



OPINNÄYTETYÖ

SZZ211

Kivunhoito fast-track potilaan kokemana

Ohjaajat: Jaana Perttunen & Marjo Palovaara

Joonas Nissinen & Lasse Taskinen

Syyskuu 2007



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Joonas Nissinen Lasse Taskinen	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 77	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____saakka	
Työn nimi Kivunhoito Fast Track -potilaan kokemana		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Marjo Palovaara, Jaana Perttunen		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Keskussairaala osasto 22 (ruuansulatuselinkirurginen vuodeosasto)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan vatsakirurgisen osaston 22 kanssa. Fast Track -hoitomallissa keskeistä on potilaan nopea kuntoutuminen. Onnistunut kivunhoito on tärkeä osa fast track hoitomallia. Kipukäsitteen määrittelyssä käytettiin IASP:n määritelmää, jossa korostuu kipu subjektiivisena kokemuksena. Kivunhoidon määrittelyssä on käytetty Ruuskasen (2005) tuottamia kivunhoidon yhtenäisiä käytäntöjä keskussairaalan operatiiviselle toimialueelle.</p> <p>Tutkimus tehtiin potilaskyselynä. Kyselyn tarkoituksena oli saada tietoa kivunhoidon toteutumisesta Fast Track -hoitomallissa ja tavoitteena kehittää hoitomallia osastolla 22. Keskeisenä tutkimusongelmana oli se, millaisena potilaat kokivat kivunhoidon toteutuksen. Lisäksi tutkimuksessa pyrittiin selvittämään miten potilaat kokivat ohjauksen, ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käytön sekä kivunarviointi ja mittausmenetelmät. Tutkimuksen otos oli 63 vastaajaa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla.</p> <p>Tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaat olivat tyytyväisiä kivunhoidon toteutumiseen. Potilaiden kivut olivat kuitenkin usein olleet jo normaalia oloa häiritseviä ennen kuin he kertoivat niistä hoitajille. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Monet potilaat, joiden mielestä ohjaus oli onnistunut, pitivät myös kivunhoitoa onnistuneena. Suurin osa potilaista ei ymmärtänyt ei-lääkkeelliseen kivunhoitoon liittyviä keinoja. VAS- kipumittarin käyttöä ei ohjattu potilaille riittävästi. Tulosten perusteella potilaiden kokemuksia ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä ja kivunarviointikeinoista olisi tärkeä tutkia lisää.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kipu, kivunhoito, postoperatiivinen kipu, fast track -kirurginen hoitomalli		
Muut tiedot		

Author(s) Joonas Nissinen Lasse Taskinen	Type of publication Bachelor's thesis	
	Page(s) 77	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Pain treatments experienced by fast track patients		
Degree Programme Degree programme in nursing		
Tutor(s) Marjo Palovaara, Jaana Perttunen		
Assigned by Gastro-Enterology Surgical Ward of Central Finland Central Hospital		
Abstract <p>The bachelor's thesis was made in co-operation with gastro-enterology surgical ward of Central Finland central hospital. The method of the thesis is quantitative research. Fast track is surgical treatment model where patient's fast rehabilitation is the key factor. Succesfull pain treatment is important part in fast track. AISP has defined the concept of pain to be a subjective experience. Ruuskanen (2005) has produced standardized practises of pain treatments for central hospital's operative field. These standards were used to define the concept of pain treatments.</p> <p>The research was made as a survey. The meaning of the research was to gain information from the outcome of pain treatments. The aim was to develop fast track in gastro-enterological ward 22. The main research problem was to have information about how the patients experienced the outcome of pain treatments. The minor problems were how the patients experienced the guidance, non-medical pain treatments and estimation of pain. 63 patients participated in the survey. The information was collected by a questionnaire.</p> <p>The results of the research were that the patients were satisfied about the quality of pain treatments, although many patients did not inform the nurses about their pain until it disturbed their normal well-being. Patients were satisfied about the guidance they received. Many patients who felt that they had good guidance, also felt that the quality of pain treatments were good. Most of the patients did not understand non-medical pain treatments. Patients also felt that the ward staff did not guide them enough in the use of the VAS –pain rating scale. These results indicates the importance of future studies of non-medical pain treatments and pain estimations from patient's point of view.</p>		
Keywords Pain, pain treatments, postoperative pain, fast track –surgery model		
Miscellaneous		

Sisältö

SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO.....	7
2 FAST-TRACK HOITOMALLI	8
2.1 Potilaan soveltuvuus Fast Track -hoitomalliin ja hoidon eteneminen osastolla ..	9
2.2 Fast Track hoitomallin kehittäminen osastolla 22.....	12
3 KIPU & KIVUNHOITO	13
3.1 Kivun määritelmä	13
3.2 Kivunhoidon kriteerit.....	16
3.3 Kivun lääkehoito	19
3.4 Hoitotyön menetelmät kivunhoidossa	20
3.5 Kivunhoito Fast Track hoitomallissa.....	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TARVE JA TUTKIMUSONGELMAT	22
5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	23
5.1 Tutkimusmenetelmä	23
5.2 Kyselylomakkeen laatiminen	25
5.3 Tutkimuksen toteuttaminen.....	28
5.4 Tutkimuksen etiikka	28
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
6.1 Perustiedot.....	29
6.2 Millaisena fast track -potilaat kokivat kivunhoidon toteutuksen	31
6.3 Miten leikkausta edeltävä sekä leikkauksen jälkeinen ohjaus kivusta ja kivunhoidosta vaikutti potilaiden kipukokemuksiin	36
6.4 Miten potilaat kokivat ei-lääkkeellisten kivunhoito menetelmien käytön leikkauksen jälkeisessä hoidossa.....	39
6.5 Miten potilaat kokivat kivun arvioinnin sekä mittausmenetelmien käytön kivunhoidossa.....	42
6.6 Avoin palaute	45

7 JOHTOPÄÄTÖKSET	46
7.1 Millaisena potilaat kokivat kivunhoidon toteutuksen.....	46
7.2 Miten leikkausta edeltävä sekä leikkauksen jälkeinen ohjaus kivusta ja kivunhoidosta vaikutti potilaiden kipukokemuksiin	48
7.3 Miten potilaat kokivat ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käytön leikkauksen jälkeisessä hoidossa.....	49
7.4 Miten potilaat kokivat kivun arvioinnin ja mittausmenetelmien käytön kivunhoidossa.....	50
7.5 Johtopäätökset tiivistetysti	51
8 ANALYSOINTI.....	52
9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	54
LÄHTEET	57
LIITTEET	60
Liite 1: Kyselylomake	60
Liite 2: Saatekirje	66
Liite 3: Saatekirje 2	67
Liite 4: Tutkimuslupa	68
Liite 5: Kysymysten 30-35 tulokset	70
Liite 6: Kysymysten 1-28 vastaukset / ohjauksen ja kivunhoidon suhde	74

TAULUKOT

TAULUKKO 1. VAS-mittarin mukaisten kysymysten tuloksien vertailu kirjeitse ja osastolla vastanneiden välillä.....	34
TAULUKKO 2. Ikäryhmien väliset erot kivunhoidon kokemuksissa	36
TAULUKKO 3. Ikäryhmien väliset erot ohjaukokemuksissa	37
TAULUKKO 4. Ikäryhmien kokemusten väliset erot ei-lääkkeellisistä kivunhoito menetelmistä	40
TAULUKKO 5. Ikäryhmien väliset erot kivun arviointi ja mittausmenetelmien käytössä.....	43

KUVIOT

KUVIO 1. Fast track potilaan hoidon eteneminen	11
KUVIO 2. Tutkimuksen tarkoitus, tutkimusongelmat ja lomakkeen kysymykset .	27
KUVIO 3. Ikäryhmät	30
KUVIO 4. Sukupuolten väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä	31
KUVIO 5. Ikäryhmien väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä	32
KUVIO 6. Aikaisempien leikkauskokemusten vaikutus VAS-mittarin mukaisten kysymysten tuloksissa	32
KUVIO 7. Siviilisäätöjen väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä	33
KUVIO 8. Sosiaaliluokkien väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä..	33
KUVIO 9. Koulutustaustojen väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä	34
KUVIO 10. VAS-mittarin mukaisten kysymysten tuloksien vertailu kirjeitse ja osastolla vastanneiden välillä.....	35
KUVIO 11. Ikäryhmien väliset erot ohjaukokemuksissa.....	37
KUVIO 12. Ennen leikkausta tapahtuneen ohjauksen ja kipukokemusten tulosten väliset yhteydet.....	38
KUVIO 13. Sukupuolien kokemusten väliset erot ei-lääkkeellisistä kivunhoito menetelmistä	39
KUVIO 14. Ikäryhmien kokemusten väliset erot ei-lääkkeellisistä kivunhoito menetelmistä	40
KUVIO 15. Aikaisempien leikkauskokemusten vaikutus ei-lääkkeellisten kivunhoito menetelmien kokemuksiin.....	41
KUVIO 16. Sukupuolten väliset erot kivun arviointi ja mittausmenetelmien käytössä.....	43
KUVIO 17. Ikäryhmien väliset erot kivun arviointi ja mittausmenetelmien käytössä	44
KUVIO 18. Aikaisempien leikkauskokemusten vaikutus kivun arviointi ja mittausmenetelmien käyttökokemuksiin	44

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia Fast Track hoitomalliin liittyvästä kivunhoidon toteutumisesta. Aiheen valintaan vaikutti Keski-Suomen keskussairaalan osaston 22 tarve saada tutkittua tietoa kivunhoidon toteutumisesta osana kirurgista hoitomallia. Tutkimus toteutettiin potilaskyselynä, jossa Fast Track hoitomallin mukaisesti hoidetut potilaat vastasivat kivunhoidon kyselylomakkeeseen.

Keski-Suomen keskussairaalan osasto 22 on vatsakirurginen vuodeosasto. Osastolla hoidetaan vatsa-alueen leikkauspotilaita. Potilaspaiikkoja osastolla on 40. Osastolla työskentelee sairaanhoitajia, perushoitajia, lääkäreitä ja fysioterapeutteja. Tarvittaessa osastolla voidaan konsultoida myös erikoisalojen ammattilaisia, kuten ravitsemusterapeuttia. Osastolla on myös erikoisosaamisen omaavia hoitotyön ammattilaisia, kuten avannehoitaja. Osaston potilasaines koostuu ruuansulatuselinsairauksista kärsivistä potilaista. Potilaat saapuvat osastolle kutsuttuna sekä päivystyksellisesti. Osastolla tehdään leikkausta edeltävää, valmistelevaa preoperatiivista sekä leikkauksen jälkeistä kuntouttavaa postoperatiivista hoitotyötä. Yleisimpiä leikkauksia osastolla ovat erilaiset suolistoalueella tapahtuvat toimenpiteet, päivystykselliset sappileikkaukset, vatsahaavat sekä haima- ja maksaresektiot. 60-70 % leikatuista potilaista tulee osastolle päivystyksellisesti. (Holmstedt. 2007; KSshp:n verkkosivut: Ruuansulatuselin kirurgia osasto 22).

Fast Track hoitomallia sovelletaan osastolla erilaisille paksusuolen leikkaushoitoa vaativille potilaille. Hoitomallin päämääränä on leikkauspotilaan nopea kuntoutuminen. Nopean kuntoutumisen edellytyksenä ovat mini-invasiivinen leikkausmuoto, tehokas kivunhoito, nopea mobilisaatio sekä mahdollisimman nopea siirtyminen normaaliin suun kautta tapahtuvaan ravitsemukseen. Jonkin osa-alueen laiminlyönti voi johtaa potilaan hoitojakson venymiseen osastolla. Fast track hoitomallin kivunhoidossa käytetään infusoitavaa epiduraaliapuudutetta. Hoitomallin soveltaminen aloitettiin osastolla 22 vuonna 2005 ja ensimmäinen potilas hoidettiin hoitomallin mukaisesti vuoden 2007 alussa. Hoitomalli on osastolla vielä kehittämisvaiheessa. Tämä tutkimus tulee osaksi osas-

ton projektiraporttia Fast Track hoitomallin toteuttamisesta. (Holmstedt, 2007; Kehlet, Wilmore. 2001).

2 FAST-TRACK HOITOMALLI

Kirurgia ja kirurginen hoito ovat tämän vuosikymmenen aikana kokeneet merkittäviä muutoksia. Kehitys kivunhoidossa ja leikkaustekniikoissa on mahdollistanut sen, että jopa monimutkaisien leikkauksien kohdalla on mahdollista siirtyä vähemmän leikkausstressiä aiheuttaviin kirurgia- ja hoitomuotoihin. Fast Track -kirurgia on jo monilla osa-alueilla korvannut perinteisen kirurgian. (Kehlet, Wilmore. 2001). Kuten kaikessa Fast Track -kirurgiassa, myös tässä potilaiden nopean kuntoutumisen takana on erilaisten invasiivisten toimenpiteiden minimointi sekä normaalien elintoimintojen nopea palautuminen. Leikkaus tehdään mini-invasiivisesti eli toimenpiteistä ei synny isoja leikkaushaavoja (. Tähän vaaditaan tehokasta kivun hoitoa, nopeaa mobilisaatiota ja nopeaa siirtymistä normaaliin ruokailuun. Lisäksi potilaan informointi leikkaustoimenpiteestä ja tämän jälkeisestä hoidosta on todettu nopeuttavan potilaan toipumista. Fast Track hoitomallia sovelletaan lähes poikkeuksetta vain elektiiivisiin potilaisiin. Nopea kuntoutumisen ja normaalien elintoimintojen palautumisen leikkausstressin jälkeen on huomattu edistävän potilaan nopeaa ja turvallista kuntoutumista leikkauksesta. (Basse, Thorböl, Lösli, Kehlet. 2004. 272-276; Kehlet, 2005, 8-12; Kehlet & Jörgen. 2003. 1925-1926).

Fast Track -kirurgian soveltamisalue erilaisissa leikkauksissa on laaja. Hoitomallia sovelletaan mm. polven ja olkapään artroskopiassa (täyhystys leikkaus) sekä useissa laparoskooppisissa (vatsaontelon täyhystys) leikkauksissa. (Kehlet & Wilmore. 2001). Nämä ovat mini-invasiivisia toimenpiteitä. Fast track hoitomallissa toimenpiteet pyritään suorittamaan yleensä laparoskooppisesti eli täyhystäen. Tämä aiheuttaa potilaalle huomattavasti vähemmän leikkausstressiä. Tavallisimpia aiheita Fast Track -hoitomallin käyttöön Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 22 hoidossa ovat paksusuolileikkaukset (koolonresektiot, sigmaresektiot ja hemikolektomiat), sekä rektumleikkaukset (peräsuolileik-

kaukset). (Basse, ym. 2004 s 272-276: Kolonrektaalipotilaan Fast Track – kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle. 2007).

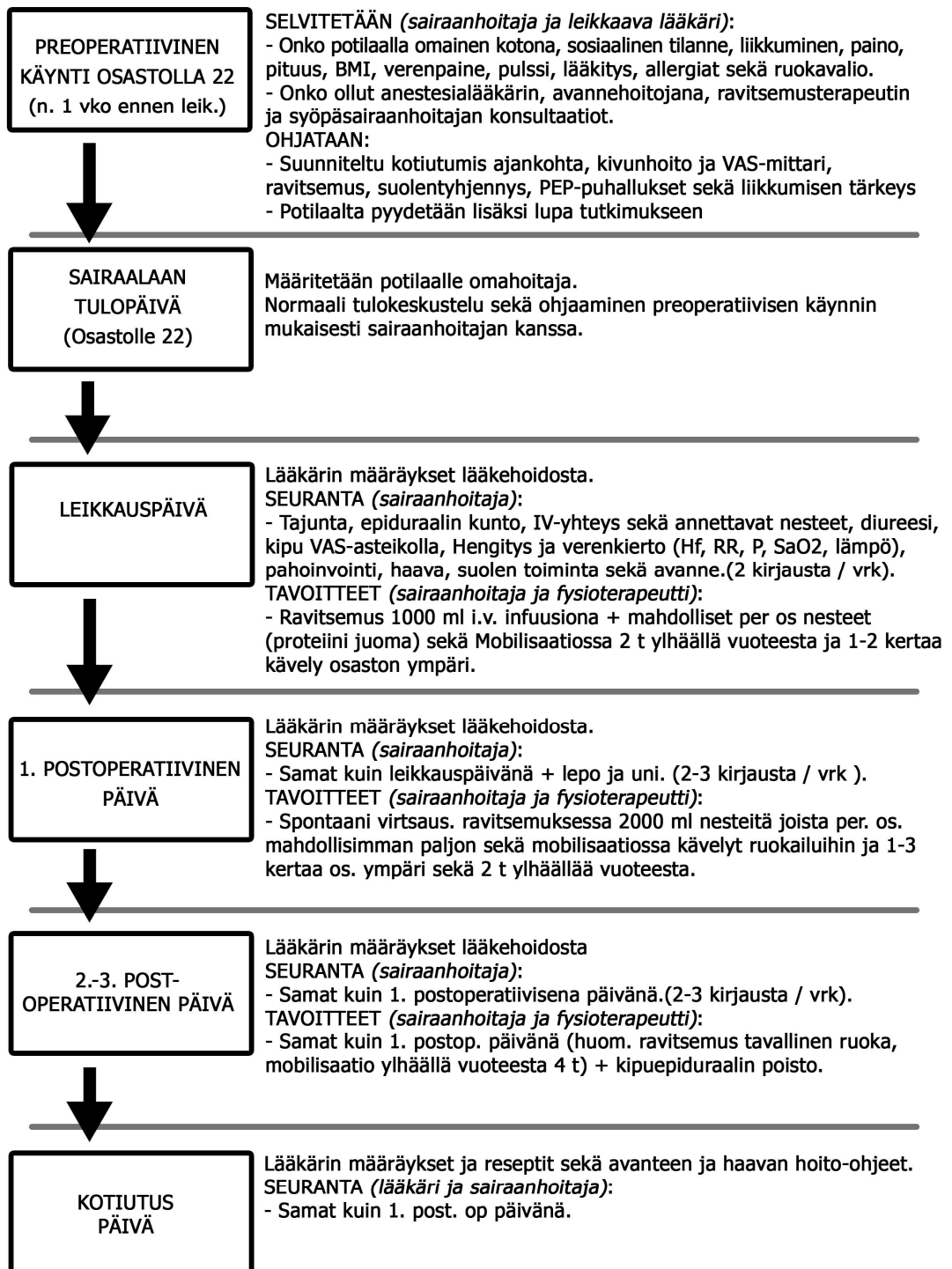
Nopean kuntoutumisen edistämiseksi on myös paksusuolen kirurgisessa hoidossa lähdetty soveltamaan Fast Track hoitomallia. Ajatus nopean kuntoutumisen hyödyistä näissä leikkauksissa on ollut mm. Bassen ym. (2004) tutkimuksen taustalla. Tutkimuksen lähtökohtana on ollut tarve vertailla kuntoutumista tavallisen leikkaushoidon ja Fast Track hoitomallin välillä. Tutkimus on osoittanut Fast Track -hoitomallin soveltamisen paksusuolen leikkauksissa lyhentävän leikkauksen jälkeistä sairaalassa vietettyä aikaa, sekä vähentävän merkittävästi kuolleisuutta sekä komplikaatioiden määrää. Yleisimpiä tutkimuksessa esille tulleita komplikaatioita olivat mm. pahoinvointi, erilaiset infektiot kuten keuhkokuume, virtsatieinfektiot sekä erilaiset verisuonien toimintahäiriöt. (Basse, ym. 2004 s 271-275)

2.1 Potilaan soveltuvuus Fast Track -hoitomalliin ja hoidon eteneminen osastolla

Koska kuntoutuminen on nopeaa ja vaatii myös potilailta aktiivista toimintaa, nousee Fast Track -kirurgiassa oleelliseksi osaksi potilaan soveltuvuus ja preoperatiivinen valmistaminen. Se on osa kirurgisen potilaan hoitoa ja perioperatiivista kokonaisuutta. Perioperatiivinen hoito-käsitä kuvaa leikkausta edeltävää eli preoperatiivista, leikkauksen aikaista eli intraoperatiivista ja leikkauksen jälkeistä eli postoperatiivista toimintaa kirurgisen potilaan hoidossa (Lukkari, Kinnunen & Korte. 2007. 11). Kuten kaikissa elektiivisissä leikkauksissa, on Fast Track hoitomallissakin otettava huomioon potilaan peruskunto sekä mahdolliset kuntoutusta hidastavat ja potilaan selviytymismahdollisuuksia heikentävät tekijät. Näitä ovat muun muassa verisuoni- ja sydänsairaudet, keuhkosairaudet sekä diabetes. (Kehlet & Wilmore. 2001). Mikäli leikattava potilas vaati perussairauksien takia tarkempaa seurantajaksoa leikkauksen jälkeen, arvioi anestesia lääkäri hänen soveltuvuutensa hoitomalliin. Lisäksi on varmistettava että potilaan psykomotorinen suorituskyky on riittävä, potilaalla ei ole estettä epiduraaliseen kivunhoitoon sekä hänellä on riittävä tukiverkko kotona,

joka auttaa postoperatiivisessa kuntoutumisessa. Potilaan kotiutuessa hän saa mukaansa kuntoutumista tukevaa kotihoitomateriaalia. (Kolonrektaalipotilaan Fast Track –kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle. 2007).

Normaalin toimintakyvyn saavuttaminen mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen on Fast Track -hoitomallin perusta. Siksi siirtyminen infuusionesteistä normaaliin enteraaliseen ravintoon on tärkeää. Lisäksi potilas pyritään mobilisoimaan mahdollisimman nopeasti. Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 22 Fast Track -hoitosuunnitelmaan kuuluukin jo leikkauspäivänä aloitettava nestemäisen ravinnon saanti suun kautta ja mobilisointi. Jo ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä potilas saa lisäksi kiinteää ravintoa, jonka määrää nostetaan tasaisesti hoidon edetessä. Mobilisoinnissa potilas pyritään saamaan pystyyn mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen kivun sallimissa rajoissa. Vatsakirurgisen potilaan hoitoon Fast Track hoitomallilla liittyy tarkka ohjeistus ja hoidon eteneminen. Kuvio 1 ”Fast Track potilaan hoidon eteneminen” kuvaa tyypillisen Fast Track -potilaan kuntoutusta ja hoidon etenemistä osastolla 22. Kaavio on laadittu osastolla käytössä olevan seuranta-kaavakkeen pohjalta. (Kolonrektaalipotilaan Fast Track –kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle. 2007).



KUVIO 1. Fast track potilaan hoidon eteneminen

Potilaan seuranta-kaavakkeessa on kohdat post-operatiivisille puhelin soitoille. Niissä arvioidaan potilaan selviämistä kotona. Seurattavat asiat ovat hyvin samanlaisia kuin osastolla. Potilaalta kysellään kivusta, pahoinvoinnista, liikkumisesta, suolen toiminnasta, ruokailuista ja nesteiden nauttimisesta sekä leikkaushaavan ja avanteen kunnosta ja hoidon onnistumisesta. Ensimmäinen postoperatiivinen puhelin soitto tehdään 1-2 vuorokautta kotiutumisen jälkeen. Toinen soitto 7-8 vuorokauden päästä kotiutuksesta. Toisessa soitossa selvitetään lisäksi potilaan tarve kotisairaanhoidolle sekä pyydetään potilaalta arvio hoidon onnistumisesta koulu arvosanoin 4-10.

2.2 Fast Track hoitomallin kehittäminen osastolla 22

Fast Track hoitomallin soveltaminen aloitettiin osastolla projektiluonteisena vuonna 2005. Osaston henkilökunta kävi tutustumassa Tanskalaiseen Rigshospitaletin-yliopistolliseen sairaalaan Kööpenhaminassa vuonna 2006 jossa hoitomallia on sovellettu jo useita vuosia. Tanskasta saatujen kokemusten perusteella alettiin myös osastolla 22 soveltamaan Fast Track -hoitomallia suolistoalueen leikkauspotilaisiin. Osastolle perustettiin Fast Track – projektiryhmä jonka tarkoituksena oli kehittää Fast Track hoitomallia osastolla. Projektiryhmä koostuu osaston omista sairaanhoitajista, joille on jaettu omat vastualueensa. Vastuualueita ovat kivunhoito, avanteenhoito, mobilisaatio, suolen tyhjennys, kotiutus sekä ravitseminen. Vuoden 2007 alussa osastolla hoidettiin ensimmäinen potilas hoitomallin mukaisesti. Fast Track -hoitomallin on tarkoitus jäädä osastolle pysyväksi hoitomalliksi. (Holmstedt. 2007).

3 KIPU & KIVUNHOITO

3.1 Kivun määritelmä

Ihminen on jo pitkään yrittänyt määritellä kipua tunteena ja ärsykkeenä. Jo Aristoteles kuvaili kipua. Hänen määritelmässään mukaan kipu kuvautui tunteena kuten suru tai ilo. Descartes kuvaili valistusajan Ranskassa kipua aistina. Hän vertasi sitä näköön ja kuuloon. Vielä 1980-luvun lopulla kipu kuvattiin useissa ammatillisissa oppikirjoissa aistihavaintona joka aiheutuu elimistölle vahingollisena ärsykkeenä. Englantilaisen kipututkija Patrick Wallin mukaan kipua ei voida ymmärtää pelkästään anatomian ja fysiologian käsittein vaan kipu koetaan ruumiin, mielen ja kulttuurin leikkauspisteessä. Kipua voi tuntea vain jos on aivot ja mieli havaita ja tuntea, rekisteröidä kivun syvyyttä, syytä ja merkitystä. Kipukokemukselle on tyypillistä sen epämiellyttävyyys. Se liittyy usein tilanteisiin jotka ovat uhkaavia: traumaan tai sairauteen kuuluvat tavallisesti vaaralliset seuraukset. Kivun välitön tunnekokemus on sen hetki hetkeltä jatkuva epämiellyttävyyys liittyneenä välittömiin tunnekokemuksiin kuten pelkoon, harmiin ja tuskaan. Kipu on kuitenkin hyödyllinen. Se varoittaa ihmistä kudonsvaurioiden syntymisestä ja estää näin laajemman vahingon aiheutumista elimistölle. Kipua on kuvattu ihmisen tärkeimmäksi aistiksi. (Bjåle, Haug, Samd, Sjaastad, Toverud. 1999. 105; Kalso, Vainio. 2002. 91-93).

Kipu kokemukseen vaikuttavat useat tekijät. Vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa kulttuuri, ikä sekä sosiaalinen asema. Yksilöllisistä tekijöistä tärkeimpiä ovat psyykkiset tekijät kuten pelko sekä aikaisemmat kipukokemukset. Ihmiset kokevat kipua eri tavoin. Yksilö voi lisäksi kokea samanlaisen kipuärsykkeen eri tavoin tilanteesta riippuen. Ahdistus, pelko sekä masentuneisuus voivat lisätä kipu ärsykkeen tehoa ja voimistaa kipua. Kipua on kaikki se, minkä ihminen määrittelee kivuksi. Kansainvälinen kivun tutkimus järjestö IASP (International Association for the Study of Pain) on määritellyt kivun sensoriseksi ja tunneperäiseksi subjektiiviseksi kokemukseksi, joka on yhteydessä jo sattuneeseen tai odotettavaan kudonsvaurioon. (Holmia ym. 2006. 176-178; Sailo, Vartti. 2000. 28-37; Sormunen 1999. 9-10). Ihmisen kokemukset kivusta

ja aikaisemmista kipukokemuksista esimerkiksi leikkauksien yhteydessä muodostavat pohjan kipukäyttäytymiselle. Aikaisemmat negatiiviset kokemukset saattavat lisätä pelkoa kipua kohtaan. Tämä taas lisää kivun tuntemista. (Kauppila, Salanterä, Heikkinen. 2006. 32; Sailo, Vartti. 2000. 37).

Kivun tuntemuksen taustalla on monimutkainen fysiologinen prosessi jonka laukaisee kipureseptoreita ärsyttävät kipuärsykkeet. Kun kudoksesta vahingoittuu, vapautuu siinä algogeenisia, eli kipua välittäviä aineita, jotka aiheuttavat ärsytyksireaktion kipureseptoreissa eli nosiseptoreissa. Tämä johtaa kipua aktivoivien välittäjäaineiden, bradykiniinin, kallidiinin, leukotrieenin ja prostaglandiinin aktivoitumiseen ja seurauksena tästä kudokseen tulee kipua ja turvotusta. Kudonvaurio aiheuttaa energiaa, joka muuttuu hermoimpulssiksi joka taas siirtyy selkäytimen takajuureen takasarvessa kulkevan sensorisen C-hermosyyn kautta. Tästä kipuärsyke kulkee talamuksen kautta aivokuoren kipukeskuksiin jossa kivun kokeminen tapahtuu. Aivot ottavat vastaan kipuviestejä, jotka tulevat ääreiskipuhermostoa pitkin selkäyttimeen. Hermopäätteitä on lähes kaikissa kudoksissa. Kipuhermoston kautta kipu aistimus voi aiheuttaa myös esimerkiksi verenpaineen nousua, lihasjännitystä ja hikoilua. Tämä johtuu autonomisen hermoston aktivoitumisesta. Kipuun voi liittyä myös ahdistuksen, pelon, tuskan ja kärsimyksen tunteita. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, Valtonen. 2006, 176-178; Kalso, Vainio. 2002. 52-58, 89).

Kipu voi aiheutua erilaisten mekanismien kautta. Näitä ovat nosiseptinen, neurogeeninen, sekä idiopaattinen kipu. (Holmia ym. 2006. 176-178). Nosiseptista kipua aiheuttaa kudonvaurio, joka on selkeästi todettavissa oleva. Tällöin kudonvaurio saa aikaan kipuhermopäätteiden aktivoitumisen ja edelleen kivun tunteen syntyminen. Tyypillisimpiä nosiseptista kipua aiheuttavat tekijät ovat tulehdukset, kasvaimet ja iskemia. Nosiseptinen kipu jaetaan somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattista kipua on pinnallinen eli iholla ja limakalvoilla oleva kipu sekä syvä kipu joka on peräisin esimerkiksi lihaksista tai nivelistä. Viskeraalinen kipu on sisäelinkipua. Tällöin kipu on vaikeasti paikannettavissa, koska kipu tuntuu laajemmalla alueella, josta kipu on lähtöisin. (Bjälle, ym. 1999. 105; Holmia ym. 2006 177-180). Neurogeenisen kivun tuntemuksen aiheuttaa keskushermostollinen vaurio; Yleensä hermorunkoon ja keskusher-

moston kipuratoihin liittyvä vaurio. Tätä kipua on muun muassa aivoinfarktin jälkeinen kiputila. Neurologista vaurioita voidaan pitää somaattisena, mutta vaurion korjaaminen on usein mahdotonta. Idiopaattinen kipu taas on psyko-geenistä, johon ei liity hermo- tai kudosaivuriota. Tähän kipuun liittyy usein ahdistusta ja levottomuutta ja se onkin yhteydessä usein esimerkiksi depressioon. (Holmia ym. 2006 176-180). Kipu voidaan myös jakaa kestoensa perusteella akuutiksi ja krooniseksi kivuksi. Akuutti kipu on normaali varoitusmekanismi uhkaavasta kudosaivuriosta, kun taas krooninen kipu on sairaus. Akuutti kipu voi muuttua krooniseksi jos sitä ei hoideta ajoissa. Kipu luokitellaan krooniseksi yleensä silloin kun sen kesto ylittää normaalin kudoksen paranemisaian joka on noin 3-6 kuukautta. (Kalso, Vainio. 2002. 86-89; Sailo, Vartti. 2000. 34-35)

Leikkauksien jälkeinen postoperatiivinen kipu on yleensä akuuttia somaattista (nosiseptista) kipua. Tällä tarkoitetaan hetkellistä paranevaa kipua, jonka tehtävä on varoittaa elimistöä uhkaavasta tai tapahtuneesta kudosaivuriosta. Kipua voidaan myös kuvata mielekkääksi, koska potilas tietää kipua aiheuttavan syyn. (Kalso, Vainio. 2002. 94; Sailo, Vartti, 2000. 34-35). Postoperatiivinen kipu on kuitenkin suuri ongelma sillä siitä kärsii jopa noin 80 % leikatuista potilaista (Kauppila, ym. 2006. 32). Postoperatiivinen kipu aiheutuu yleensä leikkaushaavan haavakivusta. Kipua voivat aiheuttaa myös tulehdukset sekä ommelten kiristävä vaikutus. Lisäksi erilaiset toimenpiteet ja hoitovälineet, kuten nenämahaletku sekä esimerkiksi täysi venytyksen tunnetta aiheuttava virtsarakko voivat olla kivun aiheuttajia. (Taskila. 2003. 66; Sormunen. 1999. 7-8). Postoperatiivisen kivun laaja-alaisuutta lisäävät siihen liittyvät psyykkiset tekijät. Pelko sekä ahdistus liittyvät yleisesti myös postoperatiiviseen kipuun. Potilaan kokemana pelko tulevasta kivusta, sekä hänen kokemansa muu tuska aiheuttaa stressiä joka usein lisää itse postoperatiivista kipua. Tämä estää usein potilaan nopean kuntoutumisen ja pitkittää sairaalajaksoa leikkauksen jälkeen. (Kauppila, ym. 2006. 32; Raid. 1999. 20-21; Sailo, Vartti. 2000. 118-121; Sormunen.1999. 7-9).

3.2 Kivunhoidon kriteerit

Jotta kivunhoito toteutuu hyvin, on ymmärrettävänä kipu moniulotteisena kokemuksena johon vaikuttavat edellisessä kappaleessa mainitut tekijät. Potilas on oman kipunsa asiantuntija. Kivunhoidon tulee perustua aina ensisijaisesti potilaan arvioon omasta kivustaan. Toissijaisina arvioijina toimivat hoitohenkilökunta sekä potilaan läheiset. Pohjana onnistuneelle kivunhoidolle on hyvän hoitosuhteen saavuttaminen potilaan ja hoitohenkilökunnan välille. Kuunteleminen, ymmärtäminen ja empatia ovat oleellisia kivunhoidon onnistumisessa. (Ruuskanen. 2005; Sailo, Vartti. 2000. 62-64; Valkonen. 2003. 101).

Eija Ruuskanen (2005) on kivunhoidon projektiraportissaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirille listannut kivunhoidon laatusuositukset. Näitä suosituksia käyttää sairaanhoitopiirin operatiivinen toimialue johon myös osasto 22 kuuluu. Laatusuosituksia ovat 1) potilas on mahdollisimman kivuton, 2) kivunhoidossa toteutuu suunnittelu, 3) kivunhoidossa toteutuu ohjaus, 4) kivunhoidossa toteutuvat arviointi sekä kirjaus, 5) kivunhoidossa toteutuu lääkehoidon osaaminen ja 6) kivunhoidossa toteutuu näyttöön perustuva osaaminen. Nämä suositukset ohjaavat kivunhoitoa ja niiden toteutuminen on edellytyksenä onnistuneelle kivunhoidolle.

Kivunhoidon päälähtökohtana on se, että potilas on mahdollisimman kivuton. Jo ihmisen normaali käyttäytyminen ohjaa mahdollisimman kivuttomaan tilaan. Kipua tunteva ihminen pyrkii välttämään, vastustamaan, selviämään ja/tai kieltämään kivun. Liian voimakas postoperatiivinen kipu aiheuttaa potilaalle henkisten kärsimysten lisäksi myös fysiologisia haittoja kuten hengitystoiminnan heikkenemistä, verenpaineen nousua, bradykardiaa, lihasspasmeja sekä hormonaalisen toiminnan muutoksia (Kalso, Vainio. 2000. 93, 227-229; Lehtomäki. 2003. 20). Näkemykset postoperatiivisesta kivusta ovat jakautuneet kahtia. Ensimmäisessä kivun katsotaan kuuluvan leikkauksen jälkeiseen aikaan, jolloin kivun hoidon tavoite ei välttämättä ole poistaa kipua kokonaan vaan lievittää sitä mahdollisimman paljon. Toinen näkemys asiaan on, että kipua pitäisi hoitaa kokonaan pois. Useiden haastattelututkimusten mukaan suomalaiset potilaat hyväksyvät leikkauksen jälkeiset kivut. (Kalso, Vainio. 2002. 222; Sormunen. 1999. 9).

Suunnitelmallisuus on oleellinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja se pätee myös kivunhoitoon. On tärkeää että potilaan hoitotyössä noudatetaan käypähoito-ohjeita, lääkärin antamia määräyksiä sekä valtakunnallisia suosituksia kivunhoidon onnistumisen varmistamiseksi. Eri ammattiryhmien suunnitelmallinen osallistuminen hoitoon on tärkeää. Kivunhoidon suunnittelussa on myös tärkeää, että potilas pääsee itse osallistumaan kivunhoidon suunnitteluun. Suunnitelmallisuuden tulee näkyä potilaan ohjaamisessa, kivun arvioinnissa, kirjaamisessa, lääkehoidossa sekä muiden hoitomuotojen käytössä. (Kauppila, ym. 2006. 79; Lehtomäki. 2003. 18; Sailo, Vartti. 2000. 62-63).

Potilaan tiedon saannilla on merkittävä osuus kivunhoidossa. Tiedottomuus ja pelko voivat voimistaa kipua ja vaikeuttaa sen hoitoa pidentäen samalla leikkauksen jälkeistä sairaalajaksoa. Raidin (1999) tutkimuksen mukaan potilaat odottavat leikkausta ennen tietoa leikkauksen jälkeisestä vaiheesta. Leikkauksen jälkeen tietoa halutaan etenkin kuntoutumismahdollisuuksista, leikkauksen jälkeisestä ennusteesta sekä kivunhoidon menetelmistä. Ohjausta haluttiin lisäksi liikunnasta, syömisestä, juomisesta sekä erilaisista hengitystekniikoista ja rentoutumisharjoituksista. Potilaan ohjaaminen alkaa yleensä jo ennen leikkausta preoperatiivisella käynnillä. Tämän aikana potilas tapaa yleensä vuodeosaston sairaanhoitajan sekä lääkärin. Potilaan kanssa keskustellaan tulevasta leikkauksesta ja sen jälkeisestä vaiheesta johon kivunhoito kuuluu. Potilaalle annetaan tietoa intra- ja postoperatiivisista kivuista sekä keskustellaan yhdessä potilaan kanssa kivunhoidon keinoista. Tässä vaiheessa on tärkeä antaa potilaalle mahdollisuus vapaaseen keskusteluun, sillä ennakoitavat leikkauksen jälkeistä aikaa kohtaan voivat lisätä ahdistusta ja voimistaa kipukokemusta. (Sailo, Vartti. 2000. 118-121).

Sormusen (1999) tutkimuksesta, hoitohenkilökunnalle postoperatiivisista kivunhoidon menetelmistä tulee ilmi, että lähes kaikissa preoperatiivisissa keskusteluissa aiheina ovat aikaisemmat leikkauskokemukset, sekä pelko itse leikkausta ja sen aiheuttamia kipuja kohtaan. Myös keskustelu kivunhoidon keinoista sekä kivun vaikutuksesta normaaliin toipumiseen tuli usein esille. Ohjaaminen kuuluu myös oleellisesti leikkauksen jälkeiseen vaiheeseen. Kun aloitetaan suunnittelemaan kivun hoitoa, kuuluu suunnitelmaan onnistunut po-

tilaan kivun arviointi. Arviointiprosessissa merkittävää on potilaan oma kokemus kivustaan. Se miten potilas viestittää kivusta toimii aina kipuanalyysin pohjana. Kivun arvioinnissa selvitetään sen vaikutus potilaan hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Kivun arviointiin on olemassa useita erilaisia mittareita. Useimmilla mittareilla arvioidaan kivun voimakkuutta. Jotkut mittarit soveltuvat sen sijaan kivun sijainnin ja/tai luonteen arvioimiseen. Oleellisinta kivun arvioinnin mittarien käytössä on se, että potilas ymmärtää kivunmittaus menetelmän ja hänen kanssaan käytetään sitä kivun mittaustapaa joka on hänelle luontevin. Potilaan kivunhoidon arviointi on jatkuva systemaattinen prosessi, joka tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa. (Holmia, ym. 2006. 176-179; Sailo, Vartti. 2000. 99-103).

Kivun sijainnin määrittelyssä voidaan käyttää piirrosta ihmisen ruumiista, johon potilas voi konkreettisesti piirtää missä kipua esiintyy. Kipu piirroksessa voidaan myös erotella kivun laji erilaisten merkkien avulla. (Sailo, Vartti. 2000. 100). Kivun voimakkuuden määrittelyssä on käytettävissä erilaisia kipumittareita, esimerkkinä kipujana eli VAS asteikko (visual analogue scale). Potilas asettaa janalla liikkuvan kiilan sille kohdalle asteikkoa joka kuvaa hänen kipunsa voimakkuutta. Mittarin toisella puolella on numeraalinen asteikko 0-10 joka kertoo hoitajalle kivun voimakkuuden 0-arvon kuvatessa kivutonta olotilaa ja 10-arvon kuvatessa pahinta mahdollista kipua. Kivun määrittelyssä voidaan käyttää apuna kipusanastoa kuvailemaan kivun luonnetta. Se antaa potilaalle mahdollisuuden kuvata kipua tuntemuksena apusanoja käyttämällä. Erilaisille sanoille on määritetty VAS-asteikolle oma voimakkuutensa. Lisäksi voidaan käyttää myös muita numeraalisia arviointi asteikkoja. (Holmia, ym. 2006. 179-180; Kotovainio, Mäenpää. 2007; Sailo, Vartti. 2000. 103-104).

Jotta kivun hoito olisi suunnitelmallista ja jatkuvaa, on potilaan kivut sekä kivunhoitoon käytetyt menetelmät dokumentoitava. Kirjaaminen on tärkeä osa potilaan kivunhoitoa ja sen avulla potilaan kipu välittyy hoitohenkilökunnalle. Kirjaamisen avulla voidaan varmistaa hoidon laatu sekä kehittää itse kivunhoitoa. Kivun ja kivunhoidon dokumentoinnissa tulisi huomioida kipukokemus, kivun voimakkuus, sijainti sekä käytetyt menetelmät. Menetelmien käyttö pitää olla perusteltua sekä niiden vaikutusta potilaan kipuun pitää arvioida. Esimer-

kiksi lääkkeenannon jälkeen on arvioitava lääkkeen vaikutus, nopeus, tehokkuus sekä kesto. Myös epäonnistuneiden kivun lievitys menetelmien käyttö tulee kirjata. Kirjaaminen on osa potilasturvaa. Terveystenhoitohenkilöstö on lisäksi velvoitettu kirjaamaan potilaan tilaa ja hoitoa tarkasti. Kirjaamisella saavutetaan näin myös lainalainen pohja kivunhoidon laadun valvonnalle. (Kinnunen. 2003. 33-34; Lehtomäki. 2006. 24. Sailo, Varti. 2000. 97-99).

Kivunhoidon menetelmät voidaan jakaa kahteen osaan: lääkkeellisiin ja ei-lääkkeellisiin hoitomenetelmiin. Nämä menetelmät eivät ole vastakkaisia vaan ne tukevat toisiaan. Postoperatiivisessa kivunhoidossa lääkkeelliset menetelmät ovat korostuneet. Kivun hoidossa huomioidaan potilaan yksilöllisyys. Hänen kokemuksensa kivusta otetaan huomioon, sekä tunnistetaan kipu ulkoisista merkeistä, kuten ilmeistä ja eleistä. Raidin (1999) tutkimus osoittaa että yli kolmannes leikatuista potilaista pitää kipulääkkeitä parhaana hoitomuotona. Sormusen (1999) tutkimuksessa tulee ilmi että sairaanhoitajat olettavat potilaiden haluavan ensisijaisesti lääkehoitoa kipuihinsa

3.3 Kivun lääkehoito

Kun aloitetaan suunnittelemaan potilaan kipulääkehoitoa, on tärkeää erottaa onko kipu nosiseptista, neurogeenista vai idiopaattista kipua. Kivun lääkehoidossa sovelletaan WHO:n suosittamaa kipulääkkeiden portaittaista annostelua (Holmia ym. 181). Tämä tarkoittaa sitä että kipua aletaan hoitamaan ensimmäisenä tulehduskipulääkkeillä. Jos tämä ei toimi, siirrytään mietoihin opioideihin. Seuraavaksi kokeillaan tarvittaessa vahvoja opioideja kuten. Nosiseptiivinen kipuun auttaa tulehduskipulääkkeet ja opioidit, kun taas neurogeenisessä kivussa lääkehoitona voidaan käyttää serotonienergisiä lääkkeitä. (Holmia ym. 2006. 182.)

Postoperatiivisen kivun hoidossa käytetään tavallisesti tulehduskipu- eli NSAID lääkkeitä. Nämä vaikuttavat lähinnä paikallisesti vaurioituneeseen kudokseen ja vähentävät niissä kipua välittävien aineiden eritystä. Jos tulehduskipu lääkkeitä ei saada vastetta, siirrytään mietoihin opioideihin. Seuraavaksi kokeillaan tarvittaessa vahvoja opioideja. Opioidit vaikuttavat keskushermost-

ton eri osissa kiinnittyen opioidin reseptoreihin jolloin ne estävät tai heikentävät kipuviestin välitymistä. (Holmia ym. 181; Kalso, Vainio. 2002. 127-149). Tulehduskipulääkkeet annetaan potilaalle yleensä suun kautta tai laskimoon pistettävänä infuusiona. Opideja voidaan niin ikään antaa suun kautta. Niitä voidaan lisäksi pistää kertaluotoisina annoksina laskimoon sekä lihakseen. Postoperatiivisessa kivun lääkehoidossa käytetään myös PCA-laitteistoa (Patient Controlled Analgesia). Tämän avulla potilas voi itse annostella tarvitsemansa opioidi määrän nappia painamalla. Laite on ohjelmoitu niin, ettei se anna liian suuria lääkeannoksia. (Kalso, Vainio. 2002. 229-232).

Nosiseptista kipua voidaan myös hoitaa erilaisten puudute aineiden avulla. Niitä voidaan annostella paikallisesti kudokseen, hermoon, spinaali- tai epiduraalitalaan. Ne estävät sähköimpulssin johtumista hermosyissä jolloin kipuviestin kulku estyy. Postoperatiivisessa kivunhoidossa käytetään epiduraali- ja plexuspuudutusta. Epiduraalipuudutuksessa lääkeseos annetaan infuusiona selkäydintä kiertävään rasvakudokseen (epiduraalitala). Lääkeseos sisältää normaalisti puudutteen lisäksi opioideja. (Bjälje, ym. 1999. 53-71; Friman. 2006. 6-8 ; Kalso, Vainio. 2002. 233-239).

3.4 Hoitotyön menetelmät kivunhoidossa

Postoperatiivisessa kivunhoidossa lääkehoidon rinnalla käytetään useita ei-lääkkeellisiä kivunhoito menetelmiä. Erilaisten fysiatristen menetelmien käyttö leikkauksen jälkeen on yleistä. Tällaisia menetelmiä ovat muun muassa asentohoito, liikunta, kylmä- tai kuumahoito, iho/kudos stimulaatio ja hieronta. Asentohoidolla ehkäistään nesteiden kasautumista kudokseen ja painehaavojen syntyä sekä edistetään verenkiertoa. Mahdollisimman aikaisessa vaiheessa aloitetulla liikunnalla estetään leikkauksen jälkeisestä vuodelevosta johtuva lihaskunnon rappeutuminen ja jäykkyys. Kylmähoitolla voidaan heikentää jäähdytettävän alueen verenkiertoa jolloin turvotus kudoksissa laskee. Lisäksi kylmä heikentää ihon alaisten kipureseptorien herkkyyttä. Kylmähoitossa voidaan käyttää esimerkiksi geelipusseja. Kuumahoidon tarkoituksena on lihaskäntäjänsä vähentäminen ja verenkierron lisääminen kivuliaalla alueella. Hoi-

dossa voidaan käyttää kuumavesipulloa tai lämmityslaitetta. Iho/kudos stimulaatiolla sekä hieronnalla voidaan lisätä hierottavan alueen verenkiertoa joka vähentää kipua. Lisäksi stimulaation avulla endorfiini tason oletetaan nousevan. (Sailo, Vartti. 2000. 124-126; Sormunen. 1999. 18-19).

Myös erilaisilla psykologisilla menetelmillä voidaan vähentää potilaan kipuja. Potilaan kanssa ennen leikkausta pidettyjen keskustelujen ja ohjaustilanteiden on todettu vähentävän potilaiden pelkoja leikkauksia kohtaan sekä vähentävän koettuja kipuja. On tärkeää että potilaan ajatuksia kivun suhteen kuunnellaan. Aikaisempien kipukokemusten huomioimisella on todettu olevan hyvä vaikutus potilaan turvallisuuden tunteen luomiseen ja tätä kautta kivuttomampaan postoperatiiviseen kuntoutumiseen. Muita käytettyjä psykologisia menetelmiä kivunhoidossa ovat esimerkiksi rentoutumisharjoitukset, musiikin kuuntelu sekä erilaiset mielikuvaharjoitukset. Niiden lähtökohtana on suunnata potilaan huomio pois kivusta ja vähentää kivusta aiheutuvaa stressiä. (Kalso, Vainio. 2000. 190; Sailo, Vartti. 2000. 126; Sormunen. 1999. 14-17). Sormusen (1999) tutkimuksessa nousee esiin, että hoitajat käyttävät ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä eniten asento-, kylmä- ja kuumahoitoa sekä keskustelua potilaan kanssa.

3.5 Kivunhoito Fast Track hoitomallissa

Fast Track -potilaan kivunhoito on yhteistyötä potilaan, hoitajan ja hoitavan lääkärin välillä. Fast Track hoitomallissa leikkauksen jälkeisenä kivunhoitona on kipuepiduraali, joka asennetaan potilaalle leikkauksen yhteydessä. Kipuepiduraali pidetään potilaalla 2-3 päivää leikkauksesta, jonka jälkeen siirytään suun kautta annosteltaviin lääkkeisiin. Kivunhoito on avainasemassa potilaan toimenpiteen jälkeisessä kuntoutumisessa. Kivunhoidon perusteina on riittävä ja laadukas ohjaus, potilaan motivointi nopeaan kotiutukseen ja kipulääkityksessä tapahtuviin muutoksiin jo muutaman ensimmäisen postoperatiivisen päivän aikana. Kivunhoidossa huomioidaan myös muut kipua lievittävät hoitotyön menetelmät, kuten ohjaus, potilaan tukeminen, asentohoito ja ylös-

nousemisen oikea tekniikka. (Friman. 2006. 22: Kolonrektaalipotilaan Fast Track –kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle. 2007. 13-16).

Kipuepiduraalissa lääke annostellaan PCA (patient controlled analgesia) – pumpulla. Lääkeseos annetaan jatkuvana infuusiona potilaan epiduraalitaalaa. Seos sisältää puuduteaineen sekä opioidin. Jos potilaan kipu leikkauksen jälkeen on VAS asteikolla levossa enemmän kuin kolme tai liikkeessä enemmän kuin kuusi, tarvitsee hän lisälääkitystä boluksena, jonka hän saa anestesiaalääkärin kirjaamien määräyksen mukaisesti. Boluksen antaa sairaanhoitaja. Kipuepiduraalin rinnalla potilas saa parasetamolia suun kautta. Kipuepiduraalin kivunhoidon vastetta seurataan hoitajan toimesta vähintään kolmen tunnin välein. Kipuepiduraali poistetaan potilaalta toisena tai kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Kivun seuranta jatketaan säännöllisesti myös kipuepiduraalin poistamisen jälkeen. Tällöin suun kautta annosteltavia kipulääkkeitä ovat parasetamoli ja meloksikaami sekä tarvittaessa opioidit. Jos kipulääkitys eri riitä pitämään kipua poissa, arvioi lääkäri tilanteen yksilöllisesti ja määrää tarvittaessa lisää kipulääkettä. Kivunhoidossa huomioidaan myös muut kipua lievittävät hoitotyön menetelmät, kuten ohjaus, potilaan tukeminen, asentohoitto ja ylösnousemisen oikea tekniikka. (Friman. 2006. 22: Kolonrektaalipotilaan Fast Track –kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle. 2007. 13-16).

Kotiutuessa kivunhoitoa jatketaan lievemmillä kipulääkkeillä, kuten parasetamolilla ja meloksikaamilla. Mikäli kivut lisääntyvät merkittävästi vielä kotona, ohjataan potilas ottamaan yhteyttä osastolle tai ensiapuun. (Kolonrektaalipotilaan Fast Track –kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle. 2007. 13-16: Ruuskanen 2005. 12-18).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TARVE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa potilaiden kokemuksista leikkauksen jälkeisen kivunhoidon toteutumisesta fast track –hoitomallissa Keski-

Suomen keskussairaalan osastolla 22. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää fast track –hoitomallin kivunhoitoa osastolla 22.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisena fast track -potilaat kokivat kivunhoidon toteutuksen.

1.1 Miten leikkausta edeltävä sekä leikkauksen jälkeinen ohjaus kivusta ja kivunhoidosta vaikutti potilaiden kipukokemuksiin

1.2 Miten potilaat kokivat ei-lääkkeellisten kivunhoito menetelmien käytön leikkauksen jälkeisessä hoidossa.

1.3 Miten potilaat kokivat kivun arvioinnin sekä mittausmenetelmien käytön kivunhoidossa.

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä oli käytetty kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta. Tutkimusmenetelmien valintaan vaikuttivat tulevien tutkimustulosten ennakointi sekä niiden käytettävyyden ja objektiivisuuden varmistaminen. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa tutkimusaineisto esitetään usein tilastollisessa muodossa. Tämä paransi aineiston havainnollistamista sekä helpotti sen hyödyntämistä. Keskeistä oli myös tutkimuksen toistettavuus. (Koivula. 2002. 36; Paunonen, Vehviläinen-Julkunen. 1997. 20). Tutkimukseen osallistuvaan perusjoukkoon kuuluivat kaikki osasto 22 Fast Track -hoitomallin potilaat. Tutkimus toteutettiin strukturoidun kyselylomakkeen (liite 1) avulla. Tutkimusongelmat sekä mittarit perustuvat aikaisemmin esitettyihin Ruuskasen (2005) tuottamiin kivunhoidon kriteereihin. Näistä kriteereistä olemme nostaneet tutkittaviksi 1) potilas on

mahdollisimman kivuton, 3) kivunhoidossa toteutuu ohjaus, 4) kivunhoidossa toteutuvat arviointi sekä kirjaus ja 5) kivunhoidossa toteutuu lääkehoidon osaaminen. Lisäksi mittarien luonnissa oli käytetty apuna Raidin (1999) tutkimusta sekä Suomen kivuntutkimusyhdistyksen omia kivunarviointi lomakkeita (www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi). Tutkimuksen laatimiseen vaikuttivat myös tutkijoiden omat näkemykset kivunhoidosta sekä K-SKS:n osasto 22:n tarpeet.

Tutkimuksen luotettavuutta on mahdollista arvioida eri tekijöiden osalta. Näitä ovat esimerkiksi mittaustapa, aineiston kerääminen sekä tulosten arviointi. Luotettavuutta voidaan tarkastella niin sisäisen (validiteetin) sekä ulkoisen (reliabiliteetin) kautta. Validiteetilla tarkastellaan sitä, mittasiko mittari haluttuja asioita. Validiteetin toteutumiseen voidaan päästä käsitteiden luotettavuuden kautta. Tätä varten tutkimuksen keskeinen käsitteistö tulee operationalisoida. Operationalisoinilla tarkoitetaan käsitteistön hahmottamista, osa-alueiden määrittämistä ja käsitteen siirtämistä arkikieleen. (Menetelmä opetuksen valtakunnallinen tietovaranto. 2007; Paunonen, Vehviläinen-Julkunen. 1997. 206-207).

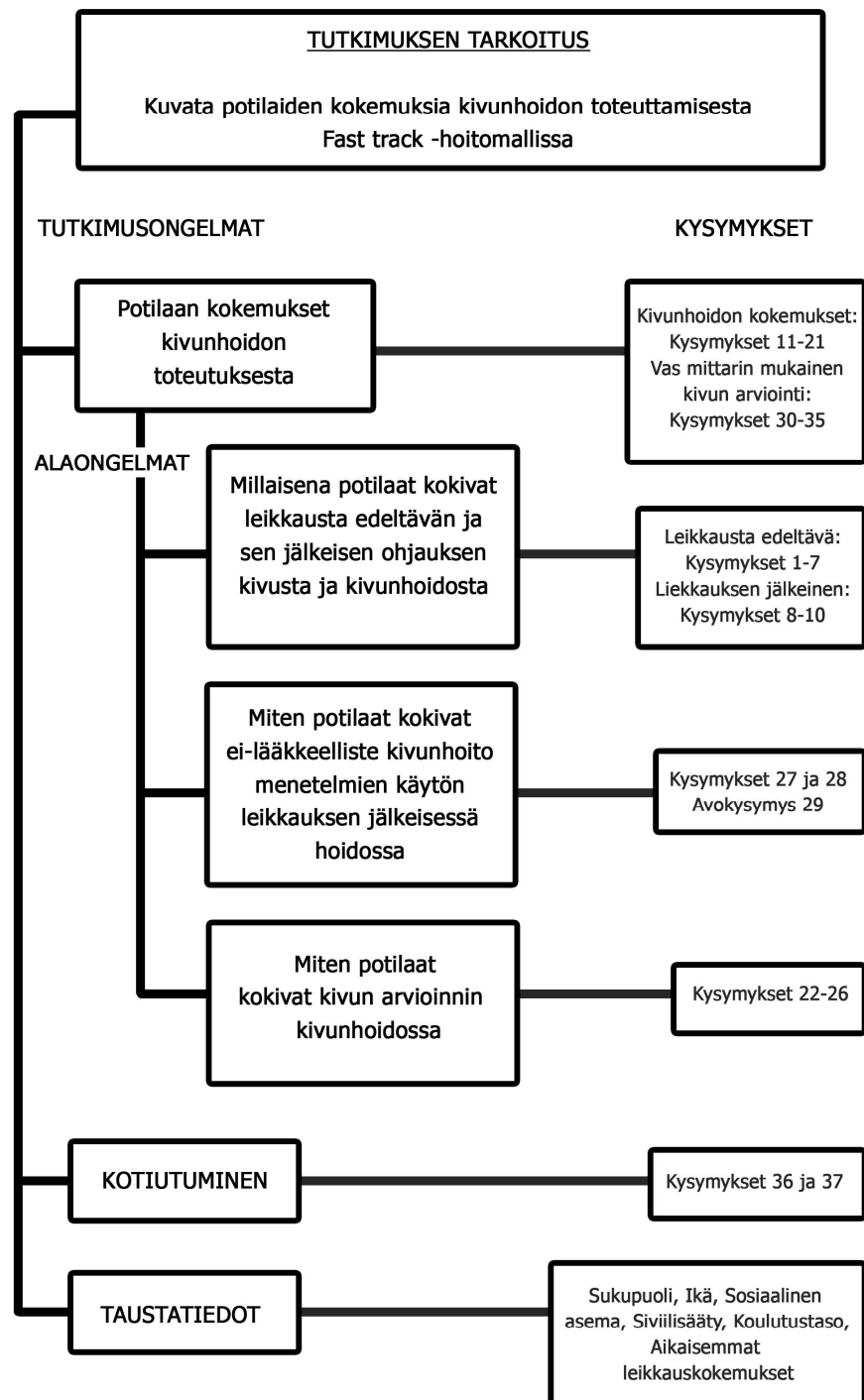
Keskeisimmiksi käsitteiksi tutkimuksessa nousivat kipu ja kivunhoito. Kipukäsite perustuu IASP:n (international association study of pain) määritelmään joka on jo vakiintunut hoitotieteen teoreettisessa käytössä. Käsite on peräisin vuodelta 1986. (Laitala, Löflund, Sandberg. 2007. 2). Kivunhoito -käsite perustuu Ruuskasen (2005) K-SKS:lle tuottamiin kivunhoidon kriteereihin jossa kivunhoidon toteuttaminen on jaettu eri alueisiin. Tutkimuksen validiteetin varmistamiseksi on lisäksi tutkimuslomaketta laadittu yhdessä fast track projektin kivunhoidon osa-alueesta vastaavan hoitajan kanssa. Reliabiliteettia eli ulkoista luotettavuutta ovat voineet häiritä esimerkiksi erilaiset satunnaisvirheet vastaamisessa sekä mittaamisolosuhteet (Menetelmä opetuksen valtakunnallinen tietovaranto. 2007). Näitä on pyritty vähentää ohjaamalla tutkimukseen osallistuvia työntekijöitä sekä perusjoukkoa joka tutkimukseen vastaa. Näillä, sekä muilla toimenpiteillä ollaan pyritty lisäämään tutkimuksen luotettavuutta.

5.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Tutkimusongelman ja sen alaongelmien mittarien kannalta kyselylomake (liite 1) jakautuu neljään osaan (kaavio 2). Näitä ovat 1) kivunhoidon toteutuminen sekä alaongelmat 2) ohjauksen toteutuminen, 3) ei-lääkkeellisten hoitotyön menetelmien toteutuminen kivunhoidossa ja 4) kivun arvioinnin ja mittaamisen toteutuminen. Kyselylomake sisältää myös taustatietoja sekä kotiutumista mittaavia kysymyksiä. Kysymyksiä on yhteensä 43 joista suurimassa osassa (n=28) potilaat vastasivat esitettyihin väittämiin muunnellun Likert-asteikon periaatteen mukaisesti; 1) täysin eri mieltä, 2) osittain erimieltä, 3) en osaa sanoa, 4) osittain sama mieltä tai 5) täysin samaa mieltä. Lomake sisältää lisäksi kaksi avokysymystä.

Kivun hoidon toteutumista mitattiin kahdella eri tavalla. Potilaiden kokemuksia kivunhoidon toteutumisesta käsittelee 10 kysymystä (kysymykset 11-21) joissa potilas vastasivat erilaisiin väittämiin. Näiden kysymysten lisäksi lomake sisältää mittarin kivun voimakkuuden arvioimiseen jossa potilaat vastasivat VAS kivunmittaus-asteikon mukaan 0-10. Näitä kysymyksiä on 6 (kysymykset 30-35). VAS mittariin perustuvissa kysymyksissä oli käytetty apuna Suomen kivuntutkimusyhdistyksen kivun arvioimislomakkeita. Ohjauksen toteutumisen ja sen laadun mittarina oli lomakkeessa 10 kysymystä jotka jakautuvat ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen toteutuneeseen ohjaukseen (kysymykset 1-10). Kivunhoidon arvioinnin sekä siinä käytettyjen mittausten menetelmien toteutumista arvioitiin viidellä kysymyksellä. Lisäksi tulosten verrannollisuus kivun hoidon kokemusten (kysymykset 11-21) sekä kivun voimakkuuden (kysymykset 30-35) mittarien välillä antavat myös tietoa siitä, onko kipumittarin käyttö hallittu. Ei-lääkkeellisten kivunhoito menetelmien mittarina toimivat kysymykset 27-29. Näistä yksi oli avokysymys jossa potilaat kuvailivat saamiaan ei-lääkkeellisiä menetelmiä. Se oli jätetty avokysymykseksi koska menetelmiä on paljon. Lisäksi vastauksista voidaan näin päätellä sitä, ymmärsivätkö potilaat näiden menetelmien liittymisen juuri kivunhoitoon. Taustatietojen kartoittamista varten lomake sisälsi kuusi kysymystä jossa muuttujia olivat sukupuoli, ikä, sosiaalinen asema, siviilisääty, koulutustausta sekä aikaisemmat leikkauskokemukset. Lomake sisälsi myös kaksi kysymystä kotiutumisesta. Näillä oli

määritelty sitä, kotiutuiko potilas normaalin aikataulun mukaan ja mihin potilas siirtyi osastolta. Näiden kysymysten taustalla oli tarve saada erotelluksi tulokista suunnitellusti kotiutuneet sekä ei-suunnitellusti kotiutuneet potilaat. Viimeisenä kyselylomakkeessa oli avoin kysymys jossa potilailla oli mahdollisuus ilmaista muita hoitoon liittyviä asioita omin sanoin. Tutkimuksen tarpeen ja tutkimusongelmien suhde kyselylomakkeen kysymyksiin on havainnollistettu kuviossa 2.



KUVIO 2. Tutkimuksen tarkoitus, tutkimusongelmat ja lomakkeen kysymykset

5.3 Tutkimuksen toteuttaminen

Aineiston kerääminen suoritettiin potilaskyselyinä osasto 22:n Fast Track potilaille. Tutkimusryhmään kuuluivat kaikki fast track hoitomallin mukaisesti hoidetut potilaat joita osastolla oltiin hoidettu. Osa potilaista vastasi kyselyyn osastolla ja aikaisemmin hoidetuille lähetettiin kyselylomake kirjeitse. Potilaat osallistuivat kyselyyn täysin vapaasta tahdostaan ja anonymisti. Osastolla vastanneille potilaille annettiin saatekirje preoperatiivisella käynnillä (liite 2) ja henkilökunta antoi kyselylomakkeet potilaille kotiutuspäivänä. Kirjeitse vastanneille potilaille lähetettiin kyselylomake (liite1), erillinen saate kirje (liite3) sekä palautuskuori. Nämä lomakkeet tuli postittaa osastolle toukokuun 2008 aikana.

5.4 Tutkimuksen etiikka

Eettiset kysymykset tulevat esiin tutkimuskohteen valinnassa, tutkimusmenetelmien soveltamisessa ja tutkimustulosten julkistamisessa. Tässä tutkimuksessa tutkittavalla on oikeus anonymiteettiin, loukkaamattomuuteen, luottamuksellisuuteen sekä oikeus valintaan ja päätöksentekoon. (Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää. 2007). Tutkimukseen on haettu asianmukainen lupa osasto 22:n ylilääkäriltä (liite 4).

Tutkittavien oikeus loukkaamattomuuteen on huomioitu kyselylomakkeen ja saatekirjeen laadinnassa. Tekstin sävy on muotoiltu kohteliaaksi ja tutkittavan yksityisyyttä kunnioittavaksi. Tutkittavat säilyttävät myös anonymiteettinsä, sillä he eivät merkitse kyselylomakkeeseen henkilötietojaan. Potilaan oikeus olla osallistumatta tutkimukseen on selitetty potilaalle annetussa saatekirjeessä. Mikäli potilas vastaa kyselyyn, katsotaan että hän on suostunut osallistumaan tutkimukseen.

Kun vertaillaan tutkimuksen haittoja ja hyötyä potilaan kannalta, voidaan ainakin päätellä se, etei potilaalle koidu kyselystä taloudellisia kustannuksia. Kysely on laadittu siten, että siihen on mahdollisimman helppo vastata. Tämä asia on huomioitu potilaiden yleistilaa leikkauksen jälkeen ajatellen, sillä he ovat

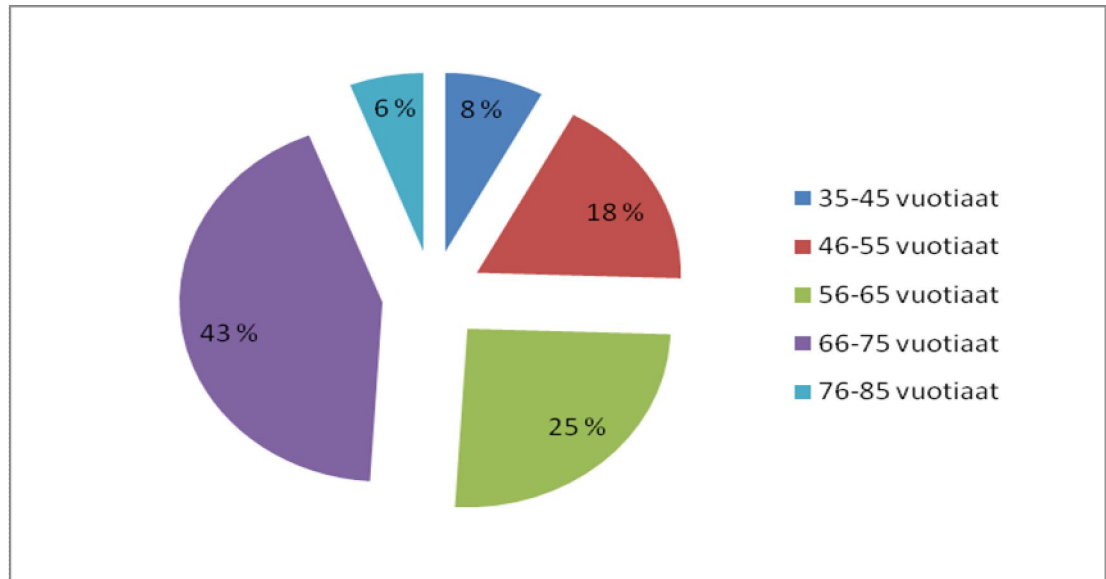
saattaneet olla väsyneitä ja uupuneita. Osastolla vastanneille potilaille kyselylomake jaettiin vasta hoidon lopussa, ennen kotiutumista. Tällä menetelmällä on katsottu myös olevan merkitystä, siinä ettei potilaalle kehity hoidon aikana ennakkokäsitystä kivunhoidon toteutumisesta. Hoitohenkilökunnalle tutkimuksen toteuttaminen teetti lisätyötä potilaiden ohjauksen, kyselylomakkeiden jakamisen ja keräämisen muodossa. Lisäksi osa osaston henkilökunnasta oli tiiviisti mukana tutkimusprosessin eri vaiheissa.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Osastolla tehty aineiston keruu aloitettiin 21.2. ja sen kerääminen loppui 6.6.2008. Tänä aikana osastolla 22 hoidettiin 29 potilasta fast track hoitomallin mukaisesti. Näistä 41 % (n=12) vastasi kyselyyn. 78 potilaalle kyselylomake lähetettiin kirjeitse. Näistä potilaista 65 % (n=51) vastasi kyselyyn. Potilaat joita lähestyttiin kirjeitse, oli hoidettu fast track hoitomallin mukaisesti tammikuun 2007 ja helmikuun 2008 välisenä aikana. Yhteensä vastauksia tuli 63 joista noin 19 % (n=12) vastasi kyselyyn osastolla ja noin 81 % (n=51) kirjeitse. 44 % (n=28) lomakkeista oli täytetty puutteellisesti. Nämä lomakkeet on sisällytetty tutkimukseen tutkimusaineisto ollessa jo lähtökohtaisesti pieni. Kyselyn vastausten tilastoinnissa ja tulosten käsittelyssä käytettiin apuna SPSS 15 - tilastointiohjelmaa. Kuviodien laadinnassa käytettiin Microsoft Excel 2007 - ohjelmaa.

6.1 Perustiedot

Kyselyyn vastanneista potilaista miehiä oli 36,5 % (n=23) ja naisia 63,5 % (n=40). Vastaajat olivat iältään 35–84 -vuotiaita. Vastaajien keski-ikä oli noin 62 vuotta. Kaikki vastaajat eivät olleet maininneet ikäänsä; vastaamattomia oli 19 % (n=12). Tulosten vertailun helpottamiseksi vastaajat on jaettu viiteen eri ikäryhmään (kuvio 3).



KUVIO 3. Ikäryhmät

Vastaajista työssäkäyviä oli 31,7% (n=20), työttömiä 4,8% (n=3), opiskelijoita 0% (n=0) ja eläkeläisiä 63,5% (n=40). Naimisissa olevia oli 61,9% (n=39), avoliitossa 14,3% (n=9), naimattomia 6,3% (n=4), eronneita 6,3% (n=4) ja leskiä 11,1% (n=7). Perus/kansakoulu tasoinen koulutus 42,9% (n=27), ammattikoulutus 32,9% (n=22), Lukio 11,1% (n=7) ja korkeakoulu 11,1% (n=7). Kyselyyn osallistuneista potilaista 73% (n=46) vastasi olleensa aikaisemmin leikkauksessa.

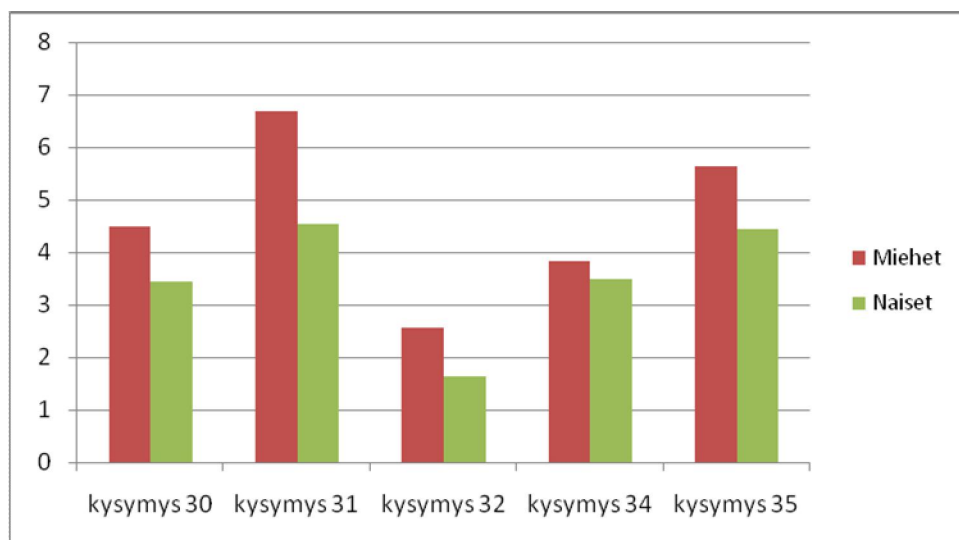
Kyselyyn vastanneista potilaista 82% (n=50) oli vastannut kotiutuneensa normaalin aikataulun mukaisesti, 18% (n=11) oli tulosten perusteella kotiutuneet ei-suunnitellusti. Kysymyksessä ei oltu tarkennettu sitä, kotiutuivatko nämä potilaat aikaisemmin vai myöhemmin kuin oli suunniteltu. Todennäköisyys myöhemmälle kotiutumiselle on kuitenkin suurempi. Kaikista vastaajista 3,2% (n=2) ei vastannut kysymykseen.

Kotiutumisaikaa kartoittavassa kysymyksessä saatiin seuraavanlaisia tuloksia. 95% (n=57) vastaajista vastasi kotiutuneensa kotiin, 3,3% (n=2) terveyskeskukseen ja vain 1,6% (n=1) muualle. Verratessa kotiutumisaikaa kotiutumisajankohtaan, kaikki terveyskeskukseen tai muualle kotiutuneet olivat kotiutuneet aikataulun mukaisesti.

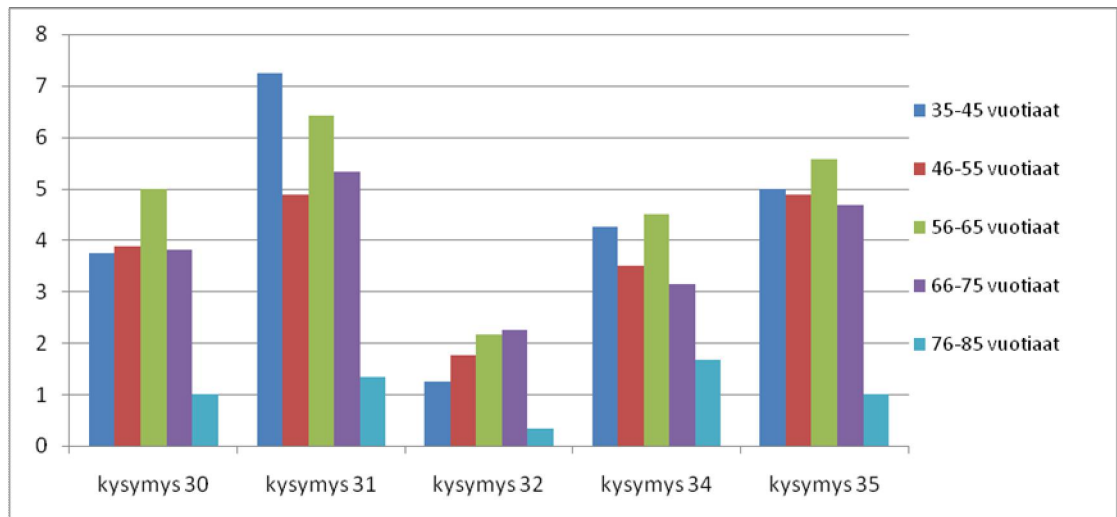
6.2 Millaisena fast track -potilaat kokivat kivunhoidon toteutuksen

Fast track potilaiden kipukokemuksia oli kyselyssä kartoitettu 17:llä (kysymykset 12-22 ja 31-36) eri kysymyksellä. Nämä kysymykset jakautuivat kahteen eri ryhmään. Kysymyksissä 12-22 potilaat vastasivat asetettuihin väitteisiin muunnellun Likert-asteikon mukaisesti. Kysymyksissä 30-35 potilaat vastasivat arvoasteikolla 0-10 VAS-kipumittarin mukaisesti (0 kivuton tila ja 10 pahin mahdollinen kipu). Kysymys 33 on jätetty tulosten kuvaamisvaiheesta pois tutkimusjoukon laajetessa aikaisemmin hoidettuihin fast track potilaisiin.

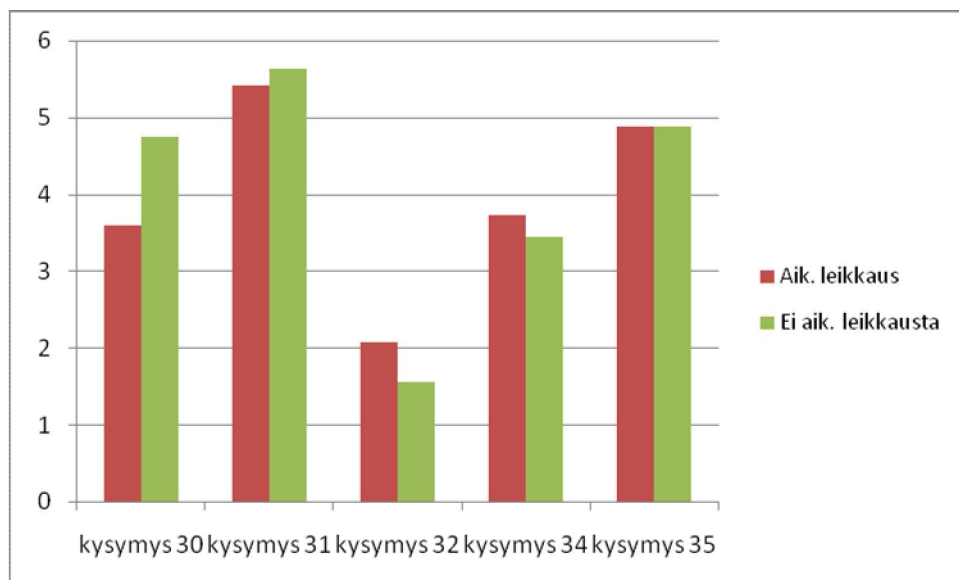
VAS-mittarin mukaisten kysymysten tulokset on esitetty liitteessä 5. Eri taustamuuttujille - kuten ikä ja sukupuoli - on laskettu omat keskiarvonsa näiden kysymysten tuloksista. Vertailujen tulokset on myös esitetty liitteessä 5. Havainnollistamisen avuksi on tuloksista luotu pylväskaaviot eri sukupuolten (kuvio 4), ikäryhmien (kuvio 5), erilaisten aikaisempien leikkauskokemusten (kuvio 6), eri siviilisäätyjen (kuvio 7), sosiaaliluokkien (kuvio 8) ja koulutustason omaavien potilaiden tuloksien eroista.



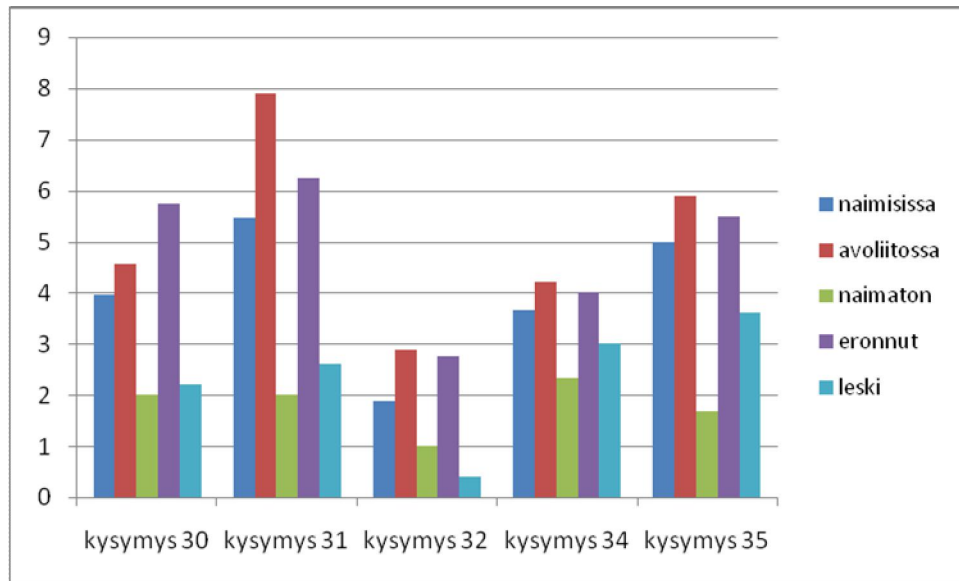
KUVIO 4. Sukupuolten väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä



KUVIO 5. Ikäryhmien väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä

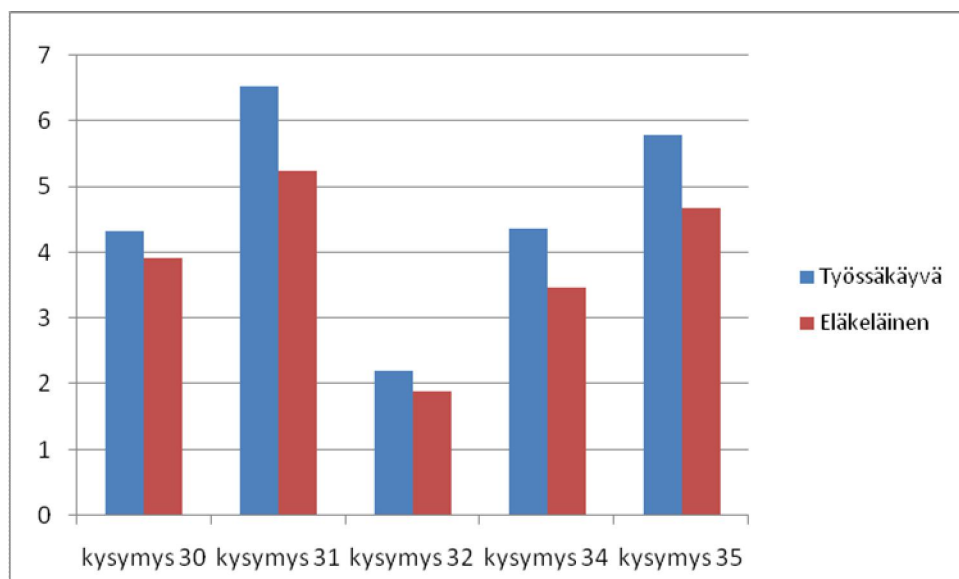


KUVIO 6. Aikaisempien leikkauskokemusten vaikutus VAS-mittarin mukaisten kysymysten tuloksissa

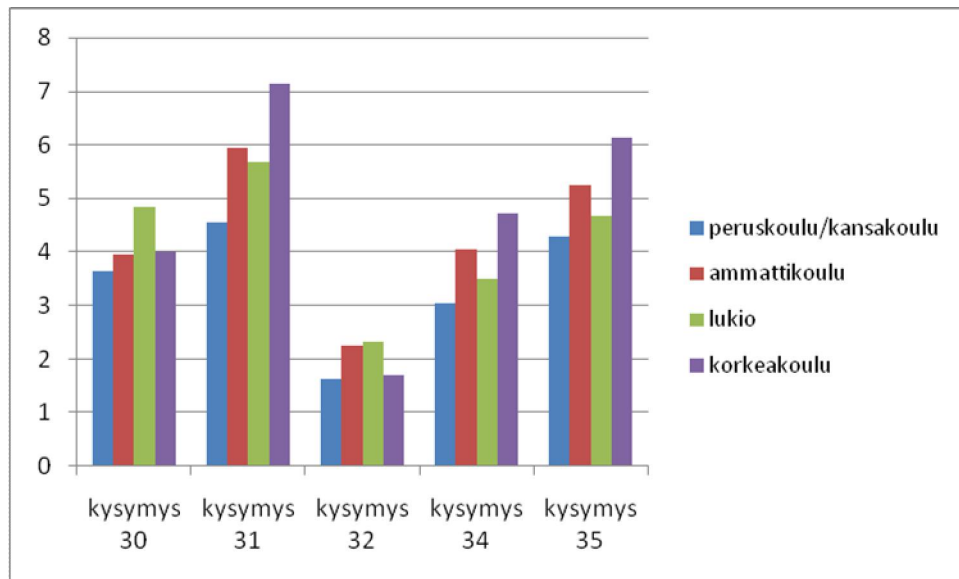


KU-

VIO 7. Siviilisäätyjen väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä



KUVIO 8. Sosiaaliluokkien väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä

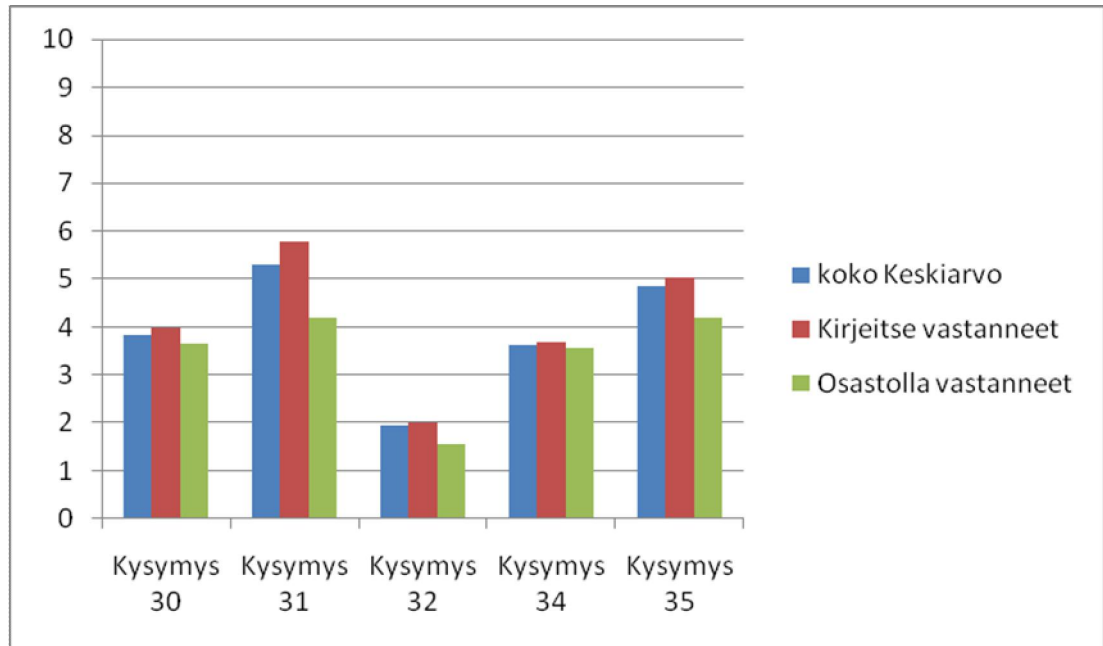


KUVIO 9. Koulutustaustojen väliset erot VAS-mittarin mukaisissa kysymyksissä

Osastolla ja kirjeitse kyselyyn vastanneiden välisiä eroja VAS-mittarin mukaisesti vastattujen kysymysten tuloksissa on esitetty taulukossa 1 ja kuviossa 10.

Kysymys	koko Keskiarvo	Kirjeitse vastanneet	Osastolla vastanneet
30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen	3,82	3,98	3,64
31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin	5,31	5,77	4,18
32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin	1,95	2,02	1,55
34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani	3,61	3,67	3,55
35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle	4,85	4,18	5,04

TAULUKKO 1. VAS-mittarin mukaisten kysymysten tuloksien vertailu kirjeitse ja osastolla vastanneiden välillä



KUVIO 10. VAS-mittarin mukaisten kysymysten tuloksien vertailu kirjeitse ja osastolla vastanneiden välillä

Kysymykset 11-21 mittasivat potilaiden kipukokemuksia erilaisten väittämien avulla. Näissä kysymyksissä potilaat vastasivat erilaisiin väittämiin Likert-asteikon mukaisesti. Tulokset näistä kysymyksistä on esitetty liitteessä 6.

Kullekin vastaajalle on laskettu SPSS 15 -tilastointiohjelmalla summanmuuttuja (keskiarvo) näiden kysymysten tuloksista. Keskiarvot on pyöristetty 0.5 tarkkuudella. Keskiarvojen avulla on voitu vertailla kivunhoidon kokemuksia eri taustamuuttujien kanssa. Summanmuuttujan (keskiarvon) laskeminen helpottaa myös jatkossa tehtävää ristitaulukointia. *En osaa sanoa* -vastausvaihtoehto lasketaan tuloksien keskiarvoon mukaan sillä se on sijoitettu arvoasteikolla keskelle ja vastaa neutraalia lukua (arvo 3). Keskiarvot sijoituvat 1-5 välille. Viisi (täysin samaa mieltä) kuvaa parasta ja yksi (täysin eri mieltä) huonointa arvoa.

Vertaillaessa kivunhoidon kokemuksia sukupuolten välillä, oli naisten antama keskiarvo 4,44 kun se miehillä oli 4,5.

Vertaillessa kivunhoidon kokemuksia ikäryhmien välillä saatiin seuraavia tuloksia (taulukko 2).

Ikäryhmät	35-45	46-55	56-65	66-75	76-85
Kysymysten 11-21 keskiarvo	4,13	4,61	4,12	4,66	4,5

TAULUKKO 2. Ikäryhmien väliset erot kivunhoidon kokemuksissa

Kivunhoidon kokemusten tuloksia oli vertailtu myös aikaisempiin leikkauskokemuksiin. Kyllä vastanneiden keskiarvoksi tuli 4,5. Niiden vastaajien, jotka eivät olleet aiemmin leikkauksessa, keskiarvoksi saatiin 4,36. Suunnitellusti vastanneet antoivat kivunhoidon kokemusten keskiarvoksi 4,53 ja ei-suunnitellusti kotiutuneet 4,27. Ne potilaat jotka olivat kotiutuneet suoraan kotiin antoivat keskiarvoksi 4,46 ja ne jotka olivat kotiutuneet terveyskeskukseen, vuodeosastolle tai muualle 4,67. Osastolla kyselyyn vastanneet antoivat keskiarvoksi 4,83 ja kirjeitse vastanneet 4,42.

6.3 Miten leikkausta edeltävä sekä leikkauksen jälkeinen ohjaus kivusta ja kivunhoidosta vaikutti potilaiden kipukokemuksiin

Fast track potilaiden kokemuksia ohjauksesta kivun ja kivunhoidon suhteen on kartoitettu kyselyssä kahdella erillisellä kysymyssarjalla. Kysymykset 1-7 käsittelevät ohjausta ennen leikkausta. Kysymykset 8-10 koskevat ohjausta leikkauksen jälkeen. Potilaiden kokemuksia ohjauksesta kysymyksissä 1-10 on kartoitettu kivunhoidon toteutuksen tapaan väittämien avulla. Potilaat vastasivat väittämiin Likert-asteikon mukaisesti. Tulokset näistä kysymyksistä on esitetty liitteessä 6.

Kunkin vastaajan osalta on laskettu SPSS 15 -tilastointiohjelmalla summanmuuttuja (keskiarvo) kysymysten 1-7 (ohjaus ennen leikkausta) ja 8-10 (ohjaus leikkauksen jälkeen) tuloksista erikseen. Keskiarvot on pyöristetty 0.5 tarkkuudella. *En osaa sanoa* -vastausvaihtoehto lasketaan tulosten keskiarvoon. Keskiarvot sijoittuvat 1-5 välille. Näiden keskiarvojen avulla on voitu vertailla ohjaus kokemuksia eri taustamuuttujien kanssa. Summanmuuttujan (keskiar-

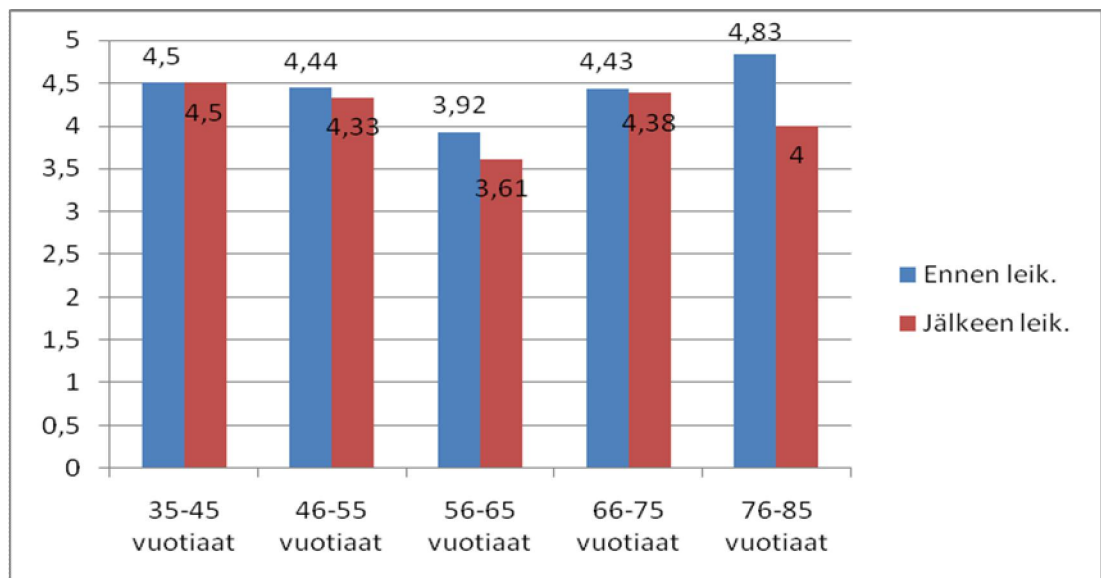
von) laskeminen helpottaa myös jatkossa tehtävää ristitaulukointia. Kysymys 6:n tulokset on summanmuuttujia laskettaessa muutettu käänteisiksi, jotta ne olisivat keskiarvoja laskettaessa vertailukelpoisia kysymyssarjan muiden kysymyksiensä kanssa.

Vertaillessa ohjauskokemuksia sukupuolten välillä ilmeni vain pieniä eroja. Naisten keskiarvo ennen leikkausta annetulle ohjaukselle oli 4,33 ja leikkauksen jälkeiselle ohjaukselle 4,15. Miesten keskiarvo ohjaukselle ennen leikkausta oli 4,37 ja leikkauksen jälkeen 4,41.

Vertaillessa ohjauskokemuksia eri ikäryhmien välillä saadut tulokset on esitetty taulukossa 3 ja kuviossa 11.

Ikäryhmät	35-45	46-55	56-65	66-75	76-85
Kysymysten 1-7 keskiarvo	4,5	4,44	3,92	4,43	4,83
Kysymysten 8-10 keskiarvo	4,5	4,33	3,61	4,38	4

TAULUKKO 3. Ikäryhmien väliset erot ohjauskokemuksissa

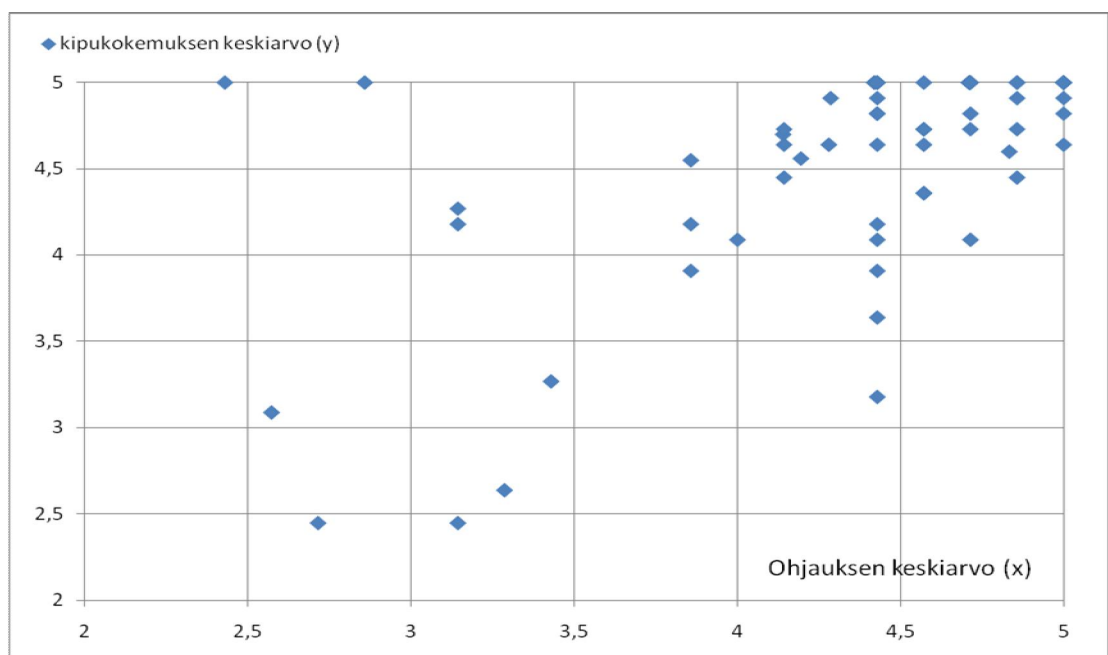


KUVIO 11. Ikäryhmien väliset erot ohjauskokemuksissa

Suunnitellusti kotiutuneet antoivat ennen leikkausta annetulle ohjaukselle arvosanaksi 4,42 ja leikkauksen jälkeiselle ohjaukselle 4,21. Ei-suunnitellusti ko-

tiutuneet antoivat ennen leikkausta annetulle ohjaukselle arvosanaksi 3,95 ja leikkauksen jälkeiselle ohjaukselle 4,27. Potilaat jotka kotiutuivat suoraan kotiin antoivat ennen leikkausta annetulle ohjaukselle arvosanaksi 4,28 ja leikkauksen jälkeiselle ohjaukselle 4,19. Ne jotka kotiutuivat terveyskeskukseen, vuodeosastolle tai muualle antoivat leikkausta edeltävälle ohjaukselle arvosanaksi 4,83 ja leikkauksen jälkeiselle ohjaukselle 4,5. Osastolla kyselyyn vastanneet antoivat ennen leikkausta annetulle ohjaukselle arvosanaksi 4,27 ja leikkauksen jälkeiselle ohjaukselle 4,13. Kirjeitse vastanneet antoivat ennen leikkausta annetulle ohjaukselle arvosanaksi 4,66 ja leikkauksen jälkeiselle ohjaukselle 4,7.

Keskeisenä tutkimusongelmana oli verrata kyselyyn vastanneiden potilaiden ohjaus- ja kipukokemusten välisiä yhteyksiä. Vertailussa jokaiselle vastaajalle luotiin ennen leikkausta tapahtunutta ohjausta ja kipukokemuksia kartoittavista kysymyksistä summanmuuttujat (keskiarvot). Näitä kahta summamuuttujaa verrattiin toisiinsa. Näiden perusteella voitiin kartoittaa se, vaikuttiko ohjaus kipukokemukseen. Tulokset on kuvattu kuviossa 12 sekä liitteessä 6. X-akseli kuvaa potilaiden tyytyväisyyttä ohjaukseen. Y-akseli taas kuvaa kivunhoidon kokemusten kokemuksia. Kummallakin muuttujalla 5 on korkein arvo.



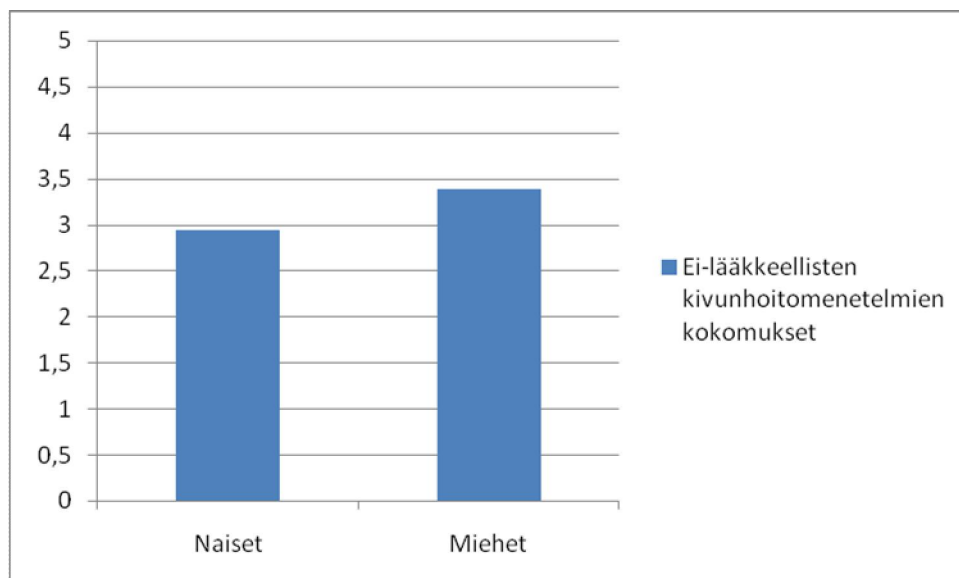
KUVIO 12. Ennen leikkausta tapahtuneen ohjauksen ja kipukokemusten tulosten väliset yhteydet.

6.4 Miten potilaat kokivat ei-lääkkeellisten kivunhoito menetelmien käytön leikkauksen jälkeisessä hoidossa

Kyselylomake sisälsi kolme kysymystä ei-lääkkeellisten hoitomuotojen käyttökokemuksista. Näistä kaksi (kysymykset 27 ja 28) oli väittämiä joihin potilas vastasi Likert-asteikon mukaisesti. Kolmas kysymys (29) oli avokysymys, joi-
sa vastaajaa pyydettiin kuvaamaan erilaisten ei-lääkkeellisten hoitomuotojen käyttöä ja tehoa hoidon aikana. Kysymysten 27 ja 28 tulokset on esitetty liitteessä 6.

Kunkin vastaajan osalta on laskettu SPSS-tilasto-ohjelmalla summanmuuttuja (keskiarvo) ei-lääkkeellisiä kivunhoito menetelmiä mittaavien kysymyksi-
en tuloksista. Keskiarvot on pyöristetty 0.5 tarkkuudella. *En osaa sanoa* - vastausvaihtoehto lasketaan tuloksien keskiarvoon. Keskiarvo sijoittuu 1-5 vä-
lille. Näiden keskiarvojen avulla on voitu vertailla ei-lääkkeellisten hoitomuoto-
jen kokemuksia eri taustamuuttujien kanssa.

Vertaillaessa ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käytöstä syntyneitä ko-
kemuksia, saatiin miesten keskiarvoksi 3,39. Naisten antamien vastauksien keskiarvo oli 2,94 (Kuvio 13).

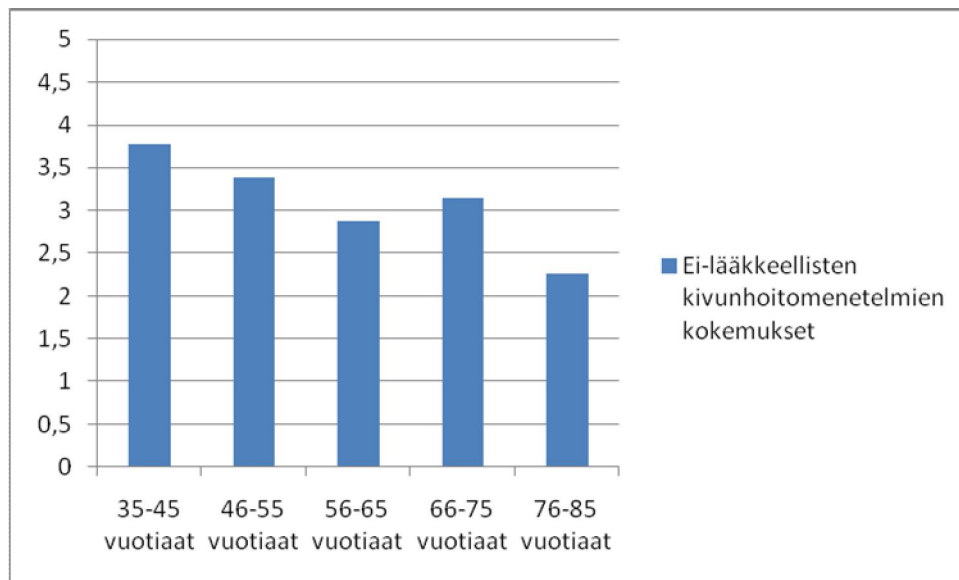


KUVIO 13. Sukupuolien kokemusten väliset erot ei-lääkkeellisistä kivunhoito menetelmistä

Eri ikäryhmien keskiarvojen väliset erot ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käytöstä on esitetty taulukossa 4 ja kuviossa 14.

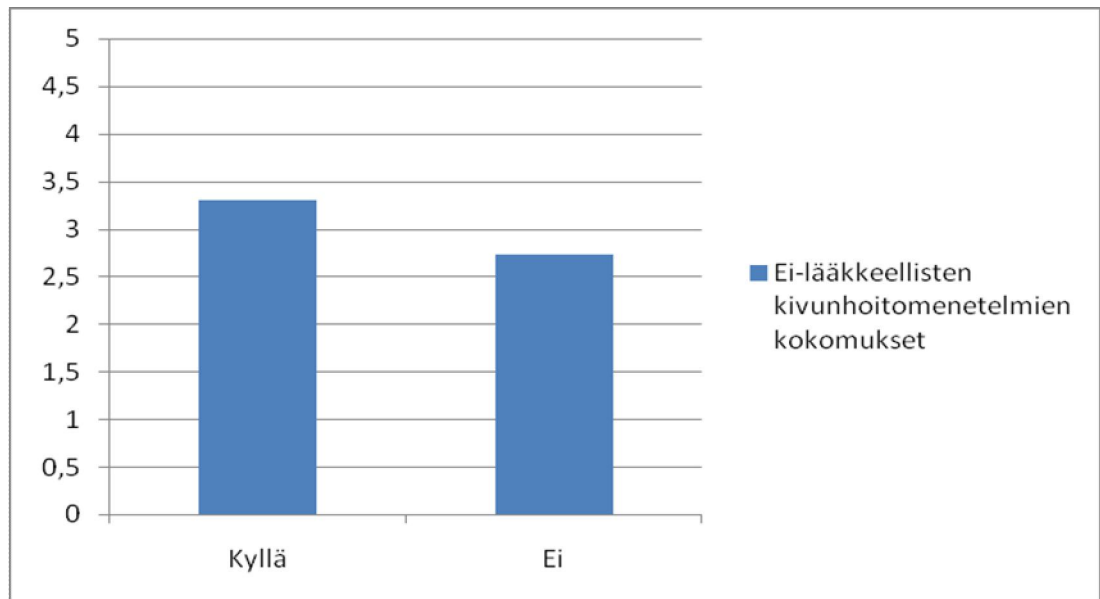
Ikäryhmät	35-45	46-55	56-65	66-75	76-85
Kokemukset ei lääkkeellistä kivunhoito menetelmistä	3,75	3,38	2,88	3,15	2,67

TAULUKKO 4. Ikäryhmien kokemusten väliset erot ei-lääkkeellisistä kivunhoito menetelmistä



KUVIO 14. Ikäryhmien kokemusten väliset erot ei-lääkkeellisistä kivunhoito menetelmistä

Vertaillen aikaisempien leikkauskokemusten vaikutusta saatiin seuraavanlaisia tuloksia. Ne jotka olivat vastanneet *Kyllä* olivat antaneet ei-lääkkeellisten kivunhoito menetelmien keskiarvoksi 3,3 kun ne joilla ei ollut aikaisempia leikkauskokemuksia antoivat 2,71 (Kuvio 15).



KUVIO 15. Aikaisempien leikkauskokemusten vaikutus ei-lääkkeellisten kivunhoito menetelmien kokemuksiin

Kysymys 29 oli avokysymys jossa vastaajat kirjoittivat omin sanoin ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käytöstä, kokemuksista ja tehosta. Tällä kysymyksellä oli tarkoitus selvittää olivatko potilaat ymmärtäneet ei-lääkkeelliset menetelmät tai oliko niiden käyttöä selitetty osana kivunhoitoa. Avokysymyksiin oli vastannut 41 % (n=26) potilaista. Tuloksiin on poimittu potilaiden näkemyksistä ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä.

"Omana menetelmänäni käytin musiikkia ja luonnon ääniä joita olin ladannut valmiiksi mp3-soittimelle! - ."

Mies, 44.

"1. Liikkuminen, kävely hyvä 2. Fysioterapian ohjeet tarpeellisia. - ."

Nainen, 60.

"Osastolla oli sairaanhoitaja opiskelija, todella miellyttävä ja kiireettömän oloinen. Hänellä oli aikaa jutella ja auttaa. - . Koin hänen mukanaolonsa tosi rauhoittavana ja turvallisenä. - ."

Nainen.

"Asennonvaihto sängyssä. - ."

Nainen, 55.

"Ennen leikkausta annettu opastus mm. sängystä nousemiseen. Fysioterapeutin ohjeet leikkauksen jälkeen. Normaali ruoka"

melkein heti leikkauksen jälkeen. Energia juomat, kunto pysyin hyvänä.”

Nainen, 56.

”Keskustelu henkilökunnan kanssa.”

Mies, 48.

”Hengitys, rentoutus, asennon vaihto, tyynyillä tukeminen, voimien mukaan liikkuminen, sängyn asennon säätäminen, pienet jumppaliikkeet.”

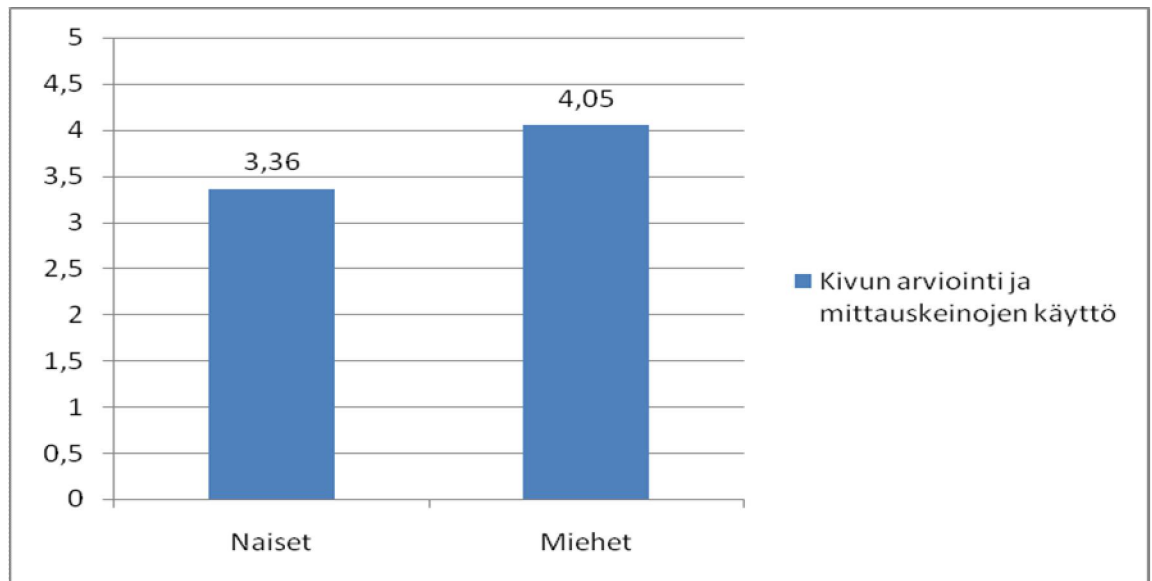
Nainen, 57.

6.5 Miten potilaat kokivat kivun arvioinnin sekä mittausmenetelmien käytön kivunhoidossa

Kyselylomake sisälsi kysymyksiä joissa vastaajat arvioivat hoitohenkilökunnan tekemää kivun arviointia ja mittauskeinojen käyttöä. Näihin kysymyksiin potilaat vastasivat erilaisten väittämien avulla. Väittämiä oli viisi (kysymykset 22-26). Potilaat vastasivat väittämiin muunnellun Likert-asteikon mukaisesti. Liitteessä 6 on esitetty näiden kysymysten tulokset.

Kunkin vastaajan osalta on laskettu SPSS 15 -tilastointiohjelmalla summanmuuttuja (keskiarvo) kysymysten 22-26 tuloksista. Keskiarvot on pyöristetty 0.5 tarkkuudella. *En osaa sanoa* -vastausvaihtoehto lasketaan tuloksien keskiarvoon. Keskiarvot sijoittuvat lukujen 1-5 välille.

Sukupuolten välisessä vertailussa naiset antoivat kivun arvioinnin ja mittauskeinojen käytön väittämille tulokseksi keskiarvoksi 3,36. Miesten keskiarvo oli sen sijaan 4,05 (Kuvio 16).

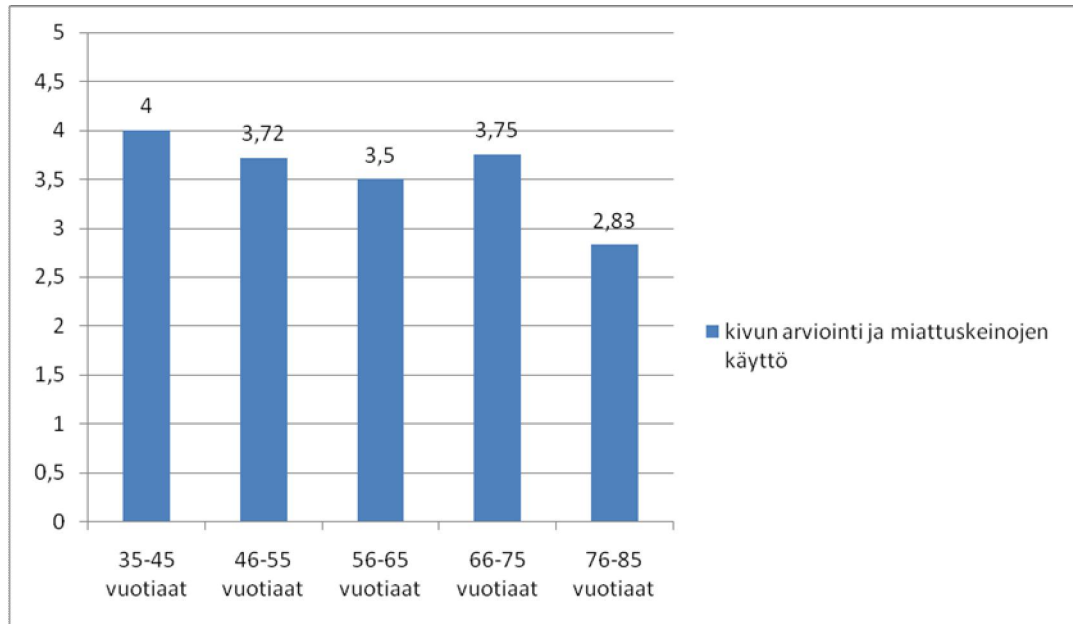


KUVIO 16. Sukupuolten väliset erot kivun arviointi ja mittausmenetelmien käytössä

Taulukossa 5 on vertailtu eri ikäryhmien tuloksien eroja kivun arviointi ja mittausmenetelmien käytön kokemuksista. Tulokset on havainnollistettu kuviossa 17.

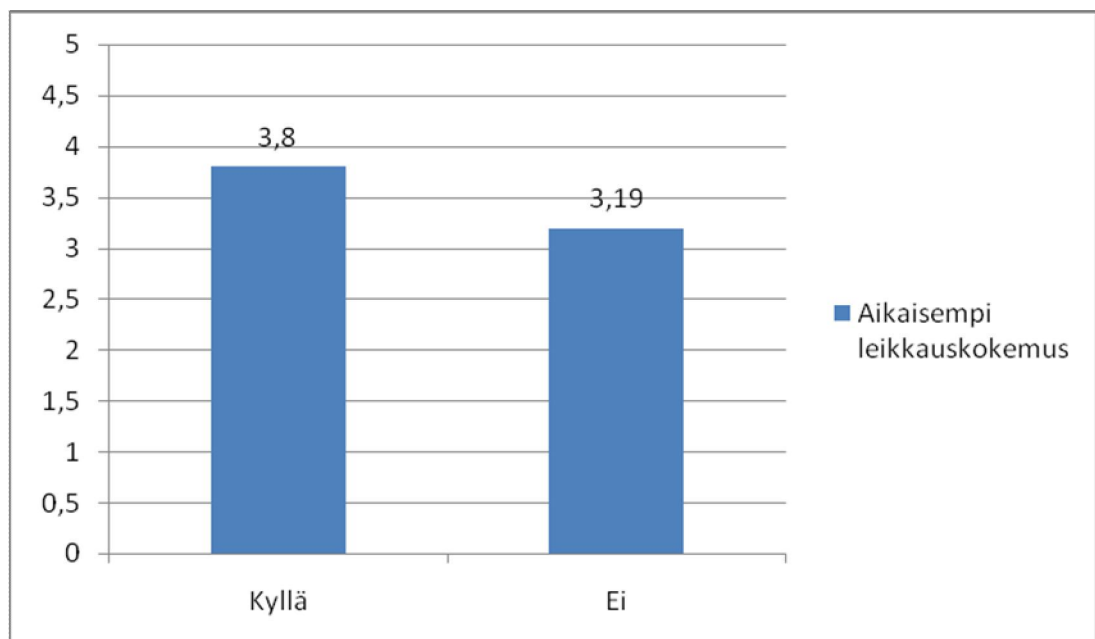
Ikäryhmät	35-45	46-55	56-65	66-75	76-85
Kysymysten 22-26 keskiarvot	4	3,72	3,5	3,75	2,83

TAULUKKO 5. Ikäryhmien väliset erot kivun arviointi ja mittausmenetelmien käytössä



KUVIO 17. Ikäryhmien väliset erot kivun arviointi ja mittausmenetelmien käytössä

Kivun arviointi ja mittausmenetelmien tuloksia vertailtiin myös aikaisempiin leikkauskokemuksiin. *Kyllä* vastanneiden keskiarvoksi tuli 3,8. Niiden vastaajien, jotka eivät olleet aiemmin leikkauksessa, keskiarvoksi saatiin 3,19 (kuvio 18).



KUVIO 18. Aikaisempien leikkauskokemusten vaikutus kivun arviointi ja mittausmenetelmien käyttökokemuksiin

6.6 Avoin palaute

Kysymyslomakkeen viimeisessä kohdassa potilaat pystyivät antamaan palautetta liittyen heidän hoitoonsa. Palaute oli pääasiassa positiivista. Tähän kappaleeseen on poimittu suoria lainauksia potilaiden kirjoittamista palautteista. Palautteesta on pyritty etsimään myös kohtia joissa potilaat ovat esittäneet kritiikkiä hoidon suhteen.

"Olen hyvin tyytyväinen saamaani hoitoon. Haluan antaa kiitokset lääkäreille kuten myös hoitajille."

Nainen, 67.

"- .Fast-track toimi kohdallani oikein hyvin. Onnistuin siis suunnitelman mukaan."

Mies, 44.

"- .Osastolla oli miellyttävä ilmapiiri. Myös hoitajan puh. soitot kotiinkin tukivat hyvin paranemista."

Nainen.

"- .Kotiuttaminen tk:n kautta onnistunut ratkaisu, varsinkin yksin asuvalle henkilölle. - ."

Nainen.

"- .kiitos ennakkoon annetusta opastuksesta joka oli mielestäni tärkeää. - ."

Nainen, 68.

"Lakanoita ei vaihdettu koko täällä olo aikana vaikka hikoilin joka yö."

Nainen, 54.

"Kotiuduun 7. päivänä leikkauksesta. Epiduraalikivunhoito meni pieleen. - ."

Nainen, 60.

"- .Keskussairaalasta puuttuu yhteinen linja ko. hoitomuodosta ja myös jälkitarkastuksen osalta. –"

Nainen.

"Omahoitaja -systeemi on mielestäni huono potilaan kannalta. Tiedon kulku on huonoa, eikä potilas saa apua riittävästi. Liian usein vastattiin: "En tiedä, kun en ole omahoitajasi." –"

Nainen, 58

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä kappaleessa tekijöiden johtopäätökset esitetään tutkimusongelmien mukaisessa järjestyksessä. Kussakin kohdassa käydään läpi erilaisten taustatekijöiden ja muiden muuttujien kuten kotiutumisen vaikutuksia kunkin tutkimusongelman tuloksiin.

Tutkimusjoukon ollessa vain 63, ei tuloksista voida saada tilastollisesti merkittävää. SPSS 15 -tilastointiohjelmalla saadut mittaustuloksen luotettavuudesta jäävät liian kauas tavoite arvoista. Tuloksia ei tässä tapauksessa voida yleistää. Tutkimus toteutettiin havainnointi tutkimuksena. Sen tarkoituksena on antaa tietoa kyseisen potilasryhmän kokemuksia eikä yleistettäviä tietoja kivunhoidon toteutumisesta joten se vastaa tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita.

7.1 Millaisena potilaat kokivat kivunhoidon toteutuksen

Kivunhoidon kokemuksia mittaavat kysymykset on esitetty niin että yksi on huonoin ja viisi paras arvo. Tulokset näistä on esitetty liitteessä 6. Jokaisessa kysymyksessä keskiarvo kaikkien vastaajien osalta on yli neljä. Potilaat ovat kokeneet hoitajien toteuttaneen kivunhoitoa hyvin. Potilaat olivat lähes samaa mieltä siitä, että heille annettiin kipulääkettä ja hoitajat ottivat heidän kipunsa todesta. Pienimmät keskiarvot tulivat kysymyksistä 12 ja 15 joissa näissäkin keskiarvot olivat yli neljä. Vain marginaalinen määrä potilaista oli vastannut näissä kysymyksissä *en osaa sanoa* -vaihtoehtoon. Voidaan siis sanoa potilaiden ymmärtäneen kysymyksen.

Ristiintaulukoidessa vastauksia eritaustamuuttujien kanssa ei saatu juuri eroja iän, sukupuolen tai aikaisempien leikkauskokemusten vaikutuksista kokemuksiin kivunhoidon toteutuksesta. Eri ikäryhmien välissä vertailussa 35-45 – vuotiaat ja 56-65 –vuotiaat olivat antaneet muihin ikäryhmiin nähden vain hieman huonomman arvosanan. Tuloksissa tulee esille, että suunnitelman mukaan kotiutuneet potilaat olivat tyytyväisempiä kivunhoitoon kuin ne, joiden kohdalla kotiutuminen ei sujunut suunnitelmien mukaan. Ei-suunnitellusti ko-

tiutuneiden potilaiden määrä oli kuitenkin suunnitelmallisesti kotiutuneita selvästi pienempi. Yleensä jos kotiutuminen toteutuu ei suunnitellusti, on hoidon aikana ilmennyt komplikaatioita. Nämä voivat liittyä kivunhoidon toteutumiseen ja laskea tämän potilasryhmän antamia tuloksia. Terveyskeskukseen tai muulle kotiutuneiden kokemukset olivat taas suoraan kotiin päässeitä potilaita selvästi paremmat. Nämä ovat saattaneet olla sellaisia potilailta joilta puuttuu riittävä tukiverkko jolloin kotiutuminen terveyskeskuksen kautta on tuonut tälle potilasryhmälle turvallisuuden tunnetta. Tässäkin kohdassa vertailuryhmien keskinäinen suhde vaikeuttaa selvän tulokinnan tekemistä. Kirjeitse ja osastolla vastanneiden potilaiden väliset erot kipukokemuksissa olivat pienet. Vastuumuodolle ei ollut suurta merkitystä kipukokemusten suhteen.

VAS-mittarin mukaisesti laadituilla kysymyksillä on pyritty selvittämään potilaiden kokemaa kipua hoidon eri vaiheissa. Näistä tulokset on esitetty liitteessä 5. Vastauksista on laskettu kullekin kysymykselle oma keskiarvo. Kivun voimakkuus leikkauksen jälkeen oli potilailla keskimäärin 3,82. Yleisten käsitysten mukaan potilasta jonka kipu ylittää arvon kolme, tulisi lääkittää kipulääkkeillä. Tässä kohdassa vastausten keskiarvo ylittää raja-arvon. Voidaan siis päätellä kivunhoidon olleen osittain riittämätön heti leikkauksen jälkeen. Kaikkien vastaajien osalta keski-arvo kivulle sen ollessa pahin oli 5,31. Tässäkin kohdassa keskiarvo ylittää arvon kolme selkeästi. Peruskipulääkityksen voidaan sanoa olleen siis kokonaisuudessaan liian matala. Tulokset eivät kuitenkaan kerro sitä, esiintyikö pahin mahdollinen kipu esimerkiksi mobilisaation aikana. Näissä tilanteissa osaston asettama VAS-mittarin raja-arvo oli kuusi. Myös keskiarvo kivusta sen ollessa pienin oli varsin korkea; 1,95. Vastaajat arvioivat kipujen arvoksi 3,61 kun ne häiritsivät normaalia olemista mutta potilaat ilmoittivat kivuista hoitajille vasta kun VAS-mittarin mukaan kipu oli keskimäärin 4,85. Tästä voidaan päätellä, etteivät potilaat ole jostain syystä ilmoittaneet hoitajille kivuistaan tarpeeksi ajoissa.

Ristiintaulukoidessa VAS-mittarin mukaisten kysymysten keskiarvoja miesten ja naisten välissä saatiin tulokseksi se, että miehet arvioivat kipunsa naisia suuremmiksi. Eri ikäryhmien välillä tehdyssä vertailussa 75-86 -vuotiaat arvioivat kipunsa merkittävästi muita ikäryhmiä pienemmiksi. Tähän on luulta-

vimmin vaikuttanut näiden potilaiden aikaisemmat leikkauskokemukset jotka myös näkyivät tuloksissa VAS-arvoa laskevana tekijänä.

Kivunhoidon kokemuksia ja VAS-arvoja vertaillaessa voidaan nähdä näiden välillä ristiriita. Potilaat ovat olleet tyytyväisiä hoitoon mutta samaan aikaan ovat antaneet VAS-asteikolla varsin korkeita arvoja. Tähän on luultavimmin vaikuttanut muun muassa se, että suurin osa potilaista vastasi kyselyyn kirjeitse jolloin sairaalahoidosta oli jo kulunut useita kuukausia. Kyselyyn kirjeitse vastanneiden antamat VAS-arvot olivat osastolla vastanneita korkeammat. Kokemuksen ja arvion välinen aika on ollut suuri ja sen merkitystä vastauksiin on vaikea arvioida.

Kokonaisuudessaan voidaan todeta että potilaat ovat olleet tyytyväisiä samaansa kivunhoitoon ja ovat kokeneet hoitajien toteuttaneen kivun hoidon hyvin. Potilaiden kivut ovat kuitenkin usein olleet jo normaalia oloa häiritseviä ennen kuin he ovat niistä hoitajille kertoneet. Aikaisemmat leikkauskokemukset ovat tutkimusryhmällä olleet kipukokemuksia helpottava tekijä kun taas ei-suunniteltu kotiutuminen on taas pahentanut kokemuksia.

7.2 Miten leikkausta edeltävä sekä leikkauksen jälkeinen ohjaus kivusta ja kivunhoidosta vaikutti potilaiden kipukokemuksiin

Potilaat olivat kyselyn mukaan tyytyväisiä ohjauksen sisältöön ja ymmärrettävyyteen. Tulosten perusteella voidaan myös sanoa ennen leikkausta annetun ohjauksen helpottaneen potilaiden pelkoja kipujen suhteen.

Vertaillaessa sukupuolien välisiä eroja ohjaukokemuksissa erot olivat pieniä. Myös eri ikäryhmien vastauksia vertaillaessa tuli esiin vain marginaalisia eroja. 56-65 –vuotiaat pisteyttivät myös ohjauksen muita ikäryhmiä pienemmäksi. Suunnitelman mukaan kotiutuneet potilaat olivat tyytyväisempiä ennen leikkausta annettuun ohjaukseen kuin ne, joiden kohdalla kotiutuminen ei sujunut suunnitelmien mukaan. Terveyskeskukseen tai muualle kotiutuneiden kokemukset olivat taas suoraan kotiin päässeitä potilaita selvästi paremmat. Kir-

jeitse ja osastolla vastanneiden potilaiden väliset erot kipukokemuksissa olivat pienet.

Tutkimusongelma asetettiin alkujaan kartoittamaan sitä, onko ohjauksella vaikutusta kivunhoidon kokemuksiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa tämä yhteys on tullut vahvasti esiin. Tuloksissa on verrattu sitä, miten potilaiden antamat numeraaliset arviot ohjauksen ja hoitokokemusten osalta ovat yhteydessä. Tutkimuksen tulokset tukevat osittain tätä käsitystä. Ne potilaat jotka antoivat ohjaukselle keskimäärin pienempiä arvoja, antoivat myös kivunhoidolle keskimäärin pienemmät arvot. Selvää suhdetta näiden tekijöiden välillä ei pienen aineiston ja poikkeamien vuoksi voida yleistää.

Kokonaisuudessaan potilaat olivat tyytyväisiä samaansa ohjaukseen. Ohjauksella oli positiivinen vaikutus hoidon ja kivun ymmärtämiseen. Tuloksista on nähtävissä viitteitä onnistuneen ohjauksen positiivisista vaikutuksista kivunhoidon kokemuksiin.

7.3 Miten potilaat kokivat ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käytön leikkauksen jälkeisessä hoidossa

Tulokset ei-lääkkeellisiä kivunhoito menetelmiä mittaavissa kysymyksissä olivat huomattavasti pienemmät kuin kivunhoitoa ja ohjaus kokemuksia kartoitettavissa kohdissa. Potilaat eivät kokeneet että ei-lääkkeellisiä hoitomenetelmiä oltaisiin käytetty tai niistä olisi ollut hyötyä kivunhoidossa. Merkittävää oli myös *en osaa sanoa* -vastausten ja vastaamatta jätteidensä potilaiden määrä. Verrattaessa eri ikäryhmien vastausten keskiarvoja voidaan sanoa nuorempien potilaiden ymmärtäneen ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käytön vanhempiä potilaita paremmin.

Yleisesti ottaen voidaan todeta, etteivät potilaat ymmärtäneet ei-lääkkeellisiin kivunhoitoon liittyviä kysymyksiä. Tätä voi selittää joko kysymyksen vaikeus tai se, ettei hoitohenkilökunta kertonut näistä toimista kivunhoito keinoina.

7.4 Miten potilaat kokivat kivun arvioinnin ja mittausmenetelmien käytön kivunhoidossa

Kivun arviointi ja mittausmenetelmien käyttöä mittaavien kysymysten tulosten perusteella voidaan sanoa, että potilaat kokivat ettei kipumittarin käyttöä oltu neuvottu riittävästi. Näissä kussakin keskiarvo oli alle 4. Tätä tulkintaa tukee myös *en osaa sanoa* -vastanneiden ja kysymyksiin vastamaatta jättäneiden kokonaismäärä. Potilaat kokivat myös, ettei kipua arvioitu kipumittarin avulla vaikka hoitajat olivatkin kyselleet kivun voimakkuudesta.

Verratessa miesten ja naisten antamia keskiarvoja kivun arvioinnista ja VAS-kipumittarin käytöstä voidaan huomata miesten ymmärtäneen VAS-mittarin käytön hiukan paremmin. Ikäryhmiä vertailtaessa nuoremmat potilaat olivat osanneet käyttää tulosten perusteella VAS-kipumittaria vanhempia potilaita paremmin.

Tuloksista voidaan päätellä, ettei VAS-kipumittarin käyttöä oltu ohjattu potilaille riittävästi. Sitä ei kaikkien kohdalla oltu ilmeisesti edes käytetty. Tämä tulee ilmi avokohdassa annetusta palautteesta. Seuraavaan on poimittu suorilaisia launauksia kyselylomakkeen avokohdistista joissa potilaat ovat kirjoittaneet kipumittarin käytöstä.

”Minulla ei muistaakseni ollut kipumittaria.”

Mies, 66.

”- .Kipumittarista ei puhuttu mitään, ei sitä tuotu ollenkaan. -”

Nainen, 57

7.5 Johtopäätökset tiivistetysti

Kivunhoidon kokemukset:

- Potilaat ovat olleet tyytyväisiä kivun hoidon toteutumiseen
- Potilaiden kivut ovat kuitenkin usein olleet jo normaalia oloa häiritseviä ennen kuin he ovat niistä hoitajille kertoneet
- Aikaisempien leikkauskokemusten vaikutus oli kipukokemuksia helpottava tekijä
- Ei-suunniteltu kotiutuminen vaikutti kipukokemukseen negatiivisesti

Ohjaus:

- Potilaat olivat tyytyväisiä samaansa ohjaukseen
- Ohjauksella oli positiivinen vaikutus hoidon ja kivun ymmärtämiseen
- Tuloksista on nähtävissä viitteitä onnistuneen ohjauksen positiivisista vaikutuksista kivunhoidon kokemuksiin
- Annettu ohjaus helpotti leikkaukseen liittyvää pelkoa

Ei-lääkkeelliset hoitomenetelmät:

- Suurin osa potilaista ei ymmärtänyt ei-lääkkeelliseen kivunhoito liittyviä keinoja
- Esille tulleita keinoja olivat muun muassa asentohoito, keskustelu ja liikunta

Kivun arviointi ja mittausmenetelmät:

- VAS- kipumittarin käyttöä ei oltu ohjattu potilaille riittävästi

8 ANALYSOINTI

Tulosten ennakointi sekä hypoteesin asettaminen tutkimukselle kuuluu usein tärkeänä osana määrälliseen tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara. 1997. 137-157). Tässä kappaleessa tutkimuksen tuloksia on verrattu aikaisempiin kivunhoidon tutkimuksiin. Päällimmäisiksi vertailukohteiksi on nostettu Raidin (1999) ja Sormusen (1999) tutkimukset kivunhoidosta sekä Ruuskasen (2005) K-Sks:lle tuottamat kivunhoidon kriteerit.

Verratessa tuloksia Ruuskasen (2005) tuottamiin kivunhoidonkriteereihin voidaan todeta kivunhoidon ja ohjauksen onnistuneen fast track potilaiden osalta hyvin. Vaikka VAS-mittarin pohjalta luoduissa kysymyksissä saatiinkin myös korkeita tuloksia, pysyivät ne osaston omien raja-arvojen alapuolella. Potilaat kokivat myös ohjaamisen onnistuneen hyvin. Sen sijaan kokemukset kivun arviointi ja mittaamiskeinoista olivat huonommat. Potilaat eivät ymmärtäneet kivunmittaus menetelmiä. Ruuskasen (2005) tuottamissa kriteerissä – kuten muussakin lähdeaineistossa – arviointi menetelmien ohjaaminen on nostanut tärkeäksi osa-alueeksi.

Raidin (1999) mukaan suuri osa potilaista odottaa hoitajilta ja lääkäreiltä ohjausta kivun ja kivunhoidon suhteen sekä kokee sen helpottavan kipukokemusta. Myös tässä tutkimuksessa on noussut esille ohjauksen merkitys tärkeänä osana kivunhoidon toteutusta.

Sailo ja Vartti (2000) ovat tehneet samanlaisia huomioita ja lisäksi todenneet ahdistuksen lisäävän kivun voimakkuutta. Potilaat, joiden hoito aika on pitkittynyt, eivät kotiudu normaalisti ja kärsivät usein hoidon aikana erilaisista komplikaatioista. Nämä potilaat ovat usein kivuliaampia. Tästä syystä normaali-

listi ja ei-normaalisti kotiutuneet potilaat tullaan erottelemaan toisistaan vastausten analysoinnissa. Tämä tutkimus tukee käsitystä siitä, että pitkittyneet hoitajat vaikuttivat kivunhoidon kokemuksiin negatiivisesti.

Sormusen (1999) tekemässä tutkimuksessa on osoitettu hoitajien suosivan lääkkeellisten kivunhoitokeinojen käyttöä ei-lääkkeellisiin verrattuna. Hoitajat uskovat lääkkeellisten hoitokeinojen käytön olevan hoitotyönkeinoja tehokkaampia. Myös Ruuskanen (2005) on kivunhoidon laatusuosituksissaan arvioinut, että hoitohenkilökunnalta puuttuvan tietoa ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset osoittavat samaa. Potilaat eivät olleet ymmärtäneet hoitotyön menetelmien käyttöä osana kivunhoidon keinoja. Niitä ei oltu joko käytetty tai niistä ei oltu kerrottu potilaille. Tämän voidaan katsoa olevan uusi huomio kivunhoitoon sillä aikaisempaa tutkimusta potilaiden kokemista kivunhoidon hoitotyön menetelmistä ei ollut käytössä. Tässä tutkimuksessa potilaat olivat kuitenkin tuoneet esiin osittain samoja ei-lääkkeellisiä kivunhoidon menetelmiä kuin hoitajat Sormusen (1999) tekemässä tutkimuksessa. Kummassakin tutkimus olivat muun muassa asentohoito, mobilisaatio, musiikki ja keskustelut.

Merkittävä huomio oli se, etteivät potilaat osanneet käyttää VAS-kipumittaria vaikka Fast track -potilaille tarkoitettussa seurantalomakkeessa kipua arvioitiin juuri VAS-mittarin avulla. Vastausten perusteella monet potilaat eivät käyttäneet tai heille ei ohjattu kipumittarin käyttöä hoitajakson aikana. Aikaisempaa tutkimusta potilaiden kokemuksista kipumittarin käytöstä ei analyysia varten ollut käytössä. Tämä on kuitenkin merkittävä huomio sillä kivun mittaamiskeinojen käyttö ja niiden kehittäminen on ollut tärkeä osa kivunhoidon parantamista viimeisten vuosikymmenten aikana. Tässä tutkimuksessa tulee esiin, ettei kipumittarin käyttö ole yleistynyt osaksi hoitajien tekemää kivun arviointia ja hoitoa. Myös Ruuskanen (2005) on nostanut työssään esiin kivun arvioinnin tärkeyden osana kivunhoidon toteuttamista. Vaikka tutkimuksen tulokset osoittivat hoitajien kyselevän kivunhoidosta tarpeeksi usein, yleisesti hyväksytyjä mittauskeinoja ei käytetty järjestelmällisesti.

9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Opinnäyte työn aihe syntyi tekijöiden omista kiinnostuksista kivunhoitoa ja operatiivista hoitoa kohtaan. Aiheen valintavaiheessa oltiin yhteydessä K-Sks:n vatsakirurgian osastolle 22 jossa oli vasta aloitettu uuden fast track kirurgisen hoitomallin käyttö suolistoleikatuilla potilailla. Osastolla oli tarve saada tietoa potilaiden kokemuksista fast track hoitomallin toteutumisesta. Opinnäytetyö rajattiin koskemaan kivunhoidon toteutumista. Tutkimusryhmäksi on valittu potilaat koska on haluttu selvittää miten hoidon saajat ovat kokeneet kivunhoidon toteutumisen. Tähän vaikuttivat myös osaston intressit. Työn muotoa valitessa on päädytty määrälliseen tutkimukseen koska sen avulla pystytään saamaan havainnollisempia tuloksia osaston käyttöön. Lopullinen työn antoi vastauksia lähinnä kivun hoidon toteuttamisesta. Fast track hoitomallin osuus jäi työstä varsin pieneksi: Se lähinnä rajaa tutkimusjoukkoa. Tutkimuksessa olisi voitu saada erilaisia tuloksia jos tutkimuksen suunnittelu olisi otettu huomioon sen kohderyhmän erityispiirteet. Kyselylomake oli tehty kuitenkin monikäyttöiseksi ja sitä on mahdollista soveltaa myös muille potilasryhmille. Siinä ei ole fast track potilaille kohdennettuja kysymyksiä. Fast track hoitomallia oltaisiin voitu myös korostaa tekemällä havainnointi tutkimuksen sijaan vertailututkimusta eri kirurgisten hoitomallien välillä.

Teoriapohjaa fast track kirurgiselle hoitomallille sekä kivunhoidolle löytyy varsin laajasti. Vaikka Suomessa ei ole juurikaan tehty fast track tutkimuksia, saimme osastolta käyttöömme paljon Tanskalaista materiaalia. Monissa fast trackia käsittelevissä tutkimuksissa oli vertailtu mini-invasiivisuuden ja perinteisen avoleikkauksen suhdetta potilaan kuntoutumisessa. Pelkästään kivunhoitoon liittyviä tutkimuksia fast track hoitomallista ei ollut saatavilla. Suurimassa osassa tutkimuksia hoitomallia oli kuvattu kokonaisuutena. Kivunhoidon osalta teoretiedon hankkiminen oli helpompaa. Tekijät olivat yhteydessä K-Sks:n kivunhoitajiin joilta saatua aineistoa on käytetty osana tutkimusta. Teoriapohjan tekemistä varten on myös osasto 22:lta saatu aineistoja kivunhoitoon ja fast track hoitomalliin liittyen.

Tutkimuksen suunnitteluvaihe oli kokonaisuutena haasteellinen. Käsitteiden avaamisessa ja tutkimusongelmien rajaamisessa tarvittiin aikaa sekä ohjausta. IASP kivun määritelmä löytyi helposti, mutta kivunhoitoon liittyvää käsitteistöä jouduttiin tarkentamaan useita kertoja. Vasta Ruuskasen (2005) K-Sks:lle tekemien laatusuosituksen käyttö oleellisena osana tutkimuksen käsitteistöä selvensi tutkimusta. Laatusuositukset ovat suorasti yhteydessä osaston kivunhoidon toteuttamiseen sillä ne ohjaavat koko Keskussairaalan operatiivisen toimialueen hoitokäytäntöjä.

Kokemattomuus ja heikko valmius tutkimuksen tekemisessä näkyi aluksi vaikeutena yhdistää työn teoriapohjaa saumattomasti tutkimussuunnitelmaan ja tutkimuskäsitteistöön. Suunnitteluvaiheessa tehty työ auttoi kuitenkin rajamaan tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat niin, että lopullisessa tutkimuksessa käytetyt ongelmat vastasivat työn tavoitteita. Tutkimusongelmat ovat hyvin pitkälti peräisin Ruuskasen (2005) luomista kivunhoidon kriteereistä. Kriteereistä osa päätettiin jättää pois, sillä niiden kartoittaminen potilaiden kokemuksista olisi ollut vaikeaa. Näiden pohjalta luotu kyselylomake vastasi lopulta varsin hyvin tutkimusongelmiin. Se oli oleellisimmilta osiltaan hyvin ymmärrettävä jonka todistaa varsin hyvä vastaajien määrä. Kyselylomakkeen luotettavuutta olisi voitu lisätä tekemällä potilasryhmällä esitestaus ennen varsinaista tutkimusta. Tämä kuitenkin päätettiin jättää tekemättä hoitomallin hitaan potilasvirran takia. Lomaketta pyrittiin parantamaan osaston ja ohjaajien antamien kehitysehdotusten pohjalta.

Tutkimusaineiston hankinnassa jouduttiin myös muuttamaan alkuperäisiä suunnitelmia. Koska oli nähtävissä että fast track potilaiden määrä jäisi kyselyn keräys ajankohdassa vähäiseksi, oli jo talvella 2008 päätetty kerätä tutkimusaineistoa myös kirjeitse kaikilta aikaisemmin leikatuilta potilailta. Tällä on ollut osittain vaikutusta tuloksiin mutta erottelemalla osastolla vastanneet potilaat kirjeitse vastanneista on erot voitu osoittaa suhteellisen pieniksi.

Tutkimustulosten laskentavaiheessa jouduttiin tekemään valinta, otetaanko *en osaa sanoa* –vastausvaihtoehto mukaan keskiarvojen laskentaan. Tästä oli olemassa ristiriitaisia käytäntöjä. Joissain lähteissä *en osaa sanoa*- vaihtoehto

oli kuvattu neutraaliksi luvuksi kun taas toisissa sen numeraalista käyttöä neutraalina oli kritisoitu. Tässä tutkimuksessa on päädytty käyttämään vastausvaihtoehtoa osana keskiarvon laskentaa. Keskiarvoja on käytetty lähinnä taustamuuttujien vertailussa eikä se vaikuta päätutkimusongelmien tuloksiin.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyö ja sen eri vaiheet ovat auttaneet ymmärtämään erityisesti laadukkaan ja kattavan tutkimuksen tekemisen haastavuutta. Myös tiedon hankinta ja sisällön analysointi taidot ovat kehittyneet prosessin myötä. Tekijät haluavat kiittää opinnäytetyössä mukana olleita henkilöitä, ohjaajia Marjo Palovaaraa ja Jaana Perttusta, osasto 22:n henkilökuntaa erityisesti Hanna Hönnistä ja Anne-Mari Virtasta, K-Sks:n kivun hoitaja Pirkko Frimania sekä SPSS –ohjelman käytössä auttanutta Otto Tuomaalaa.

Jatkotutkimus kohteita tälle työlle löytyy useita. Tutkimuksessa käytettyä kyselyä voitaisiin soveltaa ja kehittää käytettäväksi muillekin kuin fast track hoitomallin leikkauspotilaille. Tärkeää olisi saada myös vertailututkimusta fast track potilaiden ja perinteisen kirurgisen hoitomallin kivunhoidon kokemusten välisistä eroista. Koska tutkimus tehtiin havainnointi tutkimuksena, se ei anna suoranaista tietoa siitä miten fast track potilaat kokevat kivunhoidon suhteessa perinteisiin kirurgisiin potilaisiin. Fast track on melko uusi ja potilas ystävällisempi hoitomalli nopean kuntouttamisen ja kivunhoidon myötä ja hoitomallin toteutumisesta olisikin hyvä saada enemmän tutkittua tietoa. Jatkotutkimusta voitaisiin tehdä myös tämän tutkimuksen oleellisista tuloksista. VAS mittarien ja muiden kivunarviointimenetelmien käyttöä olisi hyvä tutkia niin potilaiden kuin hoitajienkin näkökulmasta. Sen lisäksi jatkotutkimusta voitaisiin tehdä esimerkiksi ei-lääkkeellisten hoitomuotojen käytöstä kirurgisten potilaiden hoidossa.

LÄHTEET

Basse, L. Thorböl, J-E. Lösli, K. & Kehlet, H. 2004. Colonic surgery with accelerated rehabilitation or conventional care. DOI: March 2004.

Bjälle, J. G. Haug, E. Sand, O. Sjaastad, Ö. V. Toverud, K. C. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. 2005. Helsinki: WSOY.

Friman, P. 2006. Keski-Suomen keskussairaalan anestesia ja leikkaustoiminta: Perehdytysopas kivunhoidon erikoismenetelmiin.

Hirsjärvi, Remes, Sajavaara. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä oy.

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

Holmstedt, A. 2007. Apulaisosastonhoitaja, Keski-Suomen keskussairaala os. 22. Haastattelu 3.9.2007.

Kalso, E & Vainio A. 2002 . Kipu. Duodemic. Helsinki.

Kauppila, M. Salanterä, S. & Heikkinen. K. 2006. Akuuttiin toimenpiteeseen liittyvän kivunhoitotyön suositukset. Sairaanhoitaja-lehti 12/2006. Vol 79.

Kehlet, H. 2005. Fast-Track colonic surgery: Status and perspectives. Recent results in cancer research, vol 165. 2005

Kehlet, H. & Jörgen, D. 2003. Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery. The Lancet vol 362 december 2003.

Kehlet, H & Wilmore, D. 2001. Management of patients in fast track surgery. Viitattu 6.7.2007.

Kinnunen, A. 2003. Postoperatiivisen kivunhoidon parantaminen. Teoksessa Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Toim Laurisalo, P. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 31-46.

Koivula, U-M. 2002. Opinnäytetyön muotoja ja menetelmiä vaihtoehtoja. Teoksessa: Koivula, U-M. Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible. Opas opinnäytetyön tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Tampere.

Kolonrektaalipotilaan Fast Track –kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle. 2007. Keski-Suomen keskussairaalan vatsakirurginen osasto 22. 16.01.2007.

Kotavainio, T. Mäenpää, L. 2007. Terveyskirjasto – Sairaanhoidajan tietokanta – Sairaanhoidajan käsikirja – Kivunarviointi. Viitattu 21.11.2007.
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=kivun%20arviointi

KSshp:n verkkosivut: Ruuansulatuselin kirurgia osasto 22. Viim. päivitetty 21.7.2006. Viitattu 26.6.2007.

Laitala, M. Löflund, H. & Sandberg, T. 2007. Aikuisen kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeinen kivun arviointi: Opas sairaanhoitajille. Opinnäytetyö: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma.

Lehtomäki, P. 2003. Postoperatiivinen kivunhoito. Teoksessa Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Toim Laurisalo, P. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 18-30.

Lukkari, L., Kinnunen, T., & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. Painos. WSOY. Porvoo

Menetelmä opetuksen valtakunnallinen tietovaranto. 2007. Päivitetty 4.6.2007. Viitattu 15.8.2007. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html>

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva

Raid, U. 1999. Virolaisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio

Ruuskanen, E. Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö. Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003-2004. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2005.

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

Sormunen, M. 1999. Hoitotyön menetelmien käyttö aikuispotilaan postoperatiivisessa kivunhoidossa kirurgisilla vuodeosastoilla. Hoitotieteen tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio

Taskila, T. 2003. Lapin keskussairaalan operatiivisen tulosalueen postoperatiivisen ja syöpäkivunhoidon kehitysprojekti. Teoksessa Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Toim Laurisalo, P. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 65-87.

Terveysportti. Lääketieteen sanakirja. 2008. Viitattu 2.11.2008.
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti

Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää. 2007.

http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html. Viitattu 1.11.2008. Päivitetty 27.9.2007.

Valkonen, M. 2003. Kivunhoidon kehittämisprojekti Mikkelin keskussairaalsassa 2000-2002. Teoksessa Sairaanhoidaja kivunhoidon kehittäjänä. Toim Laurisalo, P. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 101-108.

LIITTEET

Liite 1: Kyselylomake

KIVUNHOIDON ARVIOINTI KYSELY FAST TRACK -POTILAILLE

Kiitos osallistumisestanne kyselyyn. Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa Teidän kokemaanne leikkauksen jälkeistä kipua. Vastaatte kyselyyn täysin nimettömästi ja Teillä on myös oikeus kieltäytyä vastaamasta kyselyyn.

1. PERUSTIEDOT (Rastita oikea vaihtoehto)

Sukupuoli: Mies
 Nainen

Ikä: _____

Oletteko: Työssä käyvä
 Työtön
 Opiskelija
 Eläkeläinen

Siviilisääty: Naimisissa
 Avoliitossa
 Naimaton
 Eronnut
 Leski

Koulutustaso:

Peruskoulu / kansakoulu
 Ammattikoulu
 Lukio
 Korkeakoulu

Onko teillä ollut aikaisempia leikkauksia:

Kyllä
 Ei

Seuraavat kysymykset ovat väittämiä, joihin vastaatte oman kokemuksenne mukaan. Väittämiin vastaatte siten, että ympyröitte Teille parhaan mahdollisen vaihtoehdon. Numerointi on yhdestä viiteen (1-5), jossa 1 tarkoittaa täysin eri mieltä, 2 osittain eri mieltä, 3 en osaa sanoa, 4 osittain samaa mieltä, 5 täysin samaa mieltä.

2. LEIKKAUKSEEN JA HOITON LIITTYVÄ OHJAUS

ENNEN LEIKKAUSTA

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1.Leikkaukseen liittyvä ohjaus oli riittävää	1	2	3	4	5
2.Saamani ohjaus oli riittävää	1	2	3	4	5
3.Saamani ohjaus oli mielestäni ymmärrettävää	1	2	3	4	5
4.Minulla oli ohjauksessa mahdollisuus kysyä hoitooni liittyviä asioista	1	2	3	4	5
5.Sain riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta	1	2	3	4	5
6.Minä pelkäsin, että minulla on kipuja leikkauksen jälkeen	1	2	3	4	5
7.Leikkaukseen liittyvä ohjaus helpotti pelkojani tulevan leikkauksen suhteen	1	2	3	4	5

LEIKKAUKSEN JÄLKEEN

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä

				mieltä	
8.Leikkauksen jälkeinen kivunhoidon ohjaus oli mielestäni riittävää	1	2	3	4	5
9.Sain tietoa siitä, mikä aiheutti kipuni	1	2	3	4	5
10.Leikkauksen jälkeinen ohjaus helpotti oloani	1	2	3	4	5

2. KIVUNHOIDON KOKEMUKSET

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
11.Kivunhoito oli mielestäni riittävää	1	2	3	4	5
12.Kivunhoito vastasi odotuksiani	1	2	3	4	5
13.Hoitajat osasivat hoitaa kipuni	1	2	3	4	5
14.Hoitajat kyselivät kivuistani tarpeeksi usein	1	2	3	4	5
15.Minun ei annettu tuntea kipua	1	2	3	4	5
16.Kerroin omatoimisesti kivuista hoitajille	1	2	3	4	5
17.Uskalsin pyytää apua tarvittaessa	1	2	3	4	5
18.Pyysin tarvittaessa kipulääkettä	1	2	3	4	5

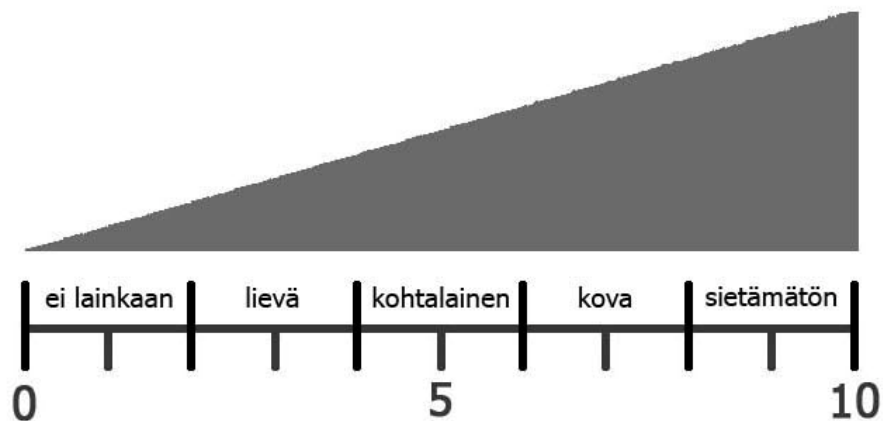
19.Sain tarvittaessa kipulääkettä	1	2	3	4	5
20.Hoitajat kuuntelivat ja ymmärsivät minua	1	2	3	4	5
21.Hoitajat ottivat kipuni todesta	1	2	3	4	5
22.Minulle annettiin mahdollisuus käyttää kipumittaria kivunarvioinnissa esimerkiksi VAS mittaria (kipujana)	1	2	3	4	5
23.Minulle ohjattiin kipumittarin käyttö	1	2	3	4	5
24.Minä ymmärsin miten kipumittari toimii	1	2	3	4	5
25.Hoitajat kyselivät kipuni voimakkuutta	1	2	3	4	5
26.Hoitajat arvioivat kipuni voimakkuutta kipumittarin avulla	1	2	3	4	5
27.Kivunhoidossa käytettiin muitakin kuin lääkkeellisiä keinoja	1	2	3	4	5
28.Koin että näistä oli apua kipujeni lievitykseen	1	2	3	4	5

Seuraavassa kohdassa voitte omin sanoin kuvailla muiden ei lääkkeellisten hoitokeinojen käyttöä. Mitä ne olivat ja mistä koit eniten olevan apua?

29. Kuvaile keinoja omin sanoin: (Avokysymys)

Seuraavassa kohdassa kysytään kokemanne mahdollisen kivun voimakkuutta. Vastaus vaihtoehdot ovat 0-10. Numero 0 kuvaa tilaa, jossa kipua ei ole lainkaan. Numero 10 kuvaa tilaa, jossa kipu on pahin mahdollinen. Ympyröikää se numero, joka vastaa parhaiten kokemustanne.

VAS-mittari (kipujana)



30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

33. Kivun voimakkuus juuri nyt, kun täytän tätä lomaketta

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KOTIUTUMINEN

36. Kotiuduin normaalin aikataulun mukaisesti

- Kyllä
- Ei

37. Kun hoitajaksoni keskussairaalassa päättyi, minä siirryin:

- Kotiin
- Terveyskeskukseen, vuodeosastolle
- Muualle, mihin: _____

Kiitos mielenkiinnostanne vastata kyselyyn!

Tähän kohtaan voitte kirjoittaa hoitoonne liittyvät terveiset hoitajille.

Liite 2: Saatekirje

Saate kirje

26.11. 2007

ARVOISA VASTAAJA

Olemme hoitotyön opiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teemme tutkimusta fast track hoitomallin kivunhoidosta. Tutkimus tehdään opinnäyte-työnä joka on osa opintojamme. Tutkimus on saanut asianmukaisen luvan osaston ylilääkäriltä.

Tutkimustyömme kohteena on fast track –hoitomallin kivunhoidon toteutuminen. Kivunhoito on vain yksi osa hoitomallia. Se on kuitenkin oleellinen nopean ja turvallisen kuntoutumisen ja kotiutumisen kannalta.

Te olitte potilaana fast track –hoitomallissa. Tästä syystä pyydämme teitä osallistumaan potilaskyselyyn. Kyselyn tuloksien avulla on tarkoitus kartoittaa kivunhoidon toteutumista hoitomallissa. Vastaamalla kyselyyn tuette hoitotyön kehittämistä osastolla. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastaatte täysin nimettömänä ja käsittelemme kaikki vastaukset luottamuksellisesti niin, ettei kenenkään henkilöllisyyttä tai yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa millään tavalla.

Kyselyyn vastaatte kotiutumispäivänä jolloin saatte kyselylomakkeen omalta hoitajaltanne.

Kiitos ajastanne.

Nissinen Joonas
Hoitotyön opiskelija (AMK)
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Taskinen Lasse
Hoitotyön opiskelija (AMK)
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Jy-

Liite 3: Saatekirje 2**ARVOISA VASTAAJA**

7.2.2008 Jyväskylä

Olemme hoitotyön opiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teemme tutkimusta fast track -hoitomallin kivunhoidosta. Tutkimus tehdään opinnäytetyönä joka on osa opintojamme. Tutkimus on saanut asianmukaisen luvan osaston ylilääkäriltä.

Tutkimustyömme kohteena on fast track –hoitomallin kivunhoidon toteutuminen. Kivunhoito on vain yksi osa hoitomallia. Se on kuitenkin oleellinen nopean ja turvallisen kuntoutumisen ja kotiutumisen kannalta. Tästä syystä pyydämmekin teitä osallistumaan potilaskyselyyn.

Kyselyn tuloksien avulla on tarkoitus kartoittaa kivunhoidon toteutumista hoitomallissa. Vastaamalla kyselyyn tuette hoitotyön kehittämistä osastolla. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan täysin nimettömänä ja käsittelemme kaikki vastaukset luottamuksellisesti niin, ettei kenenkään henkilöllisyyttä tai yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa millään tavalla.

Saamanne kirjeen mukana on myös valmiiksi maksettu palautuskuori joten kuluja ei teille synny. Palautuskuoressa on valmiiksi kirjoitettuna postiosoite. Postittakaa kyselylomake palautuskuoressa meille viimeistään 16.5.2008 mennessä.

Kiitos ajastanne.

Nissinen Joonas
Hoitotyön opiskelija (AMK)
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Taskinen Lasse
Hoitotyön opiskelija (AMK)
Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Jy-

Liite 4: Tutkimuslupa



1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Kivunhoito Fast track potilaan kokemana.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena hankkia tietoa siitä, miten potilaat kokivat leikkauksen jälkeisen kivunhoidon toteutumisen fast track -hoitomallissa Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 22. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla fast track -hoitomallin kivunhoitoa voidaan osastolla kehittää. Tarkoituksena on saada esiin potilaiden näkemykset kivunhoidosta ja sen laadusta.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Syyskuu 2008

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tekijöinä sitoudumme luomaan mittariston kivunhoidon laadun arviointiin potilaskyselyn avulla, analysoimaan keväällä 2008 aloitetun tutkimuksen vastukset syksyllä 2008 sekä esittämään ne osaston henkilökunnalle. Analyysi, opinnäytetyö sekä lomakkeet luovutetaan osaston käyttöön kun opinnäytetyö on valmis.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Toukokuu 2007

Ohjaava opettaja

Marjo Palovaara
Jaana Perttunen

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluisia)

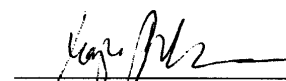
Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

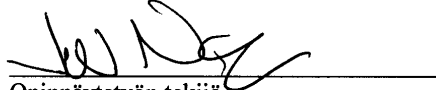
Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

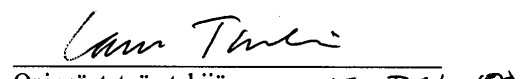
Paikka ja aika 28.11.2008


 Yhteistyötaho


 Ohjaava opettaja

Paikka ja aika 29.11.2008


 Opinnäytetyön tekijä
 Joonas Niemi
 Yhteystiedot


 Opinnäytetyön tekijä LASSE TROKINEN
 Yhteystiedot

Liite 5: Kysymysten 30-35 tulokset

Kysymys	Kes- kiarvo	Pieni arvo	Suu- rin arvo	Medi- aani	Puuttuvat vastauk- set
30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen	3,82	0	10	4	1
31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin	5,31	0	10	5	1
32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin	1,95	0	9	2	2
34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani	3,61	0	9	3	1
35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle	4,85	0	9	5	1

Kysymys	koko Kes- kiarvo	Miehet	Naiset
30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen	3,82	4,48	3,44
31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin	5,31	6,68	4,54
32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin	1,95	2,55	1,63
34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani	3,61	3,82	3,5
35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle	4,85	5,64	4,45

Kysymys	koko Keskiarvo	35-45	46-55	56-65	66-75	76-85
30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen	3,82	3,75	3,88	5	3,81	1
31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin	5,31	7,25	4,88	6,42	5,33	1,33
32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin	1,95	1,25	1,75	2,17	2,24	0,33
34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani	3,61	4,25	3,5	4,5	3,14	1,67
35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle	4,85	5	4,88	5,58	4,67	1

Kysymys	koko Keskiarvo	Aik. leikkaus kokemus	Ei aik. leikkaus kokemusta
30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen	3,82	3,6	4,75
31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin	5,31	5,42	5,63
32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin	1,95	2,07	1,56
34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani	3,61	3,72	3,44
35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle	4,85	4,88	4,88

Kysymys	koko keskiarvo	naimisissa	avoliitossa	naimaton	eronnut	leski
30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen	3,82	3,95	4,56	2	5,75	2,2
31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin	5,31	5,47	7,89	2	6,25	2,6
32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin	1,95	1,89	2,89	1	2,75	0,4
34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani	3,61	3,66	4,22	2,33	4	3
35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle	4,85	5	5,89	1,67	5,5	3,6

Kysymys	koko Keskiarvo	Työssä käyvät	Eläkeläiset
30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen	3,82	4,32	3,92
31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin	5,31	6,53	5,24
32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin	1,95	2,21	1,89
34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani	3,61	4,37	3,47
35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle	4,85	5,79	4,68

Kysymys	Kokokeskiarvo	Peruskoulu	Ammatikoulu	Lukio	Korkea koulu
30. Kivun voimakkuus heti leikkauksen jälkeen	3,82	3,36	3,95	4,83	4
31. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli pahin	5,31	4,56	5,95	5,67	7,14
32. Kivun voimakkuus hoidon aikana, kun kipu oli lievin	1,95	1,64	2,24	2,33	1,71
34. Arvio kivun voimakkuudesta, kun kivut häiritsivät normaalia olemistani ja toimintaani	3,61	3,04	4,05	3,5	4,71
35. Arvio kivun voimakkuudesta silloin, kun ilmoitin kivusta hoitajalle	4,85	4,28	5,24	4,67	6,14

Liite 6: Kysymysten 1-28 vastaukset

Kysymys	Kes- kiarvo	Täy- si/osittai n eri mieltä	En osaa sa- noa	Täy- sin/osittain samaa mieltä	Puuttu- vat vas- taukset
Ohjaus ennen leikkausta					
1. Leikkaukseen liittyvä ohjaus oli mielestäni riittävää	4,49	9,5% n=6	1,6% n=1	88,9% n=56	0
2. Leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon liittyvä ohjaus oli mielestäni riittävää	4,57	4,8% n=3	1,6% n=1	93,6% n=59	0
3. Saamani ohjaus oli mielestäni ymmärrettävää	4,61	4,8% n=3	0% n=0	95,2% n=59	1
4. Minulla oli ohjauksessa mahdollisuus kysyä hoitoon liittyvistä asioista	4,39	6,2% n=4	3,2% n=2	90,4% n=57	0
5. Leikkauksen jälkeisestä kivusta annettiin minulle todennukainen kuva	4,34	11,1% n=7	3,2% n=2	85,7% n=54	0
6. Minä pelkäsin, että minulla on kipuja leikkauksen jälkeen	1,87	80,9% n=51	11,1% n=7	7,9% n=5	0
7. Leikkaukseen liittyvä ohjaus helpotti pelkojani tulevan leikkauksen suhteen	3,75	20,6% n=13	14,3% n=9	65,1% n=41	0
Ohjaus leikkauksen jälkeen					
8. Leikkauksen jälkeinen kivunhoidon ohjaus oli mielestäni riittävää	4,49	4,8% n=3	0% n=0	95,2% n=60	0
9. Sain tietoa siitä, mikä aiheutti kipuni	4,1	14,3% n=9	6,3% n=4	79,4% n=50	0
10. Leikkauksen jälkeinen ohjaus helpotti oloani	4,16	12,7% n=8	6,3% n=3	81% n=51	0

Kysymys	Kes- kiarvo	Täy- si/osittai n eri mieltä	En osaa sa- noa	Täy- sin/osittain samaa mieltä	Puuttu- vat vas- taukset
11. Kivunhoito oli mielestäni riittävää	4,34	12,9% n=8	0% n=0	87,1% n=54	1
12. Kivunhoito vastasi odotuksiani	4,22	9,7% n=6	1,6% n=1	88,8% n=55	1

13. Hoitajat osasivat hoitaa kipuani	4,35	9,7% n=6	1,6% n=1	88,8% n=55	1
14. Hoitajat kyselivät kivuis-tani tarpeeksi usein	4,29	11,1% n=7	3,2% n=2	85,7% n=54	0
15. Minun ei annettu tuntea kipua	4,04	14,3% n=9	4,8% n=3	80,9% n=51	0
16. Kerroin omatoimisesti kivuista hoitajille	4,69	0% n=0	1,6% n=1	98,4% n=62	0
17. Uskalsin pyytää apua tarvittaessa	4,73	3,2% n=2	0% n=0	96,7% n=60	1
18. Pyysin tarvittaessa kipulääkettä	4,57	3,2% n=2	6,5% n=4	90,4% n=56	1
19. Sain tarvittaessa kipulääkettä	4,59	6,5% n=4	1,6% n=1	91,9% n=57	1
20. Hoitajat kuuntelivat ja ymmärsivät minua	4,41	6,5% n=4	1,6% n=1	91,9% n=57	1
21. Hoitajat ottivat kipuni todesta	4,51	6,6% n=4	1,6% n=1	91,8% n=56	2

Kysymys	Kes-kiarvo	Täy-si/osittai n eri mieltä	En osaa sanoa	Täy-sin/osittain samaa mieltä	Puuttu-vat vas-taukset
22. Minulle annettiin mahdollisuus käyttää kipumittaria kivunarvioinnissa esimerkiksi VAS mittaria (kipujana)	3,72	22,2% n=12	14,8% n=8	63% n=34	9
23. Minulle ohjattiin kipumittarin käyttö	3,49	30,2% n=16	9,4% n=5	60,4% n=32	10
24. Minä ymmärsin miten kipumittari toimii	3,64	24,6% n=13	13,2% n=7	62,3% n=33	10
25. Hoitajat kyselivät kipuni voimakkuutta	4,25	15,8% n=9	3,5% n=2	80,7% n=46	6
26. Hoitajat arvioivat kipuni voimakkuutta kipumittarin avulla	3,58	25,4% n=14	14,5% n=8	60% n=33	8

Kysymys	Keskiarvo	Täysi/osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Täysin/osittain samaa mieltä	Puuttuvat vastaukset
27. Kivunhoidossa käytettiin muitakin kuin lääkkeellisiä keinoja	2,91	39,9 % n=21	18,5% n=10	42,6% n=23	9
28. Koin että näistä oli apua kipujeni lievitykseen	3,45	21,5 % n=12	26,8% n=15	51,7% n=29	7

Ohjauksen ja kivunhoidon suhde:

Vastaaja	Ohjauskokemus ennen leikkausta (keskiarvo)	Kivunhoidon kokemukset (keskiarvo)	Vastaaja	Ohjauskokemus ennen leikkaus- ta (keskiarvo)	Kivunhoidon kokemukset (keskiarvo)
1	4,5	5	31	5	5
2	4,5	4,5	32	4,5	3
3	4,5	5	33	5	4,5
4	4,5	5	34	4,5	4
5	4,5	5	35	4,5	4,5
6	4,5	4,5	36	5	5
7	5	5	37	4,5	4
8	4,5	4,5	38	4,5	5
9	4,5	5	39	4,5	5
10	5	5	40	4,5	5
11	5	4,5	41	3	5
12	5	5	42	4,5	5
13	5	4	43	4,5	5
14	3	2,5	44	4,5	5
15	5	5	45	4,5	4
16	3	4	46	4,5	5
17	4,5	5	47	2,5	5
18	4	4,5	48	4,5	4,5
19	4,5	4,5	49	4	4,5
20	4,5	4,5	50	3,5	2,5
21	5	4	51	4,5	4,5
22	4,5	5	52	3,5	3,5
23	4,5	3,5	53	4	4,5
24	3	4,5	54	4,5	5
25	2,5	2,5	55	4,5	4
26	5	4,5	56	2,5	4
27	5	5	57	4	4,5
28	5	5	58	5	5
29	5	5	59	4	4,5
30	5	5	60	4	4
			61	4,5	4,5
			62	4,5	5
			63	4	4