatekonivelpotilaiden hoitotulokset Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Hakupäivä 22.9.2014, [www.soy.fi/sot-lehti/3-2007/10.pdf](http://www.soy.fi/sot-lehti/3-2007/10.pdf).
- Kairaluoma, P. 2007. Fast track -kirurgian anestesiologiset periaatteet. Finnanest 40 (1), 34–39.
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Voiko kipua mitata? Hakupäivä 28.9.2014, [http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kip00602&p\\_haku=kipumittari](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip00602&p_haku=kipumittari).
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kauppila, AM., Kyllönen, E., Ohtonen, P., Hämäläinen, M., Mikkonen, P., Laine, V., Siira, P., Mäki-Heikkilä, E., Siltonen, H., Leppilähti, J. & Arokoski, J. Multidisciplinary rehabilitation after primary total knee arthroplasty: a randomized controlled study of its effects on functional capacity and quality of life. 2010. Hakupäivä 3.10.2014, <http://cre.sagepub.com/content/24/5/398.long>.
- Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. Hakupäivä 16.9.2014, [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10403](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10403).
- Kettunen, J. 2003. Kenelle polven tekonivel?. Hakupäivä 18.9.2014, <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000018322>

Korean Knee Society. 2012. Guidelines for the Management of Postoperative Pain after Total Knee Arthroplasty. Hakupäivä 9.2.2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526756/>.

Kyllönen, M. & Kukkonen, P. 2012. Fast-track polvitep: anestesia ja analgesia. Henkilökunnan ohje. OYS.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 28.6.1994/559.

Lehto, M., Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005. Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. Hakupäivä 22.8.2013, [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo94920&p\\_haku=polven artroplastia](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo94920&p_haku=polven%20artroplastia).

Lehtomäki, P. & Hoikka, A. 2013. Leikkauspotilaan kivunhoidon periaatteet. Teoksessa K. Heikkinen, A. Hoikka, R. Honkanen & J. Katomaa. Anestesiahoitotyön käsikirja. (toim.) Helsinki: Duodecim, 196-197.

Lehtomäki, P. 2013. Leikkauksen jälkeinen akuutti kipu. Teoksessa K. Heikkinen, A. Hoikka, R. Honkanen & J. Katomaa. Anestesiahoitotyön käsikirja. (toim.) Helsinki: Duodecim, 208-209.

Munk, S., Dalsgaard, J., Bjerggaard, K., Andersen, I., Bæk Hansen, T. & Kehlet, H. 2012. Early recovery after fast-track Oxford unicompartmental knee arthroplasty. Hakupäivä 18.9.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278656/>

Pesonen, A. 2012. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. *Finnanest* 45 (2), 156–160.

Pudas-Tähkä, S. & Kangasmäki, E. 2010. Kivunhoitomenetelmät. Teoksessa A. Kaarlola, M. Larmila, H Lundgrén-Laine, A. Pyykkö, T. Rantalainen & M. Ritmala-Castrén (toim.) Teho- ja valvontatyön opas. Helsinki: Duodecim, 412–413.

Pudas-Tähkä, S. & Kangasmäki, E. 2010. Kivunarviointi. Teoksessa A. Kaarlola, M. Larmila, H Lundgrén-Laine, A. Pyykkö, T. Rantalainen & M. Ritmala-Castrén (toim.) Teho- ja valvontatyön opas. Helsinki: Duodecim, 409–411.

Puolakka, P. 2011. Some Challenges of Postoperative Pain Treatment. Hakupäivä 4.9.2013, <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66697/978-951-44-8317-2.pdf?sequence=1>.

- Rotko, N. 2012. Kolorektaalikirurgisen Fast Track –potilaan hoito. *Spirium* 47 (1), 18.
- Salanterä, S. 2010. Kivun mittaaminen – miten se toteutuu tänään. Hakupäivä 18.2.2014. [http://www.sash.fi/files/luennot\\_anestesiakurssi\\_10/Kivun\\_mittaaminen\\_Sanna\\_Salantera.pdf](http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_10/Kivun_mittaaminen_Sanna_Salantera.pdf).
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Hakupäivä 16.9.2014, [http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf).
- Scheinin, T. 2006. Fast track - kirurgiaa laadusta tinkimättä. *Suomen lääkärilehti* 61 (6), 545.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2012. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypähoito-suositus. Hakupäivä 15.9.2014, <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50054.pdf>.
- Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen asettama työryhmä. 2014. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä. Hakupäivä 15.9.2014, [http://www.say.fi/files/fa\\_3-14\\_verkkoartikkeli.pdf](http://www.say.fi/files/fa_3-14_verkkoartikkeli.pdf)
- Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivun hoidon jaoksen työryhmä. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Hakupäivä 16.9.2014, [http://www.say.fi/files/say\\_suositus\\_kivun\\_kirjaamisesta\\_1\\_.pdf](http://www.say.fi/files/say_suositus_kivun_kirjaamisesta_1_.pdf).
- THL. 2013. Lonkka- ja polviproteesit 2011. Tilastoraportti. Hakupäivä 8.9.2013, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303222594>.
- Zanasi, S. 2011. Innovations in total knee replacement: new trends in operative treatment and changes in peri-operative management. Hakupäivä 22.9.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150806/>.

Hei,

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Oulun ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönä tutkimuksen osastollenne. Työn tarkoituksena on selvittää osastonne polven tekonivelleikkauksen läpikäyneiden potilaiden kokemuksia fast track -hoitomallilla toteutetun postoperatiivisen kivunhoidon arviointimenetelmistä, kivunhoidosta ja kivunhoidon merkityksestä varhaisessa mobilisaatiossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla osastonne pystyy kehittämään fast track -hoitomallilla toteutettua postoperatiivista kivunarviointia ja kivunhoitoa.

Toimitamme teille valmiit tutkimuskuoret, jotka sisältävät potilaalle menevät saatekirjeen ja kyselylomakkeen. **Toivomme, että jakaisitte tutkimuskuoret kotiutuspäivänä primaarin polven tekonivelleikkauksen läpikäyneille potilaille.**

Olisi erityisen tärkeää kertoa potilaille, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista sekä kyselylomakkeeseen vastaaminen on suostumus tutkimukseen osallistumiselle. Lisäksi potilaille olisi hyvä kertoa, että kysely täytetään osastolla ennen kotiutumista, ja sen voi palauttaa hoitajalle ennen kotiin lähtöä. **Sijoitamme hoitajien kansliaan palautuslaatikon, johon toivoisimme teidän palauttavan potilaiden täyttämät kyselyt suljetuissa kuorissa.**

Keräämme tutkimusaineistoa touko-kesäkuun aikana ja jatkamme tarvittaessa tutkimuksen tekemistä kesäsulun jälkeen elo-syyskuussa. Haemme palautetut tutkimuskuoret tutkimuksen puolivälissä, sekä tutkimusajan loppuessa.

Tarvittaessa voitte olla meihin yhteydessä tutkimukseen liittyvissä asioissa joko sähköpostilla tai puhelimitse.

Yhteistyö terveisin,

Evita Enbuska, Anni Karhu & Annakaisa Mattila



**ARVOISA VASTAAJA**

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme tutkimusta opinnäytetyönä leikkauksen jälkeisen kivunhoidon arvioinnista polven tekonivelpotilaan nopean toipumisen hoitomallissa.

Toivomme Teidän osallistuvan ohessa olevaan kyselytutkimukseen, jossa tutkimme tämän hetkisen hoitokäytännön toimivuutta sekä kivunhoidon laatua ja onnistumista polven tekonivelleikkauksen jälkeen osastolla.

**Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista** ja vastaamalla kyselyyn voitte osallistua tutkimukseemme. **Tutkimukseen osallistutaan nimettömänä.** Voitte halutessanne keskeyttää kyselyyn vastaamisen. Vastaamatta jättäminen ei tule vaikuttamaan mitenkään hoitoonne missään vaiheessa.

Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia. Voitte palauttaa kyselylomakkeen **suljetussa** kirjekuoressa hoitajalle. Tutkimukseen osallistumisesta emme maksa palkkiota vastaajille.

Tutkimusaineisto kerätään kevään 2014 aikana osastolla polven tekonivelleikkauksen läpi käyneiltä potilailta kyselylomakkeella. Tutkijat saavat kyselylomakkeen kautta kaiken tarvitsemamme tiedon, eivätkä tutkijat tarvitse tietoa esimerkiksi sairauskertomuksestanne. Aineisto tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja kyselylomakkeet tuhoetaan tutkimuksen valmistuttua. Tutkimuksen tuloksista ei informoida tutkimukseen osallistuneita

Tutkimuksen tekemistä ohjaavat lehtorit Markus Karttunen ja Ulla Paananen Oulun ammattikorkeakoulusta sekä osaston osastonhoitaja. Tutkimuksen tulokset tullaan esittelemään Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa, jolloin osastoa ei nimetä. Tulokset esitellään myös Yliopistollisen Sairaalan osaston henkilökunnalle.

Yhteistyöterveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Evita Enbuska, Anni Karhu ja Annakaisa Mattila

## KIPUKYSELY

## LEIKKAUKSEN JÄLKEISESTÄ KIVUNHOIDOSTA

## 1. Taustatiedot

- |                              |                                       |
|------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nainen | <input type="radio"/> Alle 30-vuotias |
| <input type="radio"/> Mies   | <input type="radio"/> 30-44-vuotias   |
|                              | <input type="radio"/> 45-59-vuotias   |
|                              | <input type="radio"/> 60-75-vuotias   |
|                              | <input type="radio"/> yli 75-vuotias  |

## 2. Leikkaukseen johtanut sairaus

- Nivelrikko
- Reuma
- Jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

3. Sain ohjausta ja tietoa ennen leikkausta:

Rastittakaa kokemustanne parhaiten kuvaavat vaihtoehdot

- Leikkauksen jälkeisestä kivusta
- Leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta
- Erilaisista kivunarviointi menetelmistä
- Kipumittareiden käytöstä
- Leikkauksen jälkeen varhain tapahtuvasta liikkeelle lähdöstä
- En saanut ohjausta edellä mainituista asioista

4. Missä ja keneltä saitte ohjausta ennen leikkausta?

Esim. potilasohjeesta kirjeitse, sairaanhoitajalta, anestesia-lääkäriltä, kirurgilta

---

5. Sain ohjausta ja tietoa leikkauksen jälkeen:

Rastittakaa kokemustanne parhaiten kuvaavat vaihtoehdot

- Leikkauksen jälkeisestä kivusta
- Leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta
- Erilaisista kivunarviointi menetelmistä
- Kipumittareiden käytöstä
- Varhaisesta liikkeelle lähdöstä
- En saanut ohjausta edellä mainituista asioista

## 6. Kipuni arvioinnissa käytettiin seuraavia menetelmiä:

Rastittakaa kaikki menetelmät, joita käytettiin kipunne arvioinnissa

- Hoitaja kysyi kivustani sanallisesti käyttäen 1-10 asteikkoa
- Näytin itse kipuni voimakkuuden numeerisella asteikolla
- Näytin itse kipuni voimakkuuden kipujanalla
- Kerroin kivustani omin sanoin
- Muu arviointimenetelmä, mikä? \_\_\_\_\_
- Ei mitään edellä mainituista vaihtoehdoista

Kipua voidaan mitata muun muassa sanallisesti 1-10 asteikolla tai kuvan muodossa olevalla janalla/kiilalla, josta potilas voi itse näyttää kivun voimakkuuden.

Jos kipunne arvioinnissa ei käytetty edellä mainittuja kipumittareita, voitte siirtyä kysymykseen 8

## 7. Kipumittarin käyttö oli mielestäni

Rastittakaa kaikista alla olevista väittämistä mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Helppoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selkeää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyödyllistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monimutkaista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarpeetonta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8. Kipuani arvioitiin:

- Useammin kuin kerran päivässä
- Kerran päivässä
- Harvemmin kuin kerran päivässä

## 9. Liikkuminen leikkauksen jälkeen oli mielestäni

Rastittakaa kaikista alla olevista väittämistä mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Helppoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipua lievittävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haasteellista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erittäin kivuliasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epämiellyttävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelottavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ahdistavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 10. Sain mielestäni riittävästi kivunlievitystä

Rastittakaa kaikista alla olevista väittämistä mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Levossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ennen liikkeelle lähtöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sängystä noustessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikkeellä olon jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 11. Minkälaisia lääkkeettömiä menetelmiä kipunne hoitoon käytettiin?

Rastittakaa parhaiten sopivat vaihtoehdot

- Kylmäpakkaukset
- Kohoasento
- Muita, mitä? \_\_\_\_\_

### 12. Rastittakaa kaikista alla olevista väittämistä mielipidettänne kuvaava vaihtoehto

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Sain riittävästi tietoa kivun hoidosta <u>ennen leikkausta</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain riittävästi tietoa kivunhoidosta leikkauksen <u>jälkeen</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain riittävästi ohjausta kivunarviointiin liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kivunarviointiin liittyvän ohjauksen sisältö oli ymmärrettävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minua kuunneltiin kun kerroin kivustani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipuuni suhtauduttiin riittäväällä vakavuudella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Rastittakaa kaikista alla olevista väittämistä mielipidettänne kuvaava vaihtoehto**

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Kivun voimakkuus arvioitiin ennen kipulääkkeen antoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain kivunhoitoa aina kun sitä tarvitsin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kivun hoito oli riittävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitaja oli helposti saatavilla kun tarvitsin kivunhoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain vaikuttaa omaan kivunhoitooni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**14. Minkä arvosanan annatte osastolla toteutuneesta kivunhoidosta, asteikolla 1-10? Perustelkaa.**

1= huono, 10= erinomainen

---

**15. Mitä muuta haluaisitte kertoa kokemastanne hoidosta osastolla 10?**

---

Kiitos osallistumisestanne kyselyyn!

Voitte sulkea kyselylomakkeen kirjekuoreen ja palauttaa sen hoitajalle.