

SELKÄLEIKKAUSPOTILAAN POSTOPERATIIVI-
SEN KIVUNHOIDON ONNISTUMINEN
POTILAAN NÄKÖKULMASTA

Elina Valokari ja Riina Lamminparras

Opinnäytetyö syksy 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja AMK

TIIVISTELMÄ

Lamminparras, Riina ja Valokari, Elina. Selkäleikkauspotilaan postoperatiivisen kivunhoidon onnistuminen potilaan näkökulmasta. Helsinki, syksy 2010, 48 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ortopedisten, eli luu- ja tukidossairauksiin erikoistuneen kirurgian ja lääketieteen alan, selkäleikkauspotilaiden postoperatiivista kivunhoidon onnistumista potilaan näkökulmasta. Tavoitteena oli selvittää, miten postoperatiivinen kivunhoito oli onnistunut osastojakson aikana. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa, jonka avulla selkäleikkauspotilaiden leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa voidaan kehittää.

Tutkimus oli kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin potilailta 10 viikon ajalta keväällä 2010 kyselylomakkein. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat ortopediset selkäleikkauspotilaat, joilla on leikkauksen yhteydessä laitettu selkään metallia. Kohderyhmä rajattiin suomenkielisiin, co-opeeroiviin potilaisiin. Kyselylomake jaettiin 26 potilaalle ja vastauksia tuli 22. Tutkimuksen vastausprosentiksi muodotui näin ollen 84,6 %. Aineisto analysoitiin Webropol scientific -ohjelmalla.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa potilaista oli kokenut leikkauksen jälkeen jatkuvaa kipua. Lääkkeellinen kivunhoito oli vastaajien mielestä riittävää ja sitä käytettiin runsaasti. Puutteellista oli potilaiden tieto heidän saamistaan kipulääkkeistä. Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä potilaat kokivat kuitenkin saaneensa liian vähän tietoa. Suurimmalle osalle potilaista oli annettu tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta jo ennen leikkausta. Tämän informaation vastaajat näkivät tärkeänä. Tulosten perusteella kokonaisuudessaan kivunhoitoon oli lähes kaikki vastaajista tyytyväisiä.

Asiasanat: kivunhoito, selkäleikkauspotilas, postoperatiivinen, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Lamminparras, Riina and Valokari, Elina.

Successful postoperative pain treatment: Back patients' perspective.
48p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this study was to find out how postoperative pain treatment of back patients had succeeded. The aim was to find out how well postoperative pain treatment had succeeded during the ward period. The aim was also to produce information based on which the back patients' post-operational pain management could be further developed.

The research was quantitative. The data was collected from patients using questionnaires during spring 2010. The target group consisted of orthopaedic back patients with screws or plates implanted during the operation. The target group was Finnish-speaking and co-operative patients. 26 questionnaires were handed out and 22 completed forms were returned. The answer per cent was 84, 6 %. The data was analyzed with the Webropol Scientific program.

The results of this research showed that most of the patients were suffering postoperative continuous pain. Medicinal pain treatments were adequate and they were used plenty. Information given to patients about their pain medication was felt to be inadequate. Patients experienced that they had not received enough information on pain treatment without medication. Most of the patients obtained information on the postoperative pain and pain treatments already before the operation. This information was seen as very important. According to the results, almost every respondent was satisfied with pain treatment.

Keywords: postoperative, pain treatment, back patient

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 SELKÄKIPU JA KIVUNHOITO.....	7
2.1 Selkäkipu	7
2.1.1 Leikkaushoito.....	7
2.1.2 Leikkaustarpeen arviointi	10
2.2 Kivun kokeminen	11
2.2.1 Fyysinen ja psyykinen kipu	11
2.2.2 Postoperatiivinen kipu	14
2.2.3 Postoperatiivisen kivun arviointi.....	14
2.3 Kivunhoidon menetelmät	15
2.3.1 Lääkkeellinen kivunhoito	15
2.3.2 Lääkkeetön kivunhoito.....	16
2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	19
4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA ANALYYSIMENETELMÄT	19
4.1 Tutkimusympäristö.....	19
4.2 Aineiston keruu ja tutkimuksen toteutus	20
4.3 Aineiston analysointi	21
5 TUTKIMUSTULOKSET	22
5.1. Vastaajien taustatiedot	22
5.2 Postoperatiivisen kivunhoidon onnistuminen	23
5.3 Leikkauksen vaikutus potilaan kokemaan kipuun	26
5.4 Tärkeimmät tekijät onnistuneessa kivunhoidossa.....	28
5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista	30
5.6 Tutkimuksen luotettavuus	31
5.7 Tutkimuksen eettisyys	32
6 POHDINTA	33
6.1 Johtopäätökset	33

6.2 Jatkotutkimukset.....	35
6.3 Oman prosessin pohdintaa.....	36
LÄHTEET.....	37
LIITTEET	40
LIITE 2: Saatekirje	40
LIITE 2: Kyselylomake	42

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan hyvään ammattitaitoon kuuluu olennaisesti havainnoida potilaan mahdollista kipua ja osata eri menetelmin lievittää sitä. Sairaanhoitajan tulee myös ymmärtää eri kipulääkkeiden vaikutusmekanismit ja niiden yhteisvaikutukset. Kivunhoito on tärkeä ja vaativa osa-alue sairaanhoitajan työssä. Kivunhoitoa kehitetään jatkuvasti ja sairaanhoitajan tuleekin olla ajan tasalla kivunhoidon toteutuksessa. Kivunhoito uudistuu jatkuvasti ja ohjeita sekä keinoja on runsaasti tarjolla. Sairaanhoitajan on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja näyttöön perustuvia menettelytapoja, joita hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 15, 18).

Tutkimuksen aihe saatiin Töölön sairaalasta. Aihe valittiin ajankohtaisuuden ja uuden tiedon saamisen vuoksi. Tutkimuksia postoperatiivisesta kivunhoidosta on tehty useita, mutta juuri selkäleikkauspotilaiden postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyviä tutkimuksia ei juurikaan ole tehty. Selkäleikkausten määrä on lisääntynyt viime vuosina ja samalla myös tieto selkäleikkauksien vaikuttavuudesta on lisääntynyt tehtyjen tutkimusten myötä. Tällä hetkellä selkäleikkausten vaikuttavuuksista on eniten näyttöä välilevytyrän ja spinaalistennoosin hoidossa. (Österman 2004, 904–907.)

Opinnäytetyöllä oli tarkoitus kartoittaa selkäleikkauspotilaan postoperatiivisen kivun hoitoa ja sen onnistumista potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tärkeää tietoa, jonka avulla selkäleikkauspotilaan postoperatiivista kivunhoitoa voidaan kehittää. Selkäleikkauspotilaat ovat kivunhoidollisesti vaativa ryhmä, usein kipua on sekä fyysistä että psyykkistä. Hoidossa onkin tärkeää osata tunnistaa se mikä on fyysistä ja mikä psyykkistä kipua. Näin voidaan antaa potilaalla parasta mahdollista kivunhoitoa, sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä. Tärkeää on, että postoperatiivisesti toteutettu kivunhoito vaikuttaa helpottavasti potilaan tuntemaan kipuun. Tämän takia onkin tärkeää tietää postoperatiivisesta kivunhoidon onnistumisesta potilaiden omien kokemusten ja kertoman perusteella.

2 SELKÄKIPU JA KIVUNHOITO

2.1 Selkäkipu

Selkäkipuja tuntee noin kahdeksan kymmenestä aikuisesta ihmisestä elämänsä aikana. Useimmilla ihmisillä on useita selkäkipujaksoja elämänsä aikana. (Malmivaara & Pohjolainen 2008, 3.) Joka kymmenennellä ihmisellä on ollut lääkärin toteama tai hoitama selkäsairaus (Kankare 2006, 778). Selkä kivun riskitekijöitä ovat muun muassa vähäinen liikunta, liikapaino, tupakointi, raskas työ, runsas autolla ajaminen, selkään kohdistuvat vammat ja tapaturmat sekä psyykkisistä tekijöistä stressi. (Malmivaara & Pohjolainen 2008, 7).

Kivun aiheuttajana on tavallisesti kudოსvaurio. Selkäkipujenkin taustalta etsitään yleensä todellista tai kuviteltua kudოსvauriota. Pitkään oletettiin, että paikallisen selkä kivun aiheuttaja olisi pääasiallisesti fasettiniivel. Viimeisen vuosikymmenen tutkimustulosten perusteella on merkittävimäksi kipua tuottavaksi rakenteeksi todettu välilevy siihen liittyvine ligamenteineen. Säteilykipua pakaraan tai alaraajaan aiheuttaa hermokompressio. Mekanismina tälle voi olla kompressiosta seuraava iskemia tai laskimopaluun häiriytyminen. Hermokipua voi toisaalta aiheuttaa myös epiduraalitalaan työntyneen välilevymassan aiheuttama kemiallinen ärsytys. Riittävän kauan ja voimakkaana jatkuneen hermon ulkoisen ärsytyksen seurauksena voi kehittyä neuropaattinen kiputila. Tämä kiputila ei enää poistu vaikka ulkoinen syy poistuisikin. (Kankare 2006, 778.)

2.1.1 Leikkaushoito

Vuodesta 1983 asti näyttöön perustuvan ortopedian tiennäyttäjänä voidaan pitää selkäkirurgiaa. Tuolloin julkaistiin ensimmäinen satunnaistettu vertailututkimus välilevytyrän konservatiivisen ja leikkaushoidon välillä. (Österman 2005,

903.)

Selkäkirurgian vaikuttavuustieto on viime vuosina lisääntynyt ja uusia vaikuttavuustutkimuksia on meneillään. Erityisesti indikaation asettelua tarkentavia tutkimuksia tarvitaan. Leikkauksien vaikuttavuuksista on eniten näyttöä välilevytyrän ja spinaalistennoosin hoidossa. Selkäleikkaus on aina hoidollinen erityisratkaisu, jonka onnistumiseen vaikuttaa oikea potilasvalinta ja hyvä harkinta. (Österman 2005, 904–909.) Perusteltua on selvittää selkävun syy mahdollisimman hyvin ennen leikkausta ja valita mahdollisuuksien mukaan konservatiivinen tai mini-invasiivinen hoito. Mini-invasiivinen toimenpide on leikkaushoidon ja konservatiivisen hoidon välimaastoon sijoittuva varteenotettava vaihtoehto. Esimerkiksi hermojuuren puudutusta voidaan käyttää silloin, kun potilaan kipuoireet eivät konservatiivisin keinoin laannu riittävästi eikä leikkaushoitoa ole suunnitteilla. Suurin osa akuutista selkävunstä kärsivistä potilaista paranee konservatiivisella hoidolla. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan reagoi hoitoon toivotulla tavalla, jolloin harkitaan usein invasiivisia hoitotoimenpiteitä. Kroonistumassa olevan selkävun varhainen diagnosointi ja hoito ovatkin iso haaste selkäpotilasta hoitavalle lääkärille. (Niinimäki 2005, 377.)

2.1.1.1 Välilevytyrä ja spinaalistennoosi

Välilevytyräpotilaat paranevat useimmiten itsestään 6–8 viikon oireilun jälkeen. Konservatiivinen hoito on alkuvaiheessa aina paikallaan, jos päivystysleikkausaihetta ei ole. Elektiivistä leikkausta tarjotaan yleisesti, jos raajaan säteilevä kipu ei ala itsestään helpottaa 6–12 viikon seurannassa. Aikarajat ovat vaihtelevia, koska ne perustuvat enemmän kliiniseen kokemukseen kuin tutkimustietoon, jota leikkauksen vaikuttavuudesta on niukasti. Leikkauksen pitkäaikaiset vaikutukset välilevytyrän taustalla olevaan välilevyrappeumaan ovat vielä epäselvät. (Österman 2005, 904.)

Vanhenevan väestön tavallisin selkäsairaus on spinaalistennoosi eli selkäydinkanavan ahtauma. Taudin oireet pysyvät useimmiten melko vakaina. Arviolta noin 15 %:lla potilaista tauti helpottuu seurannassa itsestään, ja 15 %:lla oire-

kuva pahenee. Leikkaushoito tulee aiheelliseksi, jos etenevään hermopuristukseen liittyy lihashalvausoireita tai tilan aiheuttama kipu on sietämätön. Lieväoireisessa taudissa konservatiiviset hoidot ovat ensisijaisia, mutta vaikeaoireisessa spinaalistennoosissa on leikkaushoito aiheellinen. Hankalin alue hoidon kannalta on keskivaikea spinaalistennoosi, jossa leikkauksen asema on epäselvä ja hoitoratkaisut riippuvat pitkälti kirurgin kokemuksesta ja asennoitumisesta hoitoon. Osalla potilaista oirekuva on vaihteleva ja saattaa rauhoittua, jolloin leikkauksista ei tarvita. Konservatiivinen hoito on turvallista. Vaikuttavuudeltaan leikkaus, jos siihen lopulta joudutaan, on verrattavissa varhaiseen leikkaukseen. Odottaminen ei vaaranna lopullista tulosta. (Österman 2005, 906–907.)

2.1.1.2 Välilevyrappeuman ja spondylolisteesin leikkaushoito

Välilevyrappeumaan liittyy pitkittynyttä ristiselkäkipua. Kirurgisen hoidon tulosten epävarmuuden takia hoitoa ei voida pitää pitkittyneen ristiselkäkipun ensimmäisenä hoitovaihtoehtona. Se tulee kyseeseen vain valikoiduissa tapauksissa tarkan harkinnan jälkeen. Tilanteen tekee ongelmalliseksi edelleen se, että ei tiedetä, mistä selkäkipu perimmiltään johtuu ja miksi se pitkittyy. Konservatiivinen hoito on ensisijainen ja pääasiallinen hoitomuoto välilevyrappeumaan liittyvässä pitkittyneessä selkäkipussa. Kirurgisen hoidon kulmakivi on huolellinen potilasvalinta. Uudet leikkaustekniikat, esimerkiksi välilevyproteesit saattavat vaikuttaa hyviltä, mutta potilaiden valinnan tärkeyttä ja vaikeutta ne eivät poista. (Österman 2005, 907–908.)

Spondylolisteesi eli nikaman siirtymä kehittyy kasvuiässä. Yleensä siirtymään liittyy spondylolyysi eli siirtyvän nikaman pars interarticulariksen murtuma. Ratkaisematta on edelleen, onko ensisijainen syy nikaman siirtymiseen välilevyn heikkous ja sen aiheuttama rasitus nikaman kaareen vai kaaren pettäminen, jolloin välilevyyn kohdistuva kuormitus johtaa nikaman siirtymään. Kasvuiän aikana muutos tarvitsee seurantaa, koska pieni osa siirtymistä suurenee ja saattaa vaatia luudutusleikkauksen, johon saatetaan päätyä myös selkä- tai radikulaarisen kivun vuoksi. Siirtymän huomattava lisääntyminen kasvun päätyt-

tyä on erittäin harvinaista, mutta nuorilla aikuisilla siirtymään voivat liittyä olisteettisen segmentin epästabiilius, välilevyrappeuma ja kiputila, joka saattaa vaatia segmentin kirurgisen stabiloinnin. Usein vanhemmalla iällä siirtymäsegmentti on jo vakaa, mutta kipu saattaa johtua ylemmän nikamavälin rappeumasta. Vakautuneeseenkin siirtymäsegmenttiin voi liittyä hermojuuriaukkojen ahtautuminen, joka aiheuttaa iskiasoireita. Tällaisissa tapauksissa erotusdiagnostiikka on vaikeaa ja kokemusta vaativaa. Suurin osa potilaista voidaan hoitaa konservatiivisesti. Leikkausta harkitaan vasta, kun oireet ovat hankalia ja konservatiivinen hoito ei auta. Tavallisin leikkausmenetelmä on posterolateraalinen luudutus. Lievän siirtymän hoidossa on käytetty myös menetelmää, jossa kaaren luupuutos korjataan luusiirteillä ja metallikiinnityksellä, jolloin nikaman liikkuvuus säilyy. Yli 50 %:n siirtymä ei parane pelkästään posterolateraalisen luudutuksen avulla, vaan lisäksi tarvitsee tehdä interkorporeaalin luudutus joko etu- tai takakautta tehtynä. Suuri siirtymä tai virhe asento on hoidettavissa myös siirtymän ja kiertymän reduktiolla, jolloin selän muoto saadaan korjatuksi ja hermojuurten venyttämisen riski vähenee. (Österman 2005, 908–909.)

2.1.2 Leikkaustarpeen arviointi

Lääkärin tutkimus on tarpeellinen selkäkipupotilaan diagnoosin tekemiseksi, joidenkin sairauksien poissulkemiseksi ja muiden ongelmien selvittämiseksi. Tutkimukseen sisältyy oirehistorian selvittäminen, kliiniset tutkimukset ja diagnostiset testit. Tarkkaa syytä selkävivuille ei läheskään aina löydy huolellisellaan lääkäriin tutkimuksella ja nykyaikaisilla kuvantamismenetelmillä. 200 selkäkipupotilaasta vain noin yhdeltä löytyy kivun taustalta vakava sairaus. Alle kuukauden kestoisessa selkävivussa ei yleensä tarvita röntgen- tai muita tutkimuksia. (Malmivaara & Pohjolainen 2008, 12.)

Suurin osa selkäkipupotilaista ei kuulu lainkaan kirurgisen tutkimuksen ja hoidon piiriin, koska selkävivot ovat erittäin yleisiä ja niiden spontaani paranemistapumus on hyvä. Hoidosta vastaa hoitotarpeen ilmaantuessa perusterveydenhuolto konsultoiden tarvittaessa fysiatria. Kirurginen hoito edellyttää aina syyn

mukaisen diagnoosin selvittämistä. Tämä tarkoittaa merkittävän kudosaaurion löytymistä radiologisissa tutkimuksissa. Toisaalta todetun kudosaaurionkaan löytyminen vaatii harvoin kirurgista hoitoa. Leikkausta kliinisen tutkimuksen perusteella ilman mitään radiologista löydöstä, eli eksploratiivisia leikkauksia ei saa tehdä. (Kankare 2006, 778.)

Oirehistoria selvitetään kyselemällä selkäkipuun liittyviä asioita, muita sairauksia, painon laskua ynnä muuta sellaista. Lääkäri tekee yleensä useita erilaisia kysymyksiä esimerkiksi kivun alkamisesta sekä siitä, mikä helpottaa ja mikä pahentaa kipua. (Malmivaara & Pohjolainen 2008,12.)

Jokaiseen kudosaaurioon liittyy omat anamnestiset piirteensä, joiden perusteella tutkimuksia voidaan kohdentaa. Kliinisellä tutkimuksella on tavoitteena selvittää hermotoimintojen häiriöt ja niiden merkit. Näitä selvitetään tutkimalla alaraajojen lihasvoimaa ja ihon tuntoaisteja sekä babinskin kokeella. Mahdolliset ulostamis- ja virtsaamisongelmat on myös aina tärkeää selvittää. (Kankare 2006, 779.)

2.2 Kivun kokeminen

Kivun kokeminen on aina yksilöllistä ja siinä on mukana suuri elämyksellinen osuus. Kipu on epämiellyttävää ja se on aina varoitusmerkki jostain. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2006, 483.)

2.2.1 Fyysinen ja psyykinen kipu

Akuutti kipu on aina äkillistä, mutta jos kipu jatkuu, vaikka kivun aiheuttajana olleet kudosaauriot ovat parantuneet, on kipu muuttunut krooniseksi eli pitkäaikaiseksi kivuksi. (Nienstedt ym. 2006, 483–485.) Krooniseksi kipua kutsutaan, kun se on jatkunut yli 3-6 kuukautta (Estlander 2003, 48). Pitkäaikainen kipu voi olla nosiseptiivista, neuropaattista tai idiopaattista. Nosiseptiivista kipua kutsu-

taan normaalikivuksi; se on reaktio voimakkaisiin ärsykkeisiin, jotka tuhoavat tai uhkaavat tuhota kudosta. Neuropaattinen kipu aiheutuu jostakin viasta joko ääreishermostossa tai keskushermostossa. Neuropaattista kipua voi tuntea esimerkiksi silloin, kun hermon kipusyyt ovat säilyneet, mutta kosketussyyt tuhoutuneet. Idiopaattiseksi kivuksi luetaan kipu, johon ei tutkimuksissa ole löydetty mitään kipua selittävää kudosis- tai hermovauriota. Kipu voi silti tällöin olla kovaa ja invalidisoivaa. (Nienstedt ym. 2006, 483–485.)

Usein selkäkipu on nosiseptiivista ja/tai neuropaattista. Neuropaattisen kivun eli hermovauriokivun syynä on vaurio tai toimintahäiriö kipua välittävässä hermojärjestelmässä. Neuropaattinen kipu jaetaan anatomisesti sentraaliseen eli keskushermostoperäiseen ja perifeeriseen eli ääreishermostoperäiseen neuropaattiseen kipuun. Jako on patofysiologisesti keinotekoinen, koska vaurio perifeerisessä hermostossa aiheuttaa muutoksia kivunaistintajärjestelmässä myös keskushermostotasolla. Vaikeasta neuropaattisesta kiputilasta kärsivälle potilaalle voi aiheutua psykososiaalisia ongelmia kuten unihäiriöitä, masennusta sekä työkyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, joten varhainen tunnistus ja hoitoyritykset ovat perusteltuja. Neuropaattisen kivun oireet jaotellaan negatiivisiin oireisiin, esimerkiksi tuntuu puuttamaan ja positiivisiin oireisiin, esimerkiksi tuntoaistin herkistymiseen ja tuntemuksiin ilman ulkoisia ärsykejä. Negatiiviset oireet johtuvat vioittuneen radan toiminnanvajaksesta ja positiiviset oireet impulssinmuodostuksen lisääntymisestä. Kipua ja muita oireita syntyy, kun inhibitoriset järjestelmät eivät kykene kompensoimaan lisääntyntä impulssinmuodostusta. Mahdollisuus neuropaattiseen kiputilaan on seurausta hermoston plastisiteetista eli kyvystä toiminnallisiin ja rakenteellisiin muutoksiin erilaisten tautiprosessien yhteydessä. (Haanpää 2005, 6–7, 13.)

Neuropaattisessa kivussa tuntoaisti toimii poikkeavasti. Tämä johtuu tuntoratojen vaurioitumisesta ja sen aiheuttamista plastisista muutoksista hermostossa. Vasteen ja ärsyksen välinen suhde voi olla muuttunut määrällisesti, laadullisesti, ajallisesti ja sijainniltaan. Pelkän tuntolöydöksen perusteella ei voida päätellä kiputilan syytä. Osalla potilaista muut tuntu-poikkeavuudet tai oheisoireet kuten parestesiat tai kutina saattavat olla häiritsevempiä kuin itse kipu. Hoidoilla

voidaankin lievittää kivun lisäksi myös muita poikkeavia tuntemuksia. Terve kudosaauriosta varoittava kipu saattaa olla heikentynyt niin, että esimerkiksi polyneuropatiapotilas saattaa huomaamattaan kolhia jalkateränsä tai saada palovamman käteen. Potilailla voi hermokudosvaurion sijainnista ja laajuudesta riippuen olla muitakin neurologisia oireita kuten lihasteikkoutta tai kömpelyyttä. Esimerkiksi lihaskrampit eli suonenvedot ovat melko tavallisia hermojuurivaurioiden ja sekahermovaurioiden jälkeen. Potilailla voi olla myös paikallisia autonomisen hermoston oireita kuten muutoksia verenkierrössä, ihon lämpötilassa ja hikoilussa. Neuropaattisen kivun eri komponentit vaihtelevat potilaasta ja kiputilasta toiseen; esimerkiksi itsestään syntyvä kolmoishermostosärky on lähes yksinomaan lyhytkestoisia sähköiskumaisia kiputuikkauksia. (Haanpää 2005, 9–11.)

Kipuun suhtautuminen on aina yksilöllistä. Kivun kokeminen on aina yhteydessä tunteisiin. Myös ihmisen iällä on yhteys kivun kokemiseen. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 56–57, 59.) Kivun kokeminen riippuu monista eri tekijöistä, joita voivat olla esimerkiksi kulttuuriset tekijät, uskonnolliset tekijät ja aiemmat kokemukset. (Vainio 2009, 19–20.) Kipu aiheuttaa stressiä, ja psyykinen stressi saattaa vaikuttaa myös kipukokemukseen, yhtäläillä kuin myös käsitykset sekä uskomukset (Estlander 2003, 43, 50). Jos kipu on jatkuvaa, se helposti hallitsee elämää ja ajatusmaailmaa. Mitä pidempään kivut ovat jatkuneet sitä enemmän psyykkiset tekijät, kuten pelko, ahdistus, oireiden tarkkailu ja käyttäytymismuutokset vaikuttavat ihmisen elämään. (Kalso, Vainio & Estlander 2002, 101–102.) Kipu ja pelko sekoittuvatkin monesti keskenään. Kokiessaan kipua ihminen kokee aistimuksia, havaintoja, tunteita, kehollisia tuntemuksia ja mielikuvia, jotka liittyvät kipuun. Nämä kaikki tekijät vaikuttavat siihen, miten ihminen yksilönä ilmentää ja ilmaisee kipuaan. (Salanterä ym. 2006, 56, 58.) Monesti myös masennus on kivun seuralainen (Vainio 2009, 81). Tällöin jo pelkkä masennuksen hoitaminen saattaa auttaa kipuihin (Kalso ym. 2002, 102).

2.2.2 Postoperatiivinen kipu

Postoperatiivinen kipu johtuu leikkauksessa potilaalle aiheutetusta kudostuhosta. Jopa 80 % leikatuista potilaista tuntee leikkauksen jälkeistä kipua. Leikkaus-
haava-alueen turvotus ja mahdollinen tulehdus voivat olla myös syynä kipuun. Potilaan pelko ja ahdistus voivat lisätä leikkauksen jälkeistä kipua, kun taas leikkausta edeltävällä hyvällä ohjauksella kipua voidaan vähentää. Akuutin toimenpiteeseen liittyvän kivun hoito on tehokkainta silloin kun kipua hoidetaan jo ennaltaehkäisevästi (Salanterä ym 2006, 20, 147). Postoperatiivinen kipu on yleensä voimakkaimmillaan juuri leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineet ovat lakanneet lievittämästä kipua (Salomäki; Laitinen & Rosenberg 2001, 758).

2.2.3 Postoperatiivisen kivun arviointi

Kipua voidaan arvioida monella eri kipuasteikolla. Yleisimmin käytetty asteikko on VAS (visual analogy scale). VAS:lla tarkoitetaan janaa tai punaista kipukiilaa, jonka toinen pää on nolla eli ei lainkaan kipua ja toinen pää 10 eli voimakkain mahdollinen kipu. Vas:ia käytettäessä potilas näyttää kiilasta tai janasta omaa kipuaan vastaavan kohdan. (Linko 2004, 152.) Toinen yleisesti käytössä oleva kivun voimakkuuden arviointimittari on numeerinen kipumittari eli NRS (numerical rating scale). Numeerinen kipumittari on yleensä asteikoltaan 0-10, jossa 0 tarkoittaa ei lainkaan kipua ja 10 pahinta mahdollista kipua. (Salanterä ym. 2006, 83,85.) Kolmas paljon käytössä oleva kivunarvioinnin asteikko on VRS eli verbal rating scale. Tämä on 5-portainen asteikko, jossa 0 tarkoittaa, ettei kipua ole lainkaan ja 4 kivun olevan sietämättömän voimakasta. (Kentala 2002, 259–260.) Kyselylomakkeessamme käytimme osassa kysymyksistämme VRS-asteikkoa kivun voimakkuuden mittaamiseen.

2.3 Kivunhoidon menetelmät

2.3.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Kivun hoidossa lääkkeellinen hoito on varmasti eniten käytetty ja yksi tärkeimmistä kivun lievitysmenetelmistä. WHO:n kipuportaikossa kipulääkkeet ryhmitellään niiden analgeettisen tehon mukaan. Kipuportaikossa alimmalla tasolla ovat tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli, toisella tasolla heikot opiaatit kodeiini ja tramadoli. Kolmannella portaalla on keskivahva opiaatti buprenorfiini ja ylimmällä tasolla vahvat opiaatit, joita ovat esimerkiksi morfiini ja oksikodoni. Kivunhoidossa voidaan yhdistellä eri lääkeryhmien kipulääkkeitä, jotta kivunlievityksessä päästäisiin parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Eri lääkeryhmien kipulääkkeitä yhdistellessä voi joku kipulääkkeistä olla opiaatti, mutta useampaa opiaattia harvemmin käytetään yhdessä. (Linko 2004, 152–153; Maisniemi 2010.)

Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli sopivat lievien ja kohtalaisten kiputilojen hoitoon. Niitä käytetään erityisesti ennaoivassa kivun hoidossa. Yleisimmin käytettyjä ensimmäisen portaan lääkkeitä ovat diklofenaakki, ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni ja parasetamoli sekä koksibit. (Nurminen 2007, 234–236, 242,245–246; Maisniemi 2010.) Tulehduskipulääkkeiden teho neuropaattiseen kipuun on vähäinen, mutta ne lievittävät tehokkaasti tulehdusta, kipua ja kuumetta. Parasetamolia käytettäessä kivun hoitoon tulee annoksen olla riittävän suuri, jotta se auttaisi kipuun. (Salanterä ym. 2006, 110, 115.) Koksibeista varsinkin etorikoksibeja käytetään leikkauksen esilääkkeenä. Hyötynä koksibien käytössä esilääkkeenä on hyvä teho kipuun, mutta vuotoriski leikkauksessa ei lisäännä, toisin kuin osassa muita kipulääkkeitä. (Maisniemi 2010.)

Opioidit ovat tehokkaimpia käytössä olevia kipulääkkeitä. Opiaatteja käytetään kivun lääkehoidossa silloin, kun tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin teho ei ole riittävä. Tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia ja toisen-, kolmannen- sekä neljännen-tason opiaatteja voidaan kivun lääkehoidossa käyttää yhdessä tietyin varauksin. (Salanterä ym. 2006, 116–117.) Toisella tasolla olevat heikot opioidit

tramadoli ja kodeiini soveltuvat keskivaikeiden tai vaikeiden kiputilojen hoitoon. Kodeiinia sisältävissä valmisteissa on yleisimmin myös muita kipulääkkeitä mukana, tavallisimmin parasetamolia tai ibuprofeenia. (Nurminen 2007, 243.) Keskihava opiaatti buprenorfiini on vahvempi kuin toisen portaan heikot opioidit. Sitä käytetään voimakkaissa kiputiloissa. (Kentala 2002, 261.) Pieninä annoksina buprenorfiinilla on kipua lievittävä vaikutus, mutta jos annosta suurennetaan liikaa, muuttuu sen vaikutus päinvastaiseksi. Buprenorfiinia ei saa käyttää muiden opiaattien kanssa samanaikaisesti, koska se voi kumota niiden vaikutuksen. (Salanterä ym. 2006, 121.)

Vahvat opiaatit ovat voimakkaimpia käytössä olevia kipulääkkeitä. Näihin euforisoiviin kipulääkkeisiin turvaudutaan tavallisimmin vaikeissa kiputiloissa, esimerkiksi leikkauksen yhteydessä. Analgeettisen vaikutuksen lisäksi ne vähentävät ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta. (Nurminen 2007, 243.) Opiaattien haittavaikutuksena on muun muassa dysforia, euforia, pahoinvointi ja ummetus sekä hengityslama (Maisniemi 2010). Opiaattien kipua poistava vaikutus johtuu niiden kyvystä vähentää aivokuoren kiputuntemusta ja kivun emotionaalista vastetta. Ne estävät kipuärsyksen kulkua selkäytimessä. (Linko 2004, 152.) Vahvoja opiaatteja ovat muun muassa morfiini, oksikodoni, fentanyyli, alfentaniili ja metadoni (Salanterä ym. 2006, 121–122).

2.3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkehoidon ohella kivunlievityksessä käytetään monia lääkkeettömiä menetelmiä. Näitä ovat muun muassa TNS eli transkutaaninen hermostimulaatio, fysioterapia, akupunktio sekä mielen hoidot. (Kalso & Vainio 2002, 176, 182, 190,203.)

Transkutaaninen hermostimulaatiohoito vaikuttaa kivunsäätelyyn selkäytimen porttikontrollin kautta. TNS hoidossa pienellä patterikäyttöisellä laitteella ärsytetään sähköisesti kosketushermopäätteitä, ja kosketusärsykkeet estävät kipuärsykkeiden etenemisen selkäytimestä aivoihin. (Vainio 2009, 101–102.) TNS

antaa hyvän analgesian myös postoperatiiviseen kipuun (Kalso & Vainio 2002, 176).

Fysioterapian hoitomuotoja kipuun on monenlaisia: sähkövirta, lämpö, kylmä, ääni, valo, liikunta, liikeharjoitukset ja hieronta. (Vainio 2009, 103.) Fysioterapian kivunlievitysmenetelminä voidaan käyttää lämpöhoitoja. Pintalämpöhoitoja ovat esimerkiksi lämpöpakkaukset, parafiinikylvyt ja lämpölamput. Näiden hoitojen vaikutus kohdistuu lähinnä ihoon lisäämällä pintaverenkiertoa. Pintalämpöhoitojen tavoitteena on lihasten rentoutuminen ja nivelsiteiden venyvyyden lisääntyminen. (Kalso & Vainio 2002, 203; Salanterä ym. 2006, 160.) Syvälämpöhoitoja ovat lyhytaaltohoito, mikroaaltohoito ja ultraäänihoito. Syvälämpöhoitojen tavoitteena on paikallinen analgesia, verenkierron vilkastuminen, kudosten venyvyyden lisääminen ja lihasten rentoutuminen. (Kalso & Vainio 2002, 203.) Myös kylmähoidot ovat fysioterapian keino kivunlievitykseen. Näitä käytetään vähentämään verenkiertoa, hidastamaan kudosten aineenvaihduntaa ja laukaamaan lihasjännitystä. (Salanterä ym. 2006, 159–160.) Hieronta- ja venytshoidot ovat myös tehokkaita kivunhoito keinoja (Kalso & Vainio 2002, 204–205.) Paine pussipuristushoidolla voidaan lisätä paikallista imunestekiertoa, ja näin vähentää turvotusta ja siihen liittyvää kipua (Salanterä ym. 2006, 161).

Akupunktiohoidon ideana on stimuloida anatomisia kehon pisteitä erilaisin tekniikoin. Tunnetuin niistä on varmasti menetelmä, jossa iho lävistetään ohuella neulalla. (Salanterä ym. 2006, 162.) Mielen hoidolla kivunlievitysmenetelmissä tarkoitetaan sitä kuinka kipu on jokaiselle ihmiselle yksilöllinen kokemus. Oikealla ja riittävällä ohjauksella voidaan jo itsessään onnistua lievittämään kipua. Kivun kokeminen on usein psykologista, ja psykologisilla kivunlievitysmenetelmillä pyritäänkin vaikuttamaan potilaan omaan käsitykseen kivusta, kipuun liittyviin ajatuksiin ja tunteisiin sekä toimintatapoihin. (Salanterä ym. 2006, 155.) Jo pelkkä luottamuksellinen suhde lääkäriin ja hoitajiin, jotka hoitavat kivun somaattista syytä, on hyvä lähtökohta kivun hoidolle. Keskustelevalla hoidolla voidaan auttaa potilasta ymmärtämään itseään ja tunnereaktioitaan. (Kalso & Vainio 2002, 190.)

2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Selkäkivut ovat yleisiä, mutta vain harvoin selkäleikkaus on ensisijainen ratkaisu kipuihin. Selkäkivun tarkka syy onkin tärkeää selvittää ennen mahdolliseen leikkaukseen päättymistä. Jokainen selkäpotilas kokee kivun myös omalla tavallaan, koska kipu on aina yksilöllistä ja sen kokeminen on yhteydessä tunteisiin. Kipu voi olla fyysistä tai psyykkistä. Akuutiksi kipu luokitellaan silloin kun se on äkillistä; kroonista kipu taas on kivun jatkuttua 3–6 kuukautta. Jos ihmisellä on jatkuvaa kipua se helposti alkaa hallita ja haitata normaalia elämää. 80 % leikatuista on postoperatiivisesti kipua. Tämä kipu johtuu useimmiten leikkauksen aiheuttamasta kudostuhosta. Hyvällä ohjauksella leikkauksen jälkeistä kipua voidaan lievittää, koska pelko ja ahdistus useimmiten lisäävät kipua.

Kivun arviointiin on käytössä monia eri kipuasteikkoja. Näitä ovat muun muassa VAS, NRS ja VRS. VRS (Verbal rating scale) asteikkoa käytimme tämän tutkimuksen kysymyksissämme kivun voimakkuudesta kysyttäessä.

Lääkkeellinen hoito on eniten käytetty ja yksi tärkeimmistä kivunlievityksen menetelmistä. Lääkehoidon ohella kivunlievitykseen on käytettävissä monia muitakin menetelmiä. Näitä lääkkeettömiä menetelmiä ovat muun muassa transkutaaninen hermostimulaatio (TNS), fysioterapian hoitomuodot ja akupunktio.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää selkäleikkauksessa olleen potilaan postoperatiivisen kivunhoidon onnistumista potilaan kokemana. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää selkäleikkauspotilaan kivunhoidon kehittämisessä Töölön sairaalassa.

Tutkimusongelmat:

1. Miten selkäleikkauksessa ollut potilas on kokenut postoperatiivisen kivun(lääke)hoidon onnistumisen?
2. Miten leikkaus on vaikuttanut potilaan kokemaan kipuun, vertailukohtana ennen leikkausta ollut kipu?
3. Mitkä ovat tärkeimmät tekijät onnistuneessa postoperatiivisessa kivunhoidossa potilaan näkökulmasta?

4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA ANALYYSIMENETELMÄT

4.1 Tutkimusympäristö

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä HUS, Operatiivinen tulosyksikkö, Anestesian Tehohoidon Ensihoidon ja Kivunhoidon klinikkaryhmä (ATEK), Tukielinkirurgian klinikka, Töölön sairaala, kipuhoitajan, anestesiologian ylilääkärin sekä Töölön sairaalan osaston kanssa.

Kohderyhmänä tutkimuksessa olivat ortopediset selkäleikkauspotilaat, joilla oli leikkauksen yhteydessä selkään laitettu metalliruuveja. Kohderyhmä rajattiin suomenkielisiin co-operoiviin potilaisiin. Potilaat olivat hoidossa leikkauksen

jälkeen osastolla, jossa tutkimus toteutettiin. Tutkimukseen potilaat vastasivat sairaalassaoloaikana.

4.2 Aineiston keruu ja tutkimuksen toteutus

Tutkimus pohjautuu kvantitatiiviseen lähtökohtaan. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä, että muuttujat muodostetaan taulukkoon ja aineisto saateetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 137; Leino-Kilpi 1997, 223–228.) Tutkimus toteutui strukturoidulla kyselylomakkeella, johon liitettiin avoin kysymys. Strukturoidussa kyselylomakkeessa vastaus vaihtoehdot ovat valmiina. Kvantitatiivinen aineisto kerättiin surveymenetelmällä. Survey-menetelmällä tarkoitetaan etukäteen strukturoitua aineiston keruuta kyselylomakkeen avulla. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 118.)

Tutkimuksen mittari oli laadittu teorian tietoon pohjautuen. Kyselylomake (Liite 2.) esitettiin ennen käyttöä. Esitestaus suoritettiin antamalla kyselylomake tuttaville täytettäväksi. He antoivat kommentteja kysymysten selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. Tämän testauksen perusteella muutettiin kahden kysymyksen asettelua selkeämpään muotoon. Kyselylomakkeessa on 24 kysymystä, joista 23 monivalintakysymystä ja yksi avoin kysymys. Kyselylomakkeessa taustamuuttujina käytettiin potilaan sukupuolta ja ikää, kivun kestoa ennen leikkausta ja leikkauksesta kulunutta aikaa eli kysymykset 1–3 ja 11 ovat taustamuuttujia. Tutkimusongelmaan 1 antavat vastauksen kysymykset 10, 12–23. Tutkimusongelmaan 2 antavat vastauksen kysymykset 4–7 ja 12–14. Tutkimusongelmaan 3 antavat vastauksen kysymykset 8–10, 22 ja 24.

Tutkimuksen toteuttamiseen anottiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin johtavalta ylihoitajalta. Kun lupa oli myönnetty, saatekirjeellä (Liite 1.) varustetut kyselylomakkeet toimitettiin Töölön sairaalaan osastolle, jossa tutkimus toteutettiin. Osastolla pidettiin osastotunti ennen tutkimuksen aloittamista, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja siitä mitä se vaatii osastolla hoitajilta. Osaston hoitohenkilökunta vastasi kyselyn jakamisesta kohderyhmään kuuluvil-

le potilaille. Kyselylomakkeen yhteydessä ollut saatekirje kertoi potilaille, mitä tutkimuksella on tarkoitus tutkia ja miksi. Kyselylomakkeita jaettiin potilaille 26 kappaletta ja vastauksia tuli 22 potilaalta, eli kyselyyn vastaamisprosentti oli 84,6 %.

Tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa, eli jokainen kohderyhmään kuulunut potilas sai vastattavakseen kyselylomakkeen ja hänet otettiin mukaan tutkimukseen. (Heikkilä 2001, 14,33.) Kyselylomakkein haastateltiin Töölön sairaalassa kohderyhmän potilaita. Tutkimukseen osallistuivat kaikki kohderyhmämme potilaat 10 viikon ajalta. Tutkimus toteutettiin aikavälillä 1.3.–9.5.2010. Kyselylomakkeen yhteydessä olleesta saatekirjeestä, ilmeni tutkimukseen osallistumisen ja vastaamisen vapaaehtoisuus. Kyselylomake täytettiin leikkauksen jälkeen, sairaalassaoloaikana. Kaavakkeen täytön jälkeen vastaaja laittoi sen kirjekuoreen, jonka sulki ja palautti kirjekuoren hoitajille, jotka laittoivat kirjekuoren laatikkoon osastolla. Näin saatiin varmistettua se, että potilas kokee, että kyselyyn pystyy vastaamaan luottamuksellisesti ja henkilötietoja ei tule esille missään vaiheessa. Kyselytutkimuksen etuna oli että sen avulla pystyttiin keräämään laajempi tutkimusaineisto, kuin haastattelututkimuksella (Alkula ym. 1995, 119). Kyselytutkimuksella saadaan myös erilaista tietoa tutkittavasta asiasta, kuin haastattelututkimuksella. Tutkimuksen loputtua kyselylomakkeet haettiin osastolta.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi aloitettiin käymällä läpi jokaisen vastauslomakkeen vastaukset. Kyselylomakkeet numeroitiin tässä vaiheessa. Aineistosta tulee selvittää onko siinä selviä virheellisyyksiä ja puuttuuko tietoja. Tämän jälkeen aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analysointia varten. (Hirsjärvi ym 1997, 217.) Avoimen kysymyksen vastaukset yhdisteltiin ja niistä etsittiin yhdistäviä tekijöitä. Avoimeen kysymykseen oli kaikissa lomakkeissa lyhyesti. Kyselylomakkeiden tarkastamisen ja numeroimisen jälkeen muuttajat siirrettiin excel-ohjelmaan. Tiedot käsiteltiin Webropol scientific ohjelmalla. Tuloksista muodostettiin pro-

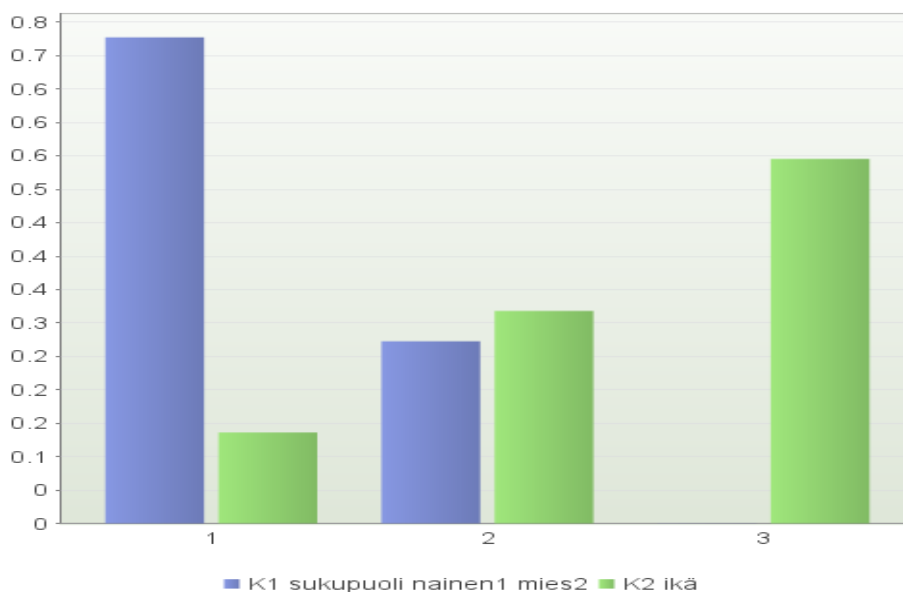
sentteja. Tuloksia havainnollistettiin taulukoiden avulla. Analysointiohjelma, jolla tutkimus analysoitiin, oli kokeiluvaiheessa tutkimusta tehdessämme. Toimimme ohjelman pilotti kokeilijoina. Ohjelman pilottikokeilijoina arvioimme ohjelman soveltuvuutta opinnäytetyön analysointiin. Webropol scientificin avulla voi yhdistellä ulkopuolista analysoitavaa tietoa, omia kaavoja ja omia laskentamoduuleita. Ohjelma soveltuu niin vaativille tutkijoille, kuin myös tilastotieteen peruskäsitteet hallitseville. Ohjelman avulla saa myös luotua syy-yhteys karttoja. (Webropol, 2010.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat ortopediset selkäleikkauspotilaat, joilla oli leikkauksen yhteydessä selkään laitettu metallia. Potilaista osa tuli suunniteltuun toimenpiteeseen ja osa tuli päivystysleikkaukseen. Osastolla tehty aineiston keruu toteutettiin 1.3.–9.5.2010. Tutkimukseen vastasi 22 potilasta tuona aikana.

5.1. Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastanneista potilaista oli naisia 72,7 % (n=16) ja miehiä 27,3 % (n=6). Vastaajat olivat iältään alle 25 vuotiaista yli 65 vuotiaisiin. Vastaajista alle 25 – 35 vuotiaita oli 13,6 % (n=3), 36 – 55 vuotiaita 31,8 % (n=7) ja 56 – yli 65 vuotiaita 54,6 % (n=12). (Kuvio 1.)



KUVIO 1 Vastaajien ikä vihreä: 1=alle 25–35 vuotta 2=36–55 vuotta 3=56–yli65 vuotta ja sukupuoli sininen: 1=nainen, 2=mies (Taulukossa pystysuoran muuttujan arvot 0=0 %, 0,1=10 %, 0,2=20 %, 0,3=30 % jne.)

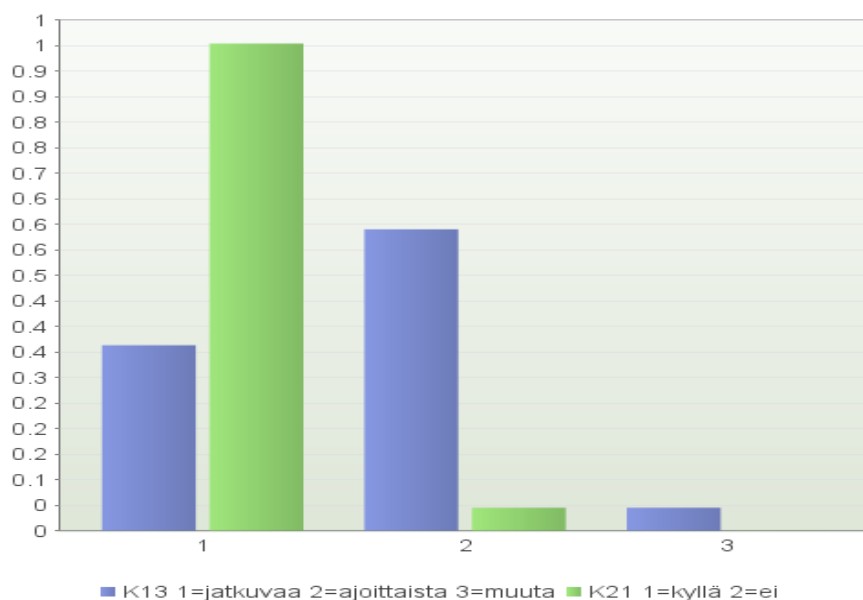
Kyselyssä tiedusteltiin, kuinka kauan potilaiden kipu oli kestänyt ennen leikkausta ja myös leikkauksesta kulunutta aikaa kyselyyn vastaamishetkellä tiedusteltiin kyselyssä. Potilaiden kivun kesto (selän takia) ennen leikkausta oli jatkunut 31,8 % (n=7) alle yhden vuoden, 50 % (n=11) 1–10 vuotta ja 18,2 % (n=4) yli 10 vuotta. Tutkimukseen osallistumishetkellä potilailla oli leikkauksesta kulunut aikaa 4,55 % (n=1) 12–24 tuntia, 31,8 % (n=7) 1–2 päivää, 31,8 % (n=7) 3-4 päivää ja 31,8 % (n=7) yli 4 päivää.

5.2 Postoperatiivisen kivunhoidon onnistuminen

Leikkauksen jälkeen suurimmalle osalle potilaista oli kerrottu mahdollisesti ilmentyvistä kivusta ja kivunhoidosta. Lomakkeeseen vastanneista 81,8 % (n=18) vastasi, että heille kerrottiin asiasta, 18,2 % (n=4) ei saanut asiasta tietoa. Leikkauksen jälkeen olisi kuitenkin 36,4 % (n=8) potilaista halunnut enemmän tietoa kivusta ja sen hoidosta heti leikkauksen jälkeen. Loput 63,6 % (n=14) kokivat saaneensa siinä vaiheessa riittävästi tietoa.

Kaikki kyselyyn vastaajat olivat kärsineet kivusta viimeksi kuluneen kahden vuo-

rokauden aikana, ennen kyselyyn vastaamista. Vastaajista 36,4 % (n=8) kipu oli ollut jatkuvaa, 59,1 % (n=13) kipu oli ollut ajoittaista ja 4,5 % (n=1) muuta. Silti vaikka suurin osa (59,1 % n=13) potilaista koki jatkuvaa kipua, koki potilaista 95,6 % (n=21), saaneensa riittävästi lääkkeellistä hoitoa kipuihinsa. (Kuvio 2.)



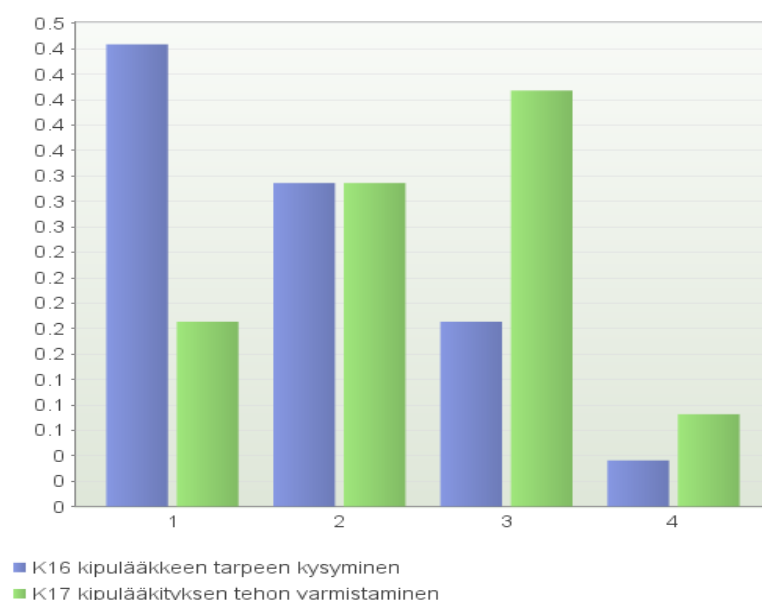
KUVIO 2. Sininen: Kivut viimeksi kuluneen kahden vuorokauden aikana 1=jatkuvaa, 2=ajoittaista, 3=muuta. Vihreä: Saitteko riittävästi lääkkeellistä hoitoa kipuihin? 1=kyllä, 2=eivät. (Taulukossa pystysuoran muuttujan arvot 0=0 %, 0,1=10 %, 0,2=20 %, 0,3=30 % jne.)

Leikkauksen jälkeen potilaista 54,5 % (n=12) kuvaili kipunsa olevan jomottavaa, viiltäväksi kipua kuvaili 31,8 % (n=7), puristavaa kipua oli 27,3 % (n=6) ja puutumista 27,3 % (n=6). 22,7 % (n=5) vastaajista kipu oli myös pistävää, kouristavaksi kivun kuvaili 18,2 % (n=4), tykyttävää kipua oli vain 9,1 % (n=2) vastaajista ja vain 4,5 % (n=1) kuvaili kivun olevan polttavaa. Potilaat jotka kertoivat kipunsa olevan pistävää, kokivat suurimmalla todennäköisyydellä myös viiltävää kipua. Myös kouristavaa kipua tunteneet tunsivat yleisimmin myös puristavaa kipua, puutumista tunteneet taas tykyttävää kipua.

Potilaat saivat monia eri kipulääkkeitä kipuihinsa sairaalassaoloaikana. Yleisimmin leikkauksen jälkeiseen kipuun saatiin Paracetamol 54,5 % (n=12), toiseksi eniten Ibuprofeinia 45,5 % (n=10), näiden peruskipulääkkeiden lisäksi Panacodia (paracetamol+kodeiini) sai 36,4 % (n=8), Oxynormia 31,8 % (n=7) ja Tramalia 9,1 % (n=2). Vastaajista 31,8 % (n=7) ei tiennyt mitä kipulääkkeit-

tä/lääkkeitä oli sairaalassaoloaikana saanut.

Kipulääkkeen tarvetta hoitajat kysyivät vastaajien mielestä riittävän usein 45,5 % (n=10), kohtalaisesti 31,8 % (n=7) mielestä, harvoin 18,2 % (n=4) ja 4,5 % (n=1) sai kipulääkettä vain pyytäessään. 100 % (n=22) vastaajista oli saanut kipulääkettä aina pyytäessään. Kipulääkityksen tehon hoitajat varmistivat hie- man harvemmin verrattuna kipulääkkeen tarpeen kysymiseen. 18,2 % (n=4) vastasi, että hoitajat varmistivat kipulääkkeen tehon aina. Melko usein kipulääk- keen teho varmistettiin 31,8 % (n=7), harvoin 40,9 % (n=9) ja ei koskaan 9,1 % (n=2). (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Sininen= kipulääkkeen tarpeen kysyminen 1=riittävän usein, 2=kohtalaisesti, 3=harvoin, 4=sain kipulääkettä vain pyytäessä. Vihreä= kipulääkkeen tehon varmistaminen 1=aina, 2=melko usein, 3=harvoin, 4=ei koskaan. (Taulukossa pystysuoran muuttujan arvot 0=0 %, 0,1=10 %, 0,2=20 %, 0,3=30 % jne.)

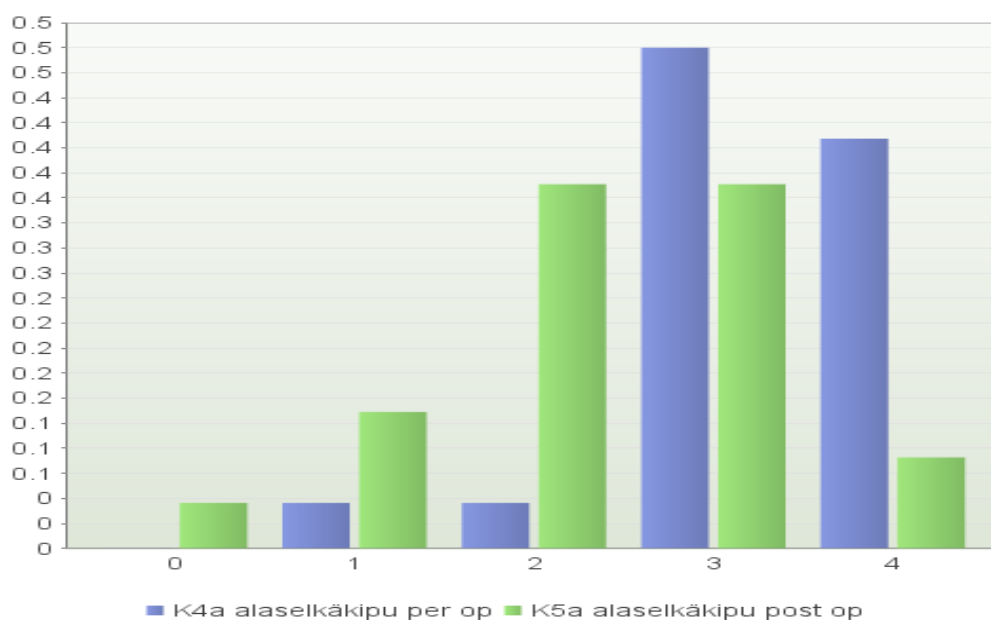
Potilailta kysyttiin myös, mistä eri kivunlievitysmenetelmistä he olivat saaneet tietoa sairaalassa. Asentohoidoista 63,6 % (n=14) oli saanut tietoa, eri lääkitys- vaihtoehtoista oli keskusteltu 31,8 % (n=7) kanssa ja kylmähoidoista oli kerrottu 9,1 % (n=2) potilaista. Kyselyyn vastanneista 72,7 % (n=16) olisi halunnut tietää enemmän muista kivunlievityksen menetelmistä kuin lääkkeistä.

Vastaajilta kysyttiin kuinka hyvin he arvioisivat kivunhoitonsa onnistuneen koko- naisuudessaan. Vastaajista kivunhoidon onnistumisen arvioivat erittäin hyväksi

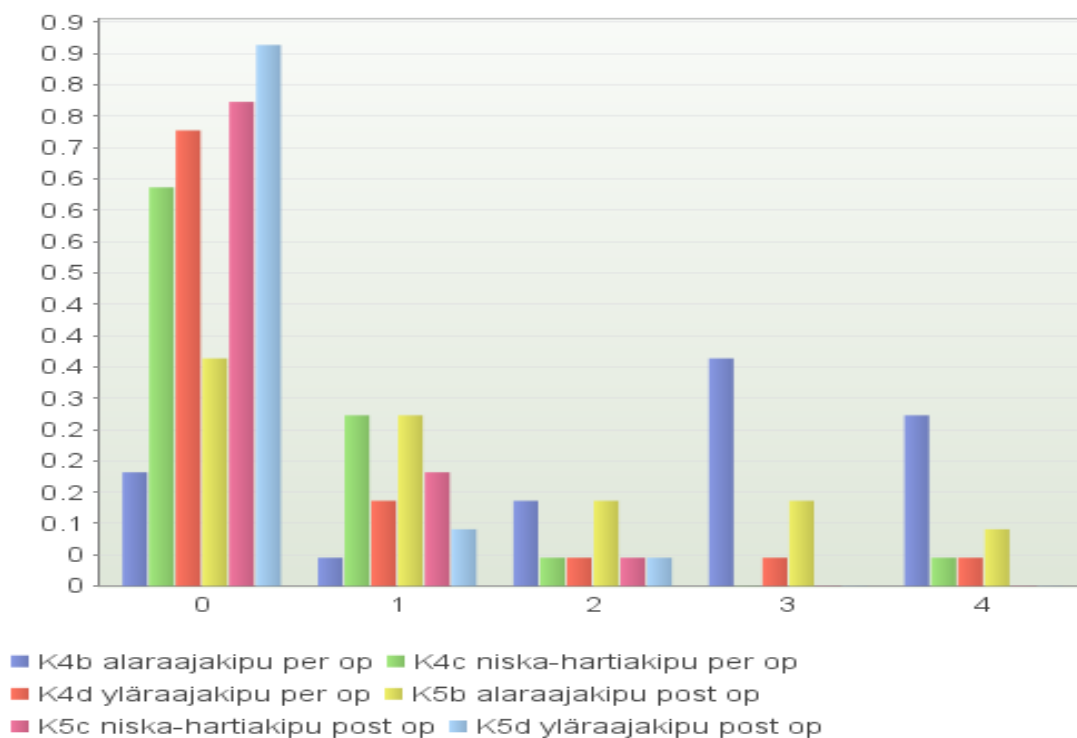
36,4 % (n=8) ja melko hyväksi 54,5 % (n=12). Kivunhoidon onnistumisesta ei osannut sanoa 9,1 % (n=2).

5.3 Leikkauksen vaikutus potilaan kokemaan kipuun

Potilaat olivat kokeneet ennen leikkausta kipua alaselässä, alaraajoissa, niskahartiaseudulla ja yläraajoissa. Leikkauksen jälkeen potilaat olivat kokeneet, että alaselkäkipun voimakkuus on vähentynyt. (Kuvio 4.) Alaraajakipu, niskahartiakipu ja yläraajakipu olivat potilailla postoperatiivisesti vähentyneet huomattavasti. (Kuvio 5.)



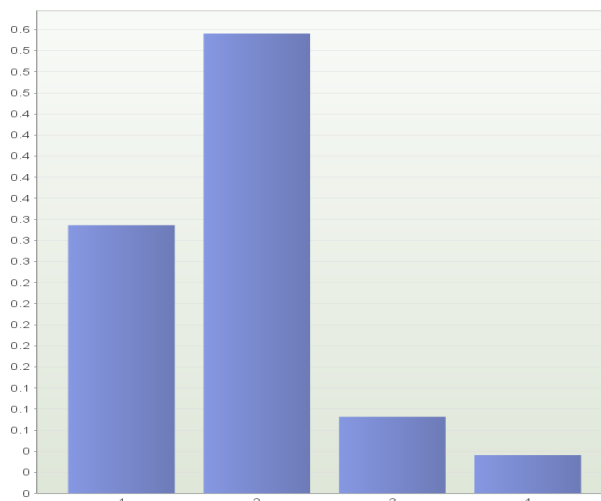
KUVIO 4. Sininen: alaselkäkipu ennen leikkausta, Vihreä alaselkäkipu leikkauksen jälkeen 0=ei lainkaan kipua, 1=lievää kipua, 2=kohtalaista kipua, 3=voimakasta kipua, 4=sietämätön/pahin mahdollinen kipu (Taulukossa pystysuoran muuttujan arvot 0=0 %, 0,1=10 %, 0,2=20 %, 0,3=30 % jne.)



KUVIO 5. Alaraajakipu, niska-hartiakipu ja yläraajakipu ennen leikkausta ja sen jälkeen. 0=ei lainkaan kipua, 1=lievää kipua, 2=kohtalaista kipua, 3=voimakasta kipua, 4=sietämätön/pahin mahdollinen kipu (Taulukossa pystysuoran muuttujan arvot 0=0 %, 0,1=10 %, 0,2=20 %, 0,3=30 % jne.)

Kipua eri ruumiinosissa potilaat olivat kokeneet niin kävellessä, istuessa, seisoessa kuin nukkuessakin. Ennen leikkausta suurin osa potilaista koki kivun olevan joko voimakasta tai sietämätöntä kävellessä 72,7 % (n=16), istuessa 59,1 % (n=13) ja seisoessa 72,7 % (n=16). Leikkauksen jälkeen potilaat arvioivat kivun näitä toimintoja tehdessään olevan hieman lievempää, suurimmalla osalla joko kohtalaista tai voimakasta. Nukkuessa kivun voimakkuus oli kuitenkin pysynyt lähes ennallaan kun vertailee kivun voimakkuutta ennen ja jälkeen leikkauksen.

Potilaista 54,5 % (n=12) oli kokenut kivun olleen pahimmillaan 1–2 päivää leikkauksesta. Osa potilaista koki taas kivun olleen pahimmillaan leikkauspäivänä 31,8 % (n=7), 3–4päivää leikkauksesta kivun koki olevan pahimmillaan 9,1 % (n=2) ja vain 4,5 % (n=1) koki kivun olevan pahimmillaan vasta yli neljän päivän kuluttua leikkauksesta. (Kuvio 6.)

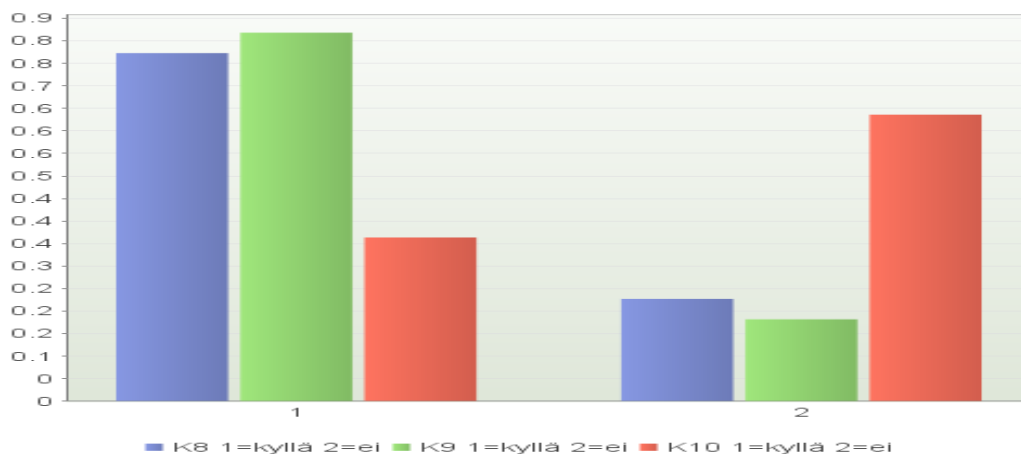


KUVIO 6. Kipu voimakkaimmillaan

1= leikkauispäivänä, 2=1–2 päivää leikkauksesta, 3=3–4päivää leikkauksesta, 4=yli neljä päivää leikkauksesta (Taulukossa pystysuoran muuttujan arvot 0=0 %, 0,1=10 %, 0,2=20 %, 0,3=30 % jne.)

5.4 Tärkeimmät tekijät onnistuneessa kivunhoidossa

Suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että oli saanut riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ennen leikkaukseen menoa 77,3 % (n=17). Osa potilaista kuitenkin olisi toivonut saavansa asiasta tietoa enemmän ennen leikkaukseen menoa 22,7 % (n=5). Suurimmalle osalle potilaista oli henkilökunta myös kertonut leikkauksen jälkeen osastolla mahdollisesti ilmentyvistä kivusta ja kivunlievityksestä 81,8 % (n=18). Kaikki potilaat eivät kuitenkaan olleet saaneet tietoa kivusta ja kivunlievityksestä leikkauksen jälkeen osastolla. Potilaista 36,4 % (n=8) olisi kaivannut hoitajilta lisää tietoa kivusta ja sen hoidosta heti leikkauksen jälkeen. 63,6 % (n=14) potilaista ei kaivannut lisätietoa kivusta ja sen hoidosta leikkauksen jälkeen. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Sininen: 1=annettiin tietoa leikkauksenjälkeisestä kivunhoidosta ennen leikkauksen menoa 2= ei annettu tietoa. Vihreä: 1=henkilökunta kertoi ilmentyvistä kivusta ja kivunlievityksestä, 2= henkilökunta ei kertonut. Punainen: 1=Olisin kaivannut hoitajilta enemmän tietoa kivusta ja sen hoidosta heti leikkauksen jälkeen, 2= en olisi kaivannut enemmän tietoa. (Taulukossa pystysuoran muuttujan arvot 0=0 %, 0,1=10 %, 0,2=20 %, 0,3=30 % jne.)

Avoimessa kysymyksessä potilaat kertoivat omasta mielestään tärkeimmät tekijät kivunhoitonsa onnistumisen kannalta. Eniten vastauksista nousi ilmi osaavan hoitohenkilökunnan merkitys ja luottamus osaavaan hoitohenkilökuntaan, jotta kivunhoito onnistuisi. Potilaat kokivat että henkilökunnan ystävällisyys, ymmärtäväisyys ja liikkumiseen kannustaminen sekä pelkojen hälventyminen olivat tärkeä osa onnistunutta kivunhoitoa.

Hoitohenkilökunta aina aurinkoista ja auttavaista. Toi mielihyvää ja varmaan auttoi toipumisessa.

Henkilökunta erittäin ystävällistä ja ymmärtäväistä.

Asiantuntevat hoitajat ja lääkäri.

Luottamus osaavaan ja pätevään henkilökuntaan.

Vastaajat kokivat myös tärkeäksi kivun lääkkeellisen hoidon ja että lääkettä on saanut kipuun aina tarvittaessa. Vastaajat toivoivat kipuun mahdollisimman nopeaa apua ja monet kokivat tätä myös saaneensa. Myös lääkitys vaihtoehdoista keskusteleminen lääkärin tai hoitajan kanssa oli potilaille tärkeää.

Että on saanut lääkettä aina tarvittaessa.

Anestesia­lääkärin ja leikkauksen lää­kärin kanssa sopivasta kivun lie­vityksestä keskustelu.

Kun kipu tulee toivon mahdollisimman pian apua.

Henkilökunta kyselee ja tarjoaa erilaisia lää­kevaihtoehtoja.

Tärkeäksi kivunhoidon onnistumisen kannalta vastaajat kokivat myös fysioterapeu­tin käynnin antamassa ohjeita jo varhaisessa vaiheessa. Rohkaiseminen omatoimiseen liikkumiseen kivun sallimissa rajoissa oli myös monelle tärkeää.

Fysioterapeutti kävi jo varhaisessa vaiheessa antamassa liikkumi­seen ohjeita.

Liikunnan tarkoituksen ja tekniikan onnistuminen, rohkaiseminen omatoimiseen liikkumiseen.

5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista

Suurimmalla osalla potilaista kipu oli voimakkaimmillaan 1–2 päivää leikkauk­sesta 54,5 % (n=12). Kipu potilailla alaselässä, alaraajoissa, niskahartiaseudul­la ja yläraajoissa oli kokonaisuudessaan vähentynyt leikkauksen myötä. Kävel­lessä, istuessa ja seisoessa vastaajat kokivat kivun myös lieventyneen, mutta nukkuessa kivun voimakkuus oli pysynyt lähes ennallaan.

Tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että suurin osa vastaajista arvioi kivunhoidon onnistumisen kokonaisuudessaan joko erittäin hyväksi tai melko hyväksi 90,9 % (n=20). Potilaista 95,6 % (n=21) koki saaneensa riittävästi lääkkeellistä hoitoa kipuihinsa. Tämä siitäkin huolimatta, että kaikki kyselyyn vastaajista olivat kär-

sineet jonkinlaisesta kivusta viimeksi kuluneen kahden vuorokauden aikana. Kipulääkkeen tarvetta hoitajat kysyivät vastaajien mielestä riittävän usein vain noin puolelta vastaajista (45,5 % n=10). Kipulääkkeen teho varmistettiin vain 18,2 % (n=4) vastaajista aina.

Osalle potilaista oli kerrottu lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Suurin osa potilaista 72,7 % (n=16) olisi kuitenkin halunnut tietää enemmän niistä.

5.6 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä on luotettavuus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineistojen keruun suhteen, sekä tulosten luotettavuutena. Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla tarkka. Sen täytyy rajata tutkittava käsite ja sen tulee olla herkkä sekä täsmällinen. On tärkeää saada tietoa juuri tutkittavasta asiasta, eli tutkimusongelmasta. Mittarin validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä se, mittaako mittari sitä mitä sen tulisi mitata. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–207.)

Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerit eivät olennaisesti eroa toisistaan. Tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerit ovat tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, missä määrin mittari mittaa tutkittavaa ominaisuutta, kuinka luotettava ja pysyvä mittari on sekä mittaustulosten pysyvyyttä ja johdonmukaisuutta. Eli reliabiliteetilla tarkastellaan sitä saadaanko tutkimuksen avulla luotettavaa tietoa todellisuudesta. Reliabiliteetti on edellytys tutkimuksen validiteetille. Validiteetilla määritellään tutkitaanko sitä mitä on tarkoituskin tutkia. (Nieminen 1997, 215–218.)

Mittarin validiteettia voidaan arvioida monella tavalla. Arvioitavia kohteita ovat sisältövaliditeetti, käsitevaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan, että tutkimuksessa käytetty käsite on kyetty operationalisoimaan mittaavaksi. Esitutkimuksella eli kyselylomakkeen testaamisella on tärkeä rooli

mittarin validiteetin arvioinnissa. Sen avulla voi varmistua siitä, että mittari on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–207.) Tämän tutkimuksen mittarin validiteettia on parannettu kyselylomakkeen esitestauksella. Esitestauksen jälkeen lomakkeeseen tehtiin pieniä muutoksia, joiden jälkeen lomakkeen todettiin olevan looginen ja ymmärrettävä.

Tutkimuksen reliabiliteettia pyrittiin parantamaan kyselylomakkeiden numeroinnilla, jolloin tietojen tarkistaminen oikeiksi tietokoneelle syöttämisen jälkeen, voitiin varmistaa. Reliabiliteettia parannettiin myös mittarin esitestauksella ja osastotunnilla hoitajille annetuilla tarkoilla ohjeilla, siitä kuinka kyselylomake tulisi jakaa ja kenelle. Reliabiliteettia pystytään parantamaan kouluttamalla aineiston kerääjät niin hyvin, että he pystyvät toimimaan aineistonkeruutilanteissa mahdollisimman samantyyppisesti. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210.)

5.7 Tutkimuksen eettisyys

Hoitotieteen tutkimuksen eettisten kysymysten pohtiminen on tärkeää. Tutkimuseetikasta puhuttaessa voidaan sanoa, että eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien- ja menetelmien oikea valinta. Etenkin niissä tieteissä joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, tutkimuseettiset kysymykset ovat tärkeitä. Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään: tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin ja tutkijan vastuuta tulosten soveltamista koskeviin normeihin. Tutkimukseen osallistuvan potilaan on tärkeää tietää mitä hänelle tehdään tai tapahtuu jos hän osallistuu tutkimukseen. Tutkittavalle on myös taattava anonymiteetti ja hänen on tärkeää saada tietää, että tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta millään tavalla hänen hoitoonsa. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–33.)

Tämän opinnäytetyön eettisyyden toteuttamiseksi anottiin kirjallinen lupa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin johtavalta ylihoitajalta. Tässä tutkimuksessa oli tärkeää tutkittavan anonymiteetin säilyttäminen ja potilaan varma tunne siitä, ettei tutkimukseen osallistuminen vaikuta millään tavalla potilaan hoitoon tai kohteluun sairaalassa. Tämä myös kerrottiin potilaalle kyselylomakkeen mukana jaetussa saatekirjeessä. Saatekirjeen yhteydessä olivat myös tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot, siltä varalta, että kyselyyn vastanneilla olisi ollut jotain kysyttävää tutkimusta koskien. Kyselylomakkeen kysymykset oli laadittu sillä tavalla, ettei niistä voida yksittäisiä vastaajia tunnistaa. Vastausten käsittely taulukkoina myös suojaa potilasta, yksittäisen vastaajan vastauksia ei tule tällöin ilmi. Täytetyt kyselylomakkeet olivat vain opinnäytetyön tekijöiden käytettävissä, ja ne hävitettiin asiallisesti tulosten analysoinnin jälkeen.

6 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää selkäleikkauspotilaan postoperatiivisen kivunhoidon onnistuminen potilaan näkökulmasta. Hyvä leikkauksen jälkeinen kivunhoito on yksi tärkeimmistä tavoitteista potilaan postoperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli saada tietää, onko kivunhoito onnistunut potilaan näkökulmasta vai tulisiko sitä kehittää. Tutkimusongelmiin saimme vastaukset osastolla tehdyn kyselyn avulla.

6.1 Johtopäätökset

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa selvitimme, kuinka selkäleikkauksessa ollut potilas on kokenut postoperatiivisen kivunhoidon onnistumisen. Suurimmalle osalle vastaajista 81,8 % (n=18) oli kerrottu osastolla leikkauksen jälkeisestä mahdollisesti ilmentyvistä kivusta ja sen hoidosta. Kuitenkin 36,4 % (n=8) koki tarvitsevansa enemmän tietoa kivusta ja sen hoidosta heti leikkauksen jälkeen. Jäimme miettimään näiden potilaiden suurta määrää, jotka kokivat saaneensa liian vähän tietoa asiasta. Voisiko olla, että heille on annettu tietoa, mutta se on

ollut liian vaikeasti ymmärrettävää tai puutteellista.

Kyselyyn vastaajilla kipu oli ollut jatkuvaa 36,4 % (n=8) ja ajoittaista kipua oli kokenut 59,1 % (n=13) viimeksi kuluneen kahden vuorokauden aikana. Potilaat saivat monia eri kipulääkkeitä kipuihinsa sairaalassaoloaikana. Yleisimmin käytetyt olivat paracetamol (54,5 % n=12) ja ibuprofeini (45,5 % n=10). Potilaat olivat saaneet myös muita voimakkaampiakin kipulääkkeitä. Silmään pisti suuri potilasmäärä joka ei tiennyt mitä kipulääkkeitä heille oli annettu 31,8 % (n=7). Potilaista 95,6 % (n=21) oli saanut mielestään riittävästi lääkkeellistä hoitoa kipuihinsa. Mietityttämään kuitenkin jäi niiden potilaiden suuri määrä jotka olivat kokeneet jatkuvaa kipua. Onko kivunhoito heille jotka, ovat kokeneet jatkuvaa kipua ollut silti riittävä? Vastaajista 100 % (n=22) oli saanut kipulääkettä aina sitä pyytäessään. Kipulääkkeen tarvetta hoitajat kysyivät 45,5 % (n=10) mielestä riittävän usein. Kun taas tehon varmistaminen jäi usein tekemättä.

Lääkkeettömistä kivun lievitysmenetelmistä oli potilaille kerrottu vastausten perusteella suhteellisen vähän. Jopa 72,7 % (n=16) vastaajista olisi halunnut tietää enemmän muista kivunlievitysmenetelmistä kuin lääkkeistä. Näillä kivunlievitysmenetelmillä tarkoitetaan muun muassa asentohoitoja, kylmä- ja lämpöhoitoja. Kokonaisuudessaan kivunhoidon onnistumisen suurin osa vastaajista arvioi erittäin hyväksi 36,4 % (n=8) ja melko hyväksi 54,5 % (n=12).

Toinen tutkimusongelma selvitti, kuinka leikkaus on vaikuttanut potilaan kokemaan kipuun, vertailukohtana ennen leikkausta ollut kipu. Leikkaus on huomattavasti vähentänyt potilaiden kokemaa alaraajakipua, niska-hartiakipua ja yläraajakipua. Myös alaselkävivun voimakkuus on leikkauksen myötä jonkin verran lieventynyt. Leikkauksella on myös selkeästi ollut myönteinen vaikutus potilaiden kokemaan kipuun eri toimintoja tehdessään. Näillä toiminnoilla tarkoitetaan kävelyä, istumista ja seisomista. Nukkuessa potilaat kuitenkin kokivat kivun voimakkuuden pysyneen lähes ennallaan. Kirurgisia potilaita hoitaneina ennakkoon arvelimme kivun olevan voimakkaimmillaan 1–2 päivää leikkauksesta. Tähän tutkimukseen vastanneista kokivatkin 54,5 % (n=12) kivun voimakkaimmillaan 1–2 päivää leikkauksesta.

Kolmas ja viimeinen tutkimusongelma selvitti tärkeimpiä tekijöitä onnistuneessa postoperatiivisessa kivunhoidossa potilaan näkökulmasta. Tärkeimmiksi tekijöiksi postoperatiivisessa kivunhoidossa vastaajat nimesivät henkilökunnan ammattitaidon. He kokivat tärkeäksi, että henkilökunta oli asiantuntevaa, ystävällistä ja ymmärtäväistä. Vastaajille tärkeäksi asiaksi nousi myös hyvä lääkehoito ja mahdollisuus saada lääkettä aina tarvittaessa sekä lääkitysvaihtoehtoista keskusteleminen lääkärin tai hoitajan kanssa. Myös henkilökunnan rohkeava työote oli vastaajille tärkeää.

6.2 Jatkotutkimukset

Kivunhoito on aiheena aina ajankohtainen. Kivunhoito kehittyy koko ajan. Kivunhoidosta yleisesti on tehty monia tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Useimmat tutkimukset ovat kuitenkin tehty hoitajien näkökulmasta. Koimme tärkeänä, että Potilaiden ääni saatiin kuuluviin opinnäytetyön kautta ja tämän avulla voimme osaltamme osallistua kivunhoidon kehittämiseen. Ortopedisien potilaan kivunhoidosta on tehty muutama tutkimus (Marjamäki & Mäkilä 2006). Myös kirurgisten potilaiden kokemuksista kivunhoidosta leikkauksen jälkeen on tehty opinnäytetyö (Santalahti 2007 & Somppi; Valkki & Västi 2010). Selkäleikkauspotilaan postoperatiivisesta kivunhoidosta ei kuitenkaan löytynyt yhtään tutkimusta.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää postoperatiivisen kivun arvioinnissa ja hoidossa ortopedisillä selkäleikkauspotilailla. Tästä tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan voisi kiinnittää huomiota informointiin ennen leikkausta leikkauksen jälkeisestä kivusta ja kivunhoidosta. Potilaille olisi jatkossa myös hyvä kertoa enemmän lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä, koska vastaajat kokivat sen tärkeäksi. Myös kivun lääkehoidon tehon tarkastaminen potilailta kysymällä voisi olla yleisempää, näin pystyisi parantamaan kivunhoitoa ja kivun ennakointia. Yleisesti hoitotyössä voidaan myös tarkastella niitä kivunhoidon menetelmiä, jotka potilaat kokevat tärkeimmiksi.

Jatkotutkimuksen aiheita voisivat olla esimerkiksi hoitajan näkökulmasta selkäleikkauspotilaan postoperatiivisen kivunhoidon onnistuminen. Myös lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä ja niiden käytöstä sekä hoitajien tiedoista niitä menetelmiä koskien saisi hyvän jatkotutkimusaiheen. Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä potilaat olisivat kuitenkin halunneet lisää tietoa tämän tutkimuksen mukaan.

6.3 Oman prosessin pohdintaa

Opintojen edetessä hyvän kivunhoidon merkitys on noussut esiin monissa harjoitteluympäristöissämme. Muun muassa kipuhoitajan työskentelyä seuratesamme olemme ymmärtäneet, kuinka tärkeää on osata hoitaa potilaan kipuja potilaan näkökulmasta. Halusimme itse syventyä kirurgisen potilaan kokemaa kipuun ja kivunhoidon onnistumiseen opinnäytetyömme kautta, jotta voimme syventää omaa ammattitaitoamme kivunhoidosta hoitajina. Tästä johtuen opinnäytetyömme aihe löytyi helposti. Aiheen löydyttyä opinnäytetyöprosessi lähti etenemään sujuvasti. Prosessi oli monivaiheinen ja opettavainen muun muassa tutkimussuunnitelmineen ja tutkimuslupahakemuksineen. Opinnäytetyön lopputulokseen olemme tyytyväisiä ja saimme vastaukset tutkimusongelmiin.

Potilaan hyvä kivunhoito on haastavaa ja vaatii sairaanhoitajalta paljon ammattitaitoa. Postoperatiivinen kivunhoito on tarkkailua ja ennakointia. Parhaimmillaan hyvällä kivunhoidolla voidaan vähentää potilaan tuntemaa fyysistä kärsimystä paljon ja auttaa näin ollen potilasta kuntoutumaan nopeammin leikkauksesta.

LÄHTEET

- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. WSOY: Helsinki.
- Haanpää, Maija 2005. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja Kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kalso, Eija & Vainio, Anneli 2002. Kivun hoitomuodot. Teoksessa Anneli Vainio & Eija Kalso(toim.) 2002. Kipu. Helsinki: Duodecim, 127–208.
- Kalso, Eija; Vainio, Anneli & Estlander, Ann-Mari 2002. Akuutti ja krooninen kipu. Anneli Vainio & Eija Kalso(toim.) 2002. Kipu. Helsinki: Duodecim, 85–107.
- Kankare, Jyrki 2006. Kipeä selkä. Teoksessa Peter J. Roberts; Esko Alhava; Krister Höckerstedt ja Eero Kivilaakso 2006. Kirurgia. Helsinki: Duodecim.
- Kannisto, Jari; Töyrylä-Aapio, Kirsi; Parantainen, Anu; Porras, Kirsi; Sarkkinen, Kristina 2006. Selkä, seksuaalisuus ja seksi. Suomen selkäliitto ry.
- Kentala, Erkki 2002. Tehohoitopotilaan kivunlievitys. Teoksessa Olli Takkunen, Tero Ala-Kokko, Juha Perttilä ja Esko Ruukonen 2002. Tehohoito-opas. Helsinki: Duodecim, 259–262.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 15, 18. 28.6.1994 Viitattu 20.8.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Leino-Kilpi, Helena 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 222–231.
- Linko, Rita 2004. Anestesiologia. Teoksessa Ari Alaspää, Markku Kuisma, Leena Rekola & Kirsi Sillanpää 2004. Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi, 143–160.

- Maisniemi, Kreu 2010. Asiantuntija haastattelu 14.1.2010 Töölön sairaala.
Anestesiologian- ja tehohoidon erikoislääkäri, osastonlääkäri, Akuutin kivunhoidon vastuulääkäri Kreu Maisniemi, Töölön sairaala.
- Malmivaara, Antti & Pohjolainen, Timo 2008. Selkäkipuisen käsikirja. Helsinki: Suomen selkäliitto.
- Marjamäki, Hanna & Mäkilä, Heini 2006. Ortopedisen potilaan kokema postoperatiivinen kivunhoito. Opinnäytetyö, kevät 2006. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pori.
- Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 215–221.
- Nienstedt, Walter; Hänninen, Osmo; Arstila, Antti & Björkqvist, Syr-Eyrik 2006. Ihmisen analogia ja fysiologia. Helsinki: WSOY.
- Niinimäki, Jaakko 2005. Selkä kivun toimenpideradiologia. Teoksessa Ojala, Risto; Kurunlahti, Mauno; Sequeiros, Roberto Blanco & Tervonen, Osmo 2005. Duodecim (; 121), 377–83.
- Nurminen, Marja-Leena 2001. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Salomäki, Timo; Laitinen, Jorma & Rosenberg, Per 2001. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Per Rosenberg, Seppo Alahuhta, Jussi Kantto ja Jukka Takala (toim.) 2001. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim.
- Santalahti, Anna 2007. Kirurgisten potilaiden kokemukset kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyö, Satakunnan ammattikorkeakoulu: Rauma.
- Somppi, Antti; Valkki, Heidi & Västi, Mikko 2010. Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisilla osastoilla. Opinnäytetyö, Vaasan ammattikorkeakoulu: Vaasa.
- Vainio, Anneli 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Duodecim.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri & Paunonen, Marita 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki:

WSOY, 206–214.

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

Webropol 2010. Webropol Scientific. Viitattu 20.8.2010.

<http://w3.webropol.com/finland/tuotteet/analysointi/webropol-scientific>

Åstedt-Kurki, Päivi & Nieminen, Heli 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 152–163.

Österman, Heikki 2005. Selkäkirurgian vaikuttavuus. Teoksessa Lund, Teija; Österman, Kalevi & Kankare, Jyrki 2005. Duodecim (; 121), 903–10.

LIITTEET

LIITE 2: Saatekirje

Hyvä tutkimukseen osallistuja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta, Helsingin toimipaikasta. Teemme opinnäytetyönä tutkimusta yhteistyössä HUS, ATEK, Tukielinkirurgian klinikka, Töölön sairaala kanssa aiheesta; ”Selkäleikkauspotilaan postoperatiivisen kivunhoidon onnistuminen potilaan näkökulmasta.” Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää selkäleikkauksessa olleen potilaan kokemuksia leikkauksenjälkeisestä kivunhoidosta.

Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeella, jonka saatte osastolta leikkauksenne jälkeen. Tutkimukseen vastataan nimettömänä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä kieltäytyminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon. Opinnäytetyömme onnistumisen ja tärkeän tutkimustiedon saamisen kannalta vastauksenne on tärkeä.

Toivomme, että jaksatte vastata kysymyksiin huolellisesti. Olkaa ystävällinen ja tarkistakaa lopuksi, että olette vastanneet kaikkiin kysymyksiin.

Pyydämme teitä laittamaan täyttämäne kyselylomakkeen saamaanne kirjekuoreen ja sulkemaan sen. Jättäkää kirjekuori ennen kotiin lähtöänne hoitajille, joilta se toimitetaan opinnäytetyöntekijöille.

Antamianne tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimustulokset käsitellään kaikista vastauksista muodostettuina taulukkoina, eikä niistä ilmene yksittäisen vastaajan tietoja. Saatuja tietoja käytetään vain tähän tutkimukseen ja tiedot hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tarvitessanne lisätietoja, voitte ottaa yhteyttä tutkijoihin puhelimitse 050-3627728/ Riina Lamminparras tai 050-3458470/ Elina Valokari.

Kiitos tutkimukseen osallistumisesta!

Helsingissä 9.2.2010

Riina Lamminparras

riina.lamminparras@student.diak.fi

Elina Valokari

elina.valokari@student.diak.fi

LIITE 2: Kyselylomake

Selkäleikkauspotilaan postoperatiivisen kivunhoidon onnistuminen, potilaan näkökulmasta.

Arvoisa selkäleikkauspotilas, tutkimuksemme onnistumiselle on tärkeää, että pyrkisitte vastaamaan kaikkiin kysymyksiin mahdollisimman huolellisesti. Vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä oikeaksi katsomanne vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle. Palautathan tämän kyselykaavakkeen hoitajille ennen osastojakson päättymistä.

1. Sukupuolenne?
- 1 mies
 - 2 nainen
2. Ikänne?
- 1 alle 25 vuotta
 - 2 25-35 vuotta
 - 3 36-45 vuotta
 - 4 46-55 vuotta
 - 5 56-65 vuotta
 - 6 yli 65 vuotta
3. Kuinka kauan Teidän kipunne (selän takia) ovat jatkuneet, ennen leikkausta?
- 1 alle 1kk
 - 2 1kk-1vuosi
 - 3 1–5vuotta
 - 4 5–10vuotta
 - 5 yli 10vuotta

4. Arvioikaa kipunne voimakkuutta ennen leikkausta pahimmillaan. (0= ei lainkaankipua, 1=lievää kipua, 2=kohtalaista kipua, 3=voimakasta kipua, 4= sietämätön/pahin mahdollinen kipu)

a) alaselkäkipu	0	1	2	3	4
b) alaraajakipu	0	1	2	3	4
c) niska-hartiakipu	0	1	2	3	4
d) yläraajakipu	0	1	2	3	4

5. Arvioikaa kipunne voimakkuutta tällä hetkellä pahimmillaan. (0= ei lainkaan, 4= sietämätön/pahin mahdollinen kipu)

a) alaselkäkipu	0	1	2	3	4
b) alaraajakipu	0	1	2	3	4
c) niska-hartiakipu	0	1	2	3	4
d) yläraajakipu	0	1	2	3	4

6. Kuinka voimakkaana koitte kivun ennen leikkausta? (0=ei yhtään kipua, 4=sietämätön/pahin mahdollinen kipu)

a) kävellessä	0	1	2	3	4
b) istuessa	0	1	2	3	4
c) seisoessa	0	1	2	3	4
d) nukkuessa	0	1	2	3	4

7. Kuinka voimakkaana koette kivun nyt leikkauksen jälkeen? (0=ei yhtään kipua, 4=sietämätön/pahin mahdollinen kipu)

a) kävellessä	0	1	2	3	4
b) istuessa	0	1	2	3	4
c) seisoessa	0	1	2	3	4
d) nukkuessa	0	1	2	3	4

8. Annettiinko Teille tietoa leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta ennen leikkaukseen menoa?

1 kyllä

2 ei

9. Leikkauksen jälkeen, tullessanne osastolle, kertoiko henkilökunta Teille mahdollisesti ilmentyvistä kivusta ja kivunlievityksestä?

1 kyllä

2 ei

10. Olisitteko kaivanneet hoitajilta enemmän tietoa kivusta ja sen hoidosta heti leikkauksen jälkeen?

1 kyllä

2 ei

11. Tällä hetkellä leikkauksesta on kulunut:

1 alle 12 tuntia

2 12-24 tuntia

3 1-2 päivää

4 3-4 päivää

5 yli 4 päivää

12. Milloin kipu on ollut leikkauksen jälkeen pahimmillaan?

1 leikkauspäivänä

2 1–2 päivää leikkauksesta

3 3–4 päivää leikkauksesta

4 yli 4 päivää leikkauksesta

13. Jos kärsitte kivusta viimeksi kuluneen kahden vuorokauden sisällä, oliko kipu:

1 jatkuvaa

2 ajoittaista

3 muuta, mitä? _____

14. Minkälaista kipunne on? Ympyröikää kaikki sopivat kohdat.

- 1 pistävää kipua
- 2 viiltävää kipua
- 3 polttavaa kipua
- 4 jomottavaa kipua
- 5 tykyttävää kipua
- 6 kouristavaa kipua
- 7 puristavaa kipua
- 8 puutumista
- 9 muuta, mitä? _____

15. Mitä lääkkeitä olette saaneet kipuunne sairaalassaoloaikanaanne?

- 1 Burana/ Ibumetin/ Ibumax
 - 2 Panadol/Para-ceon/Para-tabs
 - 3 Panacod (paracetamol + kodeiini)
 - 4 Tramal (tramadoli)
 - 5 Oxynorm/ Oxycontin (oksikodoni)
 - 6 en tiedä
 - 7 muuta, mitä? _____
- _____
- _____
- _____
- _____

16. Kysyivätkö hoitajat mielestänne kipulääkkeen tarvetta:

- 1 riittävän usein
- 2 kohtalaisesti
- 3 harvoin
- 4 sain kipulääkettä ainoastaan pyytäessä

17. Kun olitte saanut kipulääkettä, varmistivatko hoitajat kipulääkityksenne tehon?

- 1 aina
- 2 melko usein
- 3 harvoin
- 4 ei koskaan

18. Saitteko mielestänne riittävästi tietoa muista kivunlievityksen menetelmistä, kuin lääkkeistä?

- 1 kyllä
- 2 ei

19. Mistä eri kivunlievitys menetelmistä hoitajat teille kertoivat?

- 1 asentohoidosta
- 2 kylmähoidosta
- 3 eri lääkitysvaihtoehdoista
- 4 muusta, mistä? _____

20. Saitteko kipulääkettä aina pyytäessänne?

- 1 kyllä
- 2 ei

21. Koetteko saaneenne riittävästi lääkkeellistä hoitoa kipuunne?

- 1 kyllä
- 2 ei

22. Kuinka paljon koette, että kipuunne on helpottanut: (0= ei yhtään, 4= paljon)

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| a)leikkaus | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b)lääkehoito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c)muut kivunhoidon menetelmät | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

23. Kuinka hyvin koette kokonaisuudessaan kivunhoitonne onnistuneen leikkauksen jälkeen?

- 1 erittäin hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti
- 6 erittäin huonosti

24. Mitkä ovat mielestänne olleet tärkeimmät tekijät kivunhoitonne onnistumisen kannalta? Kertokaa omin sanoin.

Kiitos ajastanne!