

POLVIPROTEESILEIKATTUJEN POTILAIKEN
KOKEMUKSET LEIKKAUKSEN JÄLKEISESTÄ
KIVUNHOIDOSTA

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja
Kevät 2019
Essi Lehto
Tuuli Jurmu

Tiivistelmä

Tekijät: Lehto, Essi Jurmu, Tuuli	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 38 sivua ja 6 liitesivua	Valmistumisaika Kevät 2019
Työn nimi Polviproteesileikattujen potilaiden kokemukset leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta		
Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia polviproteesileikattujen potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta sekä saada heiltä kehitysideoita. Työn aiheeksi valikoituivat polviproteesileikatut potilaat, sillä he ovat yleinen potilasryhmä Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Tutkimme sekä lääkkeellistä, että lääkkeetöntä kivunhoitoa, kivun arviointia, leikkauksen jälkeisen liikkumisen aiheuttamia tuntemuksia sekä akuutin kivun hoitajan, eli APS-hoitajan, tapaamisen tärkeyttä. Tavoitteenamme on hyödyntää saatuja tuloksia kivunhoidon kehittämiseen kirurgian vuodeosastolla ja APS-hoitajien työssä.</p> <p>Tutkimuksessamme käytimme pääosin kvantitatiivista, eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin itse laaditulla kyselylomakkeella, joka sisälsi kysymyksiä vastausvaihtoehtoineen sekä yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomakkeita veimme osastolle 41-42 yhteensä 50 kappaletta. Tutkimuksen päätyttyä täytettyjä kyselylomakkeita palautettiin 33 kappaletta.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella voimme todeta, että polviproteesileikatut potilaat olivat suurimmalta osin tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon ja kokivat sen riittävän hyväksi. Tutkimuksen lopussa olleessa vapaamuotoisessa kysymyksessä ilmeni joitakin muutosehdotuksia hoitajien työhön osastolla. Potilaat toivoivat tarkempaa kuuntelua hoitajalta koskien sitä, millaista kipua kukin potilas kokee. Lisäksi toivottiin, että kivun määrää tiedusteltaisiin enemmän asteikkojen avulla. Hoitajien kiire ja vähyys koettiin ongelmana, samoin kuin liian nopealla aikataululla tapahtuva potilaiden kuntoutus.</p>		
Asiasanat Polviproteesileikkaus, nivelrikko, kivunhoito, kvantitatiivinen tutkimus		

Abstract

<p>Author(s) Lehto, Essi Jurmu, Tuuli</p>	<p>Type of publication- bachelor´s thesis</p>	<p>Published Spring 2019</p>
	<p>Number of pages 38 p + 6 appendices</p>	
<p>Title of publication Knee prosthesis patients experiences of post-operative pain treatment</p>		
<p>Name of Degree Bachelor of nursing</p>		
<p>The main purpose of this thesis was to examine patients experiences of post-operative pain treatment who had been in knee prosthesis surgery and get development ideas based on their feedback. Knee prosthesis surgery patients where selected as the subject of this thesis, because they are a common patient group in Päijät-Hämeen keskussairaala. We examined medical and drug-free pain treatment, pain evaluation, knowledge of the postoperative movement and importance of meeting the APS-nurse. Our goal is to utilize the results to develop pain treatment in surgery ward and in APS-nurses work.</p> <p>We used mostly quantitative research method. The research material was collected by self-made questionnaire, which included questions with multiple answer options and one open question. We took 50 blank questionnaires to the ward 41-42. At the end of the research there were in total 33 filled questionnaires returned to the researchers. The results demonstrated that the knee prosthesis surgery patients were mostly satisfied with pain treatment and found it sufficient enough.</p> <p>At the end of the examination there was a section were patients could write down amendments for nurses work at the ward. Patients hoped that nurses would listen more specifically what kind of pain patient feels. Patients hoped also that the amount of pain would be inquired more by using pain scale. Busy nurses, too fast rehabilitation and too little staff were also seen as a problem.</p>		
<p>Keywords Knee prosthesis surgery, osteoarthritis, pain treatment, quantitative research method</p>		

SISÄLLYS

1.	JOHDANTO	1
2.	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	2
3.	TUTKIMUKSEN TIETOPERUSTA	3
3.1	Polven nivelrikko	3
3.2	Polviproteesileikkaus	5
3.3	Leikkauksen jälkeinen kipu	6
3.4	Leikkauksen jälkeinen kivunhoito	7
3.5	Lääkkeellinen kivunhoito	9
3.6	Lääkkeetön kivunhoito	10
4.	APS-HOITAJA	12
4.1	APS-hoitajan työnkuva	12
4.2	Kivunhoidon kirjaaminen	13
5.	TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISMENETELMÄT	15
5.1	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus	15
5.2	Aineiston keräys	16
5.3	Tutkimuksen aikataulu	16
6.	TUTKIMUKSEN TULOKSET	17
6.1.	Taustatiedot	17
6.2.	Ohjaus ja tiedonsaanti	18
6.3.	Kivun arviointi	20
6.4.	Kivun hoito	22
6.5.	APS-hoitajan tärkeys	24
6.6.	Liikkuminen leikkauksen jälkeen	25

7. TULOSTEN ANALYSOINTI JA POHDINTA	27
8. TUTKIMUKSEN EETTISYYS	29
9. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	30
9.1 Mittarin luotettavuus	31
9.2 Aineiston keruun ja analysoinnin luotettavuus	32
LÄHTEET	34
LIITTEET	38

1. JOHDANTO

Hyvä kivunhoito on keskeinen ja tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Päijät-Hämeen keskussairaalan APS-hoitajan, eli akuutin kivunhoitajan, sekä keskusleikkausyksikön osastonhoitajan tarpeiden mukaan opinnäytetyön aiheeksi valikoitui polviproteesi leikattujen potilaiden kokemukset leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Polviproteesileikatut potilaat ovat yksi yleisimmistä potilasryhmistä Päijät-Hämeen keskussairaalassa. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2017.) Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan APS-hoitajien, sekä ortopedisen osaston 41-42 kanssa. APS-hoitajien iso potilasryhmä ovat polviproteesileikatut potilaat.

Tekonivelleikkaukseen päädytään, jos nivelrikon konservatiivinen, eli leikkaukselta säästävää hoito ei ole ollut potilaalle riittävää. Tekonivelleikkauksia tehdään Suomessa vuosittain n. 10 000 kappaletta. (Arokoski & Kiviranta 2012, 134-135.)

Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 41 hoidetaan tuki- ja liikuntaelinten vammoja. Osastolla toteutetaan välittömästi leikkausta edeltävä ja leikkauksen jälkeinen hoito. Suurin osa potilaista tulevat Akuutti24:n kautta. Osastolla 42 hoidetaan pääosin potilaita, jotka ovat tulleet leikkaukseen kutsuttuina. Tekonivelleikkauksia tehdään Päijät-Hämeen keskussairaalassa vuosittain 800 kappaletta. (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2017.)

2. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata potilaiden tyytyväisyyttä ja kokemuksia polvi-proteesileikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Tutkimuksessa selvitetään, miten potilaat kokivat kivunhoidon ja miten kipua hoidettiin. Tarkoituksena on saada arvokasta tietoa Päijät-Hämeen keskussairaalan hoitohenkilökunnalle, minkä avulla polvi-proteesileikkauksen jälkeistä kivunhoitoa pystytään kehittämään potilaiden mielipiteet huomioon ottaen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa kyselyllä 50 polvi-proteesileikatun potilaan kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 41-42.

Tutkimusongelmat:

1. Millaiseksi potilaat kokevat kivunhoidon Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 41-42?
2. Kokevatko potilaat APS-hoitaja toiminnan Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 41-42 hyödylliseksi?

3. TUTKIMUKSEN TIETOPERUSTA

3.1 Polven nivelrikko

Nivelet yhdistävät luita ja mahdollistavat ihmisen liikkumisen. Ihmisellä on noin 300 niveltä, esimerkiksi pään liikuttamisen mahdollistaa kaulan kiertonivel, lonkan ja polven nivelet sekä olkapään ja kyynärpään nivelet. Polvinivel mahdollistaa suuria liikeratoja, ja onkin ihmisen suurin nivel. Vaikka polvea suojaa useat tukirakenteet, on se altis vammoille ja rasitukselle. Polvi kannattelee ihmisen painoa, minkä vuoksi se joutuu kestäämään jatkuvaa kuormitusta. (Terveyskylä 2018a.)

Nivelrikkoa esiintyy kaikkialla maailmassa, ja se on yleisempää iäkkäillä. Nivelrikko etenee yleensä hitaasti vuosien kuluessa. Nivelrusto alkaa rappeutua, nivelvälit alkavat kaventua, nivelet kipeytyvät ja potilaan toimintakyky laskee. (Suomen Nivelyhdistys ry 2016.) Nivelruston solut eivät pysty muodostamaan uutta kudosta siten, että rusto korjautuisi ennalleen. Ajan kuluessa nivelrusto katoaa luun pinnalta, ja ruston alainen luu muovautuu uudelleen. (Duodecim 2018.) Polven nivelrikon yleisimpiä riskitekijöitä ovat lihavuus, perimä ja ikääntyminen. Polvinivelen vammat ja vuosia toistunut voimakas nivelen kuormitus lisäävät myös nivelrikon vaaraa. (Duodecim 2018.)

Nivelrikon etenemisen vaiheet voidaan tarkemmin jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on pinnallisen rustoväliaineen kollageenisäikeistön rikkoutuminen ja rustoväliaineen vaurioituminen. Toisessa vaiheessa nivelruston vesipitoisuus lisääntyy, rustosolujen synteesiaktiiviteetti kasvaa, rustoväliaineen rakenneosien hajoaminen kasvaa ja ruston paksuus kasvaa. Lisäksi ilmaantuu osteofyyttejä, eli uudisrustomuodostumat alkavat luutua. Kolmannessa, eli viimeisessä nivelrikon etenemisvaiheessa, rustoväliaineen määrä pienenee, ruston pinnallinen osa hapsuuntuu (fibrillaatio) ja rustosta irtoaa paloja. Lisäksi syntyy luuhun asti ylettyviä halkeamia, rustonalainen luu tihentyy (skleroosi) ja nesteonteloja muodostuu. (Hammar 2011, 314.)

Joka kolmas nivelrikkopotilas on oireeton. Yleisin oire alkuvaiheessa on kuormituksen yhteydessä esiintyvä kipu, ja myöhemmin leposärky. (Duodecim 2018.) Kuormituksen yhteydessä ilmaantuva kipu on yleensä luonteeltaan jomottavaa, joka lievittyy alkuvaiheessa rasiusta keventämällä. Polvinivelen kipu on usein paikallisesti polvinivelessä. Tyypillistä nivelrikkonivelelle on liikkeelle lähtiessä tuntuva jäykkyys sekä alle 30 minuutin aamujäykkyys. Varhaisvaiheessa oireistoa voi olla myös epätavallisen kuormituksen yhteydessä

esiintyvä niukka nesteily, jolloin turvotus haittaa nivelen liikkeitä. Vaurion edetessä nivelkapselin kutistuminen ja lihasten vajaatoiminta yhdessä aiheuttavat nivelen asennon sekä muodon muutoksen. Polveen saattaa tulla lukkiutumisoireita rustopinnasta irtoavien kappaleiden vuoksi. Nivelrikkopotilas ei välttämättä enää uskalla varata raajalle kunnolla painoa, sillä rakenteiden vaurioituminen nivelessä saattaa aiheuttaa sen pettämisen rasituksessa. (Hammar 2011, 315-316.)

On syytä hakeutua lääkärin vastaanotolle, kun nivelkipu haittaa päivittäisiä toimintoja, liikumista ja työntekoa tai nivelessä esiintyy leposärkyä. Diagnoosi perustuu röntgenlöydöksiin, lääkärin tekemään kliiniseen tutkimiseen ja potilaan kuvaamiin oireisiin. (Duodecim 2018.) Tarvittaessa tehdään myös erotusdiagnostiset laboratoriotutkimukset. Diagnostiset kriteerit polvinivelrikossa ovat jaettuna kolmeen eri kriteeriin: ensimmäisenä on polvinivelkipu useimpina päivinä kuukaudessa. Toisena on ainakin yksi seuraavista: yli 50 vuoden ikä, alle 30 minuuttia kestävä aamujäykkyys sekä kliinisessä tutkimuksessa tuntuva nivelritinä. Kolmantena on polven röntgenkuvassa näkyvät osteofyytit. (Käypä hoito 2018.)

Polven nivelrikosta kärsivän potilaan hoidon tavoitteena on kivun lieventäminen, toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä sairauden pahenemisen estäminen. Nivelrikon hoito tulisi aloittaa potilasohjauksesta, mahdollisen liikapainon laihtuttamisesta, ohjatusta säännöllisestä liikunnasta sekä ruokavaliosta. Viiden kilon laihtumisen on osoitettu vähentävän 50% oireisen polvinivelrikon ilmaantuvuutta naisilla. Toisena konservatiivisena hoitokeinona voidaan käyttää kylmä- ja lämpöhoitoja, akupunktiota sekä sähkökipuhoitoja. Tämän jälkeen tulevat vasta lääkkeet ja viimeisenä kirurgia. Kirurgisia toimenpiteitä harkitaan vasta, kun kipu ja toimintakyvyn rajoitteet eivät ole muuten hallittavissa. (Kiviranta & Järvinen 2012.)

Lääkehoito nivelrikkoon aloitetaan, jos kivut eivät pysy kurissa kylmähoidoilla, lihaksia vahvistamalla/venyttämällä sekä niveltä sopivasti liikuttamalla. Lääkehoito ei paranna nivelrikkoa, vaan lievittää potilaan kipua. Kivun lääkitseminen on tärkeää, jotta nivelelle hyvää tekevää liikumista ei pääsisi loppumaan kokonaan. Lisäksi liikkumattomuus laskee mielialaa ja voi aiheuttaa lisävaivoja. (Vainikainen 2010, 21.) Ensisijainen kipulääke nivelrikon hoidossa on parasetamoli turvallisuutensa ja tehonsa vuoksi. Parasetamolilla on pieni kipua lieventävä vaikutus. Jos parasetamolin teho ei ole riittävä, siirrytään tulehduskipulääkkeisiin. Ne vaikuttavat nivelkudosten kipuhermopäätteissä. Lyhytaikaiseen kipuun soveltuvat ilman reseptiä apteekista saatavat tulehduskipulääkkeet esim. ibuprofeeni, naprokseeni ja ketoprofeeni. Itsehoitolääkkeet on tarkoitettu tilapäisten oireiden hoitoon ja satunnaiseen muutaman päivän jatkuvaan käyttöön. Jos tulehduskipulääkkeet eivät

vaikuta muutamassa vuorokaudessa, tulee kääntyä lääkärin puoleen. Tulehduskipulääkkeitä määrätessään lääkäri varmistaa niiden sopivuuden pidempiaikaiseen käyttöön. Reseptillä määrättäviä perinteisiä tulehduskipulääkkeitä ovat esim. ibuprofeeni, diklofenaakki sekä naprokseeni. (Suomen nivelyhdistys ry 2018.)

Nivelrikon etenemistä voidaan mahdollisesti hidastaa, minkä vuoksi sen varhainen toteaminen on tärkeää. Nivelrikkoa voidaan ehkäistä tai hidastaa ylipainon pudottamisella, nivelvammojen välttämällä sekä kohtuullisella nivelen kuormittamisella. (Kiviranta & Järvinen 2012.)

3.2 Polviproteesileikkaus

Suomessa tehdään vuosittain noin 10 000 polven proteesia eli tekoniveltä. Tekonivelleikkausta harkitaan, jos konservatiivisella hoidolla ei olla saatu kipuja helpotettua tai toimintakykyä parannettua tarpeeksi. Toimenpidettä harkitaan jokaisen potilaan kohdalla henkilökohtaisesti. Toimenpiteen valintaan vaikuttavat esimerkiksi toimintakyvyn alentuma, nivelrikon radiologinen vaikeusaste sekä potilaan kokema kipu. Etenkin hankala yösärky, hallitsemattomat liikekiput sekä päivittäisten toimintojen olennainen vaikeutuminen puoltavat tekonivelleikkausta. Polvileikkaukset parantavat usein merkittävästi elämänlaatua ja ovat myös kustannustehokkaita. (Arokoski & Kiviranta 2012, 134-135.)

Polviproteesit ovat jäljitelmiä normaalista polven anatomiasta. Tekonivelpolvea tukevat polven molemmat sivusiteet, usein myös takaristiside ja nivelkapseli. Suurin osa tekonivelistä kiinnitetään sementillä luuhun, ja yleensä proteesiosa asennetaan toimenpiteen yhteydessä myös polvilumpioon. Jos vain toinen polvinivelen puoli on nivelrikkoinen, voidaan käyttää osatekonivelleikkausta. Leikkauksesta toipuminen on nopeampaa osatekonivelleikatulla potilailla. Tekonivelleikkaukselle vasta-aiheena on paikallinen tai merkittävä muu infektio. Dementia, runsas alkoholinkäyttö sekä krooniset tai akuutit sairaudet lisäävät komplikaatioriskiä, minkä vuoksi ne täytyy huomioida potilasvalinnassa. Myöskään nuorille tai huomattavasti ylipainoisille ei mielellään tekoniveliä asenneta. (Arokoski & Kiviranta 2012, 418-41.)

Tekonivelleikatut potilaat kokevat pääsääntöisesti saaneensa helpotusta kipuihin ja paranusta polven toimintaan. Kymmenen vuoden päästä leikkauksesta 95% polven kokotekonivelistä on paikoillaan ja toimii, mutta osanivelistä 85-90%. Tekonivelleikatut potilaat voivat harrastaa liikuntaa, jossa vammaariski on pieni, eikä niveleen kohdisteta voimakasta kuormitusta. (Arokoski & Kiviranta 2012, 418-419.)

3.3 Leikkauksen jälkeinen kipu

Leikkauksen jälkeinen kipu on monitasoinen kokemus. Se on epämiellyttävä kokemus, jossa yhdistyvät tunteelliset ja henkiset kokemukset. Kivussa yhdistyvät myös fysiologiset, autonomiset, endokriiniset ja käyttäytymiseen liittyvät reaktiot. (International Association for the study of pain 2011.)

Kudosvaurion aiheuttaman kivun stimuloitumisen ja subjektiivisen tuntemuksen välissä on paljon monimutkaisia kemiallisia ja sähköisiä tapahtumia. Kudoksissa olevat hermopäätteet vastaavat kudosvaurion aiheuttamiin ärsykkeisiin. Ärsyke aiheuttaa hermopäätteiden sähkökemiallisen aktivoitumisen. Perifeeristen hermojen impulssien taajuus määrittää ärsykkeen voimakkuuden, joka aiheutuu kudosvauriosta. Viesti kivusta kulkee hermosoluja pitkin keskushermoston kipua aistiviin osiin. Perifeeriset sensoriset hermot kuljettavat impulssit kudoksesta selkäyttimeen. Selkäytimen välittäjä neuronit aktivoituvat ja välittävät kipuviestin selkäytimestä aivorunkoon, talamukseen sekä sieltä aivokuorelle. Keskushermostossa on inhibitorisia ratoja. Nämä estävät välittäjäaineiden toimintaa selkäytimessä. Esimerkiksi stressi tai Morfiinin kaltaiset kipulääkkeet saattavat aktivoida nämä radat, jolloin kipu lievittyy. Kipua aistivat neuronit aktivoituvat ja välittävät kivun subjektiivisen tuntemuksen. (Kalso & Kontinen 2009, 76.)

Kipu on epämiellyttävä tunne- tai aistikokemus. Se liittyy kudosvaurioon, tai sitä voidaan kuvailla kudosvaurion käsittein. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015.) Hoitotieteessä kipua kuvataan kokonaisvaltaisena ja subjektiivisena kokemuksena. Monien teoreetikkojen mukaan kipu määritellään miksi tahansa kokemukseksi, jonka ihminen määrittelee kivuksi ja se on totta, kun potilas kertoo olevansa kipeä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 84.)

Kivun kokemus on hyvin yksilöllinen. Perinnöllisyys vaikuttaa kivun kokemiseen, koska geenit ovat vaikuttamassa kivun säätelyyn. Elämän aikana kertyneet psyykkiset ja fyysiset kokemukset vaikuttava aistimuksemme havaitsemiseen. Lisäksi ihmisten kyky ja tapa kuvailla kipuaan vaihtelevat hyvin paljon toisistaan. (Ganström 2010, 27.)

Kipu määritellään sen keston perusteella krooniseksi eli pitkäaikaiseksi tai akuutiksi eli äkilliseksi kivuksi. Jos kivun aiheuttaneen hermo- ja kudosvaurion paraneminen kestää normaalia pidempään ja kipu pitkittyy, sitä kutsutaan krooniseksi kivuksi. (Valvira 2017.)

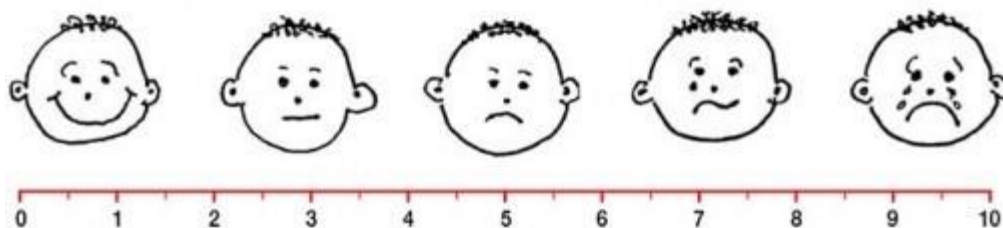
Kivun hoitaminen on tärkeää, sillä hoitamattomana tai huonosti hoidettuna akuutti kipu lisää psyykkistä kuormitusta, pidentää toipumisaikaa ja lisää riskiä kivun kroonistumiseksi. (Niemi-Murola, Jalonen, Junntila, Metsävainio & Pöyhiä 2012, 139.)

3.4 Leikkauksen jälkeinen kivunhoito

Postoperatiivista, eli leikkauksen jälkeistä kipua, kutsutaan akuutiksi kivuksi. Postoperatiivinen kipu on kudolvauriosta johtuvaa, eli nosiseptiivista kipua, ja merkki terveestä kipuhermojärjestelmästä, joka reagoi vaurioon. Kipureseptorit aktivoituvat heti kudolvaurion synnyttä, joka aiheuttaa kivun. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013.) Akuutti kipu pyritään saamaan hallintaan jo heräämössä heti leikkauksen jälkeen laskimoon annettavilla opioideilla. Sillä pyritään saamaan potilaan leikkauskipu heti hallintaan ja löytämään järkevät lääkeannokset potilaalle vuodeosastolle. (Niemi-Murola ym. 2012, 142.)

Akuutin kivun kokeminen leikkauksen jälkeen on yksilöllistä. Kivun voimakkuus ja laatu vaihtelevat potilaskohtaisesti. Kivunhoidon lähtökohtana on kivun mittaaminen, jolloin jokaiselle potilaalle voidaan toteuttaa yksilöllistä kivunhoitoa potilaan tarpeiden mukaan. Kipua pitää mitata ja kirjata järjestelmällisesti kaikilta potilailta. Tärkeää on kivun mittaaminen ja mittaustulosten mukaan toimiminen. Jos potilas ei itse pysty kertomaan kivustaan, niin voidaan potilaan kivusta kysyä ulkopuoliselta. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Kivun arviointimenetelmien lähtökohtana on potilaan oma arvio kivusta. Potilaan haastattelulla ja tutkimisella arvioidaan kivun tyyppi, sijainti ja kesto. Kivun voimakkuuden arviointiin voidaan käyttää yleisesti tunnettuja mittareita, kuten numeerinen asteikko 0-10 (numerical rating scale, NRS), jossa potilas arvioi kivun 0= ei kipua 10= pahin mahdollinen kipu. Kipua voidaan mitata kipujanalla (visual analogue scale, VAS), kipukiilalla (Kuva 2), sanallisella arviolla (verbal rating scale, VRS) tai kasvokuvilla (Kuva 1). (Käypä hoito 2017.) Jos potilas ei pysty itse kommunikoimaan, voidaan kipua arvioida indikaattoreilla, jotka kuvaavat kipua. Näitä ovat kasvojen ilmeet, kehon kieli, ääntely, muutokset persoonallisuudessa sekä henkisissä ja päivittäisissä toiminnoissa ilmenevät muutokset. (Grommi 2015, 12.)



Kuva 1. Kasvoasteikko, jota käytetään kivun arviointiin. Kasvo asteikosta valitaan kipua parhaiten kuvaava kasvojen ilme. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018.)



Kuva 2. Kipukiila, jossa vasen reuna on ei kipua ja oikea reuna kuvaa sietämätöntä kipua. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018.)

Leikkauksen jälkeen, kun kudosaaurion yhteydessä nosiseptorit ovat herkistyneet on ärsykkeen aiheuttama kipu voimakkaampaa kuin lepokipu. Tästä syystä potilaan kivun voimakkuutta tulee arvioida monipuolisesti. Esimerkiksi kivun voimakkuutta tulisi arvioida liikkeessä, levossa ja kysyä häiritseekö kipu nukkumista. Kipulääkkeen antamisen jälkeen tulee arvioida kivun lievittyminen, esimerkiksi kysyä potilaalta, onko kipu liikkeessä lieventynyt tarpeeksi. Kivunhoidon yksilöllisyyteen päästään, kun jokaiselta potilaalta kartoitetaan mihin asioihin kivun mittaamisella keskitytään, mitkä hoidon tavoitteet ovat ja onko hoidolla joitakin esteitä. (Kalso, Vainio & Haanpää 2013, 175-176) Kivun arvioinnin tulisi toistua yhtä usein kuin vitaalinelintoimintojen mittaamisen. Säännöllinen kivun voimakkuuden arviointi sekä kipulääkkeiden vaikutusten arviointi pitää olla prioriteetti. (Grommi 2015, 12.)

Leikkauksen jälkeisen turvallisen ja tehokkaan kivunhoidon avainasemassa on henkilökunnan säännöllinen kouluttaminen. Jotta akuutin kivun hoito on laadukasta ja turvallista, pitää olla yhtenäistävät sairaala- ja yksikkökohtaiset kivunhoito-ohjeet. Selkeillä

toimintamalleilla vähennetään lääkeannosteluun liittyviä virheitä, sekä pystytään laadukkaampaan kivunhoitoon. (Suomen anestesiologiyhdistys 2014.)

3.5 Lääkkeellinen kivunhoito

Polvi- ja reumaleikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytetään lihakseen, laskimoon tai suun kautta annosteltavia kipulääkkeitä. Kivunhoitoon voidaan myös käyttää puuduttamista. (Reumaliitto 2018.)

Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon perustana ovat tulehduskipulääkkeet (esimerkiksi ibuprofeeni ja ketoprofeeni) ja parasetamoli. Tulehduskipulääkkeet estävät tulehdusreaktiota sekä kipua ja kuumetta aiheuttavien välittäjäaineiden prostanoidien syntyä joka puolella elimistöä. Tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa haittavaikutuksena haavan suolistoon tai mahaan, sillä samalla ne estävät mahaan ja munuaisia suojaavien välittäjäaineiden tuotantoa. Tulehduskipulääkkeet voivat häiritä munuaisten toimintaa. (Duodecim 2017.) Parasetamolia voidaan käyttää yksinään lievään leikkaukskipuun tai yhdistettynä kodeiiniin, joka on tehokkaampi kivunlievitys. (Niemi-Murola ym. 2012, 142.) Parasetamolilla on samanlainen kipua lieventävä ja kuumetta alentava vaikutus kuin tulehduskipulääkkeillä, mutta sillä on hyvin heikko tulehdusta vähentävä vaikutus. Tämän vuoksi parasetamolia ei luokitella tulehduskipulääkkeeksi. Parasetamoli ei ärsytä mahaan ja on paremmin siedetty kuin tulehduskipulääkkeet. (Aho ym. 2009, 187-189.)

Multimodaalisella kivunhoidolla pyritään haittavaikutusten minimoimiseen. Sillä tarkoitetaan kivunlievityksen tehostamista yhdistelemällä eri tavoin vaikuttavia kipulääkkeitä, jolloin yksittäisen lääkkeen annos on pienempi ja haittavaikutukset lievemmat. Hoidon tehokkuutta voidaan mitata potilaan saamalla opioidi kipulääkkeiden määrällä. Opioidi kipulääkkeiden vähentämisellä säästetään potilasta niiden tuottamilta haittavaikutuksilta, kuten pahoinvoinnilta ja ummetukselta. (Kontinen & Hamunen 2015.)

Opioidit ovat kipulääkkeitä, jotka vaikuttavat keskushermostoon vähentämällä kipua. Opioidit ovat yleisiä kohtalaisessa ja voimakkaassa leikkauksen jälkeisessä kivunlievityksessä. Erilaisia opioideja on monia, jotka valitaan kullekin potilaalle yksilöllisesti. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018.) Opioidit voidaan jakaa kolmeen ryhmään: heikot opioidit, kuten kodeiini ja tramadoli, keskivahvat opioidit, kuten buprenorfiini, sekä vahvat opioidit, kuten morfiini ja oksikodoni. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 88.)

Leikkauksen jälkeisen kivun lieventyessä yleensä opioidien tarve vähenee ja ennen kotiutumista opioidien käyttö voidaan lopettaa. Tarvittaessa voidaan potilasta ohjeistaa käyttämään opioideja kotona. Opioideja voidaan annostella suun kautta, laskimoon tai lihakseen ja puuduteaineen kanssa epiduraalitiilaan. Opioidien haittavaikutuksia voivat olla pahoinvointi, oksentelu, kutina iholla, väsymys ja tokkuraisuus, sekä ummetus. Tulehduskipulääkkeen samanaikainen käyttö opioidien kanssa vähentää opioidien aiheuttamia haittavaikutuksia sekä opioidien tarvetta. Opioideille voi kehittyä toleranssi eli sietokyvyn kasvaminen, jos opioideja käyttää pitkään. (Terveyskylä 2018b.)

Puudutustekniikoilla on mahdollista saada erinomainen kivunlievitys, jolloin opioidien tarve voi vähentyä jopa 100%. Puudutuksissa haittavaikutukset ovat harvinaisia, mutta haittavaikutukset voivat olla vakavia. Potilasta tulee valvoa puudutusta laittaessa, sekä puuduteinfusion aikana. (Kontinen & Hamunen 2015.) Polviproteesileikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytetään paikallispuudutusta, jolla puudutetaan koko leikkausalue (LIA-puudutus). Puudutus laitetaan leikkauksen yhteydessä ja sitä jatketaan leikkauksen jälkeen katetrin avulla, joka on asetettu leikkausalueelle. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2012.) Puudutetta annetaan kerta-boluksena leikkausalueelle ensimmäisen vuorokauden aikana leikkauksen jälkeen. (Kohonen 2018.)

Lääkehoidon ohjauksessa hoitajien, lääkärin ja farmaseuttisen henkilöstön tehtävä on ohjata potilasta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä. Lääkettä määräävän lääkärin on varmistettava, että potilas tai hänen läheisensä ymmärtävät lääkkeenottotavan ja annostuksen. Potilaalle tulee ohjeistaa, milloin hänen tulee olla yhteydessä hoitohenkilökuntaan tai hoitavaan lääkäriin. Potilaan tulee ymmärtää lääkkeen haittavaikutukset sekä sen yhteisvaikutuksista muiden lääkkeiden ja päihdyttävien aineiden kanssa. Potilaan tulee myös tietää lääkkeen vaikutukset suorituskykyyn, kuten ajamiseen. Potilaalle on hyvä antaa kirjallinen ohjeistus lääkehoidon keskeisimmistä asioista, suullisen ohjeistuksen lisäksi. Potilaan ohjaus ja neuvominen ovat pääroolissa lääkehoidon onnistumisessa. Potilasohjauksella pyritään myös motivoimaan ja sitouttamaan potilas lääkehoitoon. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 160.)

3.6 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat: hieronta, kylmähoito, asento- ja liikehoito, musiikin kuuntelu, rentoutusharjoitukset, ohjattua mielikuvittelu sekä huomion suuntaaminen

muualle. Osalle potilaista saattaa olla hyötyä myös akupunktiosta. Kylmähoitoa käytetään polven tekonivelleikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa usein, sillä kylmä alentaa kudosten lämpötilaa, aineenvaihdunta ja verenkierto hidastuvat sekä lihaskasmit vähenevät. Näin ollen lihakset rentoutuvat ja kipu vähenee. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat yksilöllisiä, jokaiselle potilaalle sopii oma menetelmä, joka löytyy kokeilemalla. (Salanterä ym. 2013.)

Lääkkeettömässä kivunhoidossa korostuu avoin vuorovaikutussuhde potilaan kanssa. Avoimen vuorovaikutussuhteen luominen on tärkeää, jotta potilaan kanssa voi keskustella avoimesti kivusta ja erilaisista mahdollisuuksista hoitaa kipua. Kivunlievitysmenetelmänä voi olla hyödyllinen myös hoitajan kosketus. Etenkin ahdistuneilla ja tajuttomilla potilailla kosketus on havaittu hyväksi kivunhoitomenetelmäksi. Sen on huomattu vapauttavan endorfiinia potilaan elimistössä morfiinin tavoin. (Pätäri 2014.)

4. APS-HOITAJA

4.1 APS-hoitajan työnkuva

APS (Acute Pain Service) -hoitajatoiminta kehitettiin, jotta saataisiin tehostettua postoperatiivista kivunhoitoa sairaalassa. Postoperatiivisen kivun hoitaminen on tärkeää, sillä riittämätön kivunhoito se voi johtaa kivun kroonistumiseen. Ensimmäisenä APS-toiminta aloitettiin Yhdysvalloissa, jossa kivunhallintaryhmä oli motivoitunut ja innostunut asiantuntijoiden joukko. Nykyään APS-toiminnan esiintyvyys vaihtelee 33 prosentista 77 prosenttiin kehittyneissä maissa. APS-hoitajien käyttöönotto on lisännyt potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisen tietoisuutta siitä, että leikkauksen jälkeinen oikeanlainen asianmukainen on erittäin tärkeää potilaan hyvinvoinnin parantamiseksi. (US National Library of Medicine 2018.)

Päijät-Hämeen keskussairaalassa APS-toiminta alkoi tammikuussa 2010. APS-hoitaja on anestesiahoitaja, joka on perehtynyt akuutin kivun hoitoon. Hänen toimenkuvaan kuuluu potilaskäynnit osastoilla, henkilökunnan kouluttaminen sekä yleisillä ja alueellisilla koulutustilaisuuksilla. Hän auttaa ja neuvoo kivunhoitoon liittyvissä ongelmissa. APS-hoitajilta kysytään myös tarvittaessa neuvoa kivun hoidossa käytettävistä välineistä ja laitteista. APS-tiimi tekee yhteistyötä laajasti vuodeosastojen, fysiatrian, kotiutustiimin, kipupoliklinikan, apteekin, eri erikoisalojen lääkäreiden, sosiaalihoitajan sekä psykiatrian yksiköiden kanssa. (Kohonen 2018.)

APS-tiimin muodostavat yhdessä APS-hoitajat sekä vastuuanestesia- ja kipulääkärit. Osastoilla APS-hoitajat tekevät potilaskäyntejä potilaille, joille on tehty kirurginen toimenpide, ovat olleet leikkauksen jälkeen poikkeuksellisen kivuliaita tai määrättyistä kipulääkkeistä on tullut haittavaikutuksia, jotka hidastavat toipumista. Mikäli LEIKO-käynnin yhteydessä herää epäily, että potilaan postoperatiivinen kivunhoito tulee olemaan haasteellista niin potilaasta informoidaan APS-hoitajaa jo etukäteen. Tarvittaessa APS-hoitaja antaa kipulääkettä potilaalle osastolla tai järjestää potilaan heräämään kivunhoitoon tai invasiivisen puudutuksen laittoon. APS-tiimi seuraa näitä potilaita, kunnes kivut ovat hoidettavissa suun kautta otettavalla lääkityksellä ja/tai kivut ovat lieviä. Potilaan kokonaisvaltainen diagnostiikka ja hoito on aina osaston lääkärin vastuulla. (Kohonen 2018.)

APS-hoitajat antavat myös kotiutusohjausta kipulääkityksestä potilaille. Vuodesta 2014 lähtien toiminnassa on ollut APS-jälkipoliklinikka, jossa annetaan tarvittaessa ohjeita kipulääkityksestä jo kotiutuneille potilaille. Puheluissa kartoitetaan potilaan kokonaistilanne ja

tarvittaessa otetaan kantaa potilaan kipulääkitykseen antamalla tai kertaamalla lääkeyksien purkuohjeita. Kipulääkitystä voidaan tarvittaessa muuttaa konsultoimalla APS-vastuulääkäreitä. Jälkipoliklinikan yhteystiedot annetaan potilaille, jotka kotiutuvat vahvempien kipulääkkeiden (opioidit, pregabaliini/gabapentin) kanssa, heillä on todettu/epäily hermovauriosta tai todettu/epäily lääkkeiden väärinkäytöstä. Myös epäily potilaan kotona selviytymisestä antaa aiheen puhelinsoitolle. Osa potilaista voi olla tarvittaessa yhteydessä jälkipoliklinikkaan, osalle sovitaan soittoaika etukäteen. Potilaita kehoitetaan soittamaan jälkipoliklinikalle noin viikon kuluttua kotiutumisesta. Puhelinkeskustelut kirjataan ANEHOI -lehdelle. Puheluissa pyritään käymään läpi kivun voimakkuus levossa/rasituksessa sekä kivun sijainti ja kuvailu, liikelaajuudet, leikkaushaava, mahdolliset turvotukset, yöunet, vatsan toiminta sekä mahdolliset lääkeyksien sivuvaikutukset. Tarvittaessa potilas ohjataan akuutti 24:n, omaan terveyskeskukseen tai konsultoidaan leikkannutta lääkäriä. APS-jälkipoliklinikalle ohjataan, jos lääkeyksien purkua ei pystytä toteuttamaan suunnitellusti. (Kohonen 2018.)

APS-koordinaattorin vastuulla on kipuvastuuhoitajatoiminnan organisointi, johon jokaiselta osastolta pitäisi olla nimettynä 1-2 hoitajaa. Kivunhoidosta vastaavan sairaanhoitajan tehtävänä on opastaa muita hoitajia, toimia yhteyshenkilönä APS-hoitajiin ja kivunhoidosta vastaaviin anestesia- ja kivunhoidon tietoutta omalla osastollaan. Muita APS-koordinaattorin työtehtäviä on mm. kivunhoidon laadunhallinta ja kehittämistyö, potilasohjeet, kivunhoito-ohjeiden antaminen hoitohenkilökunnalle sekä kipuviuhka. Laadunhallintaa on esimerkiksi vuosittain tehtävä kivun kirjaamisen ja arvioinnin seuranta leikkaukspotilailla. (Kohonen 2018.)

4.2 Kivunhoidon kirjaaminen

Suomessa käytetään hoitotyön kansallisen kirjaamisen mallia. Se koostuu hoitotyön luokituskokonaisuudesta Finnish Care Classification (FinCC). FinCC sisältää hoidon tarveluokituksen (SHTal), toimintoluokituksen (SHTol) ja tulosluokituksen (SHTuL). Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen on edellytys sähköiseen potilastiedon arkistoon (eArkisto). Kivunhoidon kirjaaminen on tärkeää, sillä se on väline arvioida hoitotyön tuloksia ja potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa. Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidon kirjaamisessa tulee olla vähintään kivun voimakkuuden arviointi validoidulla mittarilla (VRS, NRS, VAS), Kivunhoitoon käytetty menetelmä sekä kivun hoidossa ilmenneet haittavaikutukset. (Grommi 2015, 10-11.)

Kivun lääkehoidon kirjaaminen on osa sairaanhoitajan työnkuvaa. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu lääkehoitoa koskevien tietojen kulku oman työyhteisön välillä sekä eri yksiköiden välillä. Lääkehoitoa koskevan tiedonkulun välineitä ovat hoitokertomus, lääkelista ja hoitotyön yhteenveto. Lääkehoidon kirjaaminen on myös osa lääkehoidossa tapahtuvien haittatapahtumien kautta oppimista. Toimintatavat ja vastuukysymykset ovat tärkeitä kirjaamisessa. Puutteelliset, väärin kirjatut tai monitulkinnaalliset lääkekirjaukset ovat potilasturvallisuus riski. (Erkko & Johansson 2013, 144.)

Potilasasiakirjoihin merkittäviä tietoja määrittelee Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298):

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009, 7§)

5. TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISMENETELMÄT

5.1 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää, sillä tutkimus kartoitti ihmisten kokemaa kivunhoitoa. Tutkimus perustui mittaamiseen, jonka tuotoksena syntyi lukuarvoja sisältävä havaintoaineisto. Aineistoa analysoitiin tilastollisilla analyysimenetelmillä. Tulosten graafisen esittämisen muotoja ovat pylväsdiagrammi, murtoviivadiagrammi, histogrammi ja sektoridiagrammi. Graafisen esittämisen hyötyjä ovat esityksen monipuolisuus, sekä havainnollinen ja selkeä esitystapa. (Vilpas 2018.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Sen avulla voidaan esimerkiksi selvittää tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia tai asioiden välisiä riippuvuuksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa saatuja tuloksia pyritään yleistämään tilastollisin päättelyn keinoin tutkittua havaintoaineistoa isompaan joukkoon. Määrällisellä tutkimuksella saadaan yleensä selville tämänhetkinen tilanne, mutta ei pystytä asioiden syytä selvittämään. (Heikkilä 2014b, 15.)

Tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä määrällisissä tutkimuksissa ovat lomakekyselyt, internet-kyselyt, puhelinhaastattelut, kokeelliset tutkimukset sekä strukturoidut haastattelut. Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin mikä, missä, paljonko ja kuinka usein. Luotettavuuden vuoksi otoksen täytyy olla numeerisesti suuri, sillä ilmiötä kuvataan numeerisen tiedon pohjalta. (Heikkilä 2014a.)

Tutkimuksessa käytettiin myös kvalitatiivista eli laadullista menetelmää. Kvalitatiivinen menetelmä pyrkii ymmärtämään tutkittavan kohteen ominaisuuksia, laatua ja merkitystä kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen menetelmissä yhteisiä piirteitä ovat näkökulmat, jotka liittyvät kohteen taustaan, esiintymisympäristöön, ilmaisuun ja tarkoitukseen. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Kvalitatiivinen aineisto perustuu (sanalliseen) viestintään. Aineiston keruu on subjektiivisempaa ja perustuu systemaattisiin menetelmiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysi perustuu tulkintoihin sanoista, teoista ja kuvista. Analyysin tuloksena syntyy käsitteellisiä tuloksia ja niiden tulkintoja. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uudenlaista tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta kohteesta. Kvalitatiivisen tutkimuksessa aineisto voidaan kerätä esimerkiksi haastatteluilla ja avoimilla kysymyksillä. (Ritala 2019). Tutkimuksessa potilaat

saivat myös kertoa omin sanoin kokemastaan kivunhoidosta, sekä tutkimuksessa kartoitettiin, miten potilaat kokivat kivunhoidon.

5.2 Aineiston keräys

Tutkimuksessa käytettiin aineistonkeruumenetelmänä kyselyä (Liite 3). Kysely valittiin aineiston keruumenetelmäksi, koska kyselyllä voidaan kerätä laajaa tutkimusaineistoa sekä kartoittaa monia eri asioita yhdessä tutkimuksessa. Se on tehokas aineistonkeruumenetelmä. Kyselylomakkeessa käytettiin Likertin asteikkoon perustuvia monivalintakysymyksiä, sekä yhtä avointa kysymystä kyselyn lopussa.

Likertin asteikko on asenneasteikko, jota käytetään mielipideväittämissä. Se on tavallisesti 4- tai 5-portainen asteikko, jossa vastausvaihtoehdot ovat useimmiten ääripäissä ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Vastaaaja valitsee asteikolta parhaiten omaa käsitystään vastaavan vaihtoehdon. Likertin asteikon heikkoutena on, että jälkimmäisiin vastauksiin saattaa vaikuttaa miten edellisiin kysymyksiin on vastattu. Näin vastaaaja pyrkii samaan loogisuutta vastauksiinsa. (Heikkilä 2014b, 51.) Kyselyssä kysyttiin ensimmäisenä potilaan taustatietoja, joita olivat ikä, sukupuoli ja nivelrikkoon vaikuttavat sairaudet. Kysymykset oli jaettu ryhmiin tutkimusongelmien pohjalta. Ryhmät kartoittivat kivunhoidon ohjausta, kivunhoidon toteuttamista sekä kivunhoidon onnistumista.

5.3 Tutkimuksen aikataulu

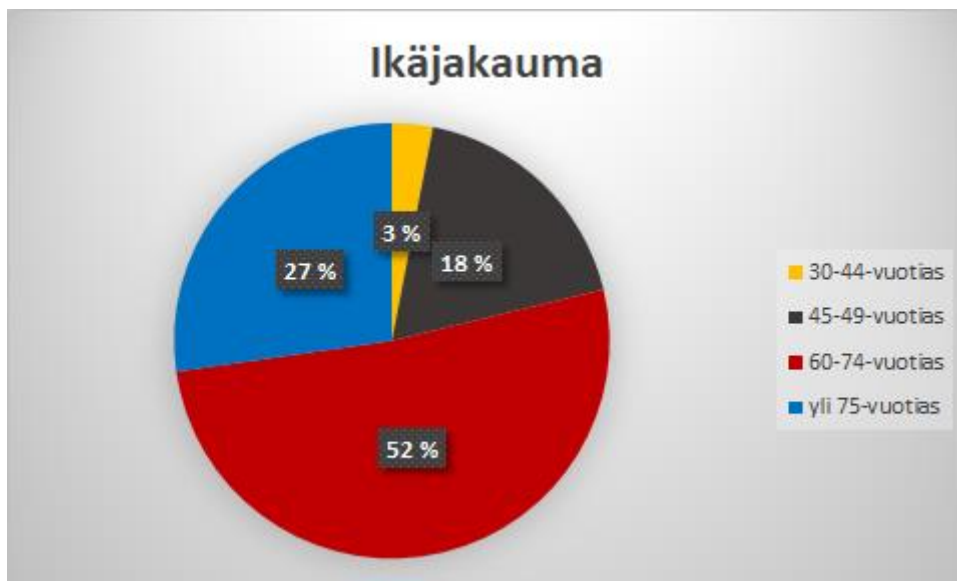
Opinnäytetyöprosessi aloitettiin elokuussa 2018, jolloin tehtiin toimeksiantosopimus Päijät-Hämeen keskussairaalan APS-hoitajien ja keskusleikkausyksikön kanssa. Tutkimuksen aiheen tiimoilta aloimme tutustumaan aiheeseen ja hankkimaan tietoa. Syksyllä 2018 teimme opinnäytetyön suunnitelman ja laadimme kyselylomakkeet saatekirjeineen. Syksyn aikana tapasimme APS-koordinaattoria haastattelun ja kyselylomakkeen suunnittelun merkeissä. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin 22.11.2018 opinnäytetyön ohjaajalle, jonka jälkeen haimme tutkimuslupaa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän toimialajohtajalta. Tutkimusluvan saimme 17.12.2018. Sen jälkeen otimme yhteyttä osaston 41-42 osastonhoitajaan ja tapasimme osastonhoitajan sekä osaston henkilökuntaa osastotunnilla 9.1.2019. Osastotunnilla ohjeistimme henkilökunnan tutkimusta varten. Aloitimme kyselyn toimittamalla tutkimusmateriaalin osastolle. Tutkimus suoritettiin 9.1.2019-5.3.2019 välisenä aikana. Kyselyiden palaututtua kokosimme kyselymateriaalin ja analysoimme tulokset. Opinnäytetyö esitettiin Päijät-Hämeen keskussairaalan henkilökunnalle 27.3.2019.

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolle 41-42 toimitettiin 50 kyselylomaketta saatekirjeineen, joista tutkijoille palautui 33 kappaletta. Tutkimuksen otos jäi oletettua pienemmäksi.

6.1. Taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 33 polviproteesileikkauksen läpikäynyttä henkilöä, joista 21 oli naisia ja 12 miehiä. Kaikki kyselyn täyttäneet olivat vastanneet sukupuolta ja ikää koskeviin kysymyksiin. Suurin osa vastaajista (Kuvio 1) yli puolet (51%) olivat 65-74 vuotiaita. Yli 75 vuotiaita vastaajia oli lähes kolmasosa (27%) ja 45-59-vuotiaita vastaajista oli hieman alle viidesosa (18%). Vastaajista vain 3% oli 30-44-vuotiaita. Alle 30 vuotiaita vastaajissa ei ollut yhtään. Vastaajista valtaosa oli yli 65-vuotiaita.



Kuvio 1. Ikäjakama.

Taustasairauksia koskevaan kysymykseen 16 tutkimukseen osallistujaa oli jättänyt vastaamatta. Kysymykseen vastaamatta jättäminen tulkitaan niin, ettei vastaajalla ole kyseisiä taustoja. Vastaajista 40%:lla oli taustalla krooninen kipu, 24%:lla diabetes, samoin 24%:lla oli reumaa. Fibromyalgiaa oli 6%:lla vastaajista, sekä 6%:lla masennusta.

6.2. Ohjaus ja tiedonsaanti

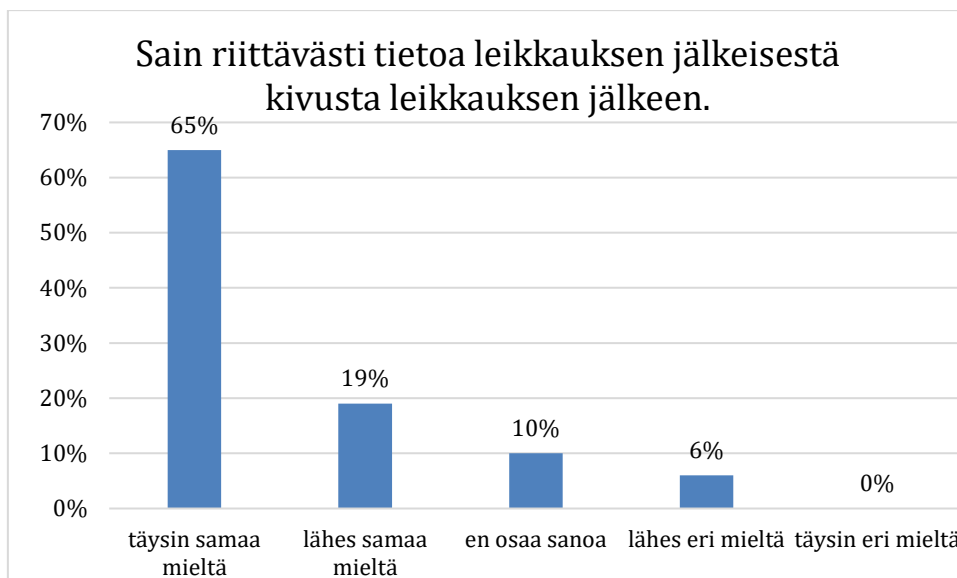
Tutkimuksessa kysyttiin, saivatko potilaat mielestään riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta ennen ja jälkeen polviproteesileikkauksen. Näihin kysymyksiin vastasi 31 henkilöä. Kysyimme, saivatko tutkittavat henkilöt mielestään tarpeeksi tietoa kivun arviointimenetelmistä, sekä ohjausta kipumittareiden käytöstä. Näihin kysymyksiin vastasi 29 henkilöä. Kysyimme, kokivatko potilaat Leiko-käynnillä ennen leikkausta saamansa potilasohjeen: "Kivunhoito leikkauksen jälkeen" hyödylliseksi. Tähän kysymykseen vastasi 26 henkilöä.

Suurin osa (56%) vastanneista koki saaneensa riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta ennen leikkausta (Kuvio 2). Vähän yli kolmasosa (35%) vastanneista koki saaneensa lähes riittävästi tietoa ja 9% (6% lähes eri mieltä ja 3% täysin eri mieltä) vastanneista kokivat saaneensa liian vähän tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta ennen leikkausta.



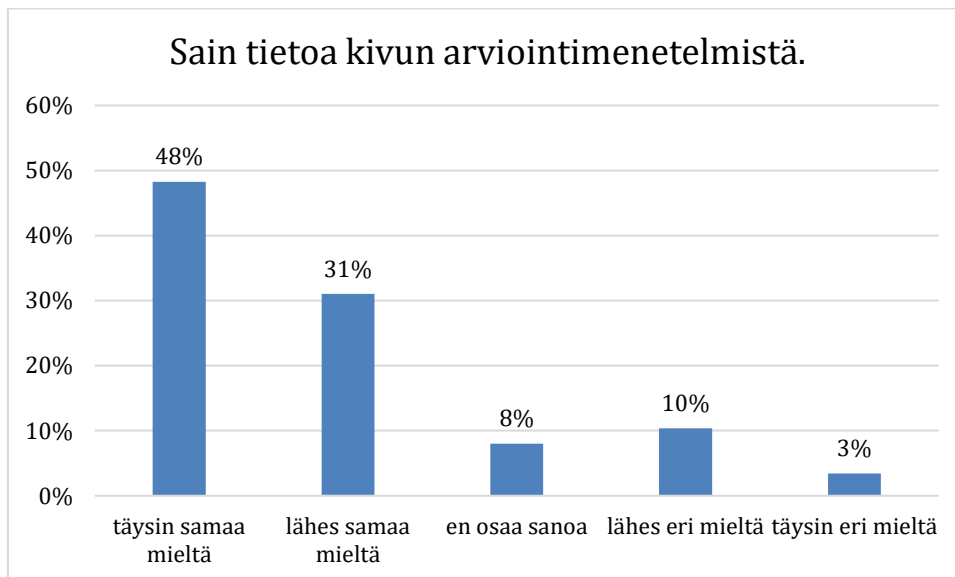
Kuvio 2. Sain riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta ennen leikkausta.

Yli puolet (65%) vastanneista kokivat saaneensa riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta leikkauksen jälkeen (Kuvio 3). Melkein viidesosa (19%) koki saaneensa lähes riittävästi tietoa ja 6% vastanneista koki saaneensa liian vähän tietoa. Vastanneista 10% ei osannut sanoa.



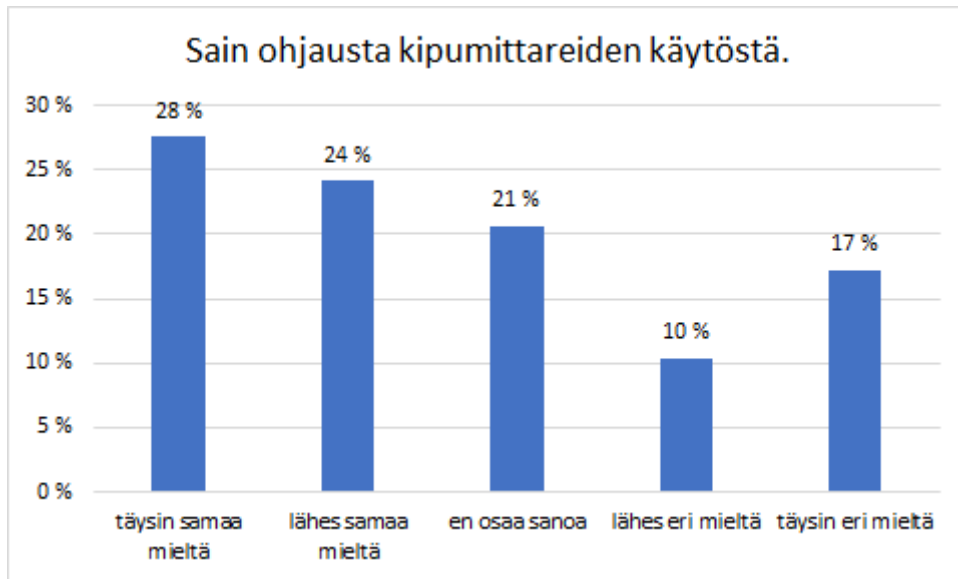
Kuvio 3. Sain riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta leikkauksen jälkeen.

Vastaajista melkein puolet (48%) kokivat saaneensa riittävästi tietoa kivun arviointimenetelmästä (Kuvio 4). Lähes kolmasosa (31%) kokivat saaneensa lähes riittävästi tietoa. Vastanneista 13% kokivat saaneensa liian vähän tietoa kivun arviointimenetelmästä. Vastanneista 8% ei osannut sanoa.



Kuvio 4. Sain tietoa kivun arviointimenetelmästä.

“Sain ohjausta kipumittareiden käytöstä” kysymykseen vastaajista yli puolet 52% olivat lähes tai täysin samaa mieltä (Kuvio 5). Vastanneista 27% (10% lähes eri mieltä ja 17% täysin eri mieltä) kokivat saaneensa liian vähän tietoa kivun arviointimenetelmästä. Viidesosa (21%) vastanneista ei osannut sanoa.



Kuvio 5. Sain ohjausta kipumittareiden käytöstä.

Kysymykseen: Koin Leiko-käynnillä ennen leikkausta saamani potilasohjeen: "Kivunhoito leikkauksen jälkeen" hyödylliseksi. Vastanneista lähes kaikki 92% kokivat potilasohjeen hyödylliseksi (77% täysin samaa mieltä, 15% lähes samaa mieltä). Yksi vastaajista oli lähes eri mieltä ja yksi vastaaja ei osannut sanoa.

6.3. Kivun arviointi

Kivun arviointia koskeviin väittämiin potilaat vastasivat asteikolla: täysin samaa mieltä - en osaa sanoa - täysin eri mieltä. Kyselylomakkeessa kartoitimme, kuinka monta kertaa potilaan kipua arvioitiin vuorokauden aikana. Kysyimme, arvioitiinko kipua kolme kertaa tai enemmän vuorokauden aikana. Vastaajista lähes kolme neljäsosaa (74%) vastasivat, että kipua arvioitiin vähintään kolme kertaa vuorokaudessa. Yli viidesosa (26%) vastaajista ei osannut sanoa montako kertaa kipua arvioitiin vuorokauden aikana.

Toisessa kivun arviointiin kohdistuneessa väittämässä kysyttiin, arvioitiinko kipua kaksi kertaa tai vähemmän vuorokaudessa. Tähän vastanneista yli viidesosa (28%) vastasivat, että kipua arvioitiin kaksi (2) kertaa tai vähemmän vuorokaudessa (Kuvio 6).



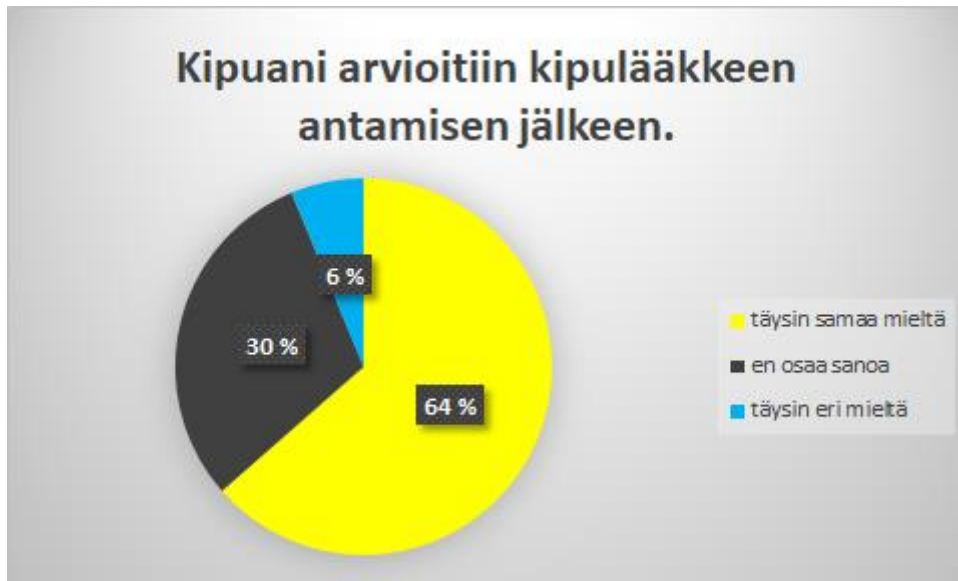
Kuvio 6. Kipuani arvioitiin kaksi (2) kertaa tai vähemmän vuorokaudessa.

Vastaajista 83% kertoivat kivun voimakkuuden asteikolla 0-10. Vastaajista 10% ei käyttänyt kivun voimakkuudesta kertoessaan asteikkoa 0-10. Vastaajista 7% ei osannut sanoa käyttikö kivun arvioimiseen asteikkoa 0-10.

Vastaajista lähes kaikki (97%) vastasi kertoneensa kivustaan omin sanoin. Vastaajista 3% ei osannut sanoa kertoiko kivusta omin sanoin.

Kartoitimme, arvioitiinko potilaiden kipua ennen kipulääkkeen antamista ja kipulääkkeen antamisen jälkeen. Vastanneista yli puolet (65%) kertoi, että heidän kipuaan arvioitiin ennen kipulääkkeen antamista (Kuvio 8). Vastanneista 6% kertoi, että heidän kipuaan ei arvioitu ennen kipulääkkeen antamista. Loput 29% eivät osanneet sanoa arvioitiinko heidän kipuaan ennen kipulääkkeen antamista.

Vastaajista yli puolet (60%) kertoivat, että heidän kipuaan arvioitiin kipulääkkeen antamisen jälkeen (Kuvio 7). Vastaajista 10% kertoi, että heidän kipuaan ei arvioitu kipulääkkeen antamisen jälkeen. Vastaajista 30% ei osannut sanoa arvioitiinko heidän kipua kipulääkkeen antamisen jälkeen.



Kuvio 7. Kipuani arvioitiin kipulääkkeen antamisen jälkeen.

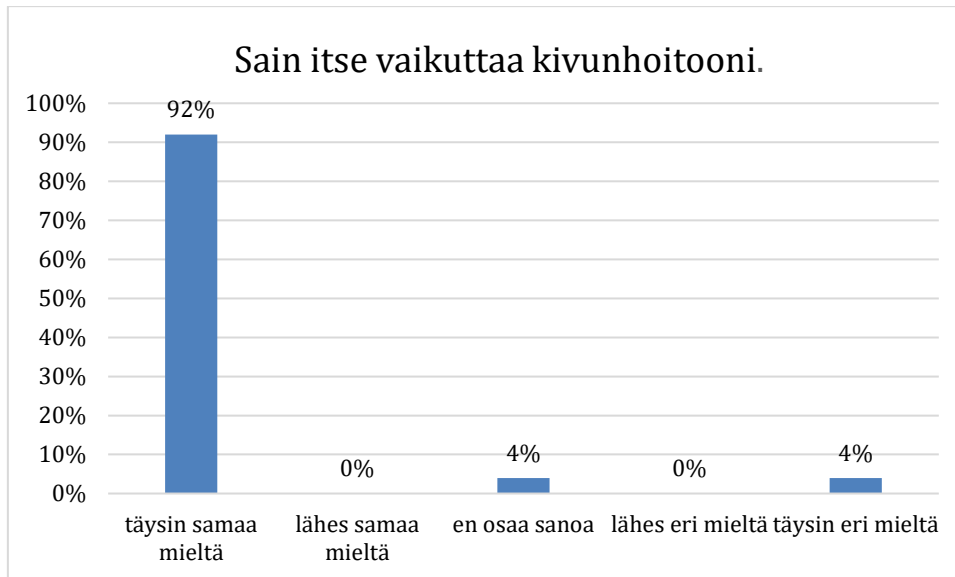
6.4. Kivun hoito

Ensimmäisessä kivunhoitoon liittyvässä kysymyksessä tiedusteltiin, saiko potilas riittävästi kivunlievitystä levossa, ennen liikkeelle lähtöä ja liikkeellä olon jälkeen. Vastanneista 83% oli täysin samaa mieltä siitä, että sai riittävästi kivunlievitystä levossa, ja viidesosa (10%) oli lähes samaa mieltä. Vastaajista 7% oli lähes eri mieltä. Ennen liikkeelle lähtöä vastaajat kokivat saaneensa riittävästi kivunlievitystä. Täysin samaa mieltä väittämästä oli 79% ja lähes samaa mieltä loput 21%. Vastaajista 96% koki, että kivunlievitystä oli tarpeeksi liikkeellä olon jälkeen. Väittämästä samaa mieltä oli 75% ja lähes samaa mieltä 21%. Vastaajista 4% ei osannut sanoa.

Vastaajista 96 % oli täysin samaa mieltä siitä, että sai kivunhoitoa tarvitessaan ja 4% lähes samaa mieltä.

Vastaajista 81% oli täysin samaa mieltä siitä, että heidän kivunhoitonsa otettiin vakavasti ja 15% oli lähes samaa mieltä. Vastaajista 4% koki, että heidän kivunhoitoaan ei otettu vakavasti.

Vastaajista huomattava osa (92%) koki, että sai itse vaikuttaa kivunhoitoonsa osastolla. Vastanneista 4% ei osannut sanoa, ja 4% oli sitä mieltä, ettei saanut vaikuttaa itse kivunhoitoonsa (Kuvio 8).



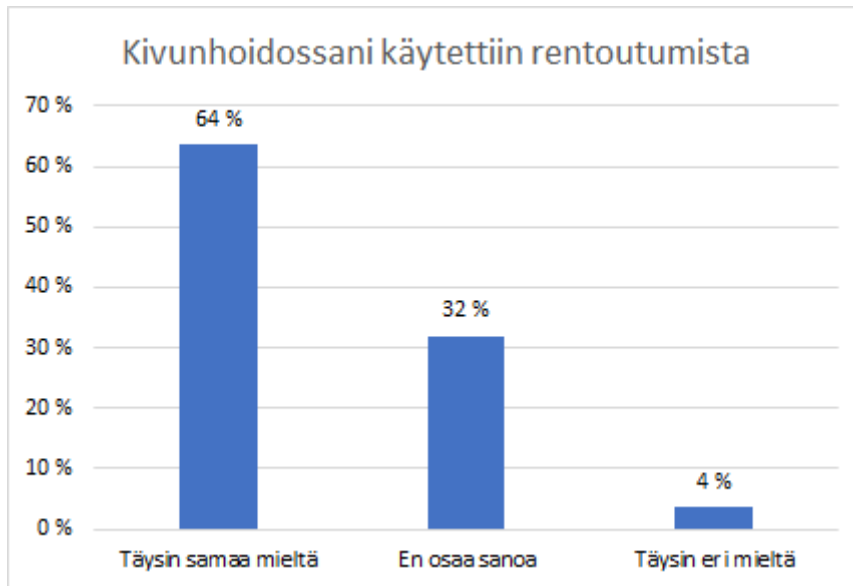
Kuvio 8. Sain itse vaikuttaa kivunhoitooni.

Seuraavassa kysymyksessä tiedusteltiin, kauanko kipulääkkeen saamiseen kului aikaa. Kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että kipulääkkeen saamiseen ei mennyt yli 30 minuuttia. Vastaajista yksi ei osannut sanoa, saiko kipulääkettä ollenkaan. Loput vastaajista saivat pyytäessään kipulääkettä.

Vastanneista 22 henkilöä kertoi saaneensa pyytäessään kipulääkettä heti, 0-10 minuutissa. 2 vastaajaa ei osannut sanoa, saiko kipulääkettä heti. Vastanneista 6 kertoi saaneensa kipulääkettä pian, 10-30 minuutissa. 6 vastaajaa ei osannut sanoa, saiko kipulääkettä pian.

Kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että heidän kivunhoidossaan leikkauksen jälkeen käytettiin kylmäpakkausta. Vastaajista 96% olivat sitä mieltä, että myös asentohoitoa käytettiin. 4% vastasi, ettei koho asentoa käytetty.

Kolmannessa kysymyksessä tiedusteltiin, käytettiinkö potilaan kivunhoidossa rentoutumista. Vastaajista 65% oli täysin samaa mieltä siitä, että käytettiin, ja 32% ei osannut sanoa käytettiinkö rentoutumista heidän kivunhoidossaan. Vastaajista 4% oli täysin eri mieltä (Kuvio 9).



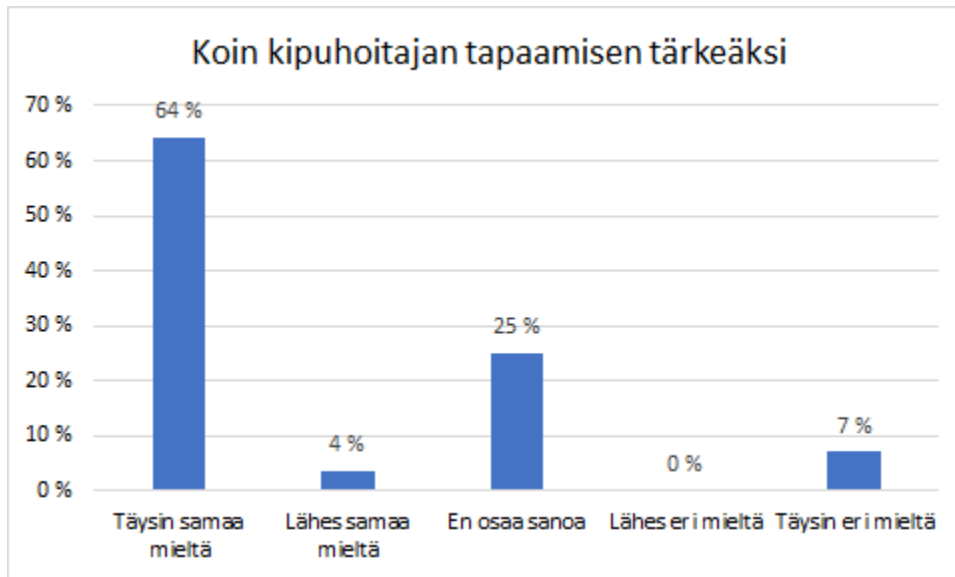
Kuvio 9. Kivunhoidossani käytettiin rentoutumista.

Neljännessä kysymyksessä tiedusteltiin, kannustivatko hoitajat potilasta kipua helpottaakseen. 87% mielestä kannustettiin, ja loput 13% ei osannut sanoa. Viimeisessä kohdassa kysyttiin, kävikö fysioterapeutti potilaan luona. Vastanneista 78% kertoi, että kävi, ja loput 22% eivät osanneet sanoa.

6.5. APS-hoitajan tärkeys

Vastaajista puolet (50%) kertoi tavanneensa APS-hoitajan leikkauksen jälkeen ja 10% vastasi, ettei tavannut APS-hoitajaa ollenkaan. 27% vastanneista ei osannut sanoa, tapasiko APS-hoitajaa vai ei. 13% oli lähes samaa mieltä siitä, että tapasi APS-hoitajan.

Vastaajista yli puolet (68%) kokivat kipuhoidajan tapaamisen tärkeäksi. Neljäsosa ei osannut sanoa, ja 7% vastaajista ei kokenut tapaamista tärkeäksi (Kuvio 10).



Kuvio 10. Koin kipuhoitajan tapaamisen tärkeäksi.

6.6. Liikkuminen leikkauksen jälkeen

Potilailta kysyttiin myös, miten he kokivat liikkumisen leikkauksen jälkeen. Vastaajista 8% oli täysin samaa mieltä siitä, että liikkuminen leikkauksen jälkeen oli helppoa. 35% oli tästä lähes samaa mieltä. 12% ei osannut sanoa, 27% oli lähes eri mieltä. 19% koki, että liikkuminen leikkauksen jälkeen ei ollut helppoa.

Liikkumisen kipua lievittäväksi keinoksi vastaajista koki 40%, sillä 16% vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 24% lähes samaa mieltä. 32% ei osannut sanoa, oliko liikkuminen leikkauksen jälkeen kipua lievittävää. Lähes eri mieltä väittämästä oli 20% ja täysin eri mieltä 8%.

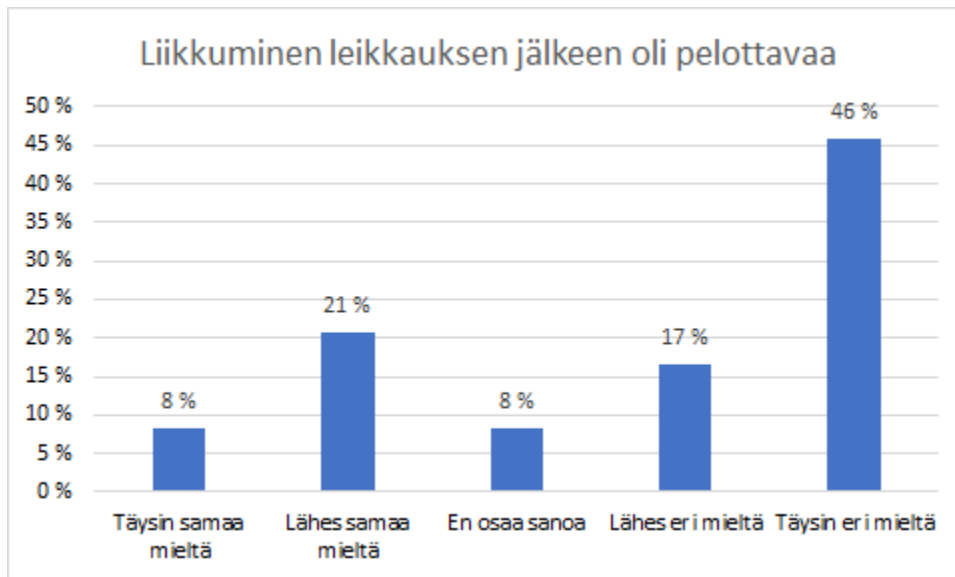
Haasteellista liikkuminen leikkauksen jälkeen oli 84% mielestä, sillä 46% oli väittämästä täysin samaa mieltä ja 38% lähes samaa mieltä. Loput vastaajista oli lähes (8%) tai täysin (8%) eri mieltä siitä, että liikkuminen leikkauksen jälkeen olisi ollut haasteellista.

Epämiellyttäväksi liikkumisen leikkauksen jälkeen koki 18% vastaajista, ja 36% vastasi olevansa lähes samaa mieltä. 18% ei osannut sanoa. 14% oli väittämästä lähes eri mieltä ja myös 14% täysin eri mieltä.

Kivuliasta liikkuminen oli 80% mielestä, sillä 32% vastasi väittämään täysin samaa mieltä ja 48% lähes samaa mieltä. 12% ei osannut sanoa, ja loput 8% oli lähes eri mieltä.

Pelottavaksi liikkumisen leikkauksen jälkeen koki 29%, sillä 8% oli väittämästä täysin samaa mieltä, ja 21% lähes samaa mieltä. 8% ei osannut sanoa. Liikkumista ei kokenut

pelottavaksi 63%, sillä väittämästä lähes eri mieltä oli 17% ja täysin eri mieltä 46% (Kuvio 11).



Kuvio 11. Liikkuminen leikkauksen jälkeen oli pelottavaa.

6.7. Tyytyväisyys

Kyselyn lopussa kartoitimme potilaiden tyytyväisyyttä kokonaisuudessaan saamaansa kivunhoitoon. Esitimme väittämän: "Olen kokonaisuudessaan tyytyväinen saamaani kivunhoitoon." Väittämään oli vastausvaihtoehdot Likertin viisi portaisella asteikolla täysin samaa mieltä - täysin eri mieltä. Vastaajista lähes kolme neljäsosaa (84%) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Loput vastaajista (16%) oli lähes samaa mieltä väittämän kanssa.

Kyselyn lopussa esitimme avoimen kysymyksen, johon vastaajat saivat itse kirjoittaa, miten muuttaisivat saamaansa kivunhoitoa. Vastaajien palautteesta ilmeni potilaiden pääosin olleen tyytyväisiä kivunhoitoonsa. Vastauksista ilmeni potilaiden saaneen kivunhoitoa aina kun sitä tarvitsi. Vastaajat kuvailivat kivunhoitoa joustavaksi ja hyväksi. Vastauksista ilmeni myös kehitysehdotuksia. Esimerkiksi eräs vastaaja olisi toivonut hoitajien tiedustelevan selvemmin kivun astetta. Toisesta vastaajasta tuntui, että hoitajilla oli koko ajan kiire. Yksi vastaaja olisi toivonut hoitajien uskovan potilasta paremmin ja antaa potilaan toipua hänen itsensä eikä hoitajien aikataulussa.

7. TULOSTEN ANALYSOINTI JA POHDINTA

Tutkimustulokset kertovat kivunhoidon toteutumisesta Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 41-42. Tutkimustulosten analysoinnissa oli paikoitellen haasteita. Vastajat eivät olleet esimerkiksi vastanneet kaikkiin sivuihin kyselylomakkeesta tai vastanneet kaikkiin kysymyksessä esitettyihin väittämiin. Nämä vaikuttivat tutkimustulosten vertailuun. Hyödynsimme kaikki kyselylomakkeet, sillä jokaisesta lomakkeesta saimme tärkeää tietoa potilaiden saamasta kivunhoidosta. Vastausvaihtoehtoja muutamassa kyselyn väittämässä olisi voinut muuttaa, jotta vastaukset olisivat olleet selkeämpiä. Muutamassa väittämässä vastausvaihtoehdot vaikeuttivat tulosten analysointia.

Tutkimuksemme on tärkeä, sillä potilaan näkemys hoidon onnistumisesta on tärkeä laadun mittaaja hoitotyössä. Potilaan mielipide voi poiketa hyvinkin paljon hoitohenkilökunnan tai tilastojen näkemyksistä. Tutkimusnäyttö kertoo potilaiden olevan yleisesti ottaen tyytyväisiä postoperatiiviseen kivunhoitoon, vaikkakin kivun koetaan olevan kovaa. Hoitajien suhtautumisen potilaan kivunhoitoon tärkeänä asiana on osoitettu lisäävän potilaan tyytyväisyyttä. (Niinimäki 2019.)

Tutkimuskysymykseen: ”Millaiseksi potilaat kokevat kivunhoidon Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 41-42?” tutkimuksemme vastasi hyvin. Saimme kartoitettua tietoa potilaiden kokeman kivunhoidon kokemuksista laaja-alaisesti. Tutkimuksessa nousi esille, että potilaat saivat kipulääkettä nopeasti ja kipulääkitys oli riittävää. Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä käytettiin runsaasti. Potilaiden kipua oli arvioitu useamman kerran vuorokaudessa. Potilaat kokivat saaneensa itse vaikuttaa kivunhoitoonsa.

Osa potilaista olisi toivonut enemmän ohjausta kipumittareiden käytöstä, sekä tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta. Potilaan riittävä tiedonsaanti hänen omasta hoidostaan on edellytys potilaan itsemääräämisoikeudelle ja potilaan hoitamiselle yhteisymmärryksessä hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan ohjaus on osa hyvää ja asianmukaista hoitoa. Tiedetään, että potilaat eivät saa riittävästi hoitoonsa liittyvää tietoa. (Lipponen 2014.)

Tutkimuskysymykseen: ”Kokevatko potilaat APS-hoitaja toiminnan Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 41-42 hyödylliseksi?” saimme myös hyödyllisiä vastauksia. Tutkimuksessa kysyttiin kahdella kysymyksellä APS-hoitajien toiminnasta. Kysymyksiä olisi voinut olla vielä monipuolisemmin. Kysymyksessä, jossa kysyttiin tapasiko potilas APS-hoitajaa olisi pitänyt laittaa vastausvaihtoehdot kyllä ja ei. Kysymyksessä olleet vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä-täysin eri mieltä” eivät toimineet. Lisäksi tulosten analysoinnin

helpottamiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi toiseen APS-hoitajaa koskevaan "Koin kipuhoitajan tapaamisen tärkeäksi" -kysymykseen olisi kannattanut kehottaa potilaita vastaamaan vain, jos he vastasivat edelliseen kysymykseen tavanneensa APS-hoitajan. Tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että potilaat kokivat APS-hoitaja toiminnan hyödylliseksi.

Päijät-Hämeen keskussairaalan osastolla 41-42 polviproteesileikkauksen jälkeinen kivunhoito on pääsääntöisesti hyvällä mallilla. Potilaat olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä hoitoonsa. Muutama kehitysehdotus tuli avoimeen kysymykseen kyselyn lopussa. Hoitajien toivottiin tiedustelevan selkeämmin kivun astetta sekä eräs vastaaja toivoi hoitajien paremmin uskovan potilasta. Osasto voi kiinnittää huomiota kivun arviointimenetelmien ohjaukseen ja selkeämpään käyttöön. Lisäksi potilaat tarvitsevat tukea ja kannustusta leikkauksen jälkeiseen liikkumiseen, sillä osa potilaista koki liikkumisen olevan haasteellista, epämiellyttävää, kivuliasta ja pelottavaa.

Ehdotuksemme jatkotutkimukselle on kyselylomake tai haastattelu osastolla työskenteleville hoitajille. Hoitajilta voisi kartoittaa tietoa siitä, kuinka he kokevat kivunhoidon toteutuksen laadun osastollaan, miten kivunhoidon kirjaaminen toteutuu ja kuinka kivunhoitoa voisi heidän mielestään parantaa. Tutkimuksessa voisi myös selvittää, järjestetäänkö hoitajille heidän mielestään tarpeeksi kivunhoitoon liittyvää koulutusta.

8. TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Lähtökohtana tutkimuksessa on tutkittavien ihmisten kohtelu kunnioittavasti ja rehellisesti. Suostumus tutkimukseen pyydettiin kaikilta vastaajilta, joka on osa kunnioittavaa kohtelua. Suostuminen tutkimukseen edellyttää, että tutkittavia ihmisiä informoidaan etukäteen mahdollisimman hyvin tutkimuksesta. Tutkittavien ihmisten velvollisuuksia ja oikeuksia kuvataan totuudenmukaisesti ja rehellisesti. Tutkittaville annetaan myös oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää se. Kaikille tutkittaville taataan heidän henkilötietojen salassapito eli anonymiteetti. Tutkittavien henkilötietoja ei missään tutkimuksen vaiheessa paljasteta. Tutkimusta tehtäessä varmistetaan, että tutkittavien ihmisten oikeudet toteutuvat. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367-368.)

Tutkimus toteutettiin kyselynä polviproteesileikatuille potilaille osastolla. Kyselyn saatekirjeessä oli tietoa tutkimuksesta ja tutkimuksen tekijöistä. Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, sekä vastaaja voi keskeyttää kyselyn missä vaiheessa tahansa. Jos vastaaja halusi keskeyttää kyselyn hän kertoi asiasta hoitajalle, joka toimitti kirjekuoren hävitettäväksi. Jokainen kyselyyn osallistuja sai rauhassa miettiä, haluaako osallistua tutkimukseen. Tutkimus tehtiin anonyyminä eikä tutkittavien nimiä kysytty missään tutkimuksen vaiheessa eikä mitään yksittäisen ihmisen tietoja luovutettu muille. Kyselyyn vastanneita ei palkittu. Kyselylomakkeita käsittelivät ainoastaan tutkimuksen tekijät. Kyselylomakkeet säilytettiin suljetuissa kirjekuorissa. Toimitimme osastolle valmiit kirjekuoret, jotka sisälsivät saatekirjeen ja kyselylomakkeen. Hoitaja antoi tutkimuskuoren potilaalle hänen kotiutumispäivänään. Potilas antoi täytetyn kyselylomakkeen ennen kotiin lähtöä suljetussa kirjekuoressa hoitajalle, joka laittoi sen hoitajien kansliaan sijoitettuun palautuslaatikkoon. Tutkimuksen tekijät hakivat suljetut kirjekuoret kanslian palautuslaatikosta. Tutkimuksen päätyttyä kyselylomakkeet hävitettiin.

9. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään reabiliteetti- ja validiteettikäsitteitä. Nämä molemmat käsitteet tarkoittavat tutkimuksen luotettavuutta. Reabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä eli toistettaessa sama tutkimus saadaan samat vastaukset. Reabiliteetti voidaan erotella kahteen osatekijään: konsistenssiin ja stabiliteettiin. Konsistenssi tarkoittaa yhtenäisyyttä eli mittarin osatekijät mittaavat samaa asiaa. Konsistenssin mittaamiseen käytetään Gronbachin alfakeroainta, joka perustuu väittämien korrelaatioon. Stabiliteetti mittaa mittarin pysyvyyttä ajassa. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksen kohteena ovat oikeat asiat tutkimusongelman näkökulmasta. Validiteetin varmistamiseksi käytetään oikeaa tutkimusmenetelmää, mittaamalla oikeita asioita oikealla mittarilla. Mittari on silloin validi, kun se mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Sisäisessä validiteetissa on olennaista käsitteiden hyvä operationalisointi mitattavaan muotoon. Tutkijan on tärkeää pystyä siirtämään tutkimuksessa käytetyt käsitteet ja teorian kyselylomakkeeseen. (Kananen 2008, 79-81)

Ulkoinen validiteetti liittyy tutkimuksen tulosten yleistettävyyteen. Missä tilanteessa, missä populaatiossa ja missä asemassa tutkimuksen tulos voidaan yleistää? Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa validiteetti on ensisijainen. Jos validiteetti on tutkimuksessa kunnossa, ei reabiliteetista tarvitse juuri välittää. Yleensä validiteetti takaa reabiliteetin. Mutta jos reabiliteetti ei ole kunnossa mittarissa, ei mittari ole validi. (Kananen 2008, 81.)

Kyselyn esitestauksella varmistimme, että kysymykset vastaavat tutkimusongelmiin. Samalla tarkistimme, että vastausvaihtoehtoja on riittävästi. Tutkimuksessa pystyimme kyselymittarin avulla kartoittamaan tutkimusongelmien mukaisesti potilaiden kokemuksia kivunhoidon ohjauksesta, kivunhoidon toteutumisesta sekä kivunhoidon onnistumisesta.

Tutkimuksen toistettavuuteen vaikuttavat kyselytutkimuksen haittapuoleet. Osa kyselyyn vastanneista eivät olleet vastanneet kaikkiin kyselylomakkeen sivuihin ja osa kyselyyn vastanneista olivat vastanneet vain osaan kysymyksen väittämistä. Kaikki kyselyyn osallistuneet eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin, joten vastaajamäärät jokaisessa väittämässä poikkeavat toisistaan. Näin ollen vastausten vertailu toisiinsa on haastavaa. Tästä johtuen kyselyn tulokset eivät ole tasalaatuisia kaikilta osin. Emme tiedä onko jokainen vastaaja ymmärtänyt kyselyn kysymykset oikein tai onko vastaustilanteessa ollut häiriötekijöitä, kuten kiire tai meteli. Kivun kokeminen on yksilöllistä ja siihen voivat vaikuttaa tunteet ja mielialat. Nämä voivat vaikuttaa kyselyn vastauksiin, jotka vaikuttavat tutkimuksen toistettavuuteen. Nämä kaikki tekijät heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen

tuloksien pohjalta voimme kuitenkin yleisellä tasolla tehdä johtopäätöksiä, jotka pohjautuvat tutkimusongelmiin. Voimme esimerkiksi huomata ovatko tutkimukseen osallistujien kokemukset kivun hoidosta positiivisia vai negatiivisia.

9.1 Mittarin luotettavuus

Tutkimuksessa tulee pyrkiä selvittämään mittarin luotettavuus, koska mittaukset ovat yleensä laajoja ja epämääräisiä, jolloin ei ole varmaa toimiiko mittari tarkoitetulla tavalla. (Heikkilä 2014b, 175.) Tutkimuksessa tutkittava ilmiö tulee määrittää niin tarkasti, että ilmiötä pystytään mittaamaan kvantitatiivisin menetelmin. (Kananen 2008, 10.) Kyselylomakkeen laadinnassa on tärkeää huomioida tutkimuskohde: ketkä vastaavat kyselylomakkeeseen, millainen on heidän lukutaitonsa, valmiudet vastaamiseen ja aikataulunsa. Kysymysten muodossa tulee olla huolellinen, jotta vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla tavalla kuin tutkija on sen ajatellut. Kysymysten väärinymmärrysten määrä kyselylomakkeissa on suuri. Kyselylomakkeen pituus tulee olla sopiva, jotta vastaajan mielenkiinto jatkuu kyselyn loppuun asti. Lomakkeen laadinnassa tulee huomioida kyselyn selkeys ja ulkoasu. Kyselylomakkeen ollessa siisti ja helposti täytettävissä vastausprosentti kasvaa. Vastausohjeet ja kysymysten loogiseen etenemiseen tulee paneutua, jotta vastaajien on helppo täyttää kyselylomaketta. (Valli 2015. s.41-43.)

Tässä tutkimuksessa mittarina käytettiin itse luotua kyselylomaketta. Mittarin sisältö perustui teorian tietoon ja aikaisemmista tutkimuksista tulleisiin käsitteisiin tutkijoiden tulkinnan perusteella. Tutkimuksen mittarissa toteutuvat sekä tilastolliset että sisällölliset näkökulmat. Mittari mittaa tarkasteltavia käsitteitä. Kyselylomakkeen kysymykset tehtiin selkeiksi, lyhyiksi ja yksimerkityksellisiksi.

Tutkimuksessa käytettiin Likertin asteikkoa vastausvaihtoehtoina. Likertin asteikko on hyvä, kun selvitetään vastaajien mielipiteitä. Tutkimukseen valittiin Likertin asteikko, jotta vastaajilta saatiin mahdollisimman totuudenmukaisia vastauksia. Likertin asteikkoa käyttämällä saa paljon tietoa pieneen tilaan. Likertin asteikon vastausvaihtoehtoja tutkijat miettivät perusteellisesti ja pohtivat erilaisia näkökulmia. Kyselyn vastausvaihtoehdot olivat Likertin asteikolla 1-5 (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä). Tutkijat miettivät miten asteikko sanallisesti luokitellaan. Kysymystekstit valittiin huolella virhetulkintojen välttämiseksi. Tutkijat paneutuivat myös kyselylomakkeen ulkonäköön. Kyselylomake oli houkutteleva ja vastaajaystävällinen. Teksti kyselylomakkeessa oli tarpeeksi suurta ja kysymykset yksinkertaisia, sillä suurin kohderyhmä tutkimuksella olivat yli 65-vuotiaat.

Lomakkeen esitetaus on tärkeää virheiden välttämiseksi ja tutkimuksen onnistumiseksi. (Kananen. 2018, 12.) Tutkimuksessamme esitetauksella arvioitiin mittarin validiteettia. Tämän perusteella kysymysten ymmärrettävyyttä ja vastausvaihtoehtoja selkeytettiin.

9.2 Aineiston keruun ja analysoinnin luotettavuus

Tutkimuksessa aineiston keruumenetelmäksi valittiin kysely. Tutkimuksessa tarvittiin suuri määrä tutkimukseen vastaajia lyhyessä ajassa, jotta tutkimustavoitteet saavutettaisiin. Tässä tutkimuksessa kysely sopi erinomaisesti aineistonkeruumenetelmäksi.

Populaatio on tutkimuksen kohderyhmä, jota tutkimus koskettaa ja josta tutkimuksessa halutaan tehdä päätelmiä. Populaatio pitää rajata ja määritellä tarkasti. Otantatutkimuksessa populaatiota edustaa siitä otettu otanta. (Kananen 2008, 70.) Hyvin tehty otanta on tärkeä perusta onnistuneelle määrälliselle tutkimukselle. (Valli 2015, 21.) Otoksesta saatuja tutkimustuloksia voidaan yleistää koskemaan koko populaatiota. Populaation rakenne tulee pystyä määrittelemään, jotta voidaan perustella populaation ja otoksen vastaavuus. Otoksen tehtävänä on olla pienoiskuva populaatiosta. (Kananen 2008, 70.) Otantamenetelmälle tyypillistä on satunnaisuus, eli kuka tahansa yksilö voi tulla valituksi otantaan samalla todennäköisyydellä. Kohderyhmien ollessa suuria tutkija joutuu miettimään otannan kokoa ajan ja taloudellisten resurssien säästämiseksi. (Valli 2015, 22)

Tutkimus tehtiin otantatutkimuksena. Tutkimuksemme populaatioksi valittiin Päijät-Hämeen keskussairaalan polviproteesileikatut potilaat. Otannan kooksi rajattiin 50 yksilöä, koska aika tutkimuksen tekemiseen on rajattu noin puoleen vuoteen tutkimusluvassamme, eikä tutkijoiden resurssit riitä isompaan otantaan. Tutkimuksen otos rajautui yli 18-vuotiaisiin potilaisiin. Tutkimuksen otos jäi oletettua pienemmäksi. Osastolle vietiin 50 tutkimuskuorta, joista tutkijoille palautui 33 kappaletta täytettyjä kyselylomakkeita.

Aineiston keruun luotettavuuteen vaikutettiin antamalla osaston 41-42 sairaanhoitajille ja osastonhoitajalle tarkat ohjeistukset kyselyn toteuttamisesta niin suullisesti osastotunnilla, kuin kirjallisestikin. Tutkijat sijoittivat tutkimuskuoret, sekä palautuslaatikon osastolla hoitajien kansliaan. Palautuslaatikon yhteydessä oli tiedote tutkimuksesta henkilökunnalle, joka sisälsi tutkijoiden yhteystiedot. Kyselyyn osallistujille annettiin tarkat tiedot tutkimuksesta

saatekirjeen muodossa, joka oli kyselylomakkeen kanssa samassa kirjekuoressa. Vastajat saivat itse päättää rauhassa osallistumisestaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistujat palauttivat täytetyt kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa sairaanhoitajalle, joka palautti tutkimuskuoren palautuslaatikkoon. Tutkijat hakivat henkilökohtaisesti tutkimuskuoret osaston palautuslaatikosta.

Kyselylomakkeet jaettiin otantaan kuuluville vastaajille heidän kotiutumispäivänään, jotta tuloksiin saadaan kokonaiskuva potilaan hoitajaksosta ja asiat olivat vastaajilla vielä tuoreessa muistissa. Kyselylomakkeet palautuivat tutkijoille nimettöminä. Tutkimuksen tuloksista ei voi tunnistaa yksittäisen henkilön vastauksia. Kaikki tutkimuksen vaiheet on dokumentoitu.

Tietoperustaa työllemme haimme muun muassa Masto-Finnasta sekä Helmet-kirjaston tietokannoista. Lisäksi tietoa haettiin sosiaali- ja terveysalan oppikirjoista sekä internetistä Duodecimin ja Terveysportin tietokannoista. Käytimme tietolähteenä myös asiantuntijan haastattelua sekä pro-graduja. Hakusanoja ovat polven nivelrikko, polviproteesileikkaus, leikkauksen jälkeinen kipu, leikkauksen jälkeinen kivunhoito, APS-hoitaja ja kivun arviointimenetelmät. Tietolähteet arvioimme lähdekriittisesti. Käytimme mahdollisimman monipuolisesti tuoretta ja näyttöön perustuvaa tietoa. Lähteisiin valikoituivat vuoden 2008 jälkeen julkaistu tieto.

LÄHTEET

- Arokoski, J. & Kiviranta, I. 2012. Ortopedia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Duodecim. 2017. Kipulääkkeet-turvallinen käyttö. Terveyskirjasto [viitattu: 23.10.2018]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00649
- Erkko, P. & Johansson, P. 2013. Sairaanhoidaja & lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy.
- Ganström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy
- Grommi, S. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraaja-ohitetuilla potilailla. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Kuopio. [viitattu 23.10.2018]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150461/urn_nbn_fi_uef-20150461.pdf
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro OY.
- Heikkilä, T. 2014a. Kvantitatiivinen tutkimus. Edita Publishing Oy. [Viitattu: 3.11.2018]. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Heikkilä, T. 2014b. Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Kivunhoito HUS:ssa. [viitattu: 22.10.2018]. Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivunhoito/Documents/Kivunhoito%20HUS-sairaaloissa%202015_ILMAN%20LEIKKAUSMERKKEJ%C3%84.pdf
- International Association for the Study of Pain. 2011. Acute Pain and Surgery. [viitattu: 13.11.2018]. Saatavissa: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/7-Surgery.pdf>
- Jyväskylän yliopisto. 2015. Laadullinen tutkimus. [viitattu: 29.3.2019]. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. 2013. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Kohonen, H. 2018. Aps-koordinaattori. Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä. Haastattelu 13.11.2018.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kontinen, V. & hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Duodecim.lehti. [viitattu 16.10.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/paivakirurgia/potilaana-leikkauksessa/kivunhoito/>

Kuva 1. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Kasvoasteikko. 2017. [Viitattu: 12.11.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/paivakirurgia/potilaana-leikkauksessa/kivunhoito/>

Kuva 2. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Kipukiila. 2017. [Viitattu: 12.11.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/paivakirurgia/potilaana-leikkauksessa/kivunhoito/>

Käypä hoito. 2018. Polvi- ja lonkkanivelrikko. [Viitattu: 10.11.2018]. Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054#s7_6

Käypä hoito. 2017. Kipu. Duodecim. [viitattu 22.10.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#s8>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. [viitattu:31.3.2019]. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Juntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Niinimäki, S. 2019. Kirurgisilla vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden arvio postoperatiivisesta kivusta ja kivunhoidosta. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Terveystieteet. [viitattu: 29.3.2019]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/105244/1551451873.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Polven nivelrikko. [Viitattu: 22.10.2018] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01081

Pätäri, J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Kuopio. [viitattu: 18.11.2018]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140446/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2017. Kirurgian osasto 41-42. [Viitattu 2.10.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/vuodeosastot/kirurgian-osastot/kirurgian-osasto-41-42/>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. 2012. Kivun hoito leikkauksen jälkeen. Potilasohje. Päijät-Hämeen keskussairaala.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Reumaliitto. 2018. Polven tekonivelleikkaus. [viitattu 22.10.2018]. Saatavissa: <https://www.reumaliitto.fi/fi/reuma-aapinen/leikkaukset/polven-tekonivelleikkaus>

Ritala, P. 2019. Johdatus tutkimusmetodologiaan. PowerPoint. Lappeenranta: Lappeenrannan yliopisto. [viitattu:29.3.2019]. Saatavissa: https://development-centre.lut.fi/digi/Moodle_pohjat/Ritala_Johdatus%20tutkimusmetodologiaan%202013.pdf

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön tutkimussäätiö. [viitattu: 24.10.2018]. Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009, 7§. Finlex. [viitattu:25.10.2018]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298#P7>

Suomen Nivel yhdistys ry. 2016. Kumppanina nivelrikko. [Viitattu: 22.10.2018]. Saatavissa: http://www.nivelopas.fi/nivelrikko_opas%20_suomi.pdf

Terveyskylä. 2018a. Tietoa nivelistä. [Viitattu 20.10.2018]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/nivelvaivat/tietoa-nivelist%C3%A4>

Terveyskylä. 2018b. Opioidit. [viitattu: 23.10.2018]. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-j%C3%A4lkeen/kipul%C3%A4%C3%A4kitys-leikkauksen-j%C3%A4lkeen/opioidit>

US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2011. Acute pain service. [Viitattu: 15.11.2018]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139301/>

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valvira. 2017. Kivun hoito. [viitattu: 22.10.2018]. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

Vilpas, P. 2018. Kvantitatiivinen tutkimus. [Viitattu: 4.11.2018]. Saatavissa: <https://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>

LIITTEET

TIEDOTE HENKILÖKUNNALLE

Hei,

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Lahden ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönämme kyselytutkimuksen osastollanne. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää osastonne polviproteesileikkattujen potilaiden tyytyväisyyttä ja kokemuksia polviproteesileikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Tarkoituksena on saada arvokasta tietoa Päijät-Hämeen keskussairaalan hoitohenkilökunnalle, jonka avulla polviproteesileikkauksen jälkeistä kivunhoitoa pystytään kehittämään potilaan mielipiteet huomioon ottaen.

Toimitamme osastollenne valmiit kirjekuoret, jotka sisältävät saatekirjeen ja kyselylomakkeen. Toivomme teidän jakavan tutkimuskuoret polviproteesileikkauksen läpikäyneille potilaille heidän kotiutumispäivänään.

Toivoisimme teidän kertovan potilaille, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja kyselylomakkeeseen vastaaminen on suostumus tutkimukseen osallistumiselle. On hyvä myös kertoa, että kyselylomakkeeseen vastataan osastolla ennen kotiutumista ja kirjekuoren voi palauttaa suljettuna hoitajalle ennen kotiin lähtöä.

Hoitajien kansliassa on palautuslaatikko, jonne potilaiden täyttämät kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa voitte palauttaa.

Tutkimusta tulemme tekemään osastollanne joulutammikuun aikana. Haemme täytetyt tutkimuskuoret tutkimuksen puolivälissä, sekä tutkimusajan loppuessa.

Jos teille tulee kysyttävää, voitte olla meihin yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse.

Yhteistyö terveisin,

Tuuli Jurmu

p.0456380040

tuuli.jurmu@student.lamk.fi

Essi Lehto

p. 0407573469

essi.lehto@student.lamk.fi

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja,

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Lahden ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönämme kyselyn leikatuille polviproteesi potilaille heidän saamastaan kivunhoidosta. Kyselyn avulla kartoitamme, miten kivunhoito osastolla toteutuu. Opinnäytetyömme tuloksilla voimme parantaa potilaiden saaman kivunhoidon laatua Päijät-Hämeen keskussairaalassa.

Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää kyselyyn vastaamisen kesken kyselyn, jos niin haluatte. Kyselyyn vastaaminen on suostumus tutkimukseen osallistumiselle. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja kyselyt käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyn tuloksia käsittelevät vain tutkimuksen tekijät. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää kehittämään Päijät-Hämeen keskussairaalan hoitajien kivunhoitotyötä. Opinnäytetyön valmistuttua helmikuuhun mennessä, kyselyt hävitetään.

Kun olette vastanneet kyselyyn, laittakaa se kyselyn mukana tulleeeseen kirjekuoreen. Antakaa suljettu kirjekuori hoitajalle, joka toimittaa sen tutkimuksen tekijöille.

Tutkimusaineisto kerätään joulutammikuun aikana polviproteesileikkauksen läpikäyneiltä potilailta. Tutkimuksen tulokset tullaan esittelemään Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa, jolloin osaston nimeä ei mainita. Tulokset tullaan esittelemään myös Päijät-Hämeen keskussairaalan henkilökunnalle. Kyselyyn vastanneita ei palkita, eikä kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta millään tavalla hoitoon.

Jos teille tulee kysyttävää, voitte olla yhteydessä osaston henkilökuntaan.

Terveisin,

sairaanhoitajaopiskelijat

Tuuli Jurmu & Essi Lehto

KYSELY

POLVIPROTEESILEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUNHOITO

TAUSTATIEDOT

1. OLETTEKO

Nainen Mies

2. OLETTEKO

30-44-vuotias

45-59-vuotias

60-74-vuotias

yli 75-vuotias

3. ONKO TEILLÄ JOKIN SEURAAVISTA?

Fibromyalgia

Reuma

Diabetes

Masennus

Muu krooninen kipu

4. OHJAUS

	täysin sa- maa mieltä	lähes sa- maa mieltä	en osaa sanoa	lähes eri mieltä	täysin mieltä
Sain riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä ki- vusta ennen leikkausta .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sain riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä ki- vusta leikkauksen jälkeen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sain tietoa kivunarviointi menetelmistä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sain ohjausta kipumittareiden käytöstä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koin Leiko-käynnillä ennen leikkausta saamani potilasohjeen: "Kivunhoito leikkauksen jälkeen" hyödylliseksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. SAIN RIITTÄVÄSTI KIVUNLIEVITYSTÄ

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en osaa sanoa	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
Levossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ennen liikkeelle lähtöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikkeellä olon jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. KIVUN ARVIOINTI

	täysin samaa mieltä	en osaa sanoa	täysin eri mieltä
Kipuani arvioitiin vähintään kolme (3) kertaa vuorokaudessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipuani arvioitiin kaksi (2) kertaa tai vähemmän vuorokaudessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerroin kivun voimakkuuden asteikolla 0-10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerroin kivusta omin sanoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipuani arvioitiin ennen kipulääkkeen antamista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipuani arvioitiin kipulääkkeen antamisen jälkeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. KIVUN HOITO

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en osaa sanoa	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
Sain kivunhoitoa, kun sitä tarvitsin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sain itse vaikuttaa kivunhoitoni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kivunhoitoni otettiin vakavasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. KUN PYYSIN KIPULÄÄKETTÄ, SAIN SITÄ

täysin samaa mieltä en osaa sanoa täysin eri mieltä

Heti 0-10 minuutissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pian 10-30 minuutissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myöhemmin, yli 30 minuutissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En lainkaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. KIVUNHOIDOSSANI KÄYTETTIIN

täysin samaa mieltä en osaa sanoa täysin eri mieltä

Kylmäpakkausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asentohoitoa (jalan koho asento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentoutumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitajien kannustusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapiaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. LIIKKUMINEN LEIKKAUKSEN JÄLKEEN OLI

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en osaa sanoa	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
Helppoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kipua lievittävä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haasteellista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epämiellyttävää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kivuliasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelottavaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. APS-HOITAJA (KIPUHOITAJA)

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en osaa sanoa	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä
Tapasin APS-hoitajan eli kipuhoitajan leikkauksen jälkeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koin kipuhoitajan tapaamisen tärkeäksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. OLEN KOKONAISUUDESSAAN TYYTYVÄINEN SAAMAANI KIVUNHOITOONI.

- täysin samaa mieltä
 lähes samaa mieltä

- en osaa sanoa
- lähes eri mieltä
- täysin eri mieltä

13. MITEN MUUTTAISITTE SAAMAANNE KIVUNHOITOA?

KIITOS KYSELYYN OSALLISTUMISESTA!