

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja Terveysala
Hoitotyönkoulutusohjelma

Tanja Pitkänen

KIRURGISTEN POTILAIEN KOKEMA LÄÄK- KEETÖN KIVUNHOITO

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

Tanja Pitkänen

Kirurgisten potilaiden kokema lääkkeetön kivunhoito, 44 s., 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2011

Ohjaaja: lehtori Pirjo Huovila

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä potilaiden kivunhoidossa oli käytetty ja kuinka tehokkaiksi he kokivat lääkkeettömän kivunhoidon sekä kuinka tyytyväisiä he olivat saamaansa lääkkeettömään kivunhoitoon. Lisäksi selvitettiin, millaista kivunarviointi oli ollut.

Tutkimuksessa käytettiin määrällistä ja laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin strukturoidulla kysymyslomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Etelä-Karjalan keskussairaalan kirurgisen vuodeosaston (A7) potilaat. Tutkimusaineisto kerättiin helmi-maaliskuun 2011 aikana. Kyselylomakkeita jaettiin 30. Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 93. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows tilastoanalyysiohjelmalla.

Tutkimustulosten mukaan lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä tarjottiin eniten kylmäpakkaushoitoa. Eniten käytettiin asentohoitoa. Lääkkeettömään kivunhoitoon oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Lähes kukaan vastanneista ei kokenut lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä haitallisia sivuvaikutuksia. Tuloksista ilmeni, että hoitajat olivat suhtautuneet potilaiden kipuihin asiallisesti ja ammattitaitoisena. Kipulääkettä annettiin tarpeeksi usein. Tulosten perusteella kivun arviointi oli ollut riittävää. Kivun mittaamista säännöllisin väliajoin olisi aiheellista lisätä. Yli puolet vastanneista potilaista kertoi saaneensa itse määrittää kipunsa voimakkuuden.

Jatkotutkimusaiheeksi voisi ehdottaa hoitajille suunnattua kyselyä, jossa kartoitettaisiin heidän lääkkeettömän kivunhoidon osaamistaan ja kivunhoidon käyttämistä/toteuttamista osastoilla. Toisena voitaisiin tutkia kirurgisten osastojen välisiä vaihtoehtoisia kivunlievitysmenetelmien käyttöä. Kolmantena jatkotutkimusaiheena voitaisiin selvittää, miten lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttö potilaille eroaa sairaan- ja lähihoitajien välillä.

Asiasanat: kipu, postoperatiivinen kipu, lääkkeetön kivunhoito

ABSTRACT

Tanja Pitkänen

Non-Medicinal Pain Relief as Experienced by Surgical Patients, 43 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2011

Supervisor: Pirjo Huovila, Lecturer

The purpose of this study was to find out what kind of non-medicinal methods of pain relief had been used with patients, and how effective patients consider these methods as well as how satisfied they were with them. Another aim of the study was to look at what the assessment of pain had been like and to give nursing staff new information on the way ward patients viewed the non-medicinal pain relief they had been given and how satisfied they were with it.

Both a qualitative and quantitative method were used in the study. The material was collected by a structured questionnaire containing also open questions. The target group for the study comprised the patients treated on the surgical ward (A7) of the Central Hospital of Southern Karelia. The material was gathered in February-March, 2011. 30 questionnaires were distributed, and the response rate was 93 %. The material was analyzed by means of SPSS for Windows (a statistical analysis programme).

The findings of the study revealed that that cold pack treatment was the method of non-medicinal pain relief that was offered most often, whereas position treatment was used more often than any other method. As a rule, patients were satisfied with non-medicinal pain relief, and almost none of the respondents felt any negative side effects related to non-medicinal pain relief. The findings showed that nurses had taken a matter-of-fact, appropriate and qualified attitude to pain suffered by the patients. Pain relief was provided often enough. The findings indicated that the assessment of pain was adequate. The regular measurement of pain should be increased. More than half of the patients who responded to the enquiry were allowed to define the degree of their pain independently.

As a topic for further research I suggest an enquiry addressed to nurses which would map out their competence of non-medicinal pain relief and its use/implementation on wards. Another subject for research could be the use of alternative methods of non-medicinal pain relief between surgical wards. Finally, a third area of research might be to find out how nurses and practical nurses differ in their use of non-medicinal methods of pain relief.

Keywords: pain, postoperative pain, non-medicinal pain relief

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 KIPU JA SEN KOKEMINEN	6
3 POSTOPERATIIVINEN KIPU JA SEN ESIINTYMINEN.....	7
3.1 Kivun arviointi	8
4 POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄKKEETÖN HOITO	10
4.1 Asentohoito.....	10
4.2 Kylmä- ja lämpöhoito.....	11
4.3 Pep-pullo ja hengitysharjoitukset	11
4.4 Hieronta	12
4.5 Rentoutuminen ja mielikuvaharjoitukset.....	12
4.6 Keskustelu ja kuuntelu	13
4.7 Musiikki	13
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	13
6 TYÖN TOTEUTUS	14
6.1 Tutkimusmenetelmän valinta	14
6.2 Tutkimusaineiston keruu	15
6.3 Tutkimusaineiston analysointi	15
7 TUTKIMUSTULOKSET	16
7.1 Vastaajien taustatiedot.....	16
7.2 Potilaiden kokemukset lääkkeettömästä kivunhoidosta	16
7.3 Potilaiden kokema tyytyväisyys lääkkeettömästä kivunhoidosta.....	18
7.4 Potilaiden kokemukset kivun arvioinnista.....	19
7.5 Tutkimustulosten tarkastelu	23
8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	28
10 LÄHTEET	30

Liitteet

- Liite 1
- Liite 2
- Liite 3
- Liite 4

1 JOHDANTO

Hyvä kivunhoito on tärkeässä asemassa kirurgisten potilaiden hoidossa. Kipu aiheuttaa ihmisessä epämiellyttäviä tunteita. Puutteellisesti hoidettu kipu saattaa hidastaa leikkauksesta toipumista ja vaikuttaa myös yleiseen toimintakykyyn. Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ovat yksinään harvoin riittäviä postoperatiivisen kivun hoidossa. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtinen, & Suominen 2001, 29; Mattila 1997, 244.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Etelä-Karjalan keskussairaalan kirurgisen osaston A7 potilaiden näkökulmasta, millaista lääkkeetöntä kivunhoitoa potilaat saavat, kuinka tehokkaiksi he kokevat lääkkeettömän kivunhoidon ja kuinka tyytyväisiä he ovat saamaansa lääkkeettömään kivunhoitoon. Lisäksi tarkoituksena on selvittää millaista kivunarviointi on ollut.

Jonkin verran on tutkittu kirurgisten potilaiden kipua, jossa keskitytään pääpiirteittäin lääkkeelliseen kivunhoitoon. Kirurgisten potilaiden kokemuksia lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä tehtyjä tutkimuksia en löytänyt. Tutkimuksia lääkkeettömistä kivunlievityksistä löytyi esim. synnytyksen avautumisvaiheen aikana (Hotti & Huttunen 2009) ja potilasopas lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä (Kulmala 2010).

Tutkimuksen tarpeellisuus on perusteltua, sillä hoitotyön yhtenä keskeisenä tehtävänä on kivun tehokas hoito ja kärsimysten lieventäminen (Iivanainen, Jauhiainen & Korhonen 1995, 490). Myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92) määritellään oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun.

Korhonen (1992, 81) toteaa tutkimuksessaan, etteivät ei-farmakologiset hoitomenetelmät riitä yksinään postoperatiivisessa kivunhoidossa, vaan liitettynä lääkehoidon yhteyteen ne täydentävät toisiaan ja takaavat hyvän lopputuloksen.

Lääkehoidon lisäksi monet potilaat haluavat kokeilla muitakin hoitomenetelmiä. Potilailla on usein omia kivunlievitysmenetelmiä, joiden käyttämiseen kannattaa heitä kannustaa. (Sailo&Vartti 2000, 124 – 126.)

2 KIPU JA SEN KOKEMINEN

Kipu kuuluu yhteen tavallisimmista yleismaailmallisista oireista ja sitä ilmenee normaaliin fysiologisten tapahtumien yhteydessä, kuten raskaus ja kuukautiset, sekä tapaturmiin että sairauteen liittyen. Kipuun reagoidaan ja kivuntunteen määrittely koetaan eri tavalla kulttuurien ja sosiaalisten ryhmien välillä. Ihmisten suhtautuminen ja hahmottaminen kipuun liittyy usein siihen tapaan, jonka ihminen on omaksunut ympäröivästä yhteisöstään. Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka ihminen määrittelee kivuksi. Kipu on aina sen kokijalleen todellinen. (Sailo & Vartti 2000, 24, 30). Kulttuurillisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi kivun kokemiseen vaikuttaa psykologiset tekijät, kuten esimerkiksi mielialatekijät ja stressi. (HUS 2010a)

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys IASP määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonsvaurio. (Sailo&Vartti 2000, 30).

Elimistö saa kipua aistimalla varoituksen uhkaavasta kudonsvauriosta. Tällä toiminnalla pyritään estämään kudonsvaurion synty ja näin estetään vaurion leviäminen. Kivun tarkoitus on suojella elimistöä lisävaurioilta. (Kalso 2004, 85.)

Kivun kokeminen on subjektiivinen asia. Kivun kokijalle se saattaa olla monella tapaa epämiellyttävä kokemus. Kivun laatua, voimakkuutta ja paikkaa ei voi mitata objektiivisesti, eikä kipua voi myöskään kyseenalaistaa. Kipu ja kärsimys voidaan tunnistaa käyttäytymisen perusteella, jolloin potilas elein tai kertoen ilmaisee kipua. Hän voi valittaa, voivottaa, ontua tai hieroa kipeää paikkaa. Kipu on siis sitä, mitä potilas ilmaisee tai sanoo sen olevan. (Estlander 2003, 9, 12.)

Kipua on vaikea välittää toiselle ihmiselle. Ellei toinen henkilö ole kokenut samanlaisia kipua, ei hän voi tietää miltä kipu tuntuu kipua kokevasta. (Vainio 2004, 39). Kivun kokemiseen vaikuttavat monet potilaan ominaisuudet. Kivun kokeminen vaihtelee esimerkiksi perimästä, iästä, sukupuolesta ja persoonallisuudesta riippuen. Naiset ilmaisevat kipua miehiä herkemmin. Potilaan ollessa alakuloinen saattaa hänen kokemuksensa kivusta lisääntyä. (Hovi 2000, 125; Salanterä, Hagerberg, Kauppila & Närhi 2006, 9-10.)

Kivun kokemiseen vaikuttavat myös aikaisemmat muistikuvat ja kokemukset kivusta. Myös ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys vaikuttavat siihen, miten potilas kokee kivun (Kalso&Vainio. 2002, 225.)

3 POSTOPERATIIVINEN KIPU JA SEN ESIINTYMINEN

Yleisin syy, miksi potilaat ovat sairaalassa leikkauksen jälkeen, on leikkauksesta aiheutunut kipu. Kipu aiheutuu, kun potilaalle on leikkauksessa aiheutettu kudostuhoa. Leikkauksen jälkeistä kipua aiheuttavat myös haava-alueen turvotus ja mahdollinen tulehdus. (Salanterä&Heikkinen 2002, 32.) Usein kipu on voimakkaimmillaan heti leikkauksen jälkeen, koska anestesia-aineiden teho on lakannut kivun lievittämisessä. Normaalisti kipu vähenee muutamien päivien aikana, mutta saattaa myös pitkityä. (Salomäki & Rosenberg 2006, 838-839.) Leikkauksen jälkeistä kipua voivat lisätä myös potilaan kokema pelko ja ahdistus (Salanterä ym. 2006, 21).

Leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen kipu on usein lyhytkestoista. Se vaihtelee leikkauksen laajuuden, leikkaustekniikan, haavan sijainnin ja potilaan kipuherkyyden mukaan. Kipu on kovinta kolmena ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Esimerkiksi leikkaushaavasta syntyvä pinta- tai syväkipu, kipsien ja dreerien hankaluus aiheuttaa postoperatiivista kipua. Myös esimerkiksi asennon aiheuttama epämu-kavuus, ravinnotta olosta johtuva päänsärky, hoitotoimintojen aiheuttama lisäkipu, kuten kääntämisen tai nostamisen aiheuttama kipu, paleleminen ja rauhaton ympäristö lisäävät kipua. Tekijöitä, jotka ovat kipupotilaille yleisiä ja jotka vaikuttavat pos-

tooperatiivisen kivun esiintymiseen, voimakkuuteen, laatuun ja keston. Nämä tekijät ovat muun muassa valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde, luonne ja kesto ja anestesiatekniikka. Leikkausviillon paikka on yleisin tekijä postoperatiivisen kivun voimakkuudessa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, Valtonen 2004, 71.)

Leikkauksesta johtuva kipu ei tuota ainoastaan henkistä kärsimystä, vaan aiheuttaa myös fysiologisia haittoja. Näitä ovat muun muassa takykardia, ääreisverenkierron vastuksen nousu ja tästä johtuva hapen kulutuksen kasvaminen. Verenkierron huonontuessa se saattaa hidastaa haavan paranemista (Lehtomäki 2002, 17.)

3.1 Kivun arviointi

Kipua kokevan potilaan hoitotyö alkaa aina kivun arvioinnista. Potilaalle laaditaan hoitotyön suunnitelma, kun kipua on arvioitu tulosten perusteella. Oleellista kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa on, että kivun syy löydetään. Kivun voimakkuutta tulisi arvioida 2-3 tunnin välein kahden ensimmäisen leikkauksen jälkeisenä päivänä (Salomäki ym. 2006, 839). Se kuinka usein potilaan kipua kuitenkin arvioidaan, riippuu potilaan kivun syystä, voinnista ja hoidosta. (Hovi 2000, 114; Salanterä ym. 2006, 75.)

Kipua voidaan arvioida yksilön käyttäytymisestä. Kommunikoimaan kykenemättömillä käyttäytymisen arviointi on usein paras tapa arvioida kipua. Kipua voidaan arvioida tarkkailemalla kasvojen ilmeitä, itkua ja raajojen liikkeitä. Myös hermostuneisuus ja kehon suojaaminen saattavat viitata kiputuntemuksiin. (Sailo&Varti 2000, 76-77.)

Yksilö itse on kipunsa paras asiantuntija. Kivun arvioinnin paras tapa on kysyä kiputuntemuksia potilaalta itseltään. Kivun voimakkuutta arvioidaan levossa, liikkeessä ja yskiessä. Kivun itsearviointi ei ole kuitenkaan aina helppoa. Esimerkiksi lapset eivät aina tiedä kokevansa kipua, vaan lasta tulee aina ohjata kivunarvioinnissa. Kivun voimakkuuden lisäksi potilaan tulisi osata arvioida mm. kivun sijaintia, kestoja ja laatua. (HUS 2010b, Sailo ym. 2000, 78.)

Kliiniseen hoitotyöhön ja erilaisiin tutkimustarkoituksiin on kehitetty erilaisia kipumittareita, joilla voidaan arvioida kivun voimakkuutta. On tärkeää, että kipumittarit ovat selkeitä ja helppokäyttöisiä. Niiden tulee olla myös helposti ymmärrettävissä eri kult-

tuureista tuleville potilaille. Kipua voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, sanallisesti tai numeroin. Yleisimmin kivun arvioinnissa käytettyjä mittareita ovat kipujana ja kipukiila (visual analogue scale) eli VAS, numeerinen kipumittari (numerical rating scale) eli NRS ja sanallinen kipumittari (verbal descriptor scale) eli VDS.

VAS-jana on 10cm pitkä vaakasuorajana, jonka vasemmassa päässä on 0, ”ei kipua” ja oikeassa 10, ”pahin mahdollinen kipu”. Potilas merkitsee janaan kohdan, joka vastaa hänen senhetkistä kipunsa voimakkuutta näiden kahden ääripään välillä. Kipujan tilalla voidaan käyttää myös ns. kipukiilaa, joka on väriltään punainen. Potilas merkitsee mittariin tuntemansa kivun voimakkuuden. (Vainio 2004, 40, Salanterä ym. 2006, 84-85.) VAS- kipujan avulla potilaan kipua voidaan mitata liikkeessä, yskiessä, levossa, illalla, aamulla, ruokailun jälkeen ja yksilöllisten tarpeiden mukaan. (HUS 2010b, Sailo 2000 ym. 103.)

Lapsille (yli kolmevuotiaille) on kehitetty oma kasvoasteikko. Siinä kuvataan kipua viidellä eri ilmeellä, iloisesta surulliseen. Lapsi saa valita kuvan, joka kuvaa hänen senhetkistä kipuaan. Näkövammaisille on kehitetty kohokuvio pintaisia kipukiiloja. (Sailo&Vartti 2000, 105, Vainio 2004, 40.)

VDS- asteikon avulla potilas voi kuvata sanallisesti kipuaan, esimerkiksi ”ei lainkaan”, ”voimakasta.” NRS- asteikon avulla potilas voi arvioida myös numeroiden avulla kipuaan 0 – 10. (Salanterä 2006 ym., 83.)

Kipua voi kuvata adjektiiveilla kuten esimerkiksi pistävä, terävä ja polttava. Kivun alkamisaika, kivun ilmeneminen ajan ja toimintojen suhteen ovat tärkeitä tietää, sillä osa kivuista on esimerkiksi voimakkaampia aamuisin kuin iltaisin. Osa kivusta ilmenee myös tiettyjen toimintojen yhteydessä. (Vainio 2004, 39 – 40, Salanterä 2006 ym. 83.)

4 POSTOPERATIIVISEN KIVUN LÄÄKKEETÖN HOITO

Kipua voidaan lääkehoidon lisäksi hoitaa myös lääkkeettömän kivunhoidon avulla. Se on potilaslähtöistä ja edullista. Lääkkeetön kivunhoito ei kuitenkaan korvaa potilaan lääkehoitoa. (Hovi 2000, 124.)

Korhonen (1992, 81) toteaa, etteivät ei-farmakologiset hoitomenetelmät riitä yksinään postoperatiivisessa kivunhoidossa, vaan liitettynä lääkehoidon yhteyteen ne täydentävät toisiaan ja takaavat hyvän lopputuloksen.

Lääkehoidon lisäksi monet potilaat haluavat kokeilla muitakin hoitomenetelmiä. Potilaille on usein omia kivunlievityskeinoja, joiden käyttämiseen kannattaa heitä kehoittaa. Ne eivät saa kuitenkaan aiheuttaa vahinkoa toimenpidealueelle.

Lääkehoidon tukena voidaan käyttää asentohoitoa, hierontaa, kylmäpakkauksia, peppuhalluspulloja, keskustelua, musiikkia ja liikuntaa sekä ohjausta. (Sailo&Vartti 2000, 124 – 126.)

4.1 Asentohoito

Asennon vaihtamisella on monia hyviä vaikutuksia. Sillä helpotetaan lihasjännitystä ja varmistetaan hyvä verenkierto. Leikkausalueelle saadaan mahdollisimman rento asento tyynyjen asettelulla selän, polvitaiteiden, nilkkojen ja kyynärvarsien alle. Kipu pysyy sitä kauemmin poissa ja parantuminen edistyy, mitä rennompia olo potilaalla on. Asentohoidolla estetään ihopainamat, uhkaavat makuuhaavat ja edesautetaan verenkierron pysymistä normaalina. (Jäntti 2000.)

Raappana (2001) toteaa tutkimuksessaan, että asentohoidossa on huomioitava leikkauksesta, anestesiamuodosta tai toimenpiteestä aiheutuvat rajoitukset. Myös asen-

non vaikutuksiin potilaan hengitykseen, verenkiertoon ja hermotoimintaan on kiinnitettävä huomiota. (Raappana 2000, 41.)

4.2 Kylmä- ja lämpöhoito

Kylmähoidossa kudoksen lämpötilan laskee, mikä johtaa hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Tavallisimmin kylmähoitoa toteutetaan kylmäpaukkauksina, - pyyhkeinä ja – hierontana. Myös kylmägeelin käyttöä iholle voidaan käyttää. Jääpussin ja viileän pyyhkeen käyttö perustuvat myös urheilulääketieteeseen perustuvaan kolmen K:n mekanismiin, eli kylmä, kompressio ja kohoasento. Nämä mekanismit yhdessä käytettyinä vähentävät turvotusta ja kipua sekä vähentävät kudosvaurion määrää. Kylmähoito on yksinkertaista toteuttaa, halpa, tehokas ja helposti saavutettavissa oleva hoitomuoto. Pyyhkeen käyttö on hellävaraisempi, ja sitä on mahdollisuus käyttää jokaisella osastolla. Pyyhkeen tulee olla pehmeä ja hyvin nestettä imevä. Tunnottomalle ihoalueelle tai huonon verenkierron alueelle kylmähoitoa ei tule kuitenkaan käyttää. Lämpöhoito perustuu siihen, että se vilkastuttaa kudosten verenkiertoa, aiheuttaa lihasten rentoutumista ja lisää kudosten aineenvaihduntaa. Yleisimmin käytettyjä ovat lämpöpakkaukset, jotka ovat pintalämpöhoitomuotoja. Siinä vaikutus suuntautuu ihoon, jossa lämpö tuottaa hyperemiaa (lisääntynyt verekyys). Vaivan laatu ja potilaan yksilöllinen tyyli reagoida lämpöön vaikuttavat siihen, kuinka paljon lämpöhoitoa annetaan. (Fang, Hung, Wu, Fang, Stocker; Kalso & Vainio 2002, 203-204. Kalso ym. 2009, 237–239.)

4.3 Pep-pullo ja hengitysharjoitukset

Leikkauksen jälkeen potilas joutuu viettämään aikaansa paljon vuoteessa. Hengitys muuttuu tällöin helposti pinnalliseksi, kun keuhkojen alaosat jäävät käyttämättä. Potilas kärsii hapen puutteesta ja keuhkoihin kertyy ilmaa. Tämä aiheuttaa kipua ja lämmön nousua. Jos potilaalle on tehty esimerkiksi vatsan alueen leikkaus eikä potilas uskalla yskiä limaa pois ja makaa selkäasennossa, hänelle on mahdollista opastaa Pep-pullon (puhallus pullo) käyttö. Pep-pullon käyttöön tarvitaan litran pullo, johon

laitetaan $\frac{3}{4}$ osaa vettä, ja 40cm:n pituinen muoviletku. Potilasta ohjataan vetämään nenän kautta keuhkot täyteen ilmaa ja puhaltamaan letkun kautta pulloon, kunnes vesi lakkaa poreilemasta. (Sailo&Vartti 2000, 125.) Potilas voi myös itse toteuttaa rentoutumista hengitysharjoitusten avulla. Harjoitusten tehtävänä on vähentää stressiä, rentouttaa lihaksia ja näin vähentää kivun voimakkuutta. Myös elimistön hapensaanti lisääntyy syvän ja rauhallisen hengityksen ansiosta. Musiikkiin ja lihasten rentouttamiseen yhdistettynä hengitysharjoituksesta saadaan vieläkin tehokkaampi vaikutus.

4.4 Hieronta

Tavallisimmin hierontaa käytetään jännittyneiden kudosten pehmittämiseen. Toisen ihmisen kosketus ja vuorovaikutus ovat tärkeimpiä syitä hieronnan käyttämiseen. Mielialatekijöillä ja mielen vireydellä voi olla merkittävä vaikutus kipuaistimukseen. Hieronta saa aikaan miellyttäviä tunteita ja lievittää näin kipua. (Kalso ym. 2009, 239-240.)

4.5 Rentoutuminen ja mielikuvaharjoitukset

Rentoutusta käytetään usein muun kivunhoidon lisänä. Rentoutuminen auttaa potilasta suuntaamaan ajatukset pois kivusta vähentäen ahdistuneisuutta ja lihasjännitystä. Sillä voidaan vaikuttaa fysiologisiin stressivaiheisiin, kuten esimerkiksi autonomisen hermoston aktiivisuuteen. Rentoutumiseen voidaan liittää lisäksi hengitysharjoituksia ja mielikuvaharjoituksia. Mielikuvaharjoitukset voivat liittyä esim. ulkopuoliseen esineeseen (esim. tiukka side, jota voidaan hellittää) miellyttävään ympäristöön (esim. ranta tai niitty) tai terveyteen miellettyyn toimintoon (esim. uiminen tai jumppa). Rentoutus- ja mielikuvaharjoitteiden tavoitteena on taito huomata lihasjännitys ja kykyä vähentämään sitä erilaisissa tilanteissa. Mielikuvien avulla potilas voi oppia suuntaamaan pois kipua. (Kalso&Vainio 2002, 202, Kalso ym. 2009, 248.)

4.6 Keskustelu ja kuuntelu

Kipua voi helpottaa jo se, että potilasta huomioidaan ja kuunnellaan. Kysytään potilaan tilannetta ja kipua. Hoitajan asenne vaikuttaa omalla tavallaan potilaan olotilaan. Jos potilas kokee hoitajan vihaiseksi ja komentelevaksi, hän voi tuntea kivun lisääntyneen. Hoitaja kuuntelee potilasta ja havainnoi hänen käyttäytymistään, ilmeitään ja eleitään. Potilaan ja hoitajan välinen luottamus ja potilaan tuntema turvallisuus auttavat pääsemään vaikeimpienkin vaiheiden ylitse postoperatiivisessa hoidossa. Hyvä osaston henki ja tiimityö on tärkeää koko kivunhoitoprosessin ajan. (Sailo&Vartti, 2000, 126.)

4.7 Musiikki

Musiikin kuunteleminen vaikuttaa elimistössä sekä fysiologisesti että psykologisesti. Musiikilla voidaan vaikuttaa esimerkiksi verenpaineeseen, pulssiin ja kehon lämpötilaan. Musiikin avulla voidaan tuottaa mielihyvää ja lieventää kipua. Musiikilla on myös psyykkisiä vaikutuksia, jotka rentoutumisen lisäksi vaikuttavat mielikuviin ja tunnetiloihin positiivisella tavalla. Oppaassaan Ahonen kertoo musiikin vaikuttavan myös lihasjännitykseen. Musiikilla on vahva tunnetiloja säätelevä vaikutus aivojen limbisessä järjestelmässä, jossa musiikkia kuulemalla voidaan välttää negatiivisia tunneperäisiä reaktioita. Ahosen mukaan musiikin käyttö vähentää kivuntunnetta elimistössä endorfiineja tuottamalla. Musiikki vähentää sellaista ahdistusta ja stressiä, joka muuten estäisi lääketieteellistä hoitoa (Musiikki kuuluu kaikille 2007, Ahonen 2000, 52, Musiikkiterapiayhdistys, 2009.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, millaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä Etelä-Karjalan keskussairaalan osaston A7 potilaille käytetään. Vastauksia haetaan siihen, kuinka tyytyväisiä potilaat ovat vaihtoehtoisiin kivunlievitysmenetelmiin ja kuin-

ka tehokkaiksi he kokevat ne. Lisäksi selvitetään millaista kivunarviointi on ollut. Lisäksi tavoitteena on antaa uutta tietoa hoitohenkilökunnalle siitä, millaisena osaston potilaat kokevat saamansa lääkkeettömän kivunhoidon ja kuinka tyytyväisiä he ovat siihen.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaista lääkkeetöntä kivunhoitoa potilaat saavat?
2. Kuinka tyytyväisiä he ovat saamaansa lääkkeettömään kivunhoitoon?
3. Kuinka tehokkaiksi potilaat kokevat lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät?
4. Miten leikkauspotilaiden kipua on arvioitu?

6 TYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, koska sen avulla saadaan toteutettua kysymysmäärältään laajempi tutkimus ja näin saadaan monipuolisempaa tietoa. Aineisto kerättiin käyttäen strukturoituja kysymyksiä, joissa oli valmiit vastausehdot. Tutkimustulokset kuvattiin taulukoiden avulla. lääkäreiden potilaiden on näin helpompi täyttää kysymyslomaketta.

Tutkimuksesta saatua aineistoa kuvataan numeeristen suureiden avulla. Tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoiden ja kuvioiden avulla. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on usein tekstimuotoista (Heikkilä 2005, 16-17; Hirsijärvi ym. 1997.)

Kyselylomake on laadittu tämän opinnäytetyön viitekehyksen pohjalta sekä aiempien tutkimuksien (muun muassa Huttunen & Hotti, 2009) perusteella. Kyselylomake muodostui taustatiedoista (kysymykset 1-6), potilaiden kokemuksista lääkkeettömästä kivunlievityksestä (kysymykset 7-10), potilaiden kokemasta tyytyväisyydestä lääkkeettömään kivunlievitykseen (kysymykset 11-14) ja kivun arvioinnista (15-20). Kysymykset 21-22 olivat avoimia, ja niillä selvitettiin hoitajien suhtautumista kipuun sekä parannusehdotuksia osastolle kivunhoitoon. Kyselylomakkeiden esitestaus suoritettiin Etelä-Karjalan keskussairaalan kirurgisen vuodeosastolla A7. Esitestauslomakkeet jaettiin kolmelle potilaalle. Esitestauksen jälkeen vaihdettiin yhden kysymyksen muotoa selkeämmäksi sekä lisättiin tilaa avoimien kysymysten vastauksille.

6.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuksen toteuttamiseksi haettiin tutkimuslupaa (Liite 1) Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden koulutusjohtaja Taru Juvakalta helmikuussa 2011. Luvan (Liite 2) myöntämisen jälkeen, toimitettiin saatekirjeellä (Liite 3) varustetut kyselylomakkeet (Liite 4) kirurgian vuodeosastolle (A7). Kyselylomakkeita jaettiin kolmekymmentä (n=30) ja vastausaikaa annettiin viisi viikkoa. Kyselyyn vastanneet potilaat palauttivat suljetussa kirjekuoressa olevan lomakkeen hoitajalle. Vastauskuorille oli varattu oma suljettu laatikko. Aineisto kerättiin helmi-maaliskuun aikana. Kyselylomakkeita jaettiin 30 ja palautettiin 28 kappaletta. Kyselyn vastausprosentti on näin ollen 93.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin käymällä ensin kaikki vastaukset läpi. Kyselylomakkeet numeroitiin ja tulokset tallennettiin. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows-tilastoanalyysiohjelman avulla. Tulokset ilmoitettiin prosentteina ja lukumäärinä sekä osaan tuloksista laskettiin myös keskiarvoja -ja hajontoja. Tuloksia havainnollistettiin kuvioiden avulla.

Aineiston tiedot tulee tarkastaa sekä varmistaa onko aineistossa virheitä tai puuttuvia tietoja. Seuraavaksi aineisto on järjestettävä tiedon tallennusta ja analyysiä varten. (Hirsijärvi ym. 1997, 217.) Keskihajonta kuvaa, kuinka hajallaan arvot ovat keskiarvon ympärillä (Heikkilä 2005, 86-87.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

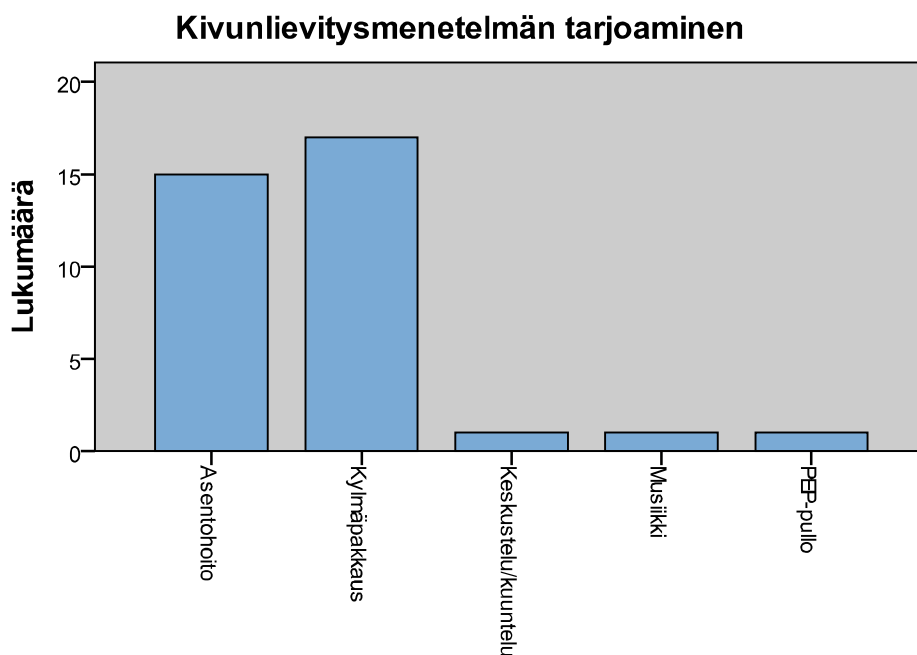
Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Etelä-Karjalan keskussairaalan ortopedian ja traumatologian vuodeosaston (A7) potilaat. Kohderyhmänä olivat aikuiset potilaat, yli 18-vuotiaat miehet ja naiset, joille oli tehty suunnitellusti tai päivystyksellisesti jokin leikkaus.

Vastaajista (57%) oli naisia (Kuvio 1). Kyselyyn vastanneiden ikä vaihteli 26:n ja 83:n vuoden välillä. Vastanneista suurin osa oli yli 60-vuotiaita (n=19). Keski-ikäsi muodostui 60 vuotta.

Vastaajilta kysyttiin, olivatko he olleet aiemmin leikkauksessa. Suurin osa (89%) oli ollut aiemmin jossakin leikkauksessa. Lisäksi vastaajilta kysyttiin, mikä leikkaus heille oli tehty. Vastaajista 24 oli ollut jalkan alueen leikkauksessa, 1 käden alueen leikkauksessa ja 1 olkapään leikkauksessa. Yhdelle potilaalle oli tehty eturauhasen höyläys.

7.2 Potilaiden kokemukset lääkkeettömästä kivunhoidosta

Ensin selvitettiin hoitajien tarjoamaa lääkkeetöntä kivunlievitysmahdollisuutta. Potilaille tarjottiin lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä eniten kylmäpakkausta (n=17), asentohoitoa (n=15), keskustelua/kuuntelua, musiikkia ja PEP-pulloa (=1) (Kuvio 1)



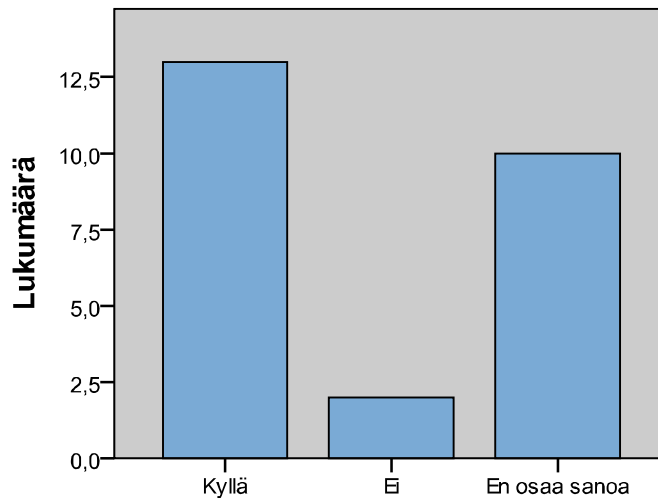
KUVIO 1 Hoitajan ehdottama kivunlievitysmenetelmä

Vastaajilta tiedusteltiin, saivatko he tarpeeksi tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta. Vastanneista 59% oli sitä mieltä, ettei tietoa annettu tarpeeksi. Vastaajista 41% oli taas saanut tarpeeksi tietoa lääkkeettömästä kivunlievityksestä.

Vastaajilta tiedusteltiin myös, mitä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä heille käytettiin. Reilulla puolella (51%) vastaajista käytettiin asentohoitoa. Kylmäpakkaushoitoa käytettiin 45%:lle kyselyyn osallistuneista. Keskustelua ja kuuntelua kerrottiin käytetyn vain 3%:lle.

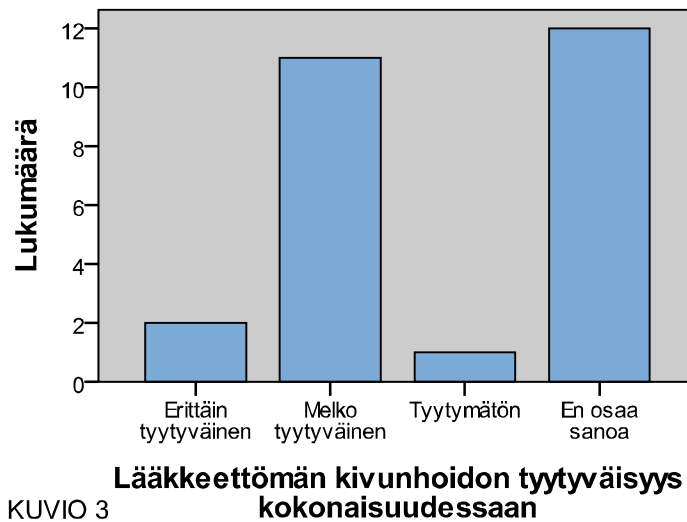
7.3 Potilaiden kokema tyytyväisyys lääkkeettömästä kivunhoidosta

Ensin selvitettiin, oliko lääkkeettömästä kivunhoidosta hyötyä. Yli puolet vastaajista (52%) ilmoitti kokevansa lääkkeettömän kivunhoidon hyödylliseksi. Kyselyyn vastanneista 8% koki, ettei kivunhoidosta ollut apua ja 40% ei osannut vastata kysymykseen (Kuvio 2)



KUVIO 2 Lääkkeettömän kivunhoidon hyödyllisyys

Vastaajilta tiedusteltiin myös, kuinka he kokonaisuudessaan olivat tyytyväisiä lääkkeettömään kivunlievitykseen. Vastaajista 11 oli melko tyytyväisiä (43%). Erittäin tyytyväisiä oli puolestaan 2 potilasta (8%) ja vastanneista vain 1 oli tyytymätön (4%), 12 (46%) ei osannut vastata kysymykseen (Kuvio 3)

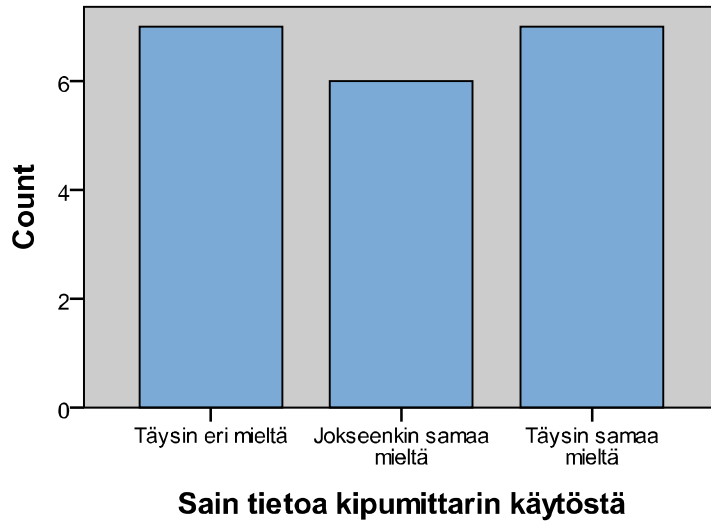


Vastaajilta kysyttiin myös, ilmenikö lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä jotain haittavaikutuksia. Vastanneista 95% ei kokenut haittavaikutuksia. Kysymykseen ”kylmä” vastannut potilas kertoi kylmähoidon haittavaikutuksesta.

Leikkausalueen ulkopuolella epämiellyttävä olo

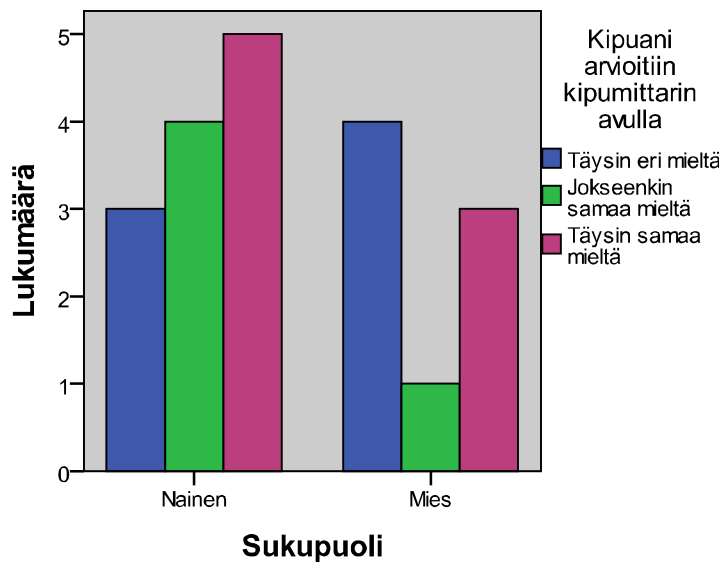
7.4 Potilaiden kokemukset kivun arvioinnista

Ensin selvitettiin, saivatko potilaat tietoa kipumittarin käytöstä. Täysin samaa mieltä (n=7) ja täysin eri mieltä (n=7) vastauksia oli molempia 35%. Jokseenkin samaa mieltä (n=6) vastauksen valitsi 30% (Kuvio 6)



KUVIO 6

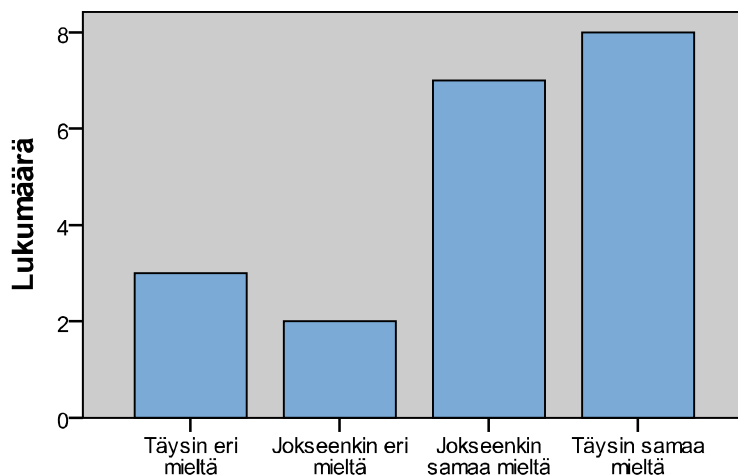
Potilailta kysyttiin, arvioitiinko heidän kipuaan kipumittarin avulla. Täysin samaa mieltä vastaajista oli 40%. Jokseenkin samaa mieltä vastanneita oli 25% ja täysin eri mieltä väittämään vastasi 35%. Naisten ja miesten välillä oli vastauseroja. Naisista vastasi täysin samaa mieltä (n=5) ja miehistä (n=3). Jokseenkin samaa mieltä oli naisista (n=4) ja miehistä (n=1). Naisista (n=3) ja miehistä (n=1) heidän kipuaan ei ollut arvioitu kipumittarin avulla laisinkaan (Kuvio 7)



KUVIO 7

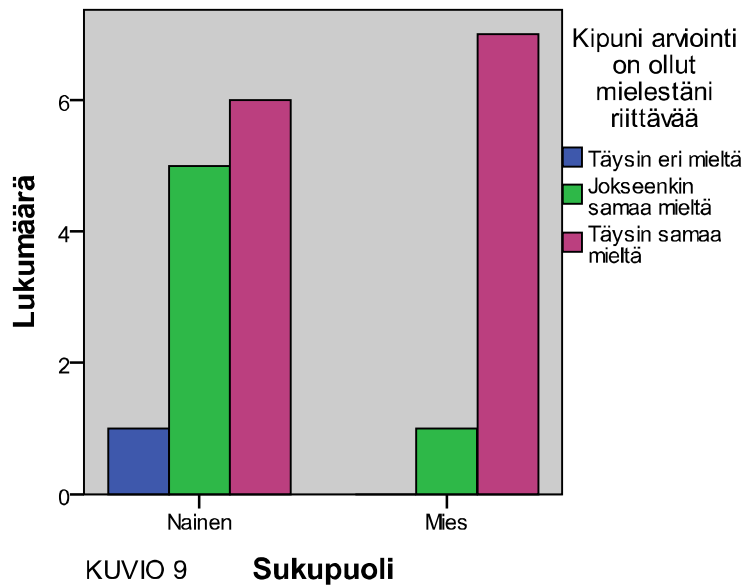
Seuraavaksi tiedusteltiin, arvioitiinko potilaiden kipua säännöllisin väliajoin (Kuvio 8) Täysin samaa mieltä siitä, että kipua arvioitiin säännöllisesti vastanneista oli 8 potilasta (40%). Jokseenkin samaa mieltä vastasi 7 potilasta (35%), jokseenkin eri mieltä vastasi 2 (10%) ja täysin eri mieltä vastanneista oli 3 potilasta (15%).

Vastaajilta tiedusteltiin myös, saivatko he itse määrittää kipunsa voimakkuuden. Yli puolet vastanneista (67%) sai itse määrittää kipunsa voimakkuuden, 29% oli taas jokseenkin samaa mieltä ja jokseenkin eri mieltä vastasi 5%.



KUVIO 8 Kipuani arvioitiin säännöllisin väliajoin

Viimeiseksi kysyttiin, onko kivun arviointi ollut riittävää. Yli puolet vastaajista (65%) on ollut täysin samaa mieltä, että se oli riittävää, naisista (n=6) ja miehistä (n=7). Jokseenkin samaa mieltä on vastannut 30%, naisista (n=5) ja miehistä (n=1). Yhden naisen mielestä kivun arviointi ei ole ollut riittävää (Kuvio 9)



Lisäksi selvitettiin, käytettiinkö tavanomaisen janakipumittarin ohella muita arviointimenetelmiä. Tarkentavaan kysymykseen vastanneista osa kirjoitti, että sanallinen ja numeerinen kipumittari oli ollut toisena arviointimenetelmänä.

Kyselyn kaksi viimeistä kysymystä olivat avoimia. Toiseksi viimeisessä (kysymys numero 20) kysyttiin vastaajien mielipiteitä, kuinka hoitajat olivat suhtautuneet heidän kipuihinsa. Suurimman osan (n=28) mielestä hoitajat olivat suhtautuneet hyvin, asiallisesti ja ammattitaitoisesti. Monet olivat myös tyytyväisiä lääkkeen antamiseen ja kivun tosissaan ottamiseen. Yksi kyselyyn osallistuneista vastasi, että jotkut hoitajat ovat hieman liian tiukkoja lääkkeiden annossa. Avoimeen kysymykseen saatiin seuraavia vastauksia siitä, miten hoitajat suhtautuivat potilaiden kipuun:

Todella hyvin, asiallisesti.

Ammattitaidolla.

Sain lääkettä aina kun pyysi.

Huomioineet sen hyvin.

Enimmäkseen hyvin. Jotkut hieman tiukkoja lääkkeiden annossa.

Viimeisessä kysymyksessä (kysymys 21) tiedusteltiin parannusehdotuksia osaston kivunhoitoon liittyen. Yli puolella (n=23) vastaajista ei ollut esittää parannusehdotuksia. Heistä muutama antoi kiitosta hyvin toimivasta kivunhoidosta. Yksi potilas toivoi, että käytettäisiin kipumittaria. Eräs potilas totesi, että potilaan tuntemuksia kivusta ei pidä vähätellä ja että lääkettä on saatava tarpeeksi.

Käytettäisiin sitä kipumittaria.

Annetaan potilaan tehdä sellaisia liikkeitä, mitkä vähiten tuottaa kipua.

Hierontaa. Potilas voisi jopa vähän siitä maksaa ja Kela olisi myös siinä mukana. Tämä saattaisi tuoda rahaa takaisin jossain vaiheessa esim. fysikaalinen hoito ja sinne meno saattaisivat helpottaa. Luulen, että jalan liikkuvuus parantuisi jo osastolla ollessa melko paljon.

7.5 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa Etelä-Karjalan keskussairaalan osasto 7 kirurgisten potilaiden kokemuksia lääkkeettömästä kivunhoidosta, miten tyytyväisiä he ovat siihen ja millaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä oli käytetty. Lisäksi selvitettiin, miten leikkauspotilaiden kipua on arvioitu. Tutkimuksen tavoitteena oli antaa uutta tietoa hoitohenkilökunnalle siitä, millaisena potilaat kokevat saamansa lääkkeettömän kivunhoidon ja kuinka tyytyväisiä he siihen ovat. Tutkimusongelmiin haettiin vastauksia 28:n kyselyn avulla.

Ensin selvitettiin leikkauspotilaiden kokemuksia lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Tuloksista kävi ilmi, että lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä hoitajat tarjosivat eniten kylmäpakkaushoitoa (n=17). Toiseksi eniten tarjottiin asentohoitoa (n=15). Keskustelua ja kuuntelua (n=1), PEP-pulloa (n=1) ja musiikkia (n=1). Yli puolet vastanneista ei ollut saanut riittävästi tietoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Tuloksissa huomio kiinnittyi siihen, että muun muassa keskustelua ja musiikin kuuntelun mahdollisuutta tarjottiin vähän.

Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä reilulla puolella (51%) vastanneista käytettiin asentohoitoa ja kylmäpakkaushoitoa (45%). Erosen, Kosusen ja Taskisen (2007) tutkielmassa tuli ilmi, että yli puolet (=16) vastanneista käytti kylmähoitoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Myös Santalahden (2007) tutkimuksessa kävi ilmi, että kylmäpakkaushoitoja oli käytetty eniten.

Keskustelua ja kuuntelua käytettiin vain 3%:lle vastanneista. Rentoutumis- ja mielikuvaharjoituksia ei käytetty kellekään potilaista.

Akuutin kivun (nosiseptiivinen kipu, eli kudოსvauriosta johtuva) hoidossa lääkehoidon lisäksi voidaan hyödyntää vuorovaikutukseen vaikuttavia menetelmiä, kuten mielikuvaharjoituksia ja rentoutumista. Lisäksi rentoutuminen auttaa potilasta suuntaamaan ajatukset pois kivusta vähentäen ahdistuneisuutta ja lihasjännitystä (Salanterä ym., 2006, 147-148, Kalso&Vainio. 2002, 202.) Raappanan 2001 tutkielmassa tuli myös ilmi, että leikkauspotilaat pitivät asentohoitoa tärkeänä kivunlievitysmenetelmänä.

Toisella tutkimusongelmalla selvitettiin leikkauspotilaiden tyytyväisyyttä lääkkeettömään kivunhoitoon. Vastaajista 43% oli melko tyytyväisiä ja erittäin tyytyväisiä 8%. Vastausten mukaan yli puolet koki lääkkeettömän kivunhoidon hyödylliseksi ja pieni osa koki sen hyödyttömäksi. Erosen, Kosusen ja Taskisen (2007) tutkimuksessa tuli ilmi, että lääkkeettömillä kivunlievitysmenetelmillä oli huomattava vaikutus kivunhoidon onnistumiseen.

Potilaiden kokemuksia kivun arvioinnista ja sen toteutumisesta käsiteltiin myös. Tulosten mukaan potilaiden kipua arvioitiin pääsääntöisesti hyvin kipumittaria apua käyttäen. Vastanneista 40% oli täysin samaa mieltä siitä, että kipumittaria käytettiin

kivunarvioinnissa. Täysin eri mieltä asiasta oli 35% vastanneista. Muutaman naisen ja miehen kivunarvioinnista ei kipumittaria ollut käytetty ollenkaan. Tietoa kipumittarin käytöstä oli saanut 7 potilasta, kun taas riittävästi tietoa ei ollut saanut 7 potilasta.

Kivun arvioimisessa säännöllisin väliajoin tuli erilaisia vastauksia. 40%:lla vastanneista kipua oli mitattu säännöllisesti ja 15% ilmoitti, ettei heidän kipuaan ollut mitattu säännöllisin väliajoin. Salomäki ym. (2006) toteaa, että kivun voimakkuutta tulisi arvioida 2-3 tunnin välein leikkauksen jälkeen ja kivun lievittyessä. Myös levossa ja liikkeellä ollessa sekä syvään hengittäessä että yskiessä tulisi arvioida kipua. Suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että kivunarviointi on ollut riittävää.

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Hyvän tutkimuksen kriteerinä voidaan pitää luotettavuutta. Tutkimuksen onnistumisen kannalta luotettavuus on tärkeää, kun haetaan vastauksia esitettyihin kysymyksiin, eli tutkitaan sitä asiaa, jota on ollut tarkoituskin (Alkula, Pöntinen&Ylöstalo, 1999, 124 – 126; Paunonen, M. & Vehviläinen–Julkunen, K. 1997, 206-207; Kankkunen P., Vehviläinen–Julkunen, K. 2009). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella sekä validiteetin että reliabiliteetin avulla. Validiteetti kuvaa, millä tavalla on onnistuttu mitaamaan juuri sitä, mitä pitikin mitata. Tutkimuksen validiteetti voi olla myös sisäistä ja ulkoista. Sisäisen validiteetin tarkoitus on tarkentaa, ovatko mittaukset tutkimuksen teoriaosassa esitettyjä käsitteitä. Ulkoisessa validiteetissa muiden tutkijoiden on tulkittava kyseiset tutkimustulokset samalla tavalla. Perusedellytyksenä on se, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa. Esitutkimuksen avulla tutkija varmistuu mittarin loogisuudesta, toimivuudesta, ymmärrettävyydestä ja sen helpposta käytöstä. Hyvä validiteetti vaikuttaa pääsääntöisesti juuri kysely- ja haastattelututkimuksissa, miten onnistuneita kysymykset ovat. (Heikkilä 2005, 186; Paunonen&Vehviläinen–Julkunen 1997, 206-207.)

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei – sattumanvaraisia tuloksia. Sisäisessä reliabiliteetissa mittauksen avulla voidaan todeta sama tilastoyk-

sikkö useampaan kertaan. Mittaustulosten ollessa samat on mittaus reliaabeli. Ulkoinen reliabiliteetti kuvaa mittaus tulosten toistettavuutta myös muissa tutkimuksissa. Mittarissa voi olla myös epätarkkuuksia. Yleisin epätarkkuuden aiheuttaja on satunnaisvirhe. Satunnaisvirheitä aiheuttavat usein otanta sekä mittaus- ja käsittelyvirheet. Pienet otoskoot vaikuttavat merkittävästi tuloksiin, sillä mitä pienempi otos on, sitä sattumanvaraisempia tuloksia saadaan. (Heikkilä, T. 2005, 187, Paunonen&Vehviläinen-Julkunen 1997, 209.)

Kyselytutkimuksessa vastaaja voi ymmärtää vastauksen toisella tavalla, kuin itse tutkija on ajatellut, esimerkiksi muistaa asian väärin tai sen merkinnässä voi tapahtua virhe. Vastauksia tallentaessaan voi myös tutkijalle tapahtua virhe. (Uusitalo 1991, 84.)

Reliabiliteettia voidaan kohentaa erilaisilla asioilla. Mittarin esitetaus on ensimmäinen asia, joka on tehtävä ennen oikeaa tutkimusta jostakin pienemmästä joukosta. Toisena asiana ovat hyvät ohjeet. Kolmantena on aineiston kerääjien perehdyttäminen niin, että he kykenevät toimimaan aineistonkeruutilanteissa mahdollisimman samalla tavalla. Neljäntenä toimenpiteenä on virhetekijöiden minimointi. Kohteesta johdettavia virheitä ovat muun muassa väsymys, kiire ja kysymysten ymmärrettävyys. (Mittarin kehittäminen 2009, Paunonen&Vehviläinen-Julkunen 1997, 210.)

Kyselymenetelmää käytettäessä on kyselyyn liitettävä saatekirje. Saatteen päätehtävä on motivoida kyselyyn osallistujaa täyttämään lomake. Lisäksi siinä selvitetään tutkimuksen taustaa ja vastaamista. Saatekirjeellä on suuri merkitys, osallistuuko vastaaja kyselyyn vai ei. Saatteen tulee olla kohtelias ja korkeintaan yhden sivun mittainen. (Heikkilä 2005, 61.)

Kyselytutkimukseen liittyy myös vajavaisuuksia. Aineisto voi olla pinnallista ja tutkimukset vaatimattomia teorian osalta. Myöskään vastaajien huolellisista ja rehellisistä vastauksista tutkija ei voi olla täysin varma. (Hirsjärvi ym. 1997, 191.)

Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia selvennettiin esitetaamalla kyselylomake ennen sen lopullista käyttöönottoa. Kyselylomakkeeseen tuli muutoksia yhden kysymyksen

selkiyttämässä ja kirjoitustilan lisäämisessä. Esitestauksen jälkeen huomattiin, että mittari on selkeämpi ja loogisempi kuin esitestattujen lomakkeiden vastauksia ei käytetty valmiissa työssä. Kyselylomakkeeseen liitettiin myös saatekirje, jossa kerrottiin, mitä tutkitaan ja miksi. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin kohentamaan laadittujen kysymysten avulla. Kysymykset laadittiin mahdollisimman helposti ymmärrettäviksi, ja lähes jokaisessa kysymyksessä oli valmiit vastausvaihtoehdot, jotka puolestaan nopeuttivat vastaajien vastausaikaa. Lisäksi kysymysten määrä pyrittiin pitämään kohtuullisena. Kyselyyn vastausaikaa annettiin viisi viikkoa. Analysointivaiheessa reliabiliteettia pyrittiin parantamaan numeroimalla kyselylomakkeet ennen tilastointiohjelmaan syöttämistä. Tämän vaiheen avulla mahdolliset virheet kyettiin korjaamaan.

Tutkimuksen eettiset kysymykset jaotellaan kahteen kategoriaan: tutkittavien suojausta koskeviin sääntöihin ja tiedonhankintaan sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Eri tieteenaloilla, kuten hoito- ja lääketieteessä, tarkastellaan inhimillistä toimintaa, ja eettiset kysymykset ovat tärkeitä. Eettisiä kysymyksiä pohdittaessa on tärkeää huomioida, ettei toiminta vahingoita tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Toisena seikkana on se, että tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin haitan. Tutkimukseen osallistuvalla on oltava myös mahdollisuus keskeyttää tutkimus koska tahansa. (Paunonen&Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-27.)

Tutkimuslupa anottiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden koulutusjohtaja Taru Juvakalta (Liite1). Eettisyyden toteutumiseksi kyselylomakkeeseen liitetään saatekirje (Liite3), jossa kerrotaan tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, tutkimuksen tarkoituksesta ja vastaajan anonymiteetin suojaamisesta. Myös tutkijan yhteystiedot olivat saatekirjeessä, jos vastaajalla olisi ollut kysyttävää kyselystä. Vastaajat vastasivat nimettöminä ja antoivat lomakkeen suoraan hoitajalle. Hoitajat laittoivat suljetuissa kirjekuorissa olevat lomakkeet niille varattuun palautuslaatikkoon. Vastausaikaa kyselyllä oli helmi-maaliskuu. Vastauslomakkeet tuhoetaan asianmukaisella tavalla tutkimusraportin valmistumisen jälkeen. Ennen varsinaisten lomakkeiden jakamista informoitiin henkilökuntaa osastolla pidettävässä osastotunnilla opinnäytetyöni tarkoituksesta, kyselyiden jakamisesta sekä aikataulusta.

Kun tutkimuslupa oli myönnetty, kerrottiin tutkimuksen aikataulusta ja kyselyitä voitiin alkaa jakamaan potilaille. Vastuuhenkilö huolehti kyselylomakkeiden jakamisesta ja aikataulusta tiedottamisesta muulle henkilökunnalle.

9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen. Kivunhoito herättää keskustelua laajasti kaikkialla hoitolaitoksissa, missä kivun kanssa ollaan tekemisissä. Kivunlievityksessä on parantamisen ja kehittämisen varaa.

Riittävä kivunhoito on potilaan paranemisen kannalta olennaista. Vaikka leikkauksen jälkeisenä ensisijaisena kivunlievitysmenetelmänä käytetäänkin lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä, ei lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä tule unohtaa. Usein nämä kivunlievitysmenetelmät täydentävät toisiaan.

Haasteena leikkauksen jälkeisen lääkkeettömän kivunlievityksen toteuttamisessa on tiedonpuute vaihtoehtoisista kivunlievitysmenetelmistä, kiire ja resurssien puute sekä viitseliäisyys. Nykyään hoitotyö kirurgisilla vuodeosastoilla on usein hektistä ja hoitajista on usein puute. Ei ole ehkä aikaa varsinaisesti keskusteluun, kuunteluun tai musiikin kuunteluun käytettävien tavaroiden etsimiseen. Sen sijaan asentohoitoa sekä kylmäpakkausten käyttö on nopeampaa ja helppo tarjota.

Tulosten mukaan kivunhoito toteutui hyvin osastolla. Kivunhoito toteutui monen potilaan mielestä asiallisesti ja sitä toteutettiin ammattitaitoisesti sekä hyvin. Muutama potilas tosin kertoi parannusehdotuksia osaston kivunhoitoon liittyen. Ehdotukset liittyivät potilaan kivun vähättelemiseen ja kipulääkkeen antamiseen. Eräs vastaaja toivoi, että kipumittaria käytettäisiin useammin.

Toivon, että tutkimukseni herätti kiinnostusta leikkauksen jälkeisen lääkkeettömän kivunhoidon kehittämiseen tulevaisuudessa.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotan hoitajille suunnatun kyselyn, jossa kartoitetaan heidän lääkkeettömän kivunhoidon osaamistaan ja sen käyttämistä sekä toteuttamista osastoillaan. Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla vertaileva tutkimus, jossa selvitetään osastojen välisiä vaihtoehtoisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä. Kolmantena jatkotutkimusaiheena voitaisiin selvittää, miten sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä käytetyt lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät eroavat toisistaan.

10 LÄHTEET

Ahonen, Heidi 2000: Musiikki sanaton kieli, musiikkiterapian perusteet. 3. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Alkula, T. Pöntinen, S. & Ylöstalo. P. 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva. WSOY.

Eronen. M., Kosunen, P., Taskinen N. 2007. Tekonivelleikatun potilaan kivunhoito kotona. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Estlander, A – M. 2003. Kivun psykologia. Juva. WS Bookwell Oy.

Fang L, Hung CH, Wu SL, Fang SH&Stocker J. 2011. The effects of cryotherapy in relieving postarthroscopy pain. Saatavilla www-muodossa:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332855>

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja Kirjoita. Tampere. Tammer Paino Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Hotti, M., Huttunen, K. 2009. Lääkkeetön kivunlievitys synnytyksen avautumisvaiheen aikana. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Hovi, S – L. 2000. Kipua kokevan syöpäpotilaan hoitotyö. Teoksessa Eriksson. E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY, 113-128.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1995. Hoitotyön käsikirja. Tampere. Tammer-paino Oy.

Jääntti, M. 2000. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A – M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 118-126.

Kalso, E. 2004. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 85-90.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy

Kalso, E., Vainio, A. 2002. Kipu. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kankkunen. P., Vehviläinen – Julkunen. K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Korhonen, Matti 1992: Anestesia. Toinen painos. Helsinki: WSOY.

Kulmala, A. 2010. Lääkkeetön kivunhoito :kirjallinen potilasopas. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999: 11(1), 3-11.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785.

Lehtomäki, P. 2002. Aikuispotilaan leikkauksen jälkeisen kivun arvioiminen. Spiritum 1/2002, 17-21.

Mattila, M. (toim.) 1997. Käytännön lääkärin kipukäsikirja. Helsinki: Recallmed Oy.

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

Raappana, Maarit 2000: Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Preventiivisen hoitotieteen koulutus.

Sailo, E& Vartti, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Salanterä, S., Hagerberg N., Kauppila M., & Närhi, M. 2006 Kivunhoitotyö. Helsinki: WSOY.

Salanterä, S. & Heikkinen, K. 2002. Leikkauksen jälkeinen kivun hoitotyö heräämössä. Sairaanhoidajalehti, 75 (6-7), 32-34.

Salomäki, T. & Rosenberg, P. 2006. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 838-851.

Santalahti, A. 2007. Kirurgisten potilaiden kokemukset kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtinen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Musiikki kuuluu kaikille. 2007. Sanna Raitia.

<http://www.palmenia.helsinki.fi/laku/seminaari/ratia.pdf>, Luettu 4.1.2011

Mittarin kehittäminen. 2009. Mikko Saarikoski.

http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkijakoulu/education/doctoralcourses/M.Saarikoski_faktorianalyysi_tutkijakoulu_09.pdf, Luettu 4.1.2011

Musiikkiterapia yhdistys. 2009. Tietoa musiikkiterapiasta Suomessa.

http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com_content&view=article&id=54:tietoa-musiikkiterapiasta-suomessa&catid=34:yleiset&Itemid=65, Luettu 5.2 2011.

HUS. 2010a. Kivunhoito leikkauksen jälkeen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29221>, luettu 12.3 2011.

HUS. 2010b. Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29221>, luettu 12.3 2011.

ETELÄ-KARJALAN
Sosiaali- ja terveystieteiden
piiri

Taru Juvakka
Koulutuspäällikkö
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden
piiri
Valto Käkelän katu 14 A
53130 Lappeenranta

Tanja Pitkänen
Lentäjätie 22 B 23
53500 Lappeenranta
p. 050 5428464
tanja.pitkanen@student.saimia.fi

Tutkimusluvan anominen

Haen tutkimuslupaa tutkimukseeni Kirurgisten potilaiden kokema lääke-
keetön kivunhoito. Pyydän lupaa suorittaa tutkimukseni aineistonkeruun
Etelä-Karjalan keskussairaalaan osastolla A7. Tämän lupa-anomuksen
mukana on toimitettu tutkimussuunnitelma liitteineen. Tutkimussuunni-
telmassa saa tietoa tutkimukseen liittyvistä asioista, kuten tutkimuksen
tarkoituksesta, toteutuksesta ja aikataulusta.

Ystävällisin terveisin,

Lappeenrannassa 18.1.2010

Tanja Pitkänen

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**
Sosiaali- ja terveystoimi
Koulutuspäällikkö

Viranhaltijapäätös

1

22.02.2011 Dnro 101/13.00/2011

§ 18/2011/ Tutkimuslupapäätös

TUTKIMUSLUPA / Tanja Pitkänen

Päätös


Teille on myönnetty tutkimuslupa koskien tutkimustanne "Kirurgisten
potilaiden kokema lääkkeetön kivunhoito".

Lappeenrannassa 22.2.2011



Taru Juvakka
Koulutuspäällikkö, TtT
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi
Koulutuspalvelut
PL 24
53101 Lappeenranta
taru.juvakka@eksote.fi
Puh. 044 791 5620

Tämä päätös on postitettu asianosaisille 22.2.2011



Hannele Lindberg
toimistos sihteeri

SAATE

Arvoisa vastaaja,

Opiskelen sairaanhoitajaksi Saimaan ammattikorkeakoulussa Lappeenrannassa. Teen opinnäytetyön, jossa kartoitetaan leikkauspotilaiden kokemuksia lääkkeettömästä kivunhoidosta ja sitä, kuinka kipuanne arvioidaan vuodeosastolla. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa, jonka pohjalta lääkkeetöntä kivunhoitoa voidaan kehittää. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että vastaisitte huolellisesti esitettyihin kysymyksiin.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivoisin, että mahdollisimman moni osallistuisi tutkimukseeni. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettöminä. Vastauksia käytetään ainoastaan tämän päättötyön aineistona ja lomakkeet hävitetään aineiston analysoinnin jälkeen asianmukaisesti.

Jos Teillä on kysymyksiä lomakkeen täyttämisen suhteen, pyydän Teitä kääntymään minun tai osastonhenkilökunnan puoleen.

Voitte antaa vastauslomakkeen suljetussa kirjekuoressa suoraan hoitajalle.

Yhteistyö terveisin,

Tanja Pitkänen

050 5428464

tanja.pitkanen@student.saimia.fi

1 TAUSTATIEDOT

Vastatkaa rengastamalla mielestänne sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

1. Sukupuoli 1 Nainen

2 Mies

2. Ikä _____vuotta

3. Siviilisääty 1 Naimaton

2 Naimisissa/ Avoliitossa

3 Eronnut

4 Leski

4. Koulutustaso 1 Perusaste (kansakoulu/ peruskoulu)

2 Toinen aste (lukio/ ammattikoulu)

3 Korkea-aste (ammattikorkeakoulu/yliopisto)

5. Oletteko ollut leikkauksessa aikaisemmin?

1 Kyllä

2 Ei

6. Mikä leikkaus Teille on tehty nyt osastolla ollessanne:

Jalan alueen leikkaus:____ Pään alueen leikkaus:____ Käden alueen leikkaus:____

Olkapään leikkaus:____

Muu leikkaus, mikä:

2 LÄÄKKEETTÖMÄN KIVUNHOIDON SAATAVUUS/TARJOAMINEN

Seuraavat kysymykset liittyvät saamaanne lääkkeettömään kivunhoitoon. Vastatkaa rengastamalla mielestänne sopivin vaihtoehto.

7. Tarjosiko/ehdottiko hoitaja jotain seuraavista kivunlievitysmenetelmistä (voitte rengastaa useamman vaihtoehdon)

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 | Asentohoito |
| 2 | Kylmäpakkaus |
| 3 | Lämpöhoidot |
| 4 | Hieronta |
| 5 | Keskustelu/kuuntelu |
| 6 | Musiikki |
| 7 | PEP-pullo (puhalluspullo) |

8. Kerrottiinko Teille tarpeeksi kivunlievitys menetelmästä ja sen tarkoituksesta?

1 Kyllä

2 Ei

9. Mitä seuraavasti lääkkeettömistä kivunlievitys menetelmistä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossanne käytettiin? Voitte rengastaa useamman vaihtoehdon.

1 Asentohoito

2 Kylmäpakkaus

3 Lämpöhoidot

4 Hieronta

5 Keskustelu/kuuntelu

6 Musiikki

7 PEP – pullo

10. Annettiinko Teille tarpeeksi tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta?

1 Kyllä

2 Ei

3 LÄÄKKEETTÖMÄN KIVUNLIEVITYSMENETELMIEN TEHOKKUUS JA TYYTYVÄISYYS

Seuraavat kysymykset liittyvät saamaanne lääkkeettömään kivunhoidon tehokkuuteen ja tyytyväisyyteen.

11. Oliko lääkkeettömästä kivunlievitysmenetelmästä mielestänne hyötyä?

- | | |
|---|---------------|
| 1 | Kyllä |
| 2 | Ei |
| 3 | En osaa sanoa |

12. Arvioikaa tyytyväisyyttänne lääkkeettömään kivunlievitykseen kokonaisuudessaan

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | erittäin tyytyväinen |
| 2 | melko tyytyväinen |
| 3 | tyytymätön |
| 4 | erittäin tyytymätön |
| 5 | en osaa sanoa |

13. Jos Teille kokeiltiin jotain seuraavista menetelmistä, arvioikaa sen kipua lievittävä tehoa ympäröimällä kokemustanne vastaava numero

	erittäin tehokas	tehokas	tehoton	täysin tehoton
Asentohoito	1	2	3	4
Kylmäpakkaus	1	2	3	4
Lämpöhoito	1	2	3	4
Hieronta	1	2	3	4
Keskustelu/ kuuntelu	1	2	3	4
Musiikki	1	2	3	4
PEP – pullo	1	2	3	4

14. Oliko käyttämistänne lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä jotakin haittaa/haitallisia sivuvaikutuksia?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

Jos vastasit kyllä, niin millaisia sivuvaikutuksia:

4 KIVUN ARVIOINTI

Seuraavat kysymykset liittyvät kipunne arvioimiseen. Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle.

- | | |
|---|-------------------------|
| 4 | täysin samaa mieltä |
| 3 | jokseenkin samaa mieltä |
| 2 | jokseenkin eri mieltä |
| 1 | täysin eri mieltä |

15. Sain tietoa kipumittarin käytöstä 4 3 2 1

16. Kipuani arviointiin kipumittarin avulla 4 3 2 1

17. Kipuani arvioitiin säännöllisin väliajoin 4 3 2 1

18. Sain itse määrittää kipuni voimakkuuden 4 3 2 1

19. Kipuni arviointi on ollut mielestäni riittävää 4 3 2 1

20. Käytettiinkö kipumittarin ohella muita arviointimenetelmiä (näitä voivat olla esim. sanallinen kipuasteikko tai numeroiden avulla numeerinen kipuasteikko)

1 Kyllä, mitä

2 Ei

21. Miten hoitajat ovat mielestänne suhtautuneet kipuunne?

22. Mitä parannus ehdotuksia Teillä olisi osaston kivunhoitoon liittyen?

Kiitos vastauksista!

