

Kirurgisen toimenpiteen kokeneen potilaan postoperatiivisen
kivun hoidon potilasohjaus Länsi-Pohjan keskussairaalan
osastolla 4 B

Opinnäytetyö

Reetta Ahvenjärvi ja Marjut Hiltula

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

KEMI 2014

TIIVISTELMÄ

LAPIN AMMATTIKORKEAKOULU, Hyvinvointipalvelujen osaamisalue

Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyön tekijä(t):	Reetta Ahvenjärvi & Marjut Hiltula
Opinnäytetyön nimi:	Kirurgisen toimenpiteen kokeneen potilaan postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjaus Länsi-Pohjan keskussairaalan osastolla 4 B
Sivuja (joista liitesivuja):	86(12)
Päiväys:	25.02.2014
Opinnäytetyön ohjaaja(t):	Anja Mikkola & Marianne Sliden
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjausta Länsi-Pohjan keskussairaalan osastolla 4 B. Tutkimuksen tavoitteena oli saatujen tutkimustulosten perusteella kehittää osastolla 4 B toteutettavaa kivun hoidon potilasohjausta. Tutkimustehtävänä oli teemahaastatteluiden avulla kartoittaa millaista potilasohjausta kirurgisen toimenpiteen kokeneet potilaat saivat postoperatiiviseen kivun hoitoon.</p> <p>Teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin kivun hoidon potilasohjauksesta, kivun hoidon eri menetelmiä käyden läpi lääkkeelliset kivun hoitomenetelmät ja lääkkeettömän kivun hoitomenetelmät postoperatiivisessa hoitotyössä. Lisäksi viitekehyksessä käsiteltiin kivun syntymekanismeja, erilaisia kivun ilmenemismuotoja, kivun arviointia sekä kivun hoitoon liittyvää kirjaamista.</p> <p>Tutkimussuunnitelma valmistui syksyllä 2013 ja toimi pohjana tutkimuksen toteuttamiselle. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla keväällä 2014. Teemahaastatteluihin osallistui viisi kirurgisen toimenpiteen kokenutta potilasta. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.</p> <p>Haastatteluiden perusteella potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä saamansa hoitoon, mutta potilasohjauksessa esiintyi joitakin puutteita. Tutkimustulosten perusteella informaation saaminen kivusta ja sen luonteesta ennen toimenpidettä oli puutteellista. Myös informaation saaminen eri kivun hoitomenetelmistä oli puutteellista sekä ennen toimenpidettä, että toimenpiteen jälkeen. Informaatiota eri kivun hoitomenetelmistä potilaat saivat kuitenkin enemmän toimenpiteen jälkeen, kuin ennen toimenpidettä. Potilaiden itsemäärämisoikeus ei pääsääntöisesti toteutunut kivun hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa, mutta muuten potilaiden itsemäärämisoikeutta osastolla kunnioitettiin. Tutkimustulosten perusteella lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjausta tulisi osastolla kehittää. Lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus oli osastolla riittävää ja monipuolista. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaukseen. Potilaat kokivat myös kivun lievityksen riittäväksi osastolla ollessaan.</p>	
Asiasanat: postoperatiivinen kivun hoito, potilasohjaus	

ABSTRACT

LAPPI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Health Care

Degree programme:	Nursing
Author(s):	Reetta Ahvenjärvi & Marjut Hiltula
Thesis title:	Postoperative pain management patient guidance after surgical operation at Länsi-Pohja's central hospital ward 4 B
Pages (of which appendixes):	86(12)
Date:	25.02.2014
Thesis instructor(s):	Anja Mikkola & Marianne Sliden
<p>The purpose of this thesis was to describe patient guidance for postoperative pain management at Länsi-Pohja's central hospital ward 4 B. Aim of the research was to develop guidance for pain management in ward 4 B according to results of research. Research task was to find out what kind of pain treatment guidance did patients get after surgical operation by interviewing patients.</p> <p>Theoretic framework dealt pain management patient guidance together with pain treatment methods going through medic pain treatment as well as other methods for pain treatment in postoperative nursing. In addition framework dealt pain causes, different pain occurrence, pain assessment and pain treatment relevant recording.</p> <p>Research plan was completed in the autumn of 2013 and was basis for realization of research. Research material was collected with theme interviews at spring 2014. Theme interview contained five patients having surgical operation experience. Research material was analyzed with inductive content analysis method.</p> <p>Based on the interviews patients were mainly satisfied for the treatment they got, but there were some weaknesses in patient guidance. Results show that information about pain and its nature were insufficient. Also information about different methods was insufficient both prior and after operation. Information about different methods in pain management was given more after operation than prior operation. Patient's self determination was mainly not fulfilled in pain treatment planning and decision making but otherwise self determination was respected. Medic pain treatment guidance should be developed based on the results. Guidance of pain treatment without medication was sufficient and diverse. Patients were very satisfied about guidance of pain treatment without medication. Patients felt that pain relieve was sufficient during staying at ward.</p>	
Keywords: postoperative pain management, patient education	

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO.....	6
2 POSTOPERATIIVINEN KIPU JA SEN HOITO.....	8
2.1 Lääkkeellinen kivun hoito.....	14
2.2 Lääkkeetön kivun hoito.....	22
2.3 Puudutteet kivun hoidossa.....	23
2.4 Kivun arviointi.....	27
2.5 Kivun hoidon etiikka.....	29
2.6 Kivun hoidon kirjaaminen.....	30
3 POTILASOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA OHJAUSTYÖN ETIIKKA.....	32
4 AIEMPAA TUTKIMUSTIETOA KIVUN HOIDOSTA JA POTILASOHJAUKSESTA.....	36
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	38
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	39
6.1 Tutkimusmenetelmä.....	39
6.2 Tutkimukseen osallistujat.....	39
6.3 Tutkimusaineiston keruu.....	41
6.4 Tutkimusaineiston analyysi.....	42
7 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	46
7.1 Potilasohjaukseen liittyvä informaatio postoperatiivisesta kivun hoidosta.....	46
7.2 Itsemääräämisoikeus postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksessa.....	48

7.3 Postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjaus erilaisista hoitomenetelmistä sekä kivun arviointi.....	49
7.4 Postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksen toteutuminen.....	53
8 LUOTETTAVUUDEN TARKASTELU.....	59
9 POHDINTA	61
9.1 Oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteita.....	61
9.2 Tutkimuksen eettisyys.....	67
LÄHTEET.....	70
LIITTEET.....	75

1 JOHDANTO

Kipua voidaan kuvata fysiologisena ilmiönä sekä tunne- että aistikokemuksena. Kivun hoidolla pyritään ehkäisemään kipua ja estämään sen pitkittymistä. Pitkittyessään kipu voi vaikuttaa ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja terveyteen, muun muassa sosiaalisiin suhteisiin ja toimintakykyyn. Maailman terveysjärjestön WHO:n (1994) ja Lissabonin julistusten (1995) mukaan hyvä ja nykyaikaisen tietämyksen mukainen kivun hoito ja siihen liittyvä potilasohjaus kuuluu jokaisen kansalaisen perusoikeuksiin. Kivun lievitykseksi on kehitetty tutkimustietoon perustuen monia erilaisia menetelmiä ja näitä hoitomenetelmiä kehitetään jatkuvasti lisää. Postoperatiivisella eli toimenpiteen jälkeisellä kivun hoidolla pyritään vähentämään kudosvauriota, edistämään toipumista ja ehkäisemään kivun pitkittymistä eli kroonistumista. Hyvin toteutetulla kivun hoidolla ja kivun hoidon potilasohjauksella voidaan nopeuttaa toimenpiteen jälkeistä kuntoutumista ja kotiin pääsyä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 9,11,28.)

Potilasohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä; sen tarkoituksena on tukea potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Laadukas ja onnistunut potilasohjaus edistää potilaan terveyttä monin eri tavoin. Sen on havaittu edistävän potilaan toimintakykyä, kotona selviytymistä, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja itsenäistä päätöksentekoa. Ohjauksen ansiosta potilaiden tiedon määrä ja ymmärrys hoitoonsa liittyvistä asioista on lisääntynyt. Lyhytkestoisissa ja kertaluontoisissa, kuten postoperatiivisen vaiheen ohjaustilanteissa, on omat erityispiirteensä, vaikka ohjauksen peruseräkkeet ovatkin samantyyppiset. Ohjaukseen vaikuttavat monet tekijät, kuten muuttuvat käytännöt ja toimintaympäristöt. Ohjauksen tulee mahdollistaa potilaat ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Heidän tulee ymmärtää sen merkitykset sekä mahdollisuudet, koska sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet, mikä pakottaa potilaat osittain vastuuseen omasta hoidostaan. Etenkin kirurgisen toimenpiteen kokeneet potilaat ovat yleensä vain käymässä sairaalassa, jolloin he huolehtivat omasta hoidostaan suurimmaksi osaksi sairaalan ulkopuolella. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 12, 20-21,29-30).

Potilasohjauksen perustan on määrittänyt sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö.

Potilasohjauksesta on tehty useita laatu- ja hoitosuosituksia. Ohjauksessa täytyy ottaa huomioon potilaan ihmisarvo, itsemäärämisoikeus, sekä vakaamus ja yksityisyys. Ohjaus on annettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjausta annettaessa potilaalle on kerrottava eri hoitovaihtoehtoista ja siitä miten hoidot vaikuttavat ja mitä niiden haittavaikutukset ovat. Kirurgisen toimenpiteen jälkeen lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjauksen lisäksi yhtä tärkeää on lääkkeetön kivun hoidon potilasohjaus. Lääkkeettömässä kivun hoidon potilasohjauksessa tulee keskittyä potilaan toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä potilaan motivoimiseen. (Kyngäs ym. 2007, 20-21; Eloranta & Virkki 2011, 11,13; Salanterä ym. 2006, 13,29; Valvira 2014, hakupäivä 07.02.2014).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjausta Länsi-Pohjan keskussairaalan osastolla 4 B. Osaston erikoisaloja ovat gastroenterologia, urologia, syöpäkirurgia, thorax- ja verisuonikirurgia sekä plastiikkakirurgia. Osaston henkilökunta toteuttaa päivittäin työssään kivun hoitoa ja siihen liittyvää potilasohjausta. Tutkimuksen aihe tuli osasto 4 B:n henkilökunnan toiveesta. Alunperin tutkimuksen aiheena oli kivun hoidon laatu osastolla 4 B, mutta aiheen rajausta tarkennettiin postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjaukseen kyseisellä osastolla. Tutkimuksen tavoitteena on saatujen tutkimustulosten perusteella kehittää osastolla toteutettavaa postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjausta. Tutkimustehtävänä oli teemahaastatteluiden avulla kartoittaa millaista potilasohjausta kirurgisen toimenpiteen kokeneet potilaat saavat postoperatiiviseen kivun hoitoon.

Tutkimuksen teoriaosuudessa on käytetty lähdemateriaalina mahdollisimman uutta tutkittua näyttöön perustuvaa tietoa sekä kirjallisuutta. Teoriaosuudessa on käytetty sekä kansallisia, että kansainvälisiä lähteitä. Tutkimusaineisto on kerätty haastattelemalla viittä kirurgisen toimenpiteen kokenutta potilasta Länsi-Pohjan keskussairaalan osastolla 4 B. Tutkimukseen osallistumisen edellytyksenä oli, että toimenpide on tehty elektiivisesti eli ennalta suunnitellusti. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen; siinä on selvitetty potilaiden kokemuksia osastolla saatavasta postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksesta. Opinnäytetyössä paneudutaan kivun hoidon potilasohjaukseen, kivun hoidon eri menetelmiin käyden läpi lääkkeelliset kivun

hoitomenetelmät sekä lääkkeettömät kivun hoitomenetelmät postoperatiivisessa hoitotyössä. Lisäksi tutkimuksessa käsitellään kivun syntymekanismeja, erilaisia kivun ilmenemismuotoja, kivun arviointia sekä kivun hoitoon liittyvää kirjaamista. Tutkimus on laadullinen, jossa tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Keskeiset käsitteet tutkimuksessa ovat potilasohjaus ja postoperatiivinen kivun hoito.

2 POSTOPERATIIVINEN KIPU JA SEN HOITO

Kivun määrittäminen on yksiselitteisesti vaikeaa, koska kivun kokeminen on subjektiivinen kokemus. Kipu on määritelty epämiellyttävänä aistimuksena tai kokemuksena. Kivun aiheuttajia on monia, kuten kudosvaurio, sen uhka tai kiputila, jota kuvataan kudosvaurion käsittein. Kipua voi kuitenkin esiintyä myös ilman selkeää vammaa tai sairautta, tätä kuvataan idiopaattiseksi kivuksi. Biologisen käsityksen mukaan kivun kokeminen on ihmisen elossa olon ehto. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 105.)

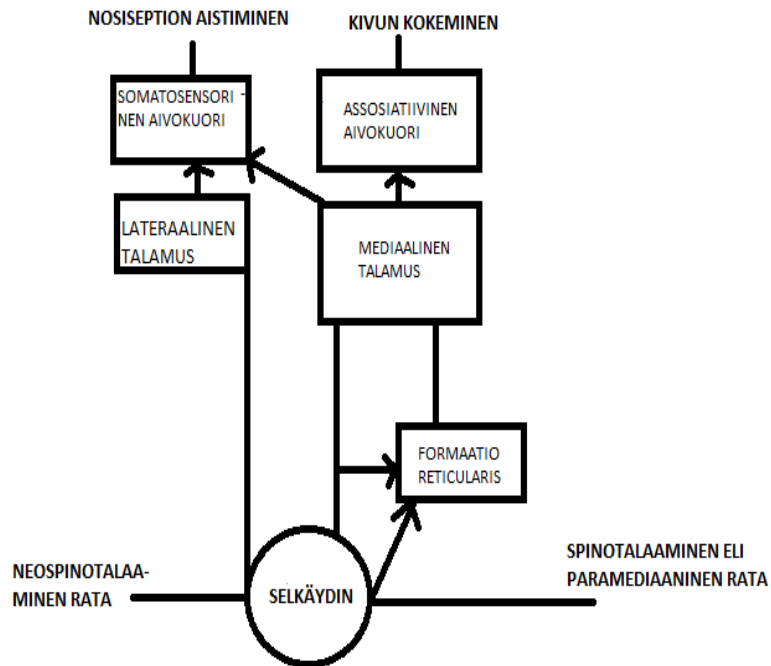
Kipu voidaan karkeasti luokitella kahteen pääluokkaan. Akuuttiin sekä krooniseen kipuun. Yleisimmin kipu on nopeaa ja ohimenevää. Tällaista kipua kutsutaan akuutiksi kivuksi. Sillä on elimistöä suojaava merkitys, jolla se varoittaa elimistöä siihen kohdistuvasta vauriosta. Kipu on elimistön normaali reaktio. Akuutille kivulle löytyy lähes aina jokin syy. Olennainen asia on, että kivun patofysiologia tunnetaan hyvin ja nykyisillä kivun hoitomenetelmillä voidaan taata tehokas kivun lievitys. Ominaista akuutille kivulle on, että se helpottuu vaurion paranemisen jälkeen. Akuuttia kipua esiintyy tavallisimmin synnytyksessä, jonkin tapaturmaisen vamman yhteydessä ja leikkauksen jälkeen, jolloin kipua kutsutaan postoperatiiviseksi kivuksi. (Kalso ym. 2009,106.)

Akuutin ja kroonisen kivun erottaa toisistaan aika; se kuinka pitkään kipu on jatkunut. Krooninen kipu on erilaista kuin akuutti kipu ja sen syntymekanismi on eri. Kuitenkin lähes aina kroonista kipua on edeltänyt akuutti kipu, joka ei ole parantunut kivun hoidosta huolimatta. Hyvällä kivun hoidon potilasohjauksella voidaan ehkäistä kipua kroonistumasta. Kipua kutsutaan krooniseksi, jos sen kesto on ylittänyt kudosvaurion paranemiseen tarvittavan ajan; joka vie useimmiten muutamia kuukausia. Kroonisen

kivun rajana voidaan pitää 3-6 kuukauden kestänyttä jatkuvaa kipua. Tästä syystä kroonisen kivun diagnostiikka ja hoitomekanismit ovat erilaiset kuin akuutissa kivussa. Kroonista kipua voi aiheuttaa myös pitkäkestoinen sairaus, kuten nivelrikko. Suurin osa kroonisen kivun aiheuttajista on tuki- ja liikuntaelinperäisiä. (Hamunen & Kalso 2009, 278-285; Kalso ym. 2009, 106-107; Paakkari 2009, hakupäivä 20.11.2012; Vainio 2009 a, hakupäivä 20.11.2012.)

Kivun aiheuttajana on yleisimmin kudokseen kohdistuva vaurio tai elimellinen sairaus. Kivun tehtävänä on viestittää vauriosta. Kipua aiheuttavat erilaiset ärsykkeet vaikuttavat kipureseptoreihin, jotka ovat vapaita hermopäätteitä. Kipureseptoreita esiintyy monissa elimissä. Kudonvaurion tai -vamman sattuessa kipureseptorit alkavat lähettää viestiä kivusta. Kipuviestit välittyvät kudoksissa olevista hermopäätteistä selkäyttimeen ja jatkavat sieltä kipuratoja pitkin aivokuoreen asti, jossa kivun kokeminen ja havaitseminen tapahtuvat. Tätä hermoston osaa, jonka läpi kipuviestit välittyvät, kutsutaan kipuradaksi (Kuva 1.). Kudonvaurion aiheuttaman ärsykkeen ja siitä aiheutuvan kiputuntemuksen välillä on paljon sekä sähköisiä että kemiallisia tapahtumia. (Idanpää-Heikkilä, Vapaatalo & Moilanen 2012, hakupäivä 20.11.2012; Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 2007, 461-464; Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2009, 483-486.)

Selkäytimen takasarven synapsit eli hermojen liitokset ovat tärkeä osa kivun muuntelua. Synapseissa kipurataan tulee informaatiota keskushermostosta ja kehon kudoksista. Informaatio voi olla joko kipua lisäävää eli eksikatorista tai kipua estävää eli inhibitorista. Kipua välittävät hermoradat kulkevat selkäytimen etuosassa nousten kohti aivoja. Osa hermoradoista päättyy keskiaivoihin, osa taas jatkaa suoraan aivokuoreen. Toinen tärkeä informaatiovirta välittyy aivorungon kautta aivokuoreen.(Kalso ym. 2009, 76-77; Leppäluoto ym. 2007, 461-464; Nienstedt ym. 2009, 483-486.)



Kuva 1. Kipuhermorata (mukaillen Kalso ym. 2009, 77.)

Kipureseptorit eli nosiseptorit ovat elimistössä olevia vapaita hermopäätteitä, joita löytyy lähes kaikista kudoksista. Terveessä kudoksessa kipureseptorit ovat korkeakynnyksisiä ja ne aktivoituvat vasta, kun elimistöön kohdistuvat ärsykkeet ovat niin voimakkaita, että ne aiheuttavat tai uhkaavat aiheuttaa kudonvaurion. Osa kipureseptoreista eli niin sanotut hiljaiset nosiseptorit aktivoituvat vasta silloin, kun niitä ympäröivät kudokset ovat tulehtuneet. (Kalso ym. 2009,77-78 ; Salanterä ym. 2006, 49.)

Kipureseptoreita aktivoivat voimakkaat tuntemukset eli kuuma ja kylmä sekä mekaaniset ärsykkeet. Riippumatta siitä, miten kudonvaurio muodostuu, sen seurauksena syntyy tulehdusreaktio. Tulehdusreaktiossa muodostuu ja vapautuu useita endogeenisiä tulehduksen välittäjäaineita, jotka kykenevät myös joko suoraan aktivoimaan kipuhermopäätteitä tai herkistämään niitä muille ulkoisille ärsykkeille. Tällöin normaalisti korkeakynnyksisten kipureseptoreiden ärsytyskynnykset laskevat ja niiden vasteet voimistuvat. Seurauksena on mahdollisen spontaanin kivun lisäksi se, että ärsykkeet, jotka ei normaalisti aiheuta kipua, voivat muuttua kivuliaiksi. (Salanterä ym. 2006, 49; Vainio 2009 b, hakupäivä 20.11.2012.)

Kipureseptoreiden herkistämisen lisäksi tulehdusreaktion välittäjäaineilla on monia muitakin tehtäviä tulehdusreaktion ja kudoksen uusiutumisen säätelyssä. Tällä tarkoitetaan niiden verisuonivaikutuksia, vasodilataatiota eli verisuonten laajenemista ja suonten seinämien permeabiliteetin eli läpäisevyyden lisääntymistä. (Salanterä ym. 2006, 49; Vainio 2009 b, hakupäivä 20.11.2012.)

Kipureseptorit vaikuttavat kudsvaurioon myös rakenteellisesti. Muutaman päivän kuluessa hermopäätteet haaroittuvat voimakkaasti ja niiden sisältämä neuropeptidimäärä kasvaa merkittävästi. Neuropeptideillä tarkoitetaan hermosolujen valmistavia välittäjäaineita tai säätelijöitä, joita vapautuu hermopäätteistä. Kipureseptoreissa tapahtuvat muutokset lisäävät kipuneuronien säätelyvaikutusta tulehdusreaktioon ja kudoksen uusiutumiseen. Ne saattavat olla merkittäviä myös kudoksen kipuherkkyyden kannalta. (Salanterä ym. 2006, 51.)

Postoperatiivisella kivulla tarkoitetaan toimenpiteen jälkeistä kipua. Leikkauksen jälkeinen kipu aiheutuu leikkauksen aiheuttamasta kudsvauriosta ja siitä aiheutuvista vaikutuksista. Tällaisessa tilanteessa kivulla on syy ja kipu on usein lyhytkestoista. Postoperatiivisen kivun kokemiseen vaikuttaa leikkaustekniikka, leikkausasennot, operaation laajuus, leikkaushaavan sijainti ja potilaan kipuherkkyys. Ennen toimenpidettä annetulla informaatiolla kivusta on merkitystä postoperatiivisen kivun kokemiseen. Näin ollen potilas on tietoinen mahdollisesta kivun luoneesta ja sen eri hoitomenetelmistä. Informaation saaminen auttaa potilasta valmistautumaan toimenpiteen jälkeiseen kipuun. Akuutti postoperatiivinen kipu on kovimmillaan kolmena ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä vuorokautena. Postoperatiivista kipua on ehdottoman tärkeää hoitaa. Oikeanlaisella kivun lievityksellä vähennetään kudsvauriota, edistetään potilaan toipumista ja estetään samalla kivun pitkittymistä ja muuttumista krooniseksi. (Coll&Ameen 2006, 178-187; Jokela, Kairaluoma, Kujala, Nieminen, Nilson & Nilsson 2010, hakupäivä 20.11.2012; Vainio 2009b, hakupäivä 20.11.2012)

Leikatun potilaan kivun tunnistaminen ja huomioiminen on tärkeää, koska kipu rajoittaa liikkumista. Leikkausaluetta tulee suojata, mutta ei varjella liikaa liikkeiltä, koska pienetkin liikkeet parantavat alueen verenkiertoa ja näin edesauttavat haavan

paranemista. Tyypillistä leikatun potilaan kivun tunnistamisessa on, että leikattua aluetta tai raajaa varjellaan ja varotaan liikkeiltä, koska se tekee kipeää. Tämän vuoksi lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus on tärkeää, jotta potilaan toipumista voidaan edesauttaa ja ylläpitää potilaan toimintakykyä. Suurin osa elimistön akuuteista vaurioista ja niihin liittyvistä tulehdusreaktioista paranevat joko itsekseen, levossa, liikkeessä tai lääkinnällisin keinoin; tällöin myös kipu häviää. (Jokela ym. 2010, hakupäivä 20.11.2012.)

Kivun kokemiseen ja sen hoitoon liittyvät oleellisesti ne seikat, millainen toimenpide on ollut kyseessä. Leikkaustavat sekä leikkausasennot ovat merkityksellisiä. Leikkausasennolla tarkoitetaan asentoa, johon potilas asetetaan, kun hänet on puudutettu tai nukutettu. Leikkausasennolla pyritään luomaan kirurgille mahdollisimman esteetön pääsy ja näkyvyys leikkausalueelle ilman, että potilaalle aiheutuu siitä vahinkoa. Pitkissä leikkauksissa leikkausasennot jo itsessään aiheuttavat potilaille kipua liikkumattomuuden vuoksi. Erilaiset asennot voivat aiheuttaa painaumia, ylijännus- ja venytystiloja. Kipua voivat aiheuttaa myös leikkauksessa asennettavat dreenit. Dreeneillä tarkoitetaan leikkaushaavassa olevaa laskuputkea, joka poistaa verta ja kudostenestettä leikkausalueelta. Kipuun vaikuttavat myös potilaan mahdolliset sairaudet kuten nivelreuma, aiemmat kipukokemukset, pelko leikkauksen epäonnistumisesta sekä potilaan ikä. Hyvin toteutetulla kivun hoidolla ja kivun hoidon potilasohjauksella voidaan estää mahdollisia fyysisiä, sosiaalisia, tunneperäisiä ja henkisiä seurauksia. (Hamlin, Richardson-Tench & Davies 2009, 75; Jokela ym. 2010, hakupäivä 20.12.2012; Lukkari, Kinnunen, Korte 2007, 283; Rotko 2010, 312; Vaajoki 2012, hakupäivä 20.12.2012)

Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet sekä edistettävä väestön terveyttä. Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon on jokaisen kansalaisen perusoikeus. Hyvä sairaanhoito sisältää myös kivun hoidon ja sen potilasohjauksen. (Kalso ym. 2009, 508-509.)

Hyvän kivun hoidon lähtökohtana on kipua aiheuttavan sairauden tai oireiden mahdollisimman hyvä hoito ja myöhäisvaikutusten ehkäisy. Kipupotilaan hoito ja kuntoutus perustuvat yksilölliseen arvioon niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan

tuntemaan kipuun. Kivun hoito ja mahdollinen kuntoutus räätälöidään potilaan omien voimavarojen ja tarpeiden mukaisesti. Kivun hoidon tavoitteena pidetään kivun lievitystä, toimintakyvyn kohenemistä sekä elämänlaadun paranemista. (Vainio 2009 c, hakupäivä 20.11.2012.)

Asianmukainen diagnostiikka kivusta ja potilaan informointi kivun hoidosta ovat perusedellytykset toimivalle ja hyvälle kivun hoidolle. Luottamukselle ja hoitomyöntyvyydelle pohjautuva keskustelu luo molemminpuoleisen ymmärryksen. Potilaan kuuntelu ja huolellinen tutkiminen, sekä löydösten kertominen potilaalle on ensisijaisen tärkeää. Hoidossa tulee noudattaa potilaan itsemääräämisoikeuden periaatetta ja potilaalla on oikeus osallistua hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoihin, vaikka lääketieteelliset päätökset suorittaa hoitava lääkäri. (Haanpää 2007, hakupäivä 20.11.2012.)

Postoperatiivinen kivun hoito tulee olla oireenmukaista hoitoa ja potilasta tulee informoida oireista. Kipulääkitys tulee järjestää potilaalle hänen oireidensa ja tarpeidensa mukaisesti. Lääkitystä valitessa tulee ottaa huomioon potilaan aiemmat sairaudet ja lääkitykset sekä mahdolliset yliherkkyydet. Leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon käytetyn lääkityksen sairaalassa määrää anestesia- ja kivunlääkäri, mutta osastolla potilaiden hyvästä ja turvallisesta lääkehoidosta vastaavat sairaanhoitajat. Potilaalle on kerrottava eri hoitovaihtoehtoista ja siitä miten hoidot vaikuttavat ja mitä niiden haittavaikutukset ovat. (Valvira 2014, hakupäivä 07.02.2014). Potilaalle täytyy myös kertoa, miten hän pystyy omalla toiminnallaan ehkäisemään kipua ja kivun voimistumista ja näin ollen edistämään kivun hoitoa. (Haanpää 2007, hakupäivä 20.11.2012; Kalso 2011, hakupäivä 21.11.2012; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012a, hakupäivä 21.12.2012; Salanterä 2008,42-43, hakupäivä 15.02.2014.)

Anestesia- ja kivunlääkäri tulisi mahdollisuuksien mukaan keskustella eri kivun hoitomenetelmistä potilaan kanssa jo leikkausta edeltävänä päivänä. Jotta hyvä ja turvallinen lääkehoito toteutuu, on myös potilaan oltava aktiivinen ja kommunikointi- ja tuntemuksistaan ja oireistaan. Potilaalle tulee kertoa, että oireet liittyvät hermojärjestelmän hetkelliseen ärtyvyyteen. Oireita pahentavat tekijät tulee tunnistaa ja

niitä tulee välttää. Kuitenkin potilasta on aktivoitava kiputilastaan huolimatta ja häntä tulee kannustaa etsimään aktiviteetteja ja toimintatapoja, jotka eivät pahenna oireita. Passiivisuus ja liikkumattomuus rajoittavat elämää ja lisäävät toissijaisia lihas- ja nivelperäisiä kipuja. (Haanpää 2007, hakupäivä 20.11.2012; Kalso 2011, hakupäivä 21.11.2012; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012a, hakupäivä 21.12.2012; Salanterä 2008,42-43, hakupäivä 15.02.2014.)

2.1 Lääkkeellinen kivun hoito

Hoitajan tulisi päivittää tietojaan ja käyttää ajankohtaista tutkimustietoa hyödyksi työssään. Lääkehoito on myös olennainen osa hoitajan päivittäistä työtä. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen vaatii hoitajalta laajaa osaamista ja lääkehoidon kokonaisuuden hallintaa hoitotyössä. Hoitajalla tulisi olla vahva tietotaito pohja ohjattavasta asiasta, ennen kuin neuvoo ja ohjaa potilasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11, hakupäivä 11.02.2014.)

Farmakologisella kivun hoidolla tarkoitetaan sellaista kivun hoitoa, jossa käytetään kivunlievitykseen lääkitystä. Lääkehoitoa toteutetaan antamalla lääke suun kautta, pistämällä lihakseen, suonensisäisesti, peräaukon kautta, laastarina iholla tai epiduraalipuudutteina. Riippuen operaatiosta ja sen suuruudesta kipulääkkeet annostellaan ensimmäisen 24 tunnin aikana injektiona lihakseen, suurissa toimenpiteissä pitempäänkin. Tämän jälkeen jatketaan suun kautta annettavilla kipulääkkeillä tarpeen mukaan. Kipulääkitys tulee toteuttaa aina suun kautta, jos se vain on mahdollista, koska injektioina annettavat lääkkeet aiheuttavat lisäkipua. Injektioina annettavat lääkkeet annetaan aina neulan avulla joko ihon sisään, ihonalaiskudokseen tai lihakseen, jolloin neulanpisto ja lääkeaineen siirtyminen ruiskusta kudokseen voi aiheuttaa lisäkipua. (Vaitinen 1996, 40-41.)

Yleisimpiä kipulääkkeitä leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa ovat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli ja opioidit. Tulehduskipulääkkeet ovat oikein käytettyinä hyviä kivun ja tulehduksen lievittäjiä, mutta niihin liittyy useita haittavaikutuksia, kuten ruoansulatuskanavan vaivoja. Paras hyöty tulehduskipulääkkeistä saadaan leikkauksen jälkeisessä hoidossa, vammoihin liittyvissä

kivuissa, lihas- ja luustoperäisissä kivuissa sekä tulehdustiloissa. Parasetamoli on yleisesti kivun hoitoon käytetty lääke. Lääke on tehokas ja vatsalle ystävällinen, kun sitä käytetään lääkäriltä saatujen ohjeiden mukaisesti. Suositeltu annos on 0,5g-1g 3-4 kertaa vuorokaudessa. Maksimi-annosta 3-4g, ei saa ylittää, koska suurina määrinä käytettynä parasetamolista voi aiheutua vatsavaivoja sekä maksavaurioita. Parasetamolia käytettäessä tulee olla huolellinen, ettei parasetamolien vuorokausiannos ylitä. Potilaalle on tärkeää kertoa lääkkeiden vuorokausiannostuksista, jotta turvallinen lääkehoito toteutuu myös kotiuduttua toimenpiteen jälkeen. Yleisimpiä parasetamolivalmisteita postoperatiivisessa kivun hoidossa ovat Panadol ®, Perfalgan ® sekä Panacod ®. Annostelu toteutetaan suun kautta tai suonensisäisesti. Opioidit toimivat kipulääkkeenä leikkauskivun hoidossa estämällä kivun välittymistä aivoissa, selkäytimessä sekä ääreishermostossa. Opioidit ovat tehokkaita lääkkeitä akuutin kivun hoidossa. Opioideja voidaan käyttää myös kroonisen kivun hoidossa. Opioidien käytössä tulee noudattaa tarkkaa huolellisuutta, ja niiden käyttö on lopetettava asteittain. Ne eivät sovellu kotona käytettäviin lääkkeisiin. Opioidien hankalimpana haittavaikutuksena pidetään siitä aiheutuvaa riippuvuutta, eivätkä ne sovellu kaikille. Opioidit aiheuttavat myös voimakasta ummetusta. (Kalso ym. 2009, 181-193.)

Tulehduskipulääkkeet eli anti- inflammatoriset analgeetit ovat lääkeaineryhmä, jolla on kipua, tulehdusta ja kuumetiloja lieventävä vaikutus. Anti-inflammatorinen tarkoittaa tulehdusta lievittävää ominaisuutta ja analgeettinen tarkoittaa kipua poistavaa ominaisuutta. Ne lievittävät lievää ja keskivaikeaa kipua. Tulehduskipulääkkeet toimivat myös pitkäaikaisessa hoidossa. (Nurminen 2010, 290-291.)

Tulehduskipulääkkeet voidaan epäsuorasti luokitella vanhoihin sekä uusiin kipulääkkeisiin. Vanhat kipulääkkeet, kuten asetyyylisalisyylihappo, tunnetummin kutsutut ASA- lääkkeet, mahdollistavat kivun lievityksen. Niiden pääsääntöinen käyttötarkoitus ei ole kuitenkaan kivun ja tulehduksen lievitys vaan ASA- lääkkeitä käytetään pääsääntöisesti veren hyytymisen estohoitona. Lisäksi vanhoilla tulehduskipulääkkeillä on paljon haittavaikutuksia. Uudet tulehduskipulääkkeet eli ei steroideihin kuuluvat NSAID (non steroidal anti- inflammatory drugs) analgeetit kuten ibuprofeeni, ketoprofeeni ja naprokseeni ovat oikein käytettyinä tehokkaita kivun ja tulehduksen lievityksessä. Uudet tulehduskipulääkkeet ovatkin postoperatiivisessa

kivun hoidossa ensisijainen lääkeaineryhmä. Niitä käytetään monesti jo ennaltaehkäisevästi postoperatiivisessa kivun hoidossa. Täysin turvallisia tulehduskipulääkkeet eivät kuitenkaan ole ja niiden käyttö tulee olla yksilöllisesti toteutettua. Vaikka tulehduskipulääkkeitä on lukuisia ja niiden kipua lievittävä tehokkuus eroaa toisistaan melko vähän, potilaiden väliset hoitovaste-erot saattavat olla suuria. (Kalso ym. 2009, 181; Nurminen 2010, 293.)

Tulehduskipulääkkeillä on kohtalaisen vähän interaktioita eli eri lääkeaineiden yhteisvaikutuksia. Lääkkeiden yhteisvaikutusten keskeisimpiä riskitekijöitä ovat käyttäjän ikä sekä käytettävien lääkkeiden määrä. Lisäksi potilaan perinnölliset poikkeavuudet ja sairaudet voivat johtaa yhteisvaikutukseen. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 109-110.)

Vähäisten interaktioiden vuoksi NSAID tulehduskipulääkkeet ovat paljon käytettyjä, vaikka ne eivät ole vaikutukseltaan sen tehokkaampia kuin vanhat ASA-kipulääkkeet. Tavallisin tulehduskipulääkkeiden aiheuttama haitta on ruuansulatuskanavan ärsytys. Muita haittavaikutuksia ovat yliherkkyysoireet, verenvuototaipumus ja munuaisten toimintahäiriöt. Ilmenemismuotoja voivat olla närästys, vatsakipu, oksentelu, ripuli ja pahoinvointi. Tästä syystä tulehduskipulääkkeitä ei tule käyttää potilailla, joilla on jo tiedossa verenvuoto- tai hyytymishäiriö, sydämen vajaatoiminta, hypovolemia eli elimistön tila, jossa kiertävän veren tai kokonaisnestetilavuuden määrä on vähentynyt tai taipumus maha-suolikanavan haavautumiselle. Pitkäaikaisessa käytössä voi aiheutua ulkustauti eli mahan limakalvojen haavoittuminen, myös muut suolistovauriot ja ruokatorventulehdukset ovat mahdollisia. Mahanärsytyksen vuoksi tulehduskipulääkkeisiin on pyritty lisäämään puskuroivaa ainetta tai enterovalmisteita, jonka johdosta lääkeaine vapautuu vasta ohutsuolessa, jolloin sen ärsytys ruokatorvessa ja mahalaukussa jää vähäisemmäksi. Välittömässä postoperatiivisessa kivun hoidossa tulehduskipulääkkeitä voidaan annostella laskimonsisäisesti (i.v), peräsuoleen (per rectum) lihakseen (i.m) ja myöhemmässä vaiheessa suun kautta (per os). (Airaksinen, Dahlström, Kivilompolo, Matila, Mikkola, Närhi, Ojala & Pikkujämsä 2005, 63; Kalso ym. 2009, 181; Laine 2005, 9,93; Nurminen 2010, 293; Taam-Ukkonen & Saano 2010, 109.)

Tulehduskipulääkkeiden toiminta perustuu siihen, että ne estävät prostaglandiinien muodostumista elimistössä. Arakidoni muodostaa prostaglandiineja solukalvoilla syklo-oksigenaasi- nimisen COX- entsyymien avulla. Kun näiden COX- entsyymien toimintaa estetään tulehduskipulääkkeillä prostaglandiinien muodostuminen vähenee. Samalla tämä heikentää prostaglandiinien suojaavaa vaikutusta, josta johtuvat haittavaikutukset. Prostaglandiinit vaikuttavat munuaisten ja verisuonten normaaliin toimintaan, veren hyytymistekijöihin sekä vatsan limakalvojen suojaukseen. (Kalso ym. 2009, 181-182; Nurminen 2010, 293-294)

Parasetamoli luokitellaan kipulääkkeisiin. Parasetamolilla on lähes samanlainen analgeettinen ja antipyreettinen vaikutus kuin tulehduskipulääkkeillä, mutta sen anti-inflammatorinen vaikutus on lähes olematon eikä sitä tällöin voida luokitella tulehduskipulääkkeisiin. Antipyreettisellä vaikutuksella tarkoitetaan kuumetta alentavaa ominaisuutta. (Tuomas Peltonen, 2012) Parasetamoli on aniliinijohdos, jolla on kipua ja kuumetta alentava vaikutus ja sitä käytetäänkin pääsääntöisesti niiden hoitoon. Kuitenkaan parasetamoli ei vaikuta anti- inflammatorisesti, koska sillä on heikko vaste COX-2 entsyymien toimintaan. Parasetamolin vaikutusmekanismia ei täysin tunneta. Aikaisemmin luultiin sen vaikuttavan COX-3 entsyymien kautta, mutta tutkimusten pohjalta on todettu, että ihmisellä ei tätä kyseistä entsyymiä ole vaan se on sama geeni kuin COX-1 koodaava tuote. (Kalso ym. 2009, 187; Munsterhjelm 2005, 29; Peltonen 2012.)

Parasetamoli poikkeaa tulehduskipulääkkeistä siten, että se ei ärsytä maha-suolikanavaa eikä lisää verenvuototaipumusta. Parasetamoli ei vaikuta verihiutaleiden aggregaatioon eli solujen liittymiseen toisiinsa tai veren hyytymisaikaan alle 2 gramman vuorokausiannoksilla. Tämä mahdollistaa sen, että se soveltuu kipulääkkeeksi sellaisille henkilöille, jotka eivät pysty näistä syistä tulehduskipulääkkeitä käyttämään. Parasetamoli on myös oikein käytettynä turvallinen lääke lapsille sekä ikääntyville. Parasetamolia voidaan antaa tablettina, poretablettina, depottablettina, oraalinesteinä, per rectum eli suppona ja infuusion muodossa suoraan laskimoon. Lisäksi parasetamolilla on hyvä hyötyosuus eli lääkeaineesta imeytyy noin 80-90% vaikuttavaa ainetta plasman albumiini proteiineihin. (Kalso ym. 2009,187; Koskinen, Puireva, Salimäki, Puireva & Ojala 2012, 484-485.)

Parasetamolilla, kuten kaikilla lääkkeillä, on haittavaikutuksia. Haittavaikutukset ovat parasetamolilla harvinaisia, mutta niitä voivat olla esimerkiksi ihoreaktiot ja verenkuvan muutokset, kuten verihiutaleiden toiminnan huononeminen. Parasetamolin on osoitettu olevan turvallinen munuaisille, mutta sitä ei kuitenkaan tule käyttää yhdessä tulehduskipulääkkeiden kanssa, koska täyttä varmuutta sen vaikutuksesta munuaisiin ei ole pystytty osoittamaan. (Kalso ym. 2009,189.)

Parasetamolin metabolia eli aineenvaihdunta maksassa on rajallinen. Parasetamoli poistuu lähes täysin maksan kautta, jolloin se kuluttaa glutationi varastoja. Alkoholin väärinkäyttäjillä maksan glutationivarastot voivat olla ennestään hyvin pienet, jolloin parasetamolin myrkylliset aineenvaihdunnan tuotteet alkavat lisääntyä. Sama ilmiö koskee aliravittuja henkilöitä, kuten vanhuksia tai hankittua anoreksiaa eli sairaalloista laihuutta. Väärinkäytettynä eli liian suurina annoksina parasetamoli voi aiheuttaa maksaan pysyviä vaurioita. Vauriot kehittyvät hitaasti noin kolmen vuorokauden kuluessa. Suositus parasetamolin käytölle on 3-4 grammaa vuorokaudessa, jota ei tulisi ylittää. (Kalso ym. 2009,188; Koskinen ym. 2012, 484.)

Opioidit eli niin sanotut euforisoivat analgeetit luokitellaan PKV eli pääasiassa keskushermostoon vaikuttaviin lääkkeisiin. Opioidit vaikuttavat kipua estävästi selkäytimessä, keskiaivoissa, aivorungossa ja aivokuorella sijaitsevien opioidireseptoreiden välityksellä. Opioidit vaikuttavat myös tulehduksen aktivoimien perifeeristen opioidireseptoreiden kautta. Opioidit toimivat tehokkaimpina akuutin kivun hoidossa, jossa kipu on peräisin lähinnä tulehduksesta ja kudolvauriosta. Opioideja käytetään erityisesti suurten leikkausten jälkeiseen kivun hoitoon silloin, kun tulehduskipulääkkeillä, parasetamolilla tai puudutteilla ei saavuteta riittävää kivun lievitystä. Opioidien vaikutus on paljon laajempi kuin tulehduskipulääkkeiden tai parasetamolin, joten niiden käyttö tulee olla hyvin valvottua ja tunnettua. Kipua lievittävän eli analgeettisen vaikutuksen lisäksi tämä lääkeryhmä saa keinotekoisen euforisen eli hyvänolon tunteen, ja niiden väsyttävä ominaisuus on kovassa kivun hoidossa eduksi. (Kalso ym. 2009, 192-193.)

Opioidit voidaan luokitella kolmeen eri ryhmään. Heikosti vaikuttaviin, keskivahvoihin

sekä vahvoihin opioideihin. Heikkoihin opioideihin kuuluu dekstopropoksifeeni, kodeiini ja tramadoli. Näistä yleisimmin käytetty on kodeiini, jota Suomessa on saatavilla vain yhdistelmä lääkkeenä. Esimerkiksi postoperatiivisessa kivun hoidossa käytetään parasetamoli-kodeiini valmisteita tai ibuprofeeni- kodeiini valmisteita. Kodeiinin vaikutusmekanismi perustuu CYP2D6- välitteisen demetylaation muuttumiseen. Kodeiinilla on todettu jonkin verran interaktioita, kuten induktio eli solujen ja kudosten välinen vuorovaikutus karpametrapiiinin kanssa, sekä inhibiitio paroksetiin ja duloksetiin välillä. Inhibitiolla tarkoitetaan solujen välistä kiinnittymisen estoa. Haittavaikutukset ovat samat kuin vahvoilla opioideilla. Keskivahvoihin opioideihin luokitellaan buprenorfiini, joka on osittainen opioidiagonisti, jolla on niin sanottu ”kattovaikutus”. Osittaisella opioidiagonistilla tarkoitetaan sitä, että annostusta, jolla on analgeettinen vaikutus, voidaan nostaa vain tiettyyn pisteeseen asti. (Kalso ym. 2009, 202; Terveyskirjasto 2013 a, hakupäivä 11.06.2013; Terveyskirjasto 2013 b, hakupäivä 12.06.2013)

Buprenorfiinia ei käytetä akuutissa kivun hoidossa. Sen yleisin antomuoto on laastarina iholle tai tablettina kielen alle. Vahvoihin opioideihin kuuluu muun muassa morfiini, metadoni, oksikodoni sekä fentanyyli. Postoperatiivisessa kivun hoidossa näistä yleisimmin käytetty on oksikodoni, joka on yksi voimakkaimmista kipulääkkeistä. Se ei sovellu kotona käytettäviin lääkkeisiin. Oksikodonin käyttöä ei saa lopettaa äkillisesti, vaan se täytyy tehdä alenevin annoksin. Oksikodonia on käytettävissä lyhytvaikutteisena ja pitkävaikutteisena. Etenkin leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa käytetään lyhytvaikutteisia oksikodoni valmisteita, joiden vaikutusaika on 4-6 tuntia. Oikein käytettynä oksikodoni on tehokas kipulääke ja sen sivuvaikutukset ovat useimmiten hyvin hallittavissa ja ennakoitavissa. Sitä käytetään keskivaikeassa ja vaikeassa kivun lievityksessä. (Kalso ym. 2009, 202; Terveyskirjasto 2013 a, hakupäivä 11.06.2013; Terveyskirjasto 2013 b, hakupäivä 12.06.2013)

Oksikodonilla on hyvä biologinen hyötyosuus, joka on yli 65 prosenttia. Annostukseen vaikuttaa eniten potilaan ikä siten, että yli 70-vuotiailla maksan ja munuaisten normaalissa iän tuomasta vajaatoiminnasta johtuen lääkkeen eliminaatio on hidastunut. Oksikodoni on melko hyvin siedetty morfiinin kaltainen valmiste, jolla on lähes samanlainen vaikutusmekanismi, mutta lievemmät haittavaikutukset. Oksikodonin

haittavaikutuksiin kuuluu lähes aina pahoinvointi ja ummetus. Pahoinvointi ja ummetus häviävät muutaman vuorokauden kuluessa ja niitä voidaan lievittää lääkkeillä. Ummetusta aiheuttavan vaikutuksensa vuoksi opioidilääkityksen rinnalle tulisi aina lisätä laksatiivi. (Kalso ym. 2009, 202; Terveyskirjasto 2013 a, hakupäivä 11.06.2013; Terveyskirjasto 2013 b, hakupäivä 12.06.2013)

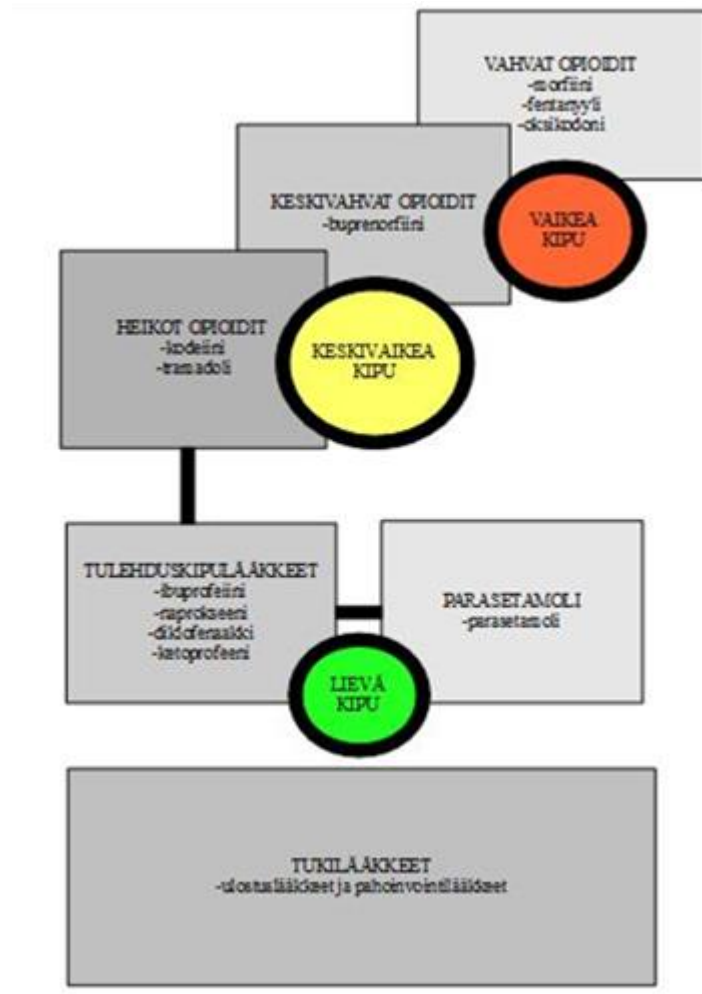
Opioidit saattavat aiheuttaa myös maha-suolikanavan oireyhtymän eli OBD:n (Opiate-induced Bowel Dysfunction). OBD:n oireita ovat kaasun kertyminen, maha-suolikanavan retentio, ummetus ja kovat ulosteet, kramppimaiset vatsakivut, gastrointestinaalinen refluksi, pahoinvointi ja oksentelu. Ummetus johtuu siitä, että maha-suolikanavassa on runsaasti opioidireseptoreita, joihin lääkeaine sitoutuu. Tämä aiheuttaa sekä suoliston liikkeiden hidastumista ja erityksen vähenemistä, että veden takaisin imeytymisen tehostumisen ja siten ummetuksen. Ummetuksesta kärsii jopa 85 % opioideja käyttävistä potilaista. Pahoinvointi helpottaa yleensä opioidilääkitystä jatkettaessa, mutta ummetus on pysyvä opioidilääkityksen haitta. Kaikki opioidit ja etenkin morfiiniin kaltaiset kipulääkkeet aiheuttavat fyysistä riippuvuutta, mutta postoperatiivisessa kivun hoidossa se ei ole tavallista, koska käyttöaika on lyhyt eikä se sovellu kotona käytettäviin lääkkeisiin. (Kalso ym. 2009, 202; Terveyskirjasto 2013 a, hakupäivä 11.06.2013; Terveyskirjasto 2013 b, hakupäivä 12.06.2013)

Opioideja voidaan antaa usealla eri tavalla, kuten injektiona lihakseen, suonensisäisesti, suun kautta, kielen alle tai laastarina. Pitkäaikaisessa kivun hoidossa opioidit pyritään antamaan ensisijaisesti suun kautta. Oraalisen eli suun kautta annostelun vasta-aiheena voi kuitenkin olla oksentelu ja ruuansulatuskanavan tukokset. Voimakas akuutti kipu hidastaa ja voi jopa pysäyttää ruuansulatuskanavan toiminnan, minkä vuoksi opioideja ei akuutin kivun hoidossa ole suotavaa antaa suun kautta. Ensisijaisesti postoperatiivisen kivun hoidossa opioidit annostellaan injektioina lihakseen tai suonensisäisesti. Lääkityksen antoreitti muutetaan oraaliseksi vasta kun ruuansulatuskanavan toiminta on normalisoitunut. Opioideja voidaan annostella myös spinaalisesti eli selkäytimen takasarvessa sijaitsevaan tilaan. Spinaalinen annostelu on kajoavaa ja vaatii resursseja sekä teknisiä apulaitteita. Spinaalisesti annettavat opioidit ovat käytössä vain syöpäpotilaiden vaativassa kivun hoidossa. Tunnetuimpia leikkauskivun hoidossa käytettäviä opioideja ovat morfiini ja oksikodoni. (Kalso ym.

2009, 193,197; Vainio 2009 d, hakupäivä 14.09.2012.)

Opioideilla voi olla erilaisia haittavaikutuksia, kuten muillakin lääkeaineilla. Haittavaikutukset voivat rajoittaa opioidien käyttöä. Opioidien käytössä esiintyviä yleisimpiä haittavaikutuksia ovat väsymys, pahoinvointi ja oksentelu, suun kuivuminen, hengityslama ja ummetus. (Kalso ym. 2009, 195.)

Ensisijaisena kivun hoitolääkkeenä käytetään parasetamolia, jos se vain on mahdollista ja riittävää. Toisena vaihtoehtoisena lääkkeenä ovat tulehduskipulääkkeet samoin ehdoin. Parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää myös rinnakkain, mutta ei samanaikaisesti. Nämä valmisteet ovat käytössä lievässä ja kohtalaisessa kivun hoidossa. Keskivaikeassa ja vaikeassa kivun hoidossa, kuten suurten leikkausten jälkeisessä kivun hoidossa käytetään opioideja. Yleisimmin käytettyjä opioideja kivun hoidossa ovat vahvat opioidit, kuten morfiini ja oksikodoni. Opioidien kanssa voi yhdistää parasetamolia tai tulehduskipulääkkeitä (Kuva 2.). (Kalso ym. 2009, 195; Peltonen 2012.)



Kuva 2. Porrastettu kivunhoitomalli (mukailten Terveyskirjasto 2013 c, hakupäivä 11.11.2013.)

2.2 Lääkkeetön kivun hoito

Lääkkeetön kivun hoito voi yksistäänkin helpottaa potilaan kipua, mutta tehokkain keino on yhdistää se lääkkeelliseen kivun hoitoon. Lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä ovat muun muassa asentohoito, kylmähoidot, kipsien ja siteiden istuvuus, potilasohjaus leikkausalueen tukemisessa, sängystä ylösnousemisessa ja vuoteeseen menemisessä. Rentoutuminen ja esimerkiksi musiikin kuunteleminen voi helpottaa potilaan kiputuntemusta. Lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä on hyvä toteuttaa myös kotiutumisen jälkeen edistämään toipumista. Nämä menetelmät tulisi ohjata potilaalle osastolla ollessa sekä antaa potilaalle myös kirjalliset ohjeet kotiin.

(Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 113; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 b, hakupäivä 17.05.2013.)

Toimenpiteiden jälkeen pyritään saamaan potilas liikkeelle mahdollisimman nopeasti, huomioiden kuitenkin leikkaushaavan asettamat rajoitteet. Liikkuminen auttaa potilasta kivun hallinnassa. Potilasohjauksessa täytyy huomioida myös hengitysharjoitukset. Hengitystä voidaan tehostaa pulloon puhallus harjoituksilla. Harjoituksilla pyritään helpottamaan leikkauksen jälkeistä kipua vähentämällä stressiä sekä rentouttamalla lihaksia. Potilaalle on tärkeä ohjata oikeanlainen yskimistekniikka. Yskiessä leikkaushaava tuetaan tyynyillä tai käsin. Tyynyillä voidaan tukea potilaan hyvää asentoa, koska on tärkeää saada leikkausalueelle rento asento. Painehaavaumien synty täytyy ehkäistä hyvällä asentohoidolla. Kiristävät vaatteet tulee poistaa leikkaushaavan rasituksen vähentämiseksi. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa kylmäpakkauksilla tai –pyyhkeillä. Kylmähoito vähentää leikkausalueen turvotusta ja kuumotusta sekä ehkäisee tulehdusreaktion syntyä. Kylmähoito helpottaa leikkauksen jälkeistä kipua nostamalla kipukynnystä. Hoito kestää yleensä 20-30 minuuttia kerrallaan. Paleltumavammojen muodostumisen riski täytyy huomioida kylmähoitoja annettaessa suojaamalla iho tekstiilien avulla. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 b, hakupäivä 17.05.2013.)

2.3 Puudutteet kivun hoidossa

Puudutusaineet vaikuttavat sitoutumalla hermosolujen eli neuronien solukalvolla oleviin natriumkanaviin ja estämällä sähköimpulssin etenemistä hermosolun solukalvolla. Puuduteaineiden vaikutusmekanismi siis perustuu natriumkanavien toiminnan salpaamiseen. Sähköimpulssin kulku estyy liikehermoissa, tuntohermoissa ja sympaattisissa hermosäikeissä. Kivunlievityksen kannalta tarpeellista on vain tuntohermosäikeiden puutuminen. Puuduteaineiden vaikutuksen lakattua hermosolujen toiminta palautuu normaaliksi. (Ahonen ym. 2012, 110-113; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 a, hakupäivä 17.05.2013; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 c, hakupäivä 17.05.2013.)

Laajojen kirurgisten toimenpiteiden jälkeiseen kivun hoitoon käytetään epiduraalista kivun hoitoa, joka on tehokas postoperatiivisen kivun hoidon menetelmä. Epiduraalinen kivun hoito on parhaimmillaan hyvin tehokas postoperatiivisen kivun hoitomenetelmä ja sallii potilaan varhaisen kuntoutumisen. Epiduraalista kivun hoitomenetelmää käytetään esimerkiksi eturauhasen poistoleikkauksissa, suoliresektioissa ja munuaisten poistoleikkauksissa. Epiduraalinen kivun hoito toteutetaan siten, että epiduraalineaulan avulla viedään epiduraalitilaan ohut katetri, jonka kautta puuduteainetta annetaan jatkuvana annosteluna. Epiduraalitila tarkoittaa selkärangankanavassa kovan selkäydinkalvon ja selkänikaman luukalvon välistä tilaa. (Ahonen ym. 2012, 110-113; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 a, hakupäivä 17.05.2013; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 c, hakupäivä 17.05.2013.)

Epiduraaliseen kivun hoitoon voidaan käyttää puuduteaineiden ja opioidien seosta. Puudutteen vaikutus alkaa 20 minuutin kuluessa. Epiduraalisen kivun hoidon tarkoituksena on saada leikkaushaava ja sitä ympäröivä alue täysin kivuttomaksi. Katetri kiinnitetään ihoon, että se ei pääse liikkumaan pois paikoiltaan. Myös pistokohta tulee suojata läpinäkyvillä steriileillä kalvoilla, jotta aluetta voidaan tarkkailla. Sairaanhoitajan tehtävänä on seurata säännöllisesti jalkojen puutuneisuutta sekä niiden liikkuvuutta. Jos puutuneisuuden raja nousee liian ylös elimistössä se voi lamata potilaan hengityselimistön. (Ahonen ym. 2012, 110-113; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 a, hakupäivä 17.05.2013; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 c, hakupäivä 17.05.2013.)

Epiduraalisen kivun hoidon vasta-aiheita voivat olla veren hyytymistä estävä sairaus, tietyn tyyppiset selän ja hermoston sairaudet tai potilaan kieltäytyminen tästä kivun hoitomenetelmästä. Ennen kuin epiduraalilääkitys aloitetaan potilaalta tulee ottaa laboratoriokokeita, kuten INR (K-vitamiiniriippuvaisten hyytymistekijöiden toiminta veren hyytymisessä) ja trombosyyttiarvo (verihiutaleiden määrä). Seurantalomake on tärkeä kivun hoidon toteutumisen seurannassa ja arvioinnissa. Epiduraalisen kivun hoidon seurantalomake koostuu epiduraalikatetrin laittoon liittyvästä dokumentoinnista, epiduraalitilaan annosteltavan lääkeseoksen dokumentoinnista sekä leikkauksen

jälkeisestä seurannasta ja dokumentoinnista. Epiduraalikatetrin laittoon liittyvä dokumentointi tarkoittaa epiduraalikatetrin laittopäivän, sijainnin, annetun koeannoksen, katetrin ja neulan koon sekä puutumisalueen dokumentointia. Epiduraalitalaan annosteltavasta lääkeseoksesta seurantalomakkeeseen dokumentoidaan antopäivä, lääkkeen määräävän anestesiaalääkärin nimi, lääkeseoksen kokonaistilavuus, infuusionopeus sekä muu sallittu lääkitys epiduraalisen lääkityksen aikana. Näiden lisäksi dokumentoidaan kuinka paljon lääkeseos sisältää puudutteita, nesteitä ja lääkaineita. (Ahonen ym. 2012, 110-113.)

Leikkauksen jälkeinen seuranta ja dokumentointi tarkoittaa vitaalielintoimintojen eli verenpaineen, pulssin ja happisaturaation seuranta, sedaatioasteen eli tajunnantason seuranta, puutumisalueen ja lihasvoiman seuranta, pahoinvoinnin ja kivun seuranta, virtsanerityksen seuranta sekä potilastyytyväisyyden huomioimista. Näiden lisäksi leikkauksen jälkeisessä seurannassa ja dokumentoinnissa huomioidaan lääkeseoksen infuusionopeus, epiduraaliseksi mahdollinen muutos, annetut lisälääkkeet ja epiduraaliruiskun vaihto. Tarkkailujen tekijät kirjaavat omat nimikirjaimensa aina seurantalomakkeeseen. Seurantaosio täytetään ainakin kerran työvuoron aikana ja aina jos infuusionopeus muuttuu tai boluksia eli ylimääräisiä lääkeseoksia epiduraalitalaan joudutaan antamaan. Epiduraalitalaan annettava kipulääkitys täytyy lopettaa asteittain lääkaineen infuusionopeutta pienentämällä. Useimmiten lääkitys kestää 1-4 vuorokautta toimenpiteen jälkeen. Kipulääkitys vaihdetaan peroraaliseksi epiduraalilääkityksen lopettamisen jälkeen. (Ahonen ym. 2012, 110-113; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 a, hakupäivä 17.05.2013.)

Postoperatiiviseen kivun hoitoon käytetään myös PCA-kipulääkeannostelijaa (patient control analgesi). PCA- kipulääkeannostelija on useimmiten yhdistettynä laskimokanyyliin, mutta se voidaan myös neulan avulla asettaa potilaan ihonalaiskudokseen. Tässä kivun hoitomenetelmässä potilaalla on kipupumppu, johon on ohjelmoitu yksilöllinen potilaan kivun hoidollisiin tarpeisiin vastaava kivun hoito-ohjelma, jonka anestesiaalääkäri suunnittelee. PCA-kipulääkeannostelijassa on annospainike, jota painamalla potilas saa kipulääkeannoksen. Potilas voi pumpun avulla itsenäisesti annostella tarvitsemansa kipulääkityksen omien kiputunteidensa mukaan. Ainoastaan potilas itse saa painaa lääkeseoksen annostelijan painiketta, eivätkä esimerkiksi

potilaan omaiset. Kipupumpussa on olemassa lukitusaika, mikä estää kipulääkkeen liian tiheään annostelun. Potilalle tulee antaa ohjausta pumpun käytöstä. (Ahonen ym. 2012, 110-113; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 b, hakupäivä 17.05.2013; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 d, hakupäivä 17.05.2013.)

Chumbley, Hall & Salmon (2002) ovat tehneet tutkimuksen, joka käsittelee PCA-kipupumppua. Tutkimuksessa selvitettiin, mitä informaatiota potilaat halusivat PCA-kipupumppuun liittyen. Tutkimustulosten mukaan potilaat halusivat informaatiota PCA-pumpussa käytettävästä lääkkeestä, enemmän tietoa lääkkeen sivu- ja haittavaikutuksista, pumpun turvallisuudesta; yliannostuksen vaarasta sekä lääkeaineeseen syntyvästä riippuvuudesta ja ohjausta pumpun käyttämiseen ja tekniikkaan. (Chumbley, Hall & Salmon 2002, 459-471, hakupäivä 16.02.2014)

Ohjauksen antaminen kipupumpun käyttöön on yhtä tärkeää kuin muunkin potilasohjauksen antaminen kivun hoitoon liittyen. Samojen periaatteiden mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa käytettävästä kivun hoitomenetelmästä, sen vaikuttavuudesta, sekä kipupumpussa käytettävän lääkeaineen sivu- ja haittavaikutuksista. Potilaalle tulee kertoa kipupumpun toimintaperiaatteet sekä kipupumpusta aiheutuvat rajoitukset liikkumisen suhteen. Potilaan turvallisuuden tunteen säilyttämiseksi on kerrottava mitä kipupumpun hälytysäänet kertovat.

Leikkaushaavaan voidaan myös laittaa paikallinen kivun hoitokatetri, joka kytketään kertakäyttöiseen kipupumppuun. Puuduteaine annostellaan leikkaushaavan alueelle jatkuvana infuusiona ja hoito kestää yleensä kaksi vuorokautta. Puuduteaineet estävät kipuviestien välittymisen leikkaushaavan alueelta aivoihin ja keskushermostoon. Haava-alueen jatkuva puudutus ei yksistään riitä kivun hoidoksi. Lisälääkityksenä voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä, parasetamolia ja opioideja. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 c, hakupäivä 17.05.2013; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 e, hakupäivä 17.05.2013.)

2.4 Kivun arviointi

Onnistunut kivun hoito edellyttää tehokasta ja systemaattista kivun arviointia. Systemaattiseen kivun arviointiin kuuluu sekä kivun olemassaolon ja luonteen arviointi, sekä kivun hoidon onnistumisen arviointi. Koska kipu on subjektiivinen kokemus, tulee olla myös tarkka määritelmä siitä, miten potilas itse kokee kivun. Sitä ei voida verrata toisen potilaan kipukokemukseen. Kivun kokemisen ja hoitamisen kirjaaminen mahdollistaa tehokkaan ja luotettavan hoidon. (Salanterä ym. 2006, 83.)

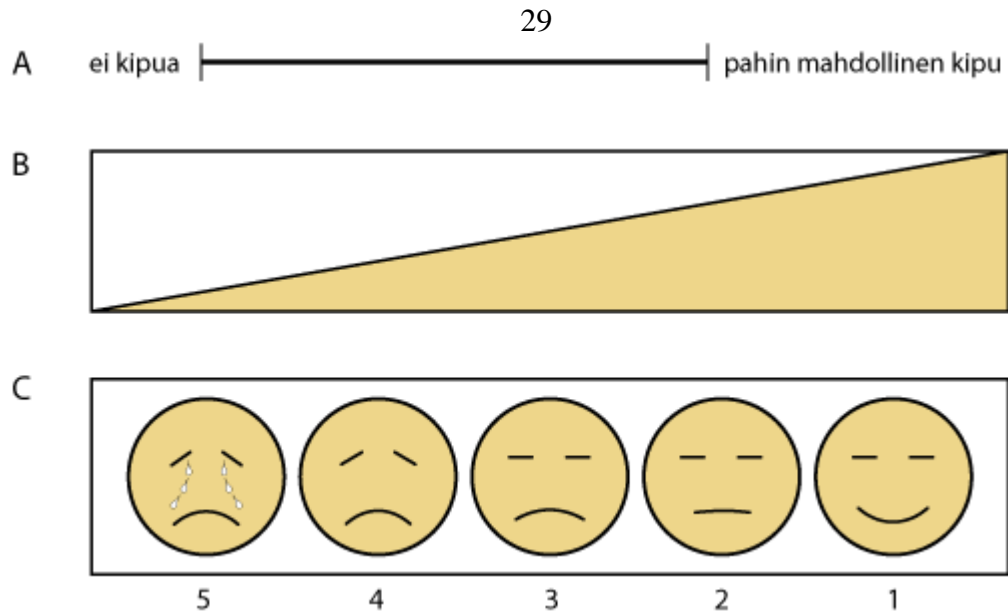
On tärkeää tietää, onko kipu ajoittaista vai jatkuvaa. Kivun sijainnin määrittäminen on myös oleellista, tällöin saadaan tietää, onko kipu mahdollisella leikkausalueella vai muualla kehossa. On myös hyvä tietää, mitkä seikat vaikuttavat kipuun vähentävällä tavalla ja mitkä pahentavalla tavalla, kuten esimerkiksi tietyt liikkeet ja asennot. (Kangasmäki & Pudas- Tähkä 2010, hakupäivä 20.02.2013; Salanterä ym. 2006, 83.)

Kivun arvioinnissa pyritään saamaan potilaan kokemasta kivusta kokonaisvaltainen kuva. Kivun mittaaminen on vain yksi arvioinnin osa, joka viittaa lähinnä kivun määrälliseen mittaamiseen. Arvioinnin tulisi kuitenkin perustua siihen, miten potilas itse ilmaisee kivun, jolloin saadaan tietoa kognitiivisista, aistillisista ja tunneperäisistä puolista. Joskus kivun arviointi saattaa olla vaikeaa tai se ei potilaan tilasta johtuen onnistu. Tarvittaessa potilaan omaisilta tai läheisiltä voidaan kysyä arviointia potilaan kivusta ja potilaan mahdollista kipukäyttäytymistä. Kipua voidaan myös arvioida seuraamalla potilaan eleitä ja mittaamalla potilaan fysiologisia toimintoja, kuten verenpainetta ja pulssia. Kivun subjektiivisuudesta ja monimuotoisuudesta johtuen sille on vaikeaa löytää systemaattista ja tarkkaa mittaria, joka mahdollistaisi kivun kokemisen vertailun. (Kalso ym. 2009, 54-56; Koponen & Sillanpää 2005, 221.)

Kivun voimakkuuden mittaamisessa käytettäviä mittareita on useita, mutta niiden käyttö vaihtelee riippuen siitä miten tarkkaa tietoa tarvitaan. On tärkeää huomioida, että osaa mittareista käytetään vain tutkimustyössä ja vain osaa mittareista voidaan soveltaa myös kliiniseen hoitotyöhön. Postoperatiivisen kivun arvioinnissa on hyvä käyttää erilaisia kivunmittausmenetelmiä (Kuva 3.). Erilaisilla mittareilla on helppo antaa kivulle voimakkuusaste. Kivun voimakkuusastetta on arvioitava, jotta kipua pystytään

hoitamaan ennakoivasti, sillä, jos kipua hoidetaan vasta kun se on yltenyt liian kovaksi, kivun hoito vaatii enemmän lääkettä ja tarkkailua, kuin ennakoiva hoito. Erilaisilla mittareilla on helppo antaa kivulle voimakkuusaste. Yleisin kipumittari on analogiasteikko eli VAS (visual analogue scale). VAS soveltuu erityisesti kivun voimakkuuden arviointiin. Tällaisia kyseisiä asteikkoja on erilaisia, toimien kuitenkin samalla periaatteella. Niissä voi esiintyä kiiloja, janoja, numeroita sekä kasvoja. Näkövammaisille on kehitetty kohokuviainen kipukiila. (Kangasmäki & Pudas-Tähkä 2010, hakupäivä 20.02.2013; Kuupakko, Koota, Lehtinen, Saarinen, Savola & Kylén 1/2007, 3, hakupäivä 14.02.2014; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 f, hakupäivä 20.02.2013; Salanterä ym. 2006, 83-84.)

Kipumittareilla arvioidaan potilaan kivun voimakkuutta, kipulääkkeiden tarvetta ja lääkkeiden vaikutusta. Numeerisella- asteikolla NRS (numerical rating scale) kipumääräytyy välille 0-10, 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua. Kipua voidaan mitata myös sanallisesti VDS (verbal descriptor scale). Sanallisen kivun määrityksen vaihtoehdot ovat: ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, kova kipu ja sietämätön kipu. Sanallisten asteikoiden käyttö on yleensä nopeaa ja helppoa. Kipumittarin valintaan vaikuttaa mittarin luotettavuus ja potilaan omat tottumukset. On tärkeää, että valittu kipumittari kirjataan ylös, ja samaa mittaria käytetään koko hoitojakson ajan, jotta mittarilla saadut tulokset ovat luotettavia. (Kangasmäki & Pudas-Tähkä 2010, hakupäivä 20.02.2013; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 f, hakupäivä 20.02.2013; Salanterä ym. 2006, 83-84.)



Kuva 3. KIPUMITTARI (Vainio 2009 e, hakupäivä 12.06.2013)

2.5 Kivun hoidon etiikka

Etiikan perustana toimii moraaliset arvot. Terveydenhuoltojärjestelmä on rakennettu potilaan etujen mukaiseksi, jolloin yksilöä tuetaan kokonaisvaltaisesti terveyteen ja hyvinvointiin nojaten. Hoitamisessa hoitohenkilökunnalla täytyy olla samat periaatteet ja samat päämäärät, jotta tasavertaisuuden sanoma toteutuisi. Eettisille kysymyksille on luonteenomaista, ettei niihin ole olemassa yksiselitteisiä vastauksia. Vastauksien tai ratkaisujen löytämiseksi on hoitohenkilökunnalla oltava tietoa eettisten kysymysten ongelmaratkaisukeinoista ja taitoa ratkaista ongelmat tilannekohtaisesti. (Bandman & Bandman 2002, 26; Fry & Johnstone 2008, 32-33; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 10,17; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 39.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n (1994) sekä Lissabonin julistuksissa (1995) todetaan, että jokaisella potilaalla on oikeus nykyaikaisen lääketieteellisen tietämyksen mukaiseen kivun hoitoon. Suomi on sitoutunut Euroopan neuvoston biolääketiedettä koskevaan yleissopimukseen (1997), jossa on korostettu potilaan oikeutta saada tieteelliseen tietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuvaa kivun hoitoa uudet kivun hoidon menetelmät huomioiden. Maailman lääkäriiliiton julistuksen mukaan lääkäriillä

on oikeus olla käyttämättä sellaisia hoitomenetelmiä, jotka eivät hänen mielestään hyödytä potilasta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden sekä kansainvälisesti että kansallisesti hyväksytyissä eettisissä ohjeissa on velvoite kärsimyksen lievittämiseen (Salanterä ym. 2006, 28.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on laatinut eettiset periaatteet (2001) terveydenhuollon ammattihenkilöille. Potilaan oikeus hyvään hoitoon edellyttää vastuullisuutta ja panostusta kaikilla terveydenhuollon eri tasoilla. Terveydenhuollon päättäjien velvollisuus on huolehtia riittävästä resursseista ja edellytyksistä kivusta kärsivien potilaiden hoitamisessa. Palveluiden tuottajat taas vastaavat kivun hoitotyön laadusta. Ihmisarvon kunnioitus ja itsemääräämisoikeus kivun hoidossa tarkoittaa sitä, että potilaalla on oikeus osallistua itseään ja omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Järkevän ja johdonmukaisen päätöksenteon tueksi potilas tarvitsee tietoa kivustaan, sen hoidosta ja eri hoitomenetelmistä. (Salanterä ym. 2006, 29.)

Kivun hoidon oikeudenmukaisuuden toteutumiseksi erityishuomiota tulee kiinnittää lasten, ikääntyneiden, kehitysvammaisten ja muuten verbaalisesti kommunikoidaan kykenemättömien kohdalla, sillä he eivät välttämättä kykene ilmaisemaan kipuaan odotetulla tavalla. Kivun viestiminen voi heillä tarkoittaa esimerkiksi pieniä eleitä, ilmeitä tai äänneitä. Heille kuuluu oikeus samoja periaatteita noudattavaan kivun hoitoon ja kivun hoidon potilasohjaukseen, kuin muillekin ihmisille. Ammattitaidon ylläpitämisen velvollisuus edellyttää työn sisältöosaamisen lisäksi vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksien kehittämistä. Kivun hoidon monialaisuus ja ammatillisuus edellyttää yhteistyötaitoja, toimivaa moniammatillista yhteistyötä sekä eri ammattialojen välistä arvonantoa. Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan kivun hoitotyössä; kustannusten hallintaan ja hoidon vaikuttavuuden sekä tehokkuuden tasapainon saavuttamiseen terveydenhuollossa. (Salanterä ym. 2006, 29.)

2.6 Kivun hoidon kirjaaminen

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa hoitohenkilöstöä potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen sekä salassapitoon. Sosiaali- ja

terveysministeriön asetuksen (STM 99/2001) mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamisen kannalta olennaiset ja merkittävät tiedot. Potilasasiakirjasta tulee saada selville, miten hoito on toteutunut, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä ja millaisia päätöksiä on tehty hoitoa koskien. Hoitoa koskevat päätökset täytyvät olla perusteltuja ja niistä on löydettävä merkintä potilasasiakirjassa. Hyvä kivun hoito perustuu täsmälliseen kirjaamiseen ja kivun hoidon vaikuttavuuden arviointiin. (Kontinen, Jokela, Ravaska, Rautakorpi & Hamunen 2012, hakupäivä 21.02.2013; Salanterä ym 2006, 102;.)

Potilaskohtaista kivun hoidon seurantaan varten tarvittavien ja olennaisten tietojen tulee olla hoitohenkilöstöllä helposti saatavilla ja luettavissa. Näiden tietojen täytyy myös olla ajan tasalla potilaan nykytilanteen kanssa. Raportointi ja hyvä tiedonkulku ammattihenkilöstön keskuudessa on tärkeää potilaan turvallisen kivun hoidon toteutumisen ja hoidon jatkuvuuden kannalta. Potilasasiakirjoista tulee saada selville, miten potilaan hoitoa on toteutettu ja mitä vaikutuksia tehdyillä hoitotoimenpiteillä on ollut. Kirjaamisella on potilasturvallisuuden lisäksi tärkeä merkitys ammattihenkilöstön oikeusturvalla sekä hoidon laadun varmistamiselle ja kehittämiseksi. Potilasasiakirjaan kirjataan vain ne tiedot, jotka ovat potilaan hoidon kannalta olennaisia. Kaikilla potilailla ei esimerkiksi ilmene hoidosta aiheutuvia haittavaikutuksia, jolloin niiden jatkuva seuranta ja kirjaaminen on tarpeetonta. (Kontinen ym. 2012, hakupäivä 21.02.2013; Salanterä ym. 2006, 102.)

Akuutin kivun lähtötilanteen kartoittamiseksi selvitetään kipuanamneesi käyttämällä kysymyksiä missä, millaista ja kuinka voimakasta kipu on. Näiden lisäksi on tärkeää selvittää myös kipuongelman alkamisajankohta ja mikä pahentaa tai helpottaa kipua. Akuutin ja postoperatiivisen kipuongelman arvioinnin voi tehdä kirurgi, anestesia lääkäri tai sairaanhoitaja. Postoperatiivisen kiputilan arvioinnissa on keskeistä kirjata kivun sijainti, voimakkuus ja laatu. (Salanterä ym. 2006, 103.)

Kivun lääkkeellisestä hoidosta on keskeistä kirjata lääkkeen nimi, annettu määrä, antotapa, antoajankohta ja kuka lääkkeen potilaalle antoi. On oleellista myös kirjata, mihin kipuun lääke on annettu. Opioideja käytettäessä täytyy lääkepakkauksissa oleviin myrkkykortteihin kirjata potilaan nimi, annetun lääkkeen määrä, lääkkeen määrääjän

allekirjoitus sekä lääkkeen antavan hoitajan allekirjoitus. Ei lääkkeellisistä hoidosta kirjataan hoitomenetelmät joita on käytetty kivun lievittämiseksi, esimerkiksi kylmäpakkaus, lämpöpakkaus tai rentoutus. Myös käytetyn hoitomenetelmän mahdolliset haittavaikutukset tulee kirjata potilasasiakirjaan. (Kontinen ym. 2012, hakupäivä 21.02.2013; Salanterä ym. 2006,103-104.)

3 POTILASOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA OHJAUSTYÖN ETIIKKA

Ohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä, jonka tarkoituksena on tukea potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Laadukas potilasohjaus on osa hyvää hoitoa. Ohjauksen perustan ovat määrittäneet sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö. Ammattietiikan lisäksi ohjauksesta on tehty useita laatu- ja hoitosuosituksia. Kyseiset suositukset eivät kuitenkaan määritä potilasohjauksen laatua vaan ohjaavat toimintaa ja antavat suuntaa ohjauksen kehittämiseksi. Ongelmallista ohjauksen kannalta on, että ohjauksesta ei ole olemassa yleisesti hyväksytyjä laatuksiteereitä. Ohjauksen laadun takaamiseksi sen tulee olla yhtä hyvää kuin minkä tahansa muunkin hoidon osa-alueen. Laadukkaan ohjauksen edellytyksenä on asianmukaiset resurssit. Näitä resursseja ovat esimerkiksi riittävä henkilöstömitoitus, riittävä aika, asianmukaiset tilat ja hoitajien ohjausvalmiudet. (Eloranta & Virkki 2011, 7,8 ; Kyngäs ym. 2007, 20-21; Kääriäinen 2007, 20, hakupäivä 11.02.2014; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 77.)

Ohjauksen laatuun vaikuttavat potilaan ja hoitajan taustatekijät, jotka ovat mukana sekä vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa, että ohjaustoiminnassa. Potilaan ohjaustarpeisiin vaikuttavat fyysiset taustatekijät, joita ovat muun muassa sukupuoli, ikä ja terveydentila. Nämä tekijät vaikuttavat siihen, miten potilas ottaa ohjauksen vastaan. Lyhytkestoisissa ja kertaluonteisissa ohjaustilanteissa, kuten postoperatiivisen vaiheen kivun hoidon ohjauksessa on omat erityispiirteensä, vaikka ohjauksen peruseriaatteet ovatkin samantyyppiset. Kirurgisen toimenpiteen kokeneet potilaat ovat yleensä vain käymässä sairaalassa, jolloin he huolehtivat omasta hoidostaan suurimmaksi osaksi sairaalan ulkopuolella. (Kyngäs ym. 2007, 29-30; Kääriäinen 2007, 25, hakupäivä 11.02.2014)

Ohjaukseen vaikuttavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomukset sekä aikaisemmat kokemukset. Ohjaukseen vaikuttavat myös potilaan mieltymykset, tarpeet, oppimistavat sekä motivaatio. Suurimmassa roolissa on potilaan motivaatio. Ohjaukseen vaikuttaa se, miten potilas ottaa vastaan hänelle annettua ohjausta ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat tärkeiksi. Ohjauksen tarve korostuu silloin, kun potilas ei tunnista tai halua tuoda julki omia ohjaustarpeitaan, silloin hoitajan tulee auttaa potilasta niiden tunnistamisessa. Sopivan ohjausmenetelmän löytämiseksi tulee huomioida potilaan oppimiskyky. Asiantuntijuuden lisäksi hoitajalla tulee olla vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, jotta hän pystyy hallitsemaan ohjaustoimintaa. Lisäksi hoitajan tehtävä on tukea potilasta oma-aloitteisuuteen ja kannustaa potilasta luottamaan omiin kykyihinsä. (Kyngäs ym. 2007, 32-35)

Potilasohjaukseen vaikuttavat sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperäisistä, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. Myös potilaan ja hoitajan arvot vaikuttavat ohjaukseen. Potilaan yksilöllisyyden huomioimiseksi ja itsemäärämisoikeuden kunnioittamiseksi hoitajan täytyy tunnistaa ohjauksen lähtökohdat. Hoitajan täytyy tietää millainen vastuu hänellä on potilaan valintojen edistämisestä. Hoitajalla täytyy olla myös käsitys siitä, miksi, ja miten hän potilasta ohjaa. Hoitajan tulee myös kartoittaa potilaan tukiverkosto ja se, kuinka tärkeänä potilas pitää omaistensa ohjaamista. Potilaiden ja omaisten käsitykset ohjaustarpeesta voivat olla ristiriitaiset. Tällöin hoitajan on kunnioitettava potilaan tahtoa, mikäli hän kykenee ottamaan vastuun omista asioistaan ja hoidostaan sekä ymmärtää ohjauksen. Potilaan kulttuuriin liittyvät uskomukset, tabut ja traditiot tulee ottaa huomioon ohjaustoiminnassa. Monikulttuurisuus tuo haasteita ohjaustoiminnalle, esimerkiksi potilaan vieras äidinkieli voi vaikeuttaa hänen osallistumistaan aktiivisesti ohjaukseen. Tarvittaessa hoitajan tulee ottaa ohjaustilanteeseen avukseen tulkki, jotta potilas ymmärtää saamansa ohjauksen. (Kyngäs ym. 2007, 35-36)

Potilasohjaukseen vaikuttavia ympäristöön liittyviä taustatekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Ympäristössä olevat tekijät voivat vaikuttaa ohjaukseen kahdella tavalla: tukemalla tai heikentämällä ohjausta. Merkittävässä roolissa on tila, jossa ohjausta annetaan. Tärkeää on myös ensivaikutelma

osaston ilmapiiristä, siisteydestä ja myönteisyydestä. Ne luovat pohjaa luottamukselle ja potilaan odotuksille hoitavasta osastosta. Fyysinen ympäristö voi olla esimerkiksi ohjaukseen tarkoitettu oma huone tai rauhoitettu tila. Lähtökohtana paras ympäristö ohjaukselle on rauhallinen tila, jossa ohjaus voidaan toteuttaa keskeytyksettä. Suullisen ohjauksen tukena tulisi olla myös saatavilla ohjaukseen tarvittavaa materiaalia. Ohjauksen psyykkisen ilmapiirin muodostavat monet tekijät, kuten kiire. Kiireinen ilmapiiri vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja vuorovaikutuksen laatuun. Aktiivinen ja onnistunut ohjaus vaatii suunnitelmallisuutta ja päämäärätietoisuutta sekä potilaan vapaata keskustelua asiasta. Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää kiinnittää huomioita rauhalliseen ja kiireettömään ohjaustilanteeseen. Usein kuitenkin potilaiden ohjaus toteutetaan muiden toimintojen ohella ja saattaa jäädä yksipuoliseksi hoitajan antamaksi tiedon annoksi. Tämä vaikuttaa usein negatiivisesti siihen, että kokeeko potilas saaneensa ohjausta. Tärkeää on myös hoitajan ja potilaan välinen kommunikointi. Hoitajan on hyvä istua potilaan kanssa samalla tasolla ja pitää keskusteluvälimatka riittävän lähellä. Pohjan hyvälle ohjaukselle luo avoin, luottamuksellinen ja molemmin puoleinen vuorovaikutus. (Kyngäs ym. 2007, 36-38; Salanterä 2008, 42-43, hakupäivä 15.02.2014)

Ohjauksen tavoitteena on välittää tietoa tiedonantajalta tiedon vastaanottajalle eli tässä tapauksessa hoitajalta potilaalle. Asiakastyössä tapahtuva ohjaaminen pyrkii asiakkaan omien voimavarojen vahvistamiseen. Voimavaroihin keskittyminen korostaa asiakkaan oman tahdon kunnioittamista ja maalaisjärkistä toimintaa. Ohjaus perustuu asiakkaan tarpeisiin ja hänen tärkeiksi kokemiinsa asioihin. Hoitajan tehtävänä on ohjaustoiminnassa yhdessä asiakkaan kanssa tunnistaa ja arvioida hänen ohjaustarpeitaan. Ohjaustarpeiden arviointiin ei yleensä kiinnitetä tarpeeksi huomiota, vaikka se on keskeinen osa hyvän ohjauksen toteutumisessa. Ohjauksen antaminen voi olla haasteellista, koska tiedon antajan tulee hallita keskeinen tietoperusta ohjattavasta asiasta ja sen menetelmistä. Ohjaajan täytyy kyetä esittämään ohjaus siten, että ohjaus on potilaalle mielekästä, jolloin ohjattavan on helppo ymmärtää oleellinen ja tarvittava tieto. Ohjauksen tarkoituksena on saattaa ohjaus toimintaan eli käytännön soveltamiseen hoitotyössä. Ohjaaja voi tukea ohjausta havainnollistamalla asioita esimerkein, kuten VAS- kipumittarin konkreettinen käyttäminen. Laadukkaan ohjauksen saavuttamiseksi hoitajan tulisi yhdessä potilaan kanssa myös arvioida

millaista ohjaus on ollut. (Eloranta & Virkki 2011, 7-8; Kyngäs ym. 2007, 26-27,45; Kääriäinen 2007, hakupäivä 11.11.2013; Vänskä ym. 2011, 77.)

Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää potilaan ja hoitajan välinen ymmärrettävä vuorovaikutus. Ohjaussuhteen rakentumisen lähtökohtana voidaan pitää asiakkaan taustatekijöiden lisäksi hoitajan taustatekijöiden tunnistamista. Toimivalla ohjaussuhteella tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas ja hoitaja voivat suunnitella yhdessä ohjauksen sisältöä, tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitajalla on kuitenkin vastuu ohjauksen kulusta ja sen etenemisestä, jolloin hänellä on myös vastuu siitä, että potilas tunnistaa oman asiantuntemuksensa. On tärkeää nähdä ohjauksen hyödyt kokonaisuutena, ottaen huomioon tämä hetki sekä tulevaisuus. Ohjaukseen vaikuttavat monet tekijät, kuten muuttuvat käytännöt ja toimintaympäristöt. Samalla ohjaus mahdollistaa potilaat ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja ymmärtämään sen merkityksen sekä mahdollisuudet, koska sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet, mikä pakottaa potilaat osittain vastuuseen omasta hoidostaan. Nykyään potilaat myös osaavat vaatia laadukkaampaa hoitoa ja palvelua. Tähän vaikuttavat väestön korkeampi koulutustaso ja informaation helpompi saatavuus. (Eloranta & Virkki 2011, 7,8,11; Kyngäs ym. 2007, 12,39)

Ohjaussuhteen toisena osapuolena potilaalla on vastuu siitä, että ohjauksen tavoitteet on laadittu yhdessä hoitajan kanssa. Viimekädessä potilas on itse vastuussa oman terveyden edistämisestä. Yleisen etiikan mukaisesti potilaalla on velvollisuus kertoa asioista totuuden mukaisesti, tarvitsemansa avun saamiseksi. Potilaan velvollisuutena on ohjaussuhteessa huolehtia siitä, että hän pystyy saamansa tiedon perusteella tekemään itsenäisiä päätöksiä, esimerkiksi hoitoon sitoutumisen suhteen. Myös potilaalta vaaditaan toisen ihmisen kunnioittamista, mikä ilmenee esimerkiksi siten, että hän sitoutuu ohjaussuhteeseen kaikin tavoin. Toista ihmistä kunnioittaessaan potilas myös ilmaisee, jos hän ei koe tarvitsevansa ohjausta, tai hän ei ole tyytyväinen saamaansa ohjaukseen. Potilaan ottaessa vastuun omasta tilanteestaan, edistymisestään ja tarpeistaan, hän osoittaa kunnioittavansa toisen ihmisen ammatillista osaamista. (Kyngäs 2007, 156)

Laadukas ja onnistunut potilasohjaus edistää potilaan terveyttä monin eri tavoin. Sen on

havaittu edistävän potilaan toimintakykyä, kotona selviytymistä, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja itsenäistä päätöksentekoa. Laadukkaalla ohjauksella on havaittu olevan myös psyykkisiä vaikutuksia, jotka ovat vähentäneet masentuneisuutta, ahdistuneisuutta sekä yksinäisyyden tunnetta. Ohjauksen ansiosta potilaiden tiedon määrä ja ymmärrys hoitoonsa liittyvistä asioista on lisääntynyt. (Kyngäs ym. 2007, 145)

Potilaan asema on määritelty laissa (Finlex 17.08.1992/785) , jonka mukaan ohjaus on annettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ohjauksessa täytyy ottaa huomioon potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus sekä vakaumus ja yksityisyys. Hoitajan antamaa ohjausta tukee aina ammattietiikka, jonka ammattikunnat ovat laatineet eettisten periaatteiden pohjalta. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa ajatellaan ohjauksen sisältyvän olennaisena osana hoitotyöhön. (Eloranta & Virkki 2011, 11, 13; Finlex 17.08.1992/785, hakupäivä 9.11.2013.)

Ohjauksen eettinen pohdinta sisältää hyvien ja oikeiden sekä pahojen ja väärin ohjaustapojen arvioinnin. Eettisesti tarkastellaan ohjauksen arvoja, ihanteita ja periaatteita. Etiikassa pohditaan sitä, mikä hoitotyössä on tärkeää, miten toisia tulisi kohdella ja miten toisten tulisi kohdella meitä. Etiikka auttaa tekemään valintoja ja arvioimaan sekä omaa että toisten toimintaa. Se ei kuitenkaan anna valmiita ratkaisuja eettisiin kysymyksiin, mutta antaa välineitä tarkastella niitä. Pääosa ohjaustilanteista koostuu päätöksentekoon esimerkiksi kivunlievityksestä, jossa ohjauksen tulee perustua eettisyyteen ja yhdenmukaisuuteen. Eettisten ohjeiden periaatteet ja toimintatavat on laadittu helpottamaan työntekijöiden eettisesti kestäviä valintoja, ratkaisuja sekä päätöksen tekemistä arjen työssä. (Finlex 17.08.1992/785, hakupäivä 09.11.2013; Kääriäinen 2007, 119, hakupäivä 11.02.2014; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, hakupäivä 11.11.2013; Vänskä ym. 2011, 10-11.)

4 AIEMPAA TUTKIMUSTIETOA KIVUN HOIDOSTA JA POTILASOHJAUKSESTA

Sompin, Valkin sekä Västin (2010) tekemä tutkimus potilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta kirurgisella osastolla on toteutettu kvantitatiivisella sekä kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, jolla oli tarkoitus saada näyttöön perustavaa tutkimustietoa

potilaiden kivun kokemisesta, kivun huomioimisesta sekä kivun hoidosta ja käytetyistä kivunlievitysmenetelmistä. Lisäksi selvitettiin, millaista ohjausta kivun hoitoon potilaat saivat. Tutkimustietoa kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimustulosten mukaan kivunlievitys oli hyvää ja riittävää, kivun voimakkaasta kokemisesta huolimatta. Kivunlievityksessä potilaat luottivat henkilökuntaan, jolloin kipulääkkeiden nimet ja vaikuttavat aineet sekä annostelumäärät jäivät potilaille epäselviksi. Potilaat kokivat saavansa riittävästi ohjausta. Tutkimustulokset osoittivat myös todeksi sen, että kivun kokeminen oli aina henkilökohtaista, kukaan tutkituista ei ollut kokenut kipua samalla tavalla. (Somppi, Valkki & Västi 2010, hakupäivä 21.02.2013.)

Elonen ja Niemenrinne-Janhunen (2002) käsittelevät tutkimuksessa potilaiden leikkauksen jälkeistä kivun hoitoa potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden kipukokemuksia leikkauksen jälkeen kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimuksella selvitettiin, minkälaista kipua potilaat kokivat sairaalassaoloaikanaan ja mitkä tekijät vaikuttivat kivun hoidon onnistumiseen. Tarkoituksena oli myös herättää mielenkiintoa, keskustelua ja kysymyksiä kuinka hoitajat voivat tulevaisuudessa vaikuttaa kivun hoitoon. Elonen ja Niemenrinne-Janhusen tekemän tutkimuksen (2002) mukaan potilaat olivat tyytyväisiä leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon ja kivunlievitykseen. Kivun arviointimenetelmät tulee esitellä potilaalle jo ennen toimenpidettä, ja tähdentää, että kivun ennaltaehkäisy on yhtä tärkeää, kuin voimakkaaksi yltyneen kivun hoito. Hoitajien käyttämää kieltä pidettiin myös selkeänä. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että lääkkeellinen kivun hoito ei ollut riittävää, eikä myöskään lääkkeetön kivun hoito. Lääkkeetön kivun hoito koettiin tärkeänä, mutta ongelman siihen toi hoitajien kiireinen aikataulu. Vuorokauden ajoilla ei ollut vaikutusta kivun hoitoon. Potilaiden saama suullinen ohjeistus ja tuki koettiin tärkeäksi. Potilaat halusivat enemmän tietoa heille tehtävästä toimenpiteestä ja mahdollisuuden puhua peloistaan ja odotuksistaan hoitohenkilökunnan kanssa. Tämä vaikutti potilaiden kokemaan turvallisuuden tunteeseen. Suurin osa hoidetuista potilaista koki osastolla olonsa turvalliseksi. (Elonen & Niemenrinne-Janhunen 2002, hakupäivä 21.02.2013.)

Kostian ja Murtomäen kirjallisuuskatsaus (2012) aikuisväestön lääkehoidon ohjauksen toteutuminen hoitotyössä- kartoitti hoitotieteen tutkimuksista sairaanhoitajien antamaa lääkehoidon ohjauksen toteutumista sekä ohjauksessa käytettäviä menetelmiä. Näitä

menetelmiä olivat yksilöohjaus, ryhmäohjaus tai audiovisuaalinen eli internetissä tapahtuva ohjaus. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kehittää koulutusta ja lääkehoidon ohjauksen osaamista ja auttaa hoitajia ymmärtämään ohjauksen tärkeys. Kohderyhmänä olivat aikuiset, koska ohjausta on tutkittu vähän ja näin ollen aikuisryhmän ohjausta on helppo hyödyntää muiden ikäryhmien ohjauksessa. Tutkimusaineistoa kerättiin käyttämällä hoitotieteellisiä julkaisuja sisältäviä tietokantoja. Kirjallisuuskatsauksessa lääkehoidon ohjauksen keskeisiksi tuloksiksi nousivat eri ohjausmenetelmien heikko hyödyntäminen, ohjaukseen käytettiin liian vähän aikaa ja tietoa lääkityksestä ja muusta hoidosta annettiin potilaalle niukasti. Tuloksista kävi myös ilmi, että lääkehoidon ohjaus vaikuttaa positiivisesti hoitoon sitoutumiseen ja ohjeiden noudattamiseen. (Kostia & Murtomäki, 2012, hakupäivä 11.02.2014)

Tarja Heinon väitöskirjassa Päiväkirurgisen polvitähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta (2005) tarkoituksena oli kuvailla miten potilaan ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä toteutuu, ja millaista ohjausta potilas ja omaiset saavat postoperatiivisesta kotihoidosta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää alustava päiväkirurgisen hoitotyön malli. Tutkimukseen osallistui 173 potilasta ja 161 perheenjäsentä vastaamalla kyselylomakkeeseen noin viikon kuluttua leikkauksesta. Tutkimustulosten mukaan päiväkirurginen potilas sai aikaisintaan viikkoa ennen toimenpidettä kirjalliset ohjeet siitä, miten polviniveltähystykseen tulee valmistautua. Ohjauksessa korostui toimenpiteen jälkeisen kotihoidon osuus. Yhteenvetona tutkimustuloksista voidaan todeta, että potilaan taustatiedot ja ohjauksen välinen yhteys vaikuttivat polvitähystyksestä toipumiseen. Tutkimustulosten mukaan perheenjäsen oli harvoin mukana potilaan ohjauksessa eikä saanut päiväkirurgisen potilaan hoitoon tai kotihoitoon liittyvää tietoa hoitohenkilökunnalta. (Heino, 2005, hakupäivä 11.02.2014)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tavoitteet määritellään yleensä kuvaamalla, miten tuotettavaa tutkimustietoa voidaan hyödyntää. Tutkija voi esimerkiksi arvioida, miten tuotettavaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön käytännössä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa

tutkimusongelmien sijaan kuvataan tutkimustehtävät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 74-75)

Kivusta ja sen moniulotteisuudesta sekä potilasohjauksesta löytyy runsaasti tutkimustietoa, mutta kivun hoidon potilasohjauksesta tutkimustietoa löytyy niukasti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjausta Länsi- Pohjan keskussairaalan osastolla 4 B. Opinnäytetyön tavoitteena oli saatujen tutkimustulosten perusteella kehittää osastolla 4 B toteutettavaa kivun hoidon potilasohjausta. Tutkimuksen tavoitteet määritellään yleensä kuvaamalla, miten tuotettavaa tutkimustietoa voidaan hyödyntää. Tutkimustehtävänä oli teemahaastatteluiden avulla kartoittaa millaista potilasohjausta kirurgisen toimenpiteen kokeneet potilaat saivat postoperatiiviseen kivun hoitoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 74)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullista tutkimusta voidaan pitää terminä, jolla toimijat jäsentävät ihmistieteellisen tutkimuksen kenttää. Kyse voi olla esimerkiksi termistä, joka on syntynyt vastaparina kvantitatiiviselle tutkimukselle. Tällä kyseisellä termillä viitataan sekalaiseen joukkoon teoriaperinteitä, tutkimusotteita ja analyysitapaa. Tarkoituksena on tuoda tutkittavasta termistä keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä sekä uusia näkökulmia jo tunnettuihin termeihin. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää pientä kohderyhmää, koska saadussa aineistossa tärkeintä on laatu, ei määrä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 46, 75)

Tutkimuksen taustan, tarkoituksen, tavoitteen ja tutkimustehtävän vuoksi tutkimus suoritettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä.

6.2 Tutkimukseen osallistujat

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei tavoitella tilastollista yleistettävyyttä vaan teoreettista yleistettävyyttä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haetaan siis kokemuksia, tapahtumia ja

yksittäisiä tapauksia eikä tutkittavien yksilöiden lukumäärää. Osallistujiksi valitaan henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Tutkimukseen osallistuvien valinnan kriteerinä on myös aineiston saturaatio, jolla tarkoitetaan riittävää aineiston määrää, kunnes tutkittavasta ilmiöstä ei saada enää uutta tietoa. Lähtökohtana on, että hankitun aineiston määrä tuo esille teoreettisen perusnäkökulman. Tutkittava ilmiö vaikuttaa aineiston kokoon, jos tutkittava aihe on selkeä ja osallistujien on helppo antaa siitä tietoa, tarvitaan vähemmän tiedonantajia. Aineistojen laadulla on myös vaikutusta otoksen kokoon. Laadukasta aineistoa saadaan osallistujilta, joilla on tietoa tutkittavasta aiheesta. Lisäksi osallistujat, joilla on aikaa asettua haastateltaviksi, antavat syvällisempää ja laajempaa informaatiota, kuin kiireiset osallistujat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 83-85; Tuomi & Sarajärvi 2013, 85-87.)

Tutkimukseen osallistui yhteensä viisi Länsi- Pohjan keskussairaalan osaston 4B:n kirurgisen toimenpiteen kokenutta potilasta. Tutkimuksessa keskityttiin kirurgisten potilaiden toimenpiteiden jälkeiseen kivun hoidon potilasohjaukseen. Kaikki potilaat olivat olleet toimenpiteessä vähintään edellisenä päivänä. Teemahaastatteluun valittujen potilaiden kohdalla kriteereinä olivat, että leikkaus oli elektiivinen eli ennalta suunniteltu ja potilaat olivat yhteistyökykyisiä. Näin pystyttiin varmistamaan, että jokaisen haastateltavan potilaan olisi 1. postoperatiivisena päivänä tullut saada ohjausta kivun hoitoon liittyen. Potilaille tehdyt toimenpiteet ja niiden laajuudet eivät vaikuttaneet tutkimukseen osallistumiseen. Myöskään tutkimuksen kannalta potilaiden sukupuolella tai iällä ei ollut merkitystä, koska potilasohjauksen saaminen ei ole riippuvainen näistä tekijöistä.

Olimme tiiviisti yhteydessä osastonhoitajaan sähköpostitse keväällä 2013 ja syksyn 2013 aikana. Joulukuussa 2013 kävimme henkilökohtaisesti esittäytymässä osastonhoitajalle, kun olimme saaneet tutkimusluvan ylihoitajalta (Liite 1.). Tällöin allekirjoitimme hankkeistamissopimuksen osastonhoitajan kanssa (Liite 2.) . Anoinme tutkimuslupaa kahdeksi kuukaudeksi, joulukuuksi 2013 ja tammikuuksi 2014, näiden kuukausien aikana haastattelut suoritettiin. Lähetimme osastonhoitajalle saatekirjeet tutkimukseen valituille potilaille toimitettavaksi ennen haastatteluita (Liite 3.). Osastonhoitaja otti meihin yhteyttä tutkimukseen sopivista potilaista, joille saatekirjeet

olisi pitänyt antaa osastolle tullessa. Tämä ei kuitenkaan toteutunut kaikkien potilaiden kohdalla, jolloin sovittuja haastatteluita jouduttiin perumaan, koska tutkimuksen eettisyys olisi kärsinyt liian myöhäisestä saatekirjeen välittämisestä. Haastatteluita jouduttiin perumaan myös potilaiden yhteistyökyvyttömyyden sekä hoitavan osaston vaihtumisen vuoksi. Haastatteluiden peruuntuminen viivästytti opinnäytetyön aikataulua. Osa potilaista sai saatekirjeen ajallaan, näiden potilaiden suostuttua haastattelut suoritettiin sovittuina aikoina osastolla. Teemahaastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina ja niiden kesto oli keskimäärin 11 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin, jotta haastatteluiden tieto säilyi tutkijoille alkuperäisenä ja muuttumattomana aineiston analysointia varten.

6.3 Tutkimusaineiston keruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, kysely ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Näitä aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää vaihtoehtoisesti, rinnan tai yhdistelemällä eri menetelmiä tutkittavan ongelman ja resurssien mukaan. Kun tutkimuskohteena on orientoituva käyttäytyminen, aineistonkeruumenetelmänä soveliaim on kysymyksiin perustuva tutkiminen. Jos tutkimuskohteena on vuorovaikutuskäyttäytyminen aineistonkeruumenetelmänä tarkoituksen mukaisiin on havainnointiin perustuva tutkiminen. Orientoituminen vaikuttaa vuorovaikutukseen ja päinvastoin, mikäli tämä vaikutus halutaan ottaa tutkimuksessa huomioon, ei kysymiseen tai havainnointiin perustuva menetelmä ole yksinään riittävä. Mitä vapaampi tutkimusasetelma on, sitä luontevampaa on käyttää havainnointia, keskustelua tai omaelämäkertoja aineistonkeruumenetelmänä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on hyvin lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelussa edetään ennalta valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten pohjalta. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Haastattelun toteutusta ei ole strukturoitu vaan kysymysten muotoiluun voi tulla tilanteessa täsmennyksiä ja kysymysten järjestyskin voi vaihdella. Teemahaastattelussa etsitään

vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 97; Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.)

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla eli teemahaastattelulla, koska tutkimustehtävänä oli haastattelun avulla kartoittaa millaista potilasohjausta kirurgisen toimenpiteen kokeneet potilaat saivat postoperatiiviseen kivun hoitoon. (Liite 4.). (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75). Haastattelun teemoiksi tutkimustehtävän pohjalta muodostuivat: Potilasohjaukseen liittyvä informaatio postoperatiivisen kivun hoidosta, itsemäärämisoikeus postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksessa, postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjaus erilaisista hoitomenetelmistä sekä kivun arviointi ja postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksen toteutuminen.

Teemahaastattelun tekeminen eteni teemahaastattelurungon mukaisesti ja teema-alueiden käsittelyjärjestys pysyi samana jokaisessa haastattelussa. Ensimmäinen haastattelu oli esihaastattelu, jonka perusteella huomasimme teemahaastattelurungon toimivaksi ja saimme vastaukset haluamiimme teemoihin. Teemahaastattelurunkoon ei näin tarvinnut tehdä muutoksia, joten käytimme esihaastattelun tutkimusaineistona. Haastattelut etenivät suunnitellusti ja jokaisessa haastattelussa käytettiin myös ennalta mietittyjä tarkentavia apukysymyksiä. Joissakin haastatteluissa samaa kysymystä jouduttiin toistamaan tai tarkentamaan useamman kerran, koska vastaukset eivät olleet tarpeeksi kuvailevia. Päätimme jättää yhden ennalta suunnitellun teeman pois tutkimuksesta haastatteluiden jälkeen, koska haastatteluiden tekeminen ei onnistunut kotiutumispäivänä. Kyseinen teema koski potilaiden saamaa kivun hoidon potilasohjausta kotiutumista varten, jossa käsiteltiin potilaiden saamat kotiutumishjeet. Tämä olisi antanut valheellisen tutkimustuloksen kotiutumiseen liittyvästä potilasohjauksesta.

6.4 Tutkimusaineiston analyysi

Sisällönanalyysi on tapa kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Usein sisällön analyysi määritellään prosessina, jossa tuotetut kategoriat kvantifioidaan. Sisällönanalyysin menettelytavalla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja

objektiivisesti. Se soveltuu erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä muodossa. Lopputuloksena sisällön analyysi tuottaa tutkittavasta ilmiöstä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, teemoja ja malleja. Tutkija voi itse valita käyttämänsä termit, mutta valitut aihealueet tulee säilyä loogisena koko tutkimuksen läpi. Menetelmää on käytetty paljon esimerkiksi hoitotieteen tutkimuksissa aineistojen analysoinnin apuvälineenä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 133-134; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7; Tuomi & Sarajärvi 2013, 107-108.)

Analyysin tekemiseen ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan siinä noudatetaan tiettyjä ohjeita. Näin analyysimenetelmä antaa mukautuvuutta tutkittavaan ilmiöön. Sisällönanalyysissa voidaan edetä kahdella eri tavalla. Induktiivisella, eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä kuvataan aineiston pelkistämistä, ryhmittelyä ja abstrahointia. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että tutkitusta aineistosta esimerkiksi teemahaastatteluista koodataan ilmaisuja, jotka valitaan tutkimustehtävän perusteella. Ryhmittelyssä tutkija sitoo saman sisältöiset asiat keskenään, eli kokoaa ilmaisujen erilaisuudet ja yhtäläisyydet. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsityksien avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Abstrahointia jatketaan yhdistämällä kategorioita niin pitkälle kuin se on sisällön kannalta järkevää ja mahdollista. Ongelma voi aiheutua kategorioiden nimeämisessä. Toinen sisällönanalyysin tekemisen muoto on deduktiivinen sisällönanalyysi, jossa voidaan käyttää valmista viitekehystä, jonka avulla aineistoa analysoidaan. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 133-134; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108-109.)

Analyysin tekemisen vaiheita ohjasivat tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä. Haastatteluiden jälkeen kerätty aineisto aukikirjoitettiin eli litteroitiin. Aukikirjoitetuista haastatteluista kertyi 22 sivua, rivivälillä 1,5 ja fonttikoolla 12 kirjoitettuna. Haastattelut aukikirjoitettiin sana sanalta auki yleiskieltä käyttäen haastateltavien tunnistamattomuuden suojaamiseksi. Tutkijat litteroivat tekstin kokonaan itse. Litteroinnin jälkeen haastattelut kuunneltiin vielä tarkasti kertaalleen läpi, jotta niiden sisältö vastasi aukikirjoitettuja tekstejä.

Litteroitu aineisto luettiin useaan kertaan läpi perehtyen sen sisältöön. Perehtymisen jälkeen aineistoa alettiin luokittelemaan tutkimustehtävän ja haastattelun teemojen pohjalta. Tämän jälkeen aineistoa alettiin käymään läpi teema kerrallaan, jolloin kustakin teema- alueesta etsittiin alkuperäisilmauksia, joiden perusteella esiin nousi pelkistetyt ilmaukset. Tutkimuksen tavoitteen ja -tehtävän perusteella oli johdonmukaista analysoida potilaiden esittämiä kokemuksia kivun hoidon potilasohjauksesta, jolloin analyysiyksiköiksi muodostuivat potilaiden lausumat saamastaan ohjauksesta postoperatiiviseen kivun hoitoon liittyen. Näin ollen alkuperäisilmaukset kuvasivat tarkasti potilaiden saamaa kivun hoidon ohjausta, potilaiden näkemyksiä ohjauksen edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä kehittämistarpeita tulevaisuuteen. Taulukossa 1 on kuvattu esimerkki alkuperäisilmausujen pelkistämisestä, liittyen informaation saamiseen eri kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä.

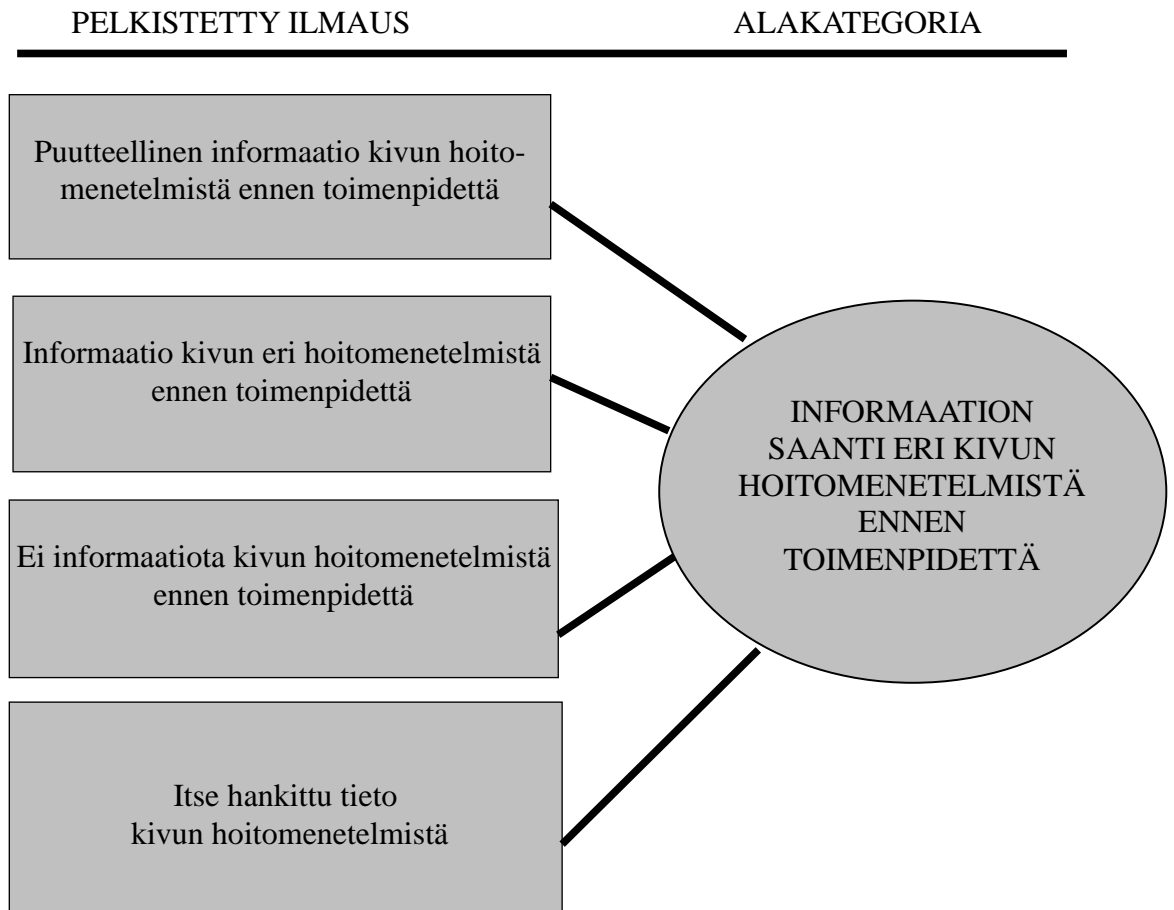
Taulukko 1. Pelkistettyjen ilmauksien muodostaminen

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<i>...kyllä varmaan mainittiin siitä, että millä tavoin kipua tullaan hoitamaan...minusta tuntuu, että enemmän kerrottiin sitten toimenpiteen jälkeen...</i>	Puutteellinen informaatio kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä
<i>...kyllä, vaihtoehtoina kerrottiin pistokset ja tabletit pääasiassa...</i>	Informaatio kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä
<i>...ei kerrottu ennen toimenpidettä kivun hoitomenetelmistä...</i>	Ei informaatiota kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä
<i>...ei kaikkea kerrottu, osasta tiesin itse etukäteen...</i>	Itse hankittu tieto kivun hoitomenetelmistä

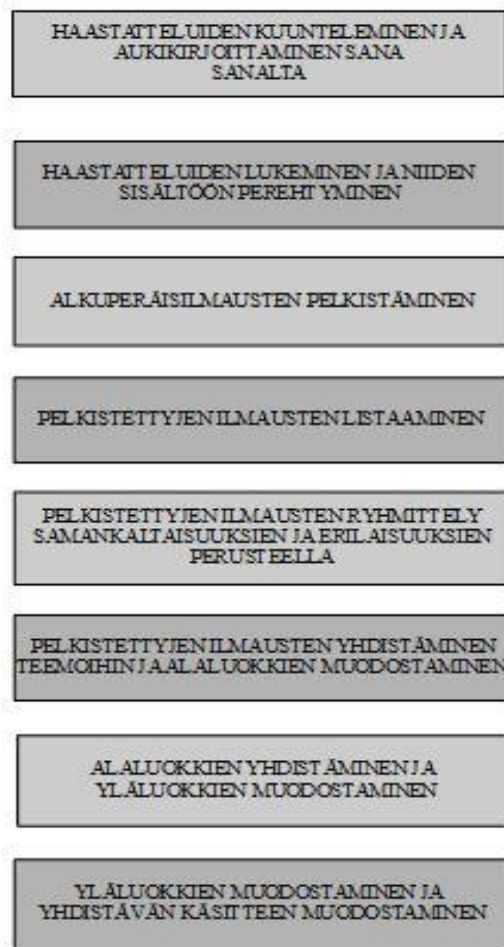
Alkuperäisilmaukset käytiin tarkasti läpi, ja niistä etsittiin yhteneväisyyksiä sekä eroavaisuuksia teema kerrallaan. Pelkistettyjä ilmaisuja alettiin liittämään toisiinsa siten, että samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin keskenään. Tällöin samaan aihepiiriin kuuluvat kommentit tulivat samaan ryhmään. Ryhmittelyn tekemistä helpotti valmiiksi valitut teemat ja ilmaisujen lokerointi omaan ryhmään. Tämän prosessin myötä alakategoriat muodostuivat pelkistettyjen ilmausten ympärille. Taulukossa 2 on

kuvattu esimerkin avulla alakategorian muodostuminen.

Taulukko 2. Alakategorian muodostaminen pelkistetyistä ilmauksista.



Analyysiprosessi sisältää useita eri vaiheita, joita on noudatettu johdonmukaisesti tutkimusaineistoa työstäessä (Kuva 4.).



Kuva 4. Yhteenvedon analyysiprosessin etenemisestä (mukailten Tuomi & Sarajärvi 2013, 109)

7 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

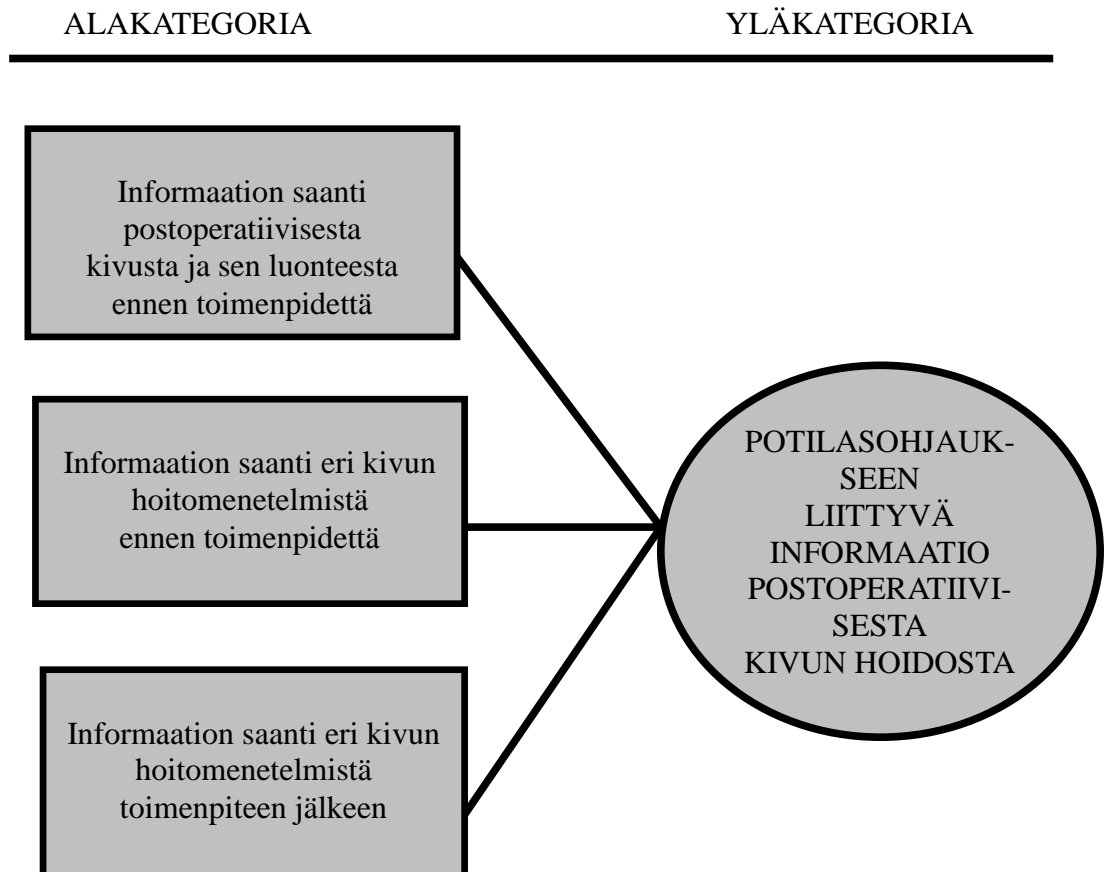
Tässä kappaleessa on esitetty tutkimustulokset induktiivisen sisällönanalyysin mukaan muodostettujen ylä- ja alakategorioiden avulla. Tulokset käsittelevät potilaiden kokemuksia saamaansa kivun hoidon potilasohjaukseen liittyen. Tutkimustulokset on havainnollistettu esittämällä taulukoita haastatteluiden alkuperäisilmauksista.

7.1 Potilasohjaukseen liittyvä informaatio postoperatiivisesta kivun hoidosta

Potilasohjaukseen liittyvä informaatio postoperatiivisesta kivun hoidosta kattaa

kategoriat: Informaation saanti postoperatiivisesta kivusta ja sen luonteesta ennen toimenpidettä, informaation saanti eri kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä ja informaation saanti eri kivun hoitomenetelmistä toimenpiteen jälkeen.

Taulukko 3. Potilasohjaukseen liittyvä informaatio postoperatiivisesta kivun hoidosta



...kyllä olen saanut tietoa, minulle on lähetetty papereita kotiin.

Ne kyllä käsitti kaikkea, ei yksistään kipua..

...kyllä varmaan mainittiin siitäkin, että millä tavoin kipua tullaan hoitamaan...minusta tuntuu, että enemmän kerrottiin toimenpiteen jälkeen...

...hoitaja on kertonut, että millä muodoilla lääkettä voidaan antaa...

...olen tavannut kirurgin ennen toimenpidettä, minusta se oli kaikkein tärkeintä, tuli luottamus...

...ei semmoista asiaa kerrottu, niin kuin kivun luonnetta...

...ei kerrottu ennen toimenpidettä kivun hoitomenetelmistä...

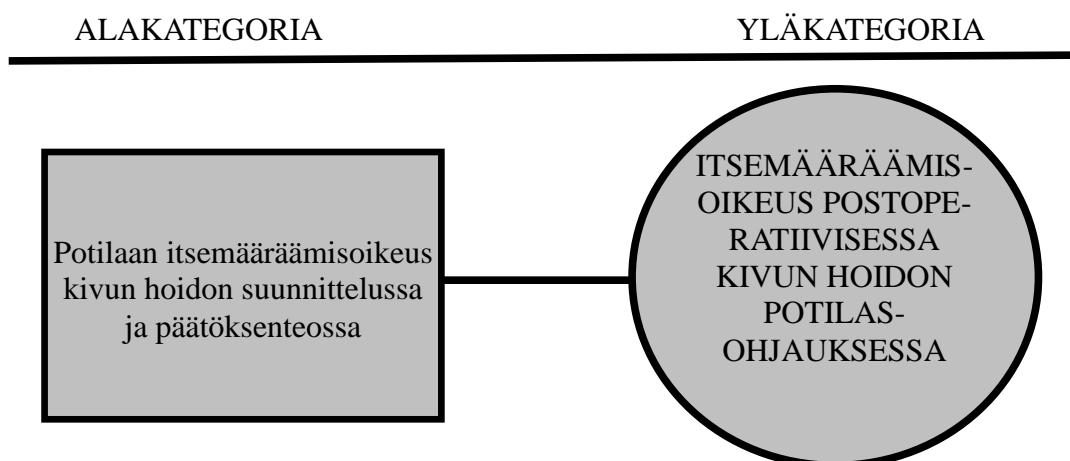
...ei kaikkea kerrottu, osasta tiesin itse etukäteen...

Osa haastateltavista potilaista koki informaation kivusta ja sen luonteesta ennen toimenpidettä olevan puutteellista. Potilaat olivat saaneet hyvin tietoa tehtävästä toimenpiteestä ja heille oli lähetetty kotiin toimenpidettä koskevaa informaatiota kirjallisena, mutta niissä ei käsitelty kipua tai sen hoitoon liittyviä asioita. Potilaat olivat käyneet ennen toimenpidettä sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla ja siinä yhteydessä osa potilaista oli saanut jonkinlaista informaatiota kivusta. Kaikki potilaat olivat tavanneet kirurgin ennen toimenpidettä, mikä lisäsi potilaiden luottamusta ja turvallisuuden tunnetta. Potilaat kokivat saamansa informaation kivun eri hoitomenetelmistä puutteelliseksi ennen toimenpidettä sekä toimenpiteen jälkeen. Informaatiota eri kivun hoitomenetelmistä he saivat kuitenkin enemmän toimenpiteen jälkeen kuin ennen toimenpidettä. Osa potilaista oli tietoisia kivun eri hoitomenetelmistä itse hankitun tiedon pohjalta tai aikaisemman kokemuksensa perusteella.

7.2 Itsemääräämisoikeus postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksessa

Itsemääräämisoikeus kattaa kategorian: Potilaan itsemääräämisoikeus kivun hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa.

Taulukko 4. Itsemääräämisoikeus postoperatiivisessa kivun hoidon potilasohjauksessa



...en ole itse saanut osallistua kivun hoidon suunnitteluun tai päätöksentekoon...

...en sillä tavalla ole saanut osallistua kivun hoidon suunnitteluun tai päätöksentekoihin, eikä ole ollut tarvettakaan osallistua...

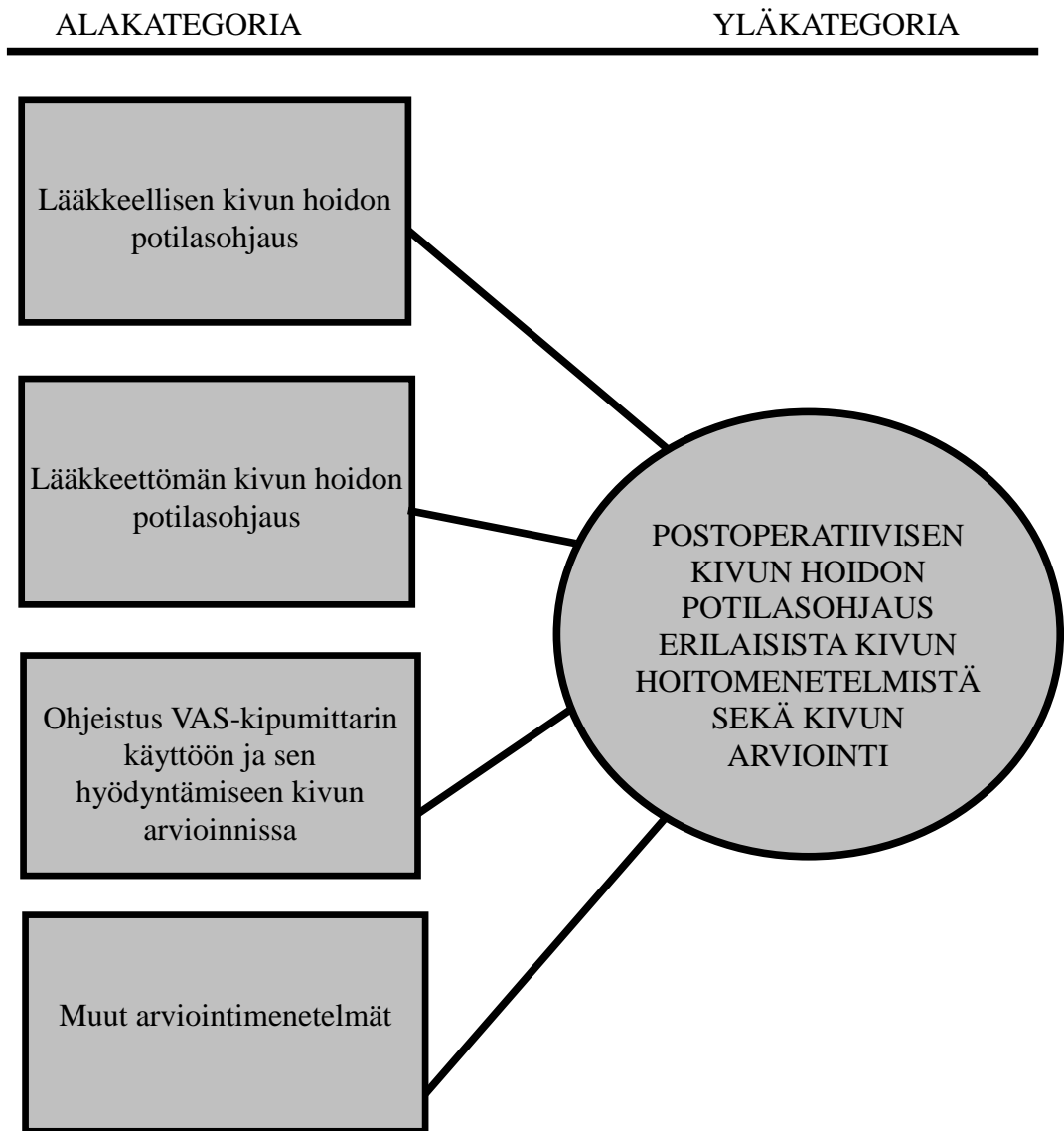
...olen saanut toivoa, ja olen saanut esittää mielipiteeni aikaisemmin käyttämäni kipulääkkeen suhteen, joka on ollut minulle tehokas...

Tutkimustulosten perusteella itsemäärämisoikeus toteutui haastateltavien kesken vaihtelevasti. Kivun hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoihin osallistuminen ei pääsääntöisesti toteutunut. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan kokeneet edes tarpeelliseksi osallistua hoidon suunnitteluun, koska he luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Tapauksissa, joissa potilaat eivät kokeneet tarpeelliseksi osallistua hoidon suunnitteluun, kunnioitettiin heidän itsemäärämisoikeuttaan, eikä heitä tällöin veloitettu osallistumaan hoidon suunnitteluun. Potilaat, joiden kohdalla itsemäärämisoikeus toteutui, olivat tyytyväisiä siihen, että heidät huomioitiin kivun hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa. He saivat ilmaista oman mielipiteensä ja esittää toiveita esimerkiksi lääkityksen suhteen.

7.3 Postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjaus erilaisista hoitomenetelmistä sekä kivun arviointi

Hoitomenetelmät teema koostuu seuraavista kategorioista: lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjaus, lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus, ohjeistus VAS-kipumittarin käyttöön ja sen hyödyntämiseen kivun hoidossa sekä muut arviointimenetelmät.

Taulukko 5. Postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjaus erilaisista hoitomenetelmistä sekä kivun arviointi



...on ohjattu se sängystä ylösnouseminen...

...on ohjattu haavan tukeminen, hengitysharjoitukset ja liikerajoitukset...

...fysioterapeutti on ohjannut voimisteluliikkeitä, kivun helpottamiseksi...

Kaikkien haastateltavien potilaiden kohdalla käytettiin sekä lääkkeellisiä, että lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä. Potilaat kokivat saamansa ohjauksen lääkkeettömään kivun hoitoon liittyen riittäväksi. He olivat saaneet monipuolisesti ohjausta lääkkeettömän kivun hoidon eri osa-alueilla, kuten sängystä ylösnousemisessa, haavan tukemisessa ja liikerajoituksissa. Potilaat kokivat erityisen hyväksi fysioterapeutin antaman ohjauksen. Hyvä lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus auttoi potilaita ymmärtämään, kuinka he voivat omalla toiminnallaan hallita kipua ja ehkäistä sen yltymistä. Lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus oli annettu yhteisymmärryksessä potilaiden kanssa ja potilaat kokivat ohjauksen hyödylliseksi myös kotiutumista ajatellen.

...kipulääkkeen vaikuttavuutta ei ole arvioitu, ei hoitajilla ole aikaa kysyä...

...kyllä hoitajat ovat kysyneet, kun ovat tässä käyneet, että vaikuttiko se lääke..

Vastaavasti lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjauksessa esiintyi puutteita. Kipulääkkeen vaikuttavuuden arviointi sekä tieto annetusta lääkkeestä ja sen sivu- ja haittavaikutuksista oli vähäistä. Kipulääkkeen vaikuttavuutta arvioitiin vaihtelevasti ja arviointi tapahtui pääsääntöisesti vasta silloin, kun seuraavan kerran kipulääkettä tuotiin eikä 1-2 tunnin kuluttua lääkkeen otosta.

...kyllä he lääkkeen nimen sanoivat aina, mutta ei niitä lääkkeiden nimiä muista...

...hoitajasta riippuu, ei se tapa ole, että kerrotaan mitä lääkettä saa...

...ei ole mainittu lääkkeen nimeä, se on vain pelkkä kipulääke...

Potilaat saivat tietoa annetusta lääkkeestä puutteellisesti. Pääasiassa potilaat eivät saaneet tietoa annetusta lääkkeestä, muuta kuin, että lääke on kipua lievittävää. Informaatio sivu- ja haittavaikutuksista vaihteli lääkeryhmittäin.

*...lääkkeiden sivuvaikutuksista on kerrottu se, että saattaa tulla pahoinvointia...
...haittavaikutuksia ei ole kerrottu, ei ole kerrottu hengityslamasta eikä pahoinvoinnista opiaattien suhteen, tiedän ne omasta kokemuksesta...*

Potilaat eivät saaneet tietoa parasetamolin ja tulehduskipulääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksista, mutta vahvojen opioidien sivu- ja haittavaikutuksista informaatiota annettiin enemmän. Osa potilaista oli tietoisia lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksista aikaisemman kokemuksensa perusteella.

*...ei ole kerrottu kuinka paljon mitään lääkettä voi vuorokaudessa ottaa...
...ei ole tietoa tarvittavista kipulääkkeistä...*

Potilaat eivät olleet saaneet tietoa tarvittavista kipulääkkeistä tai lääkkeiden vuorokausiannostuksesta. Potilaat eivät olleet saaneet tietoa siitä, mitä kipulääkkeitä he voivat saada ja kuinka paljon, jos lääkelistalla olevat kipulääkkeet eivät riitä. Osalla potilaista oli aikaisempi tieto esimerkiksi parasetamolin vuorokausiannostuksesta, mutta he luottivat saavansa kotiin selvät ohjeet kotona käytettävistä kipulääkkeistä ja niiden annostuksista.

*...en ole saanut kipupumppuun liittyen ohjausta lainkaan. Ei ole tietoa, minkä takia pumppu on laitettu, enkä tiedä mitä lääkettä sinne menee ja kuinka paljon ja miten lääke vaikuttaa, tai edes minne lääke menee.
... ei ole ohjeistettu, että mitä kipupumpun hälytykset tarkoittavat tai miten sen kanssa liikutaan...*

Potilaat, joilla oli kipupumppu, eivät olleet saaneet siihen liittyvää ohjausta lainkaan. He eivät olleet saaneet tietoa, minkä vuoksi kipupumppu on laitettu ja mitä lääkettä pumpun kautta tulee, minne lääke menee tai miten lääkeaine vaikuttaa. Ohjeistusta kipupumpun aiheuttamista liikerajoituksista ei annettu tai ohjeistettu miten liikkuminen sen kanssa onnistuu. Informaatiota pumpun hälytysäänistä ei annettu, mikä aiheutti potilaille turvattomuuden tunnetta.

...on ohjeistettu pyytämään lisää lääkettä heti, kun kipu tuntuu...

Potilaiden mielestä erityisesti kivuttomuuteen tukeminen korostui ohjaustilanteissa, jonka he kokivat hyväksi. Kipua ei kuitenkaan hoidettu ennakkoivasti, koska potilaita ohjeistettiin pyytämään kipuläkettä lisää vasta, kun kipu jo tuntuu.

...ei ole näytetty VAS-kipumittaria, mutta on kysytty minkä numeron arvoinen kipu on yhdestä kymmeneen- asteikolla...

...ei ole käytetty VAS-kipumittaria, eikä ole kysytty millä asteella kipu on...

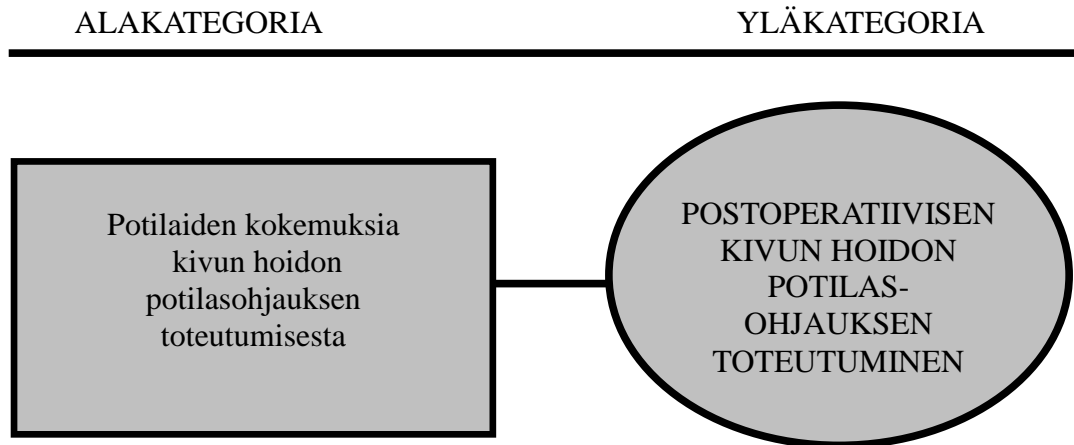
Tutkimustuloksista kävi ilmi, että potilaat eivät tieneet mikä on VAS-kipumittari tai mihin sitä käytetään, näin ollen VAS-kipumittaria ei kivun arvioinnissa käytetty. Muista kivun arivointimenetelmistä käytettiin vain numeerista-asteikkoa ja sitäkin hyvin vähän.

7.4 Postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksen toteutuminen

Postoperatiivisen kivun hoidon ohjauksen toteutuminen kategoria koostuu potilaiden kuvailevista kokemuksista saamastaan kivun hoidon potilasohjauksesta. Potilaat kuvailivat millaista ohjaus on ollut kokonaisuudessaan osastolla 4B. Näin ollen tämä kategoria täytyi laittaa omaksi kategoriakseen, koska sen sisältö koostuu potilaiden

lausumista potilasohjauksen toteutumisesta yleisesti. Teemalla haluttiin saada kokonaiskuva osastolla toteutuneesta potilasohjauksesta, eikä yksittäisistä potilasohjauksen osa-alueista.

Taulukko 6. Postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksen toteutuminen



...mielestäni positiivinen kokemus, kipua on kyllä hoidettu ja olen oikein tyytyväinen saamaani tietoon...

...voin sanoa, että olen saanut tarpeeksi tietoa ja olen tyytyväinen saamaani hoitoon...

...kivun lievitys on ollut riittävää, enkä koe, että siihen tarvitsee mitään ohjausta...

...olisin kaivannut enemmän ohjausta. Kipulääkettä kyllä saa, mutta ei varsinaista ohjausta...

...ei minulle ole oikeastaan neuvottu mitään. En koe, että hirveästi olisin saanut ohjausta...

Tutkimustulosten perusteella potilaiden mielestä kivun hoito osastolla oli riittävää, mutta potilasohjauksen eri osa-alueilla esiintyi edellä mainittuja puutteita. Potilasohjauksessa esiintyneiden puutteiden vuoksi kaikki potilaat eivät kokeneet saamaansa ohjausta riittäväksi. Potilaiden kokemukset ohjaustilanteista vaihtelivat

potilaiden oman mielenkiinnon ja ohjauksen tarpeen mukaan. Potilasohjauksen saamiseen vaikutti potilaiden omat kokemukset ja tieto kivun hoitoon liittyvistä asioista ja se, kuinka potilaat osasivat aktiivisesti vaatia itselleen informaatiota. Vaikka riittävä potilasohjaus ei toteutunut kaikkien haastateltavien kohdalla, olivat he silti pääasiassa tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Potilaat luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja kokivat olonsa turvalliseksi osastolla ollessaan.

7.5 Johtopäätökset tutkimustuloksista

Ennen toimenpidettä annetulla informaatiolla kivusta on merkitystä postoperatiiviseen kivun kokemiseen, näin ollen potilas on tietoinen mahdollisesta kivun luonteesta ja sen eri hoitomenetelmistä. Informaation saaminen auttaa potilasta valmistautumaan toimenpiteen jälkeiseen kipuun. Elosen ja Niemenrinne-Janhusen (2002) tekemän tutkimuksen mukaan potilaiden saama suullinen ohjeistus ja tuki koettiin tärkeäksi. Potilaat halusivat enemmän tietoa heille tehtävästä toimenpiteestä ja mahdollisuuden puhua peloistaan ja odotuksistaan hoitohenkilökunnan kanssa. Tämä vaikutti potilaiden kokemaan turvallisuuden tunteeseen. Suurin osa hoidetuista potilaista koki olonsa osastolla turvalliseksi. Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että osaston 4B potilaat eivät saaneet riittävästi informaatiota kivusta ja sen luonteesta ennen toimenpidettä. Tästä voidaan myös päätellä, etteivät potilaat voineet valmistautua parhaalla mahdollisella tavalla toimenpiteen jälkeiseen kipuun. Kuten Elosen ja Niemenrinne-Janhusen (2002) tutkimuksen mukaan, myös osaston 4B:n potilaat kokivat olonsa turvalliseksi ja luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon, vaikka informaation saaminen kivusta ja sen luonteesta sekä eri hoitomenetelmistä oli puutteellista. Osaston 4B potilaat saivat kuitenkin riittävästi tietoa heille tehtävästä toimenpiteestä, toisin kuin Elosen ja Niemenrinne-Janhusen (2002) tutkimustulokset osoittavat.

Asianmukainen diagnostiikka kivusta ja potilaan informointi kivun hoidosta ovat perusedellytykset toimivalle ja hyvälle kivun hoidolle. Leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon käytetyn lääkityksen sairaalassa määrää anestesialääkäri, mutta osastolla potilaiden hyvästä ja turvallisesta lääkehoidosta vastaavat sairaanhoitajat. Anestesialääkärin tulisi

mahdollisuuksien mukaan keskustella eri kivun hoitomenetelmistä potilaan kanssa jo leikkausta edeltävänä päivänä. Potilaalle on kerrottava eri hoitovaihtoehtoista ja siitä, miten hoidot vaikuttavat. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että potilaiden oikeuksia laiminlyötiin, koska informaatio oli puutteellista, eivätkä he olleet keskustelleet anestesialääkärin kanssa eri kivun hoitomenetelmistä. Potilaat eivät olleet saaneet riittävästi informaatiota eri hoitovaihtoehtoista ennen tai jälkeen toimenpiteen. Informaation ollessa puutteellista eri kivun hoitomenetelmistä perus edellytykset toimivalle ja hyvälle kivun hoidolle eivät toteudu toivotulla tavalla.

Hoidossa tulee noudattaa potilaan itsemäärämisoikeuden periaatetta ja potilaalla on oikeus osallistua hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoihin, vaikka lääketieteelliset päätökset suorittaa hoitava lääkäri. Tutkimustulosten perusteella potilaiden itsemäärämisoikeus kivun hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa ei toteutunut oikeudenmukaisesti. Järkevän ja johdonmukaisen päätöksenteon tueksi potilas tarvitsee tietoa kivustaan, sen hoidosta ja kivun eri hoitomenetelmistä. Edellä mainitun informaation puutteellisuuden vuoksi voidaan päätellä, että potilaat eivät saaneet riittävästi tietoa kivun hoidon johdonmukaisen päätöksenteon tueksi.

Potilaalle on tärkeää kertoa lääkkeiden vuorokausiannostuksista, jotta turvallinen lääkehoito toteutuu myös kotiuduttua toimenpiteen jälkeen. Postoperatiivinen kivun hoito tulee olla oireen mukaista kivun hoitoa ja potilasta tulee informoida oireista. Kipulääkitys tulee järjestää potilaalle hänen oireidensa ja tarpeidensa mukaisesti. Jotta hyvä ja turvallinen lääkehoito toteutuu, on myös potilaan oltava aktiivinen ja kommunikoitava tuntemuksistaan ja oireistaan. Potilaalle on kerrottava eri hoitovaihtoehtoista ja siitä miten hoidot vaikuttavat ja mitä niiden haittavaikutukset ovat. Potilaalle täytyy myös kertoa miten hän pystyy omalla toiminnallaan ehkäisemään kipua ja kivun voimistumista ja näin ollen edistämään kivun hoitoa. Sompin, Valkin sekä Västin (2010) tekemän tutkimuksen tulosten mukaan potilaat eivät saaneet riittävästi informaatiota annettavasta lääkkeestä eikä lääkkeiden annostelumäärästä, potilaat kuitenkin luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Vaikka informaatio oli puutteellista, potilaat kokivat saavansa riittävästi ohjausta. Sompin, Valkin ja Västin (2010) tutkimustulokset ovat verrattavissa tämän tutkimuksen tuloksiin.

Yhteneväisyytenä voidaan todeta, että potilaat luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon, informaation puutteellisuudesta huolimatta. Erona Sompin, Valkin ja Västin (2010) tutkimustuloksiin voidaan todeta, että osastolla 4B, kaikki potilaat eivät kokeneet saavansa ohjausta riittävästi. Kostian ja Murtomäen (2012) kirjallisuuskatsauksessa lääkehoidon ohjauksen tulokseksi nousivat eri ohjausmenetelmien heikko hyödyntäminen, ohjaukseen käytettiin liian vähän aikaa sekä tietoa lääkityksestä ja muusta hoidosta annettiin potilaalle niukasti. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista kävi myös ilmi, että lääkehoidon ohjaus vaikuttaa positiivisesti hoitoon sitoutumiseen ja ohjeiden noudattamiseen. Tutkimustulokset ovat verrattavissa Kostian ja Murtomäen (2012) kirjallisuuskatsauksen tuloksiin. Kehittämällä osastolla 4B toteutettavaa lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjausta, voitaisiin vaikuttaa potilaiden hoitoon sitoutumiseen ja turvallisen lääkehoidon toteutumiseen myös kotona.

Chumbley, Hall ja Salmon (2002) tutkimuksen mukaan potilaat, joilla oli käytössä PCA-kipupumppu, halusivat informaatiota PCA-pumpussa käytettävästä lääkkeestä, enemmän tietoa lääkkeen sivu- ja haittavaikutuksista, pumpun turvallisuudesta; yliannostuksen vaarasta, sekä lääkeaineeseen syntyvästä riippuvuudesta ja ohjausta pumpun käyttämiseen. Ohjauksen antaminen kipupumpun käyttöön on yhtä tärkeää, kuin muunkin potilasohjauksen antaminen kivun hoitoon liittyen. Samojen periaatteiden mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa käytettävästä kivun hoitomenetelmästä, sen vaikuttavuudesta, sekä kipupumpussa käytettävän lääkeaineen sivu- ja haittavaikutuksista. Potilaalle tulee kertoa kipupumpun toimintaperiaatteet sekä kipupumpusta aiheutuvat rajoitukset liikkumisen suhteen. Potilaan turvallisuuden tunteen säilyttämiseksi on kerrottava, mitä kipupumpun hälytysäänet kertovat. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjaus ei toteudu näiden edellytysten mukaisesti. Turvallisen ja hyvän lääkehoidon saavuttamiseksi lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjausta tulisi kehittää osastolla 4B.

Potilasta on aktivoitava kiputilastaan huolimatta ja häntä tulee kannustaa etsimään aktiviteetteja ja toimintatapoja, jotka eivät pahenna oireita. Passiivisuus ja liikkumattomuus rajoittavat elämää ja lisäävät toissijaisia lihas- ja nivelperäisiä kipuja.

Lääkkeetön kivun hoito yksistäänkin helpottaa potilaan kipua, mutta tehokkain keino on yhdistää se lääkkeelliseen kivun hoitoon. Lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä on hyvä toteuttaa myös kotiutumisen jälkeen edistämään toipumista. Nämä menetelmät tulisi ohjata potilaalle osastolla ollessa sekä antaa potilaalle myös kirjalliset ohjeet kotiin. Lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Leikkausalueella tulee suojata, mutta ei varjella liikaa liikkeiltä, koska pienetkin liikkeet parantavat leikkausalueen verenkiertoa ja edesauttavat haavan paranemista. Elosen ja Niemenrinne-Janhusen (2002) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkkeetön kivun hoito ei ollut riittävää. Lääkkeetön kivun hoito koettiin tärkeänä, mutta ongelman siihen toi hoitajien kiireinen aikataulu. Elosen ja Niemenrinne-Janhusen (2002) tutkimustulokset ovat poikkeavia tämän tutkimuksen tuloksista. Tutkimustulosten perusteella voidaan osoittaa, että lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus toteutui osastolla 4B hyvin. Osastolla 4B annettu lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus on laadukasta ja se tukee potilaan toipumista toivotulla tavalla. Osastolla 4B hyödynnetään fysioterapeutin antamaa lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjausta, jolloin hoitajien kiire ei vaikuta lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjauksen laatuun. Hyvä lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus antaa potilaille riittävät valmiudet toipumisensa edistämiseen, niin osastolla, kuin kotonakin.

Onnistunut kivun hoito edellyttää tehokasta ja systemaattista kivun arviointia. Systemaattiseen kivun arviointiin kuuluu sekä kivun olemassa olon ja luonteen arviointi, sekä kivun hoidon onnistumisen arviointi. Postoperatiivisen kivun arvioinnissa yleisin käytetty kipumittari on analogiasteikko, eli VAS. VAS soveltuu erityisesti kivun voimakkuuden arviointiin. Tällaisia kyseisiä asteikkoja on erilaisia toimien kuitenkin samalla periaatteella, esimerkiksi numeerinen asteikko NRS ja sanallinen asteikko VDS. Kipumittareilla arvioidaan potilaan kivun voimakkuutta, kipulääkkeiden tarvetta ja lääkkeiden vaikutusta. Kuupakko ym. (2007) toteaa artikkelissaan, että kivun voimakkuusastetta on arvioitava, jotta kipua pystytään hoitamaan ennakoivasti, sillä, jos kipua hoidetaan vasta kun se on yltyneet liian kovaksi, kivun hoito vaatii enemmän lääkettä ja tarkkailua, kuin ennakoiva hoito. Elosen ja Niemenrinne-Janhusen (2002) tekemän tutkimuksen mukaan kivun arviointimenetelmät tulisi esitellä potilaalle jo ennen toimenpidettä, ja tähdentää, että kivun ennaltaehkäisy on yhtä tärkeää, kuin voimakkaaksi yltyneen kivun hoito. Tutkimustulosten perusteella

osastolla ei käytetä postoperatiivisen kivun arvioinnissa käytettäviä kivunmittausmenetelmiä. Tästä voidaan päätellä, että kipua ei pystytä hoitamaan riittävän ennakoivasti vaan kivun hoitoon joudutaan käyttämään enemmän lääkkeitä ja resursseja potilaan tilan tarkkailemiseen.

Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon on jokaisen kansalaisen perusoikeus. Hyvä sairaanhoito sisältää myös kivun hoidon ja sen potilasohjauksen. Hyvin toteutetulla kivun hoidolla ja kivun hoidon potilasohjauksella voidaan estää mahdollisia fyysisiä, sosiaalisia, tunneperäisiä ja henkisiä seurauksia. Laadukkaan potilasohjauksen on havaittu edistävän potilaan toimintakykyä, kotona selviytymistä, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja itsenäistä päätöksentekoa. Hyvä potilasohjaus mahdollistaa potilaat ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja ymmärtämään sen merkityksen sekä mahdollisuudet, koska sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet. Kyngäs ym. (2007) toteaa kirjassaan, että etenkin kirurgisen toimenpiteen kokeneiden potilaiden kohdalla potilasohjauksen merkitys korostuu, koska he ovat yleensä vain käymässä sairaalassa ja huolehtivat omasta hoidostaan suurimmaksi osaksi sairaalan ulkopuolella. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että hyvän ja kokonaisvaltaisen sairaanhoidon toteutumiseksi, osastolla toteutettavaa kivun hoidon potilasohjausta tulisi kehittää riittävän kivun hoidon tueksi. Kivun hoidon potilasohjausta kehittämällä voidaan parantaa potilaiden mahdollisuuksia ottaa vastuuta omasta hoidostaan ja kotona pärjäämisestään.

8 LUOTETTAVUUDEN TARKASTELU

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden systemaattiseen arviointiin on esitetty tutkijoiden tueksi omia lähtökohtia ja erillisiä suosituksia. Metodikirjallisuudessa tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään validiteetin ja reliabiliteetin käsittein. Validiteetillä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimusote ja siinä käytetyt menetelmät vastaavat tutkittua ilmiötä. Validiteetin puuttuminen tekee tutkimuksesta arvottoman, koska tällöin tutkitaan muuta asiaa kuin mitä alun perin oli tarkoitus. Reliabiliteetillä ilmaistaan, miten luotettavasti tutkimusmenetelmä mittaa haluttua ilmiötä sekä, miten

tutkimustulokset ovat toistettavissa. Yleisiä luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat esittäneet muun muassa Cuba ja Lincoln (1981 ja 1985). Näitä kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Hiltunen 2009, hakupäivä 14.02.2014; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 159-160).

Uskottavuuden edellytyksenä on se, että tutkimustulokset on kuvattu riittävän selkeästi, jotta lukija ymmärtää, miten aineiston analyysi on toteutettu ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tällä tavoin tarkastellaan tutkimuksen analyysiprosessia ja tulosten validiteettiä. Uskottavuutta kuvastaa myös se, kuinka tutkija on muodostanut luokitukset tai kuinka eri kategoriat käsittelevät aineiston sisältöä. Analyysiprosessia tulee kuvata mahdollisimman tarkasti, havainnollistaen sitä erilaisten taulukoiden ja liitteiden avulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää, jos tutkimus on siirrettävissä. Tutkimustulosten siirrettävyys viittaa siihen, missä määrin tutkimustulokset ovat siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Siirrettävyys edellyttää huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin kuvausta. Tulokset on analysoitava niin selkeästi, että joku toinen tutkija pystyisi halutessaan seuraamaan prosessia. Kvalitatiivisen tutkimuksen raporteissa usein esitetään suoria lainauksia haastatteluista. Tällä pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus ja antamaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun prosessia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ja sen raporteissa tiettyjen perusasioiden on oltava selvillä ja niiden mukaisten tulkintojen on myös oltava raportista selvästi luettavissa. Näitä perusasioita ovat metodologinen ymmärrys, käsitteellinen perusymmärrys, kontekstuaalinen perusymmärrys, kielellinen perusymmärrys ja kykeneväisyys loogiseen ajatteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198; Tuomi & Sarajärvi 2002, 138; Tuomi & Sarajärvi 2013, 138).

Riippuvuudella luotettavuuden arvioinnissa tarkoitetaan sitä, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista ohjaavin periaattein. Vahvistettavuudella kuvataan tehtyjä ratkaisuja ja niiden päättelyjä. Ratkaisut tulee kuvata niin tarkasti, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä sekä arvioimaan sitä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 139.)

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla, haastattelut nauhoitettiin digitaalista nauhuria käyttäen. Haastattelut aukikirjoitettiin eli litteroitiin sana sanalta yleiskieltä käyttäen haastateltavien tunnistamattomuuden suojaamiseksi. Litteroinnin jälkeen haastattelut kuunneltiin vielä tarkasti kertaalleen läpi, jotta niiden sisältö vastasi aukikirjoitettuja tekstejä. Kuvassa 4 on esitetty tutkimuksen analyysiprosessin kulku. Taulukossa 1 on esitetty esimerkein, kuinka pelkistetyt ilmaukset ovat syntyneet alkuperäisilmauksista. Taulukossa 3-6 on kuvattu, kuinka alakategorioista on muodostunut yläkategoriat. Myös liitteessä 5 on nähtävillä tutkimusaineiston ajatusprosessi. Tutkimusta on pyritty havainnollistamaan useilla taulukoilla, kuvilla ja esimerkeillä alkuperäisilmauksista tekstin yhteyteen, jotta tieto tutkimuksen luotettavuudesta välittyisi lukijalle.

Ensimmäinen haastattelu oli esihaastattelu, jonka perusteella huomasimme teemahaastattelurungon toimivaksi ja saimme vastaukset haluamiimme teemoihin. Teemahaastattelurunkoon ei näin ollen tarvinnut tehdä muutoksia, joten käytimme esihaastattelun tutkimusaineistona. Luotettavuutta saattoi rajoittaa kokemuksen puute, koska teimme opinnäytetyötä sekä kvalitatiivista tutkimusta ensimmäistä kertaa. Yritimme välittää luotettavuutta käyttämällä tuoretta lähdekirjallisuutta, käymällä säännöllisesti opinnäytetyönohjauksissa ja lukemalla aikaisempia tutkimuksia potilasohjauksesta.

9 POHDINTA

9.1 Oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteita

Teimme opinnäytetyötä ja kvalitatiivista tutkimusta ensimmäistä kertaa. Opinnäytetyön aiheen saimme Länsi-Pohjan keskussairaalan osasto 4 B:n henkilökunnan toiveesta. Pidimme tärkeänä, että aihe on työelämälähtöinen ja sen tekemisestä on hyötyä sekä tilaajalle, että tutkijoille itselleen. Alun perin tutkimuksen kohteena oli osastolla toteutettava postoperatiivisen kivun hoidon laatu. Tässä vaiheessa oli haasteellista miettiä miten tutkimuksen aiheen rajaisimme, jotta tutkimus säilyisi johdonmukaisena.

Otimme yhteyttä yhteistyökumppaniin tarkentaaksemme aiheen rajausta heidän tarpeitaan vastaavaksi. Lopuksi opinnäytetyön aiheeksi muodostui postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjaus kyseisellä osastolla. Teoreettisen viitekehyksen työstämiseen toi haastetta niukan aikaisemman tutkimustiedon saatavuus kivun hoidon potilasohjauksesta. Kivun hoidosta sekä potilasohjauksesta löytyy runsaasti tutkimustietoa, mutta ei kivun hoidon potilasohjauksesta. Lisäksi aiheesta löytyy paljon kirjallisuutta ja hoitosuosituksia.

Tutkimuksen tekemiseen oman haasteensa toi analyysimenetelmien valinta ja niiden käyttäminen, koska aikaisempaa kokemusta niistä ei ollut. Valitsimme tutkimuksen analyysimenetelmäksi induktiivisen sisällönanalyysin. Huomasimme, että perusteellisesti tehdyn tutkimussuunnitelman tärkeys nousi esille useasti tutkimuksen edetessä. Tutkimuksen tekoa helpotti, että olimme osanneet jo suunnitteluvaiheessa valita oikeanlaisen haastattelumenetelmän sekä analyysimenetelmän tutkimukselle. Huolella tehtyä ja ennalta tarkkaan mietittyä tutkimussuunnitelmaa oli helppo noudattaa työn edetessä. Tutkimussuunnitelma helpotti varsinaisen opinnäytetyön jäsentämistä, koska olimme työstäneet laajan ja kattavan teoreettisen viitekehyksen jo suunnitelmaan.

Opinnäytetyön tekeminen vaati paljon aikaa, työstäminen tapahtui pääosin koulutehtävien ja työharjoitteluiden ohella. Ajan käytön suunnitteluun olisi voinut paneutua paremmin. Opinnäytetyön aikataulua viivästyttivät erinäiset syyt, kuten muutokset opinnäytetyön tekijöiden kokoonpanossa sekä aiheen rajauksen muutos.

Työläin vaihe opinnäytetyön tekemisessä oli uuden aiheen rajauksen aiheuttamat lisätyöt teoreettiseen viitekehykseen. Oletimme työläimmän vaiheen olevan tutkimusaineiston analysointi sekä haastatteluiden litterointi. Selkeästi jäsenellyn teemahaastattelurungon ansiosta itse tutkimusaineiston analysointi tapahtui melko nopeasti, eikä suurempia haasteita esiintynyt. Työn tekoa helpotti myös ennalta tuttu tekstinkäsittelyohjelma, mutta haasteita tuotti kuvien ja taulukoiden tekeminen.

Haastattelemalla osaston 4B:n potilaita tutkijana saimme tietoa siitä, millaista postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjausta he saavat. Teemahaastatteluiden avulla saimme kattavan kuvan siitä, mitä postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksen osa-

aluetta tulisi erityisesti kehittää osastolla. Teemahaastatteluiden erityinen hyöty oli se, että potilaat kuvailivat aidosti kokemuksiaan saamastaan postoperatiivisen kivun hoidon potilasohjauksesta. Avoimien kysymyksien vuoksi esille nousi asioita, joita määrällinen tutkimus ei olisi mahdollistanut. Haastatteluista selvisi, että potilaat tarvitsevat lisää potilasohjaus kivun hoitoon liittyvistä asioista, jotta he voivat hyödyntää saamaansa tietoa omassa kivun hoidossaan. Monipuolinen ja laadukas potilasohjaus on erittäin merkittävää, koska sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet ja näin pakottavat potilaat ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Potilaiden tulisi saada suullisten ohjeiden lisäksi myös kirjalliset ohjeet, koskien heidän hoitoaan, lääkitystään ja toimenpiteeseen liittyviä komplikaatioita.

Tutkimustulosten ja johtopäätösten perusteella osasto 4 B:n potilaat saivat riittävästi tietoa tehtävästä toimenpiteestä. Kaikki haastateltavat potilaat olivat saaneet tavata kirurgin ennen toimenpidettä. Potilaat pitivät tärkeänä kirurgin tapaamista, koska se lisäsi potilaiden turvallisuuden tunnetta toimenpidettä ajatellen. On erittäin tärkeää, että potilaat tapaavat kirurgin ennen toimenpidettä, jotta he pystyvät keskustelemaan toimenpiteeseen liittyvistä asioista itse kirurgin kanssa. Potilaat voivat keskustella kirurgin kanssa mieltä askarruttavista asioista ja peloistaan toimenpiteeseen liittyen. Myös hoitohenkilökunnan tulisi olla potilaiden tukena ja keskustella näistä asioista potilaan kanssa. Kirurgin tapaaminen ennen toimenpidettä herättää potilaiden luottamuksen ja vaikuttaa positiivisesti potilaiden turvallisuuden tunteeseen. Osasto 4 B:n potilaat eivät kuitenkaan saaneet riittävästi informaatiota kivusta ja sen luonteesta ennen toimenpidettä, jolloin he eivät voineet valmistautua toimenpiteen jälkeiseen kipuun parhaalla mahdollisella tavalla. Riittävän informaation saaminen kivusta ja sen luonteesta vaikuttaisi positiivisesti potilaiden turvallisuuden tunteeseen. Kivun luonnetta ja kivun voimakkuutta on hankala ennustaa, koska kivun kokeminen on yksilöllistä. Potilaiden tulisi kuitenkin saada viitteellistä tietoa siitä, millaista kipu toimenpiteen jälkeen voi olla ja kuinka se vaikuttaa potilaan toimintakykyyn.

Tutkimustulosten ja johtopäätösten perusteella osastolla 4 B potilaiden itsemäärämisoikeutta kunnioitettiin pääsääntöisesti, vaikka se ei toteutunut oikeudenmukaisesti kivun hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa. Potilaat tarvitsevat tietoa kivusta, sen hoidosta ja eri kivunhoitomenetelmistä järkevän ja johdonmukaisen

päätöksenteon tueksi. Koska osaston 4 B potilaat eivät saaneet riittävästi tietoa näistä edellä mainituista seikoista, ei voida olettaa, että potilaat pystyisivät itsenäisesti ilman hoitajan tukea tekemään näitä päätöksiä. Kaikki haastateltavat potilaat eivät kokeneet tarpeelliseksi osallistua kivun hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon, näissä tilanteissa potilaiden itsemäärämisoikeutta kunnioitettiin oikeudenmukaisesti, eikä heitä tällöin velvoitettu osallistumaan hoidon suunnitteluun.

Tutkimustulosten ja johtopäätösten perusteella erityisesti lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjausta tulisi kehittää osastolla 4 B. Lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjaus toteutui osastolla vaihtelevasti eri osa-alueiden ja potilaiden välillä. Olisi tärkeää, että potilasohjaukseen panostettaisiin siten, että se toteutuisi tasavertaisesti kaikille potilaille hoitajasta riippumatta. Potilasohjauksen laadun takaamiseksi, olisi tärkeää, että hoitohenkilökunnalla olisi ohjauksen toteuttamiselle yhteiset sovitut käytännöt. Osastolla toteutettava lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjaus on todella merkittävää, koska se luo perustan turvallisen lääkehoidon toteutumiselle myös potilaan kotiuduttua. Potilaat ovat nykyään yhä iäkkäämpiä, jolloin potilasohjauksessa täytyy huomioida potilaiden mahdolliset muistiongelmät ja kotona pärjääminen toimenpiteen jälkeen. Tämän vuoksi potilaan omaiset olisi tärkeää huomioida potilasohjausta annettaessa, jotta omaiset voivat turvata hoidon jatkumisen myös potilaan kotiuduttua. Nykyään myös yhä useampia toimenpiteitä tehdään päiväkirurgisesti tai sairaalassa vietetään vain yksi yö toimenpiteen jälkeen, jolloin omaisille annettavan potilasohjauksen merkitys korostuu. Omaisten täytyy tietää, mitä asioita potilaan voinnissa täytyy seurata ja milloin pitää olla yhteydessä sairaalaan.

Lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjauksen lisäksi myös kivun arviointia tulisi kehittää osastolla 4 B. Erilaisia kivunmittausmenetelmiä käytettiin hyvin vähän tai ei lainkaan. Kivun huolellisella arvioinnilla pystyttäisiin hoitamaan kipua ennakoivasti, jolloin kivun lievittämiseen ei tarvitsisi käyttää niin paljon lääkettä eikä resursseja potilaan tilan tarkkailemiseen. Kivun ennakoiva hoito olisi potilaalle myös paljon miellyttävämpää eikä kipu pääsisi turhaan pitkittymään.

Yllättävää tutkimustuloksissa oli myös se, että potilaat, joilla oli käytössä kipupumppu, eivät olleet saaneet siihen liittyvää ohjausta lainkaan. Potilaat olivat täysin tiedottomia

kipupumpun tarkoituksesta ja toiminnasta. Potilasohjaus kipupumppuun liittyen tulisi antaa samoja periaatteita noudattaen, kuin mikä tahansa lääkkeelliseen kivun hoitoon liittyvä potilasohjaus. Potilaille turvattomuuden tunnetta aiheutti erityisesti se, että he eivät tienneet, mitä kipupumpun hälytysäänät tarkoittavat. Potilaiden turvallisuuden tunteen säilyttämiseksi olisi tärkeä kertoa potilaille kipupumpun hälytysäänistä, jotta potilaat olisivat tietoisia mistä on kyse. Suullisen ohjeistuksen lisäksi osastolle voisi työstää esimerkiksi kirjallisen ohjeen kipupumppuun liittyen potilaille annettavaksi. Kirjallisessa ohjeessa voisi olla esillä kaikki olennaiset asiat kipupumpun toiminnasta ja siihen liittyvistä seikoista.

Tutkimustulosten ja johtopäätösten mukaan osastolla 4B toteutettava lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus on riittävää ja monipuolista. Lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus on todella merkittävää potilaan toipumisen kannalta. Lääkkeellinen kivun hoito ei yksistään riitä, vaan rinnalle tarvitaan aina lääkkeetöntä kivun hoitoa ja ohjausta siihen. Osastolla on hyvin panostettu lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaukseen, koska siinä hyödynnetään myös fysioterapeuttia. Tällöin hoitajien kiire ei vaikuta lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjauksen laatuun. Osasto 4 B:n hoitajat tukevat potilaita hyvin lääkkeettömässä kivun hoidossa fysioterapeutin antaman ohjauksen lisäksi. Potilaat saavat yksilöllistä ohjausta lääkkeettömään kivun hoitoon ja siihen käytetään riittävästi aikaa, mikä helpottaa potilaita omaksumaan annettu ohjaus. Osastolla toteutettava laadukas lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus auttaa potilaita ymmärtämään, kuinka he voivat omalla toiminnallaan helpottaa kipua ja edistää omaa toipumistaan. Tämän ansiosta potilaat saavat hyvät valmiudet toipumisensa edistämiseksi ja toimintakykynsä ylläpitämiseksi myös kotiuduttua sairaalasta. Laadukkaalla lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjauksella voidaan vähentää ylimääräisiä hoitokäyntejä sekä lääkkeiden käyttöä.

Lääkkeellisen sekä lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjauksen lisäksi potilaat tarvitsevat myös emotionaalista tukea. Potilaiden emotionaalisen tuen tarve on yksilöllistä ja vaihtelee riippuen toimenpiteestä. Jos kyseessä on arkaluontoinen toimenpide, kuten esimerkiksi rinnan poistoleikkaus, on potilaan emotionaalisen tuen tarve erilainen, kuin esimerkiksi sappirakon poistoleikkauksessa. Joillakin potilailla kipua voi helpottaa se, että he saavat jakaa tunteuksiaan ja keskustella niistä jonkun

kanssa. Joillakin potilailla taas kipua voi helpottaa se, että he voivat rentoutua esimerkiksi katsomalla televisiota, kuuntelemalla musiikkia tai lukemalla kirjaa. Potilas ja potilaan tarpeet tulee huomioida aina yksilöllisesti ja pyrkiä vastaamaan niihin parhaalla mahdollisella tavalla. Kipu rajoittaa ihmisen elämää huomattavasti, joten kipua täytyy pyrkiä lievittämään kaikin keinoin.

Tutkimustulosten ja johtopäätösten perusteella osasto 4B:n potilaat olivat kuitenkin tyytyväisiä saamansa hoitoon, vaikka kaikki eivät olleet saaneet riittävästi ohjausta. Kivun lievityksen potilaat kokivat riittäväksi ja pääasiassa potilaat kuvasivat hoitajaksonsa positiiviseksi kokemukseksi. Potilaat luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja arvostivat hoitajilta saamaansa apua.

Tutkimuksemme aihe oli mielestämme mielenkiintoinen ja ajankohtainen, koska valmistuttuamme hoitotyön ammattiin potilasohjauksen merkitys näkyy hoitotyön jokaisella osa-alueella sekä jokapäiväisessä työssä työpisteestä riippumatta. Koska potilasohjaus on iso osa hoitotyötä, oli yllättävää miten ohjaus toteutui vaihtelevasti eri potilaiden kohdalla. Valitettavaa on, että laadukkaalle potilasohjaukselle vaadittavat resurssit ovat usein puutteellisia. Henkilökunta osastoilla on usein alimitoitettua ja näin ollen hoitajilla ei välttämättä ole tarpeeksi aikaa potilasohjauksen toteuttamiselle. Potilasohjauksen onnistumiselle on merkittävää myös ohjausympäristö ja usein osastoilta ei löydy sopivaa tilaa ohjauksen toteuttamiselle. Ohjaustilanteet toteutetaan yleensä potilashuoneissa, joissa saattaa olla useampi potilas samaan aikaan, jolloin potilaan yksityisyyttä ei pystytä turvaamaan. Potilashuoneissa myös tila on hyvin rajallista. Hoitohenkilökunnan tulisi saada säännöllisin väliajoin koulutusta laadukkaaseen potilasohjauksen takaamiseksi sekä heidän käytössään tulisi olla viimeisimpiä hoitosuosituksia ja näyttöön perustuvaa tietoa potilasohjauksesta.

Kokonaisuudessaan tutkimus onnistui odotetusti. Teemahaastatteluiden avulla kerätty tutkimusaineisto antoi onnistuneet ja kattavat vastaukset ennalta asetettuun tutkimustehtävään. Tutkimus suoritettiin täysin alustavan suunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyön tekeminen auttoi hahmottamaan tutkimusprosessin kokonaisuutena. Vahvuutena tutkimuksen onnistumisessa oli tutkijoiden toimiva yhteistyö sekä vahva taustatuki opinnäytetyönohjaajilta. Kynnys kysyä ja tarkistaa asioita oli matala ja koko

tutkimuksen ajan meillä oli tunne, että tekemäämme työtä arvostetaan ja se on merkittävää.

Tämän tutkimuksen jatkotutkimuksen haastattelujen kohteena voisivat olla hoitajat, jolloin saataisiin tietoa, mitkä tekijät vaikuttavat osastolla toteutuvaan potilasohjaukseen hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksella voisi kartoittaa potilasohjauksen haasteita sekä selvittää, miten potilasohjauksen laatua ja toteuttamista voisi kehittää.

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Suomessa on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, jonka uusi suomennos hyväksyttiin Suomen Lääkäriliiton hallituksessa 10.05.2001. Julistus on alun perin laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii myös hyvin hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Julistuksessa ohjeistetaan potilaiden oikeuksien turvaamisesta tutkimustyössä sekä potilaiden turvallisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 173.)

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan perusta. Tutkittavan yksityisyys, potilastietojen luottamuksellisuus sekä tutkittavan fyysinen ja psyykinen koskemattomuus on turvattava. Ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa on jokaiselle tutkittavalle kerrottava riittävän tarkoin tutkimuksen tavoite, menetelmät, rahoituslähteet, mahdolliset eturistiriidat, tutkijan yhteydet laitoksiin, tutkimuksesta odotettavissa oleva hyöty sekä siitä tutkittavalle mahdollisesti koituvat riskit ja rasitus. Tutkijan on varmistettava, että tutkittava on ymmärtänyt kaikki annettavat tiedot. Potilaiden itsemääräämisoikeus on tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Tutkimusetiikan mukaisesti osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on turvattava tutkimuksessa. Tutkittaville on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja keskeyttää tutkimus. Osallistumattomuus ei saa aiheuttaa uhkia, mutta osallistumista ei saa myöskään palkita. Tämän vuoksi tutkimuksen saatekirjeen on oltava neutraali ja asiallinen. Tutkittavan on oltava tietoinen aineiston säilyttämisestä ja tutkimustulosten

julkaisemisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 174-177.)

Tutkimuslupaa tutkimukselle anottiin Länsi-Pohjan keskussairaalan operatiivisen tulosyksikön ylihoitajalta, koska tutkimus kohdistui potilaisiin. Kun opinnäytetyönohjaajat olivat hyväksyneet tutkimussuunnitelman se toimitettiin hyväksyttäväksi Länsi-Pohjan keskussairaalan operatiivisen tulosyksikön ylihoitajalle Maritta Rissaselle. Kun tutkimussuunnitelma oli molempien tahojen osalta hyväksytty, tutkimuslupakaavakkeet allekirjoitettiin. Ennen tutkimusprosessin aloittamista, kävimme osaston 4 B osastonhoitajan luona allekirjoittamassa opinnäytetyön hankkeistamissopimuksen. . Annoimme osastonhoitajalle tutkimussuunnitelman luettavaksi sekä keskustelimme tutkimuksen toteuttamistavasta. Sovimme yhdessä osastonhoitajan kanssa mahdolliset haastatteluajankohdat ja valitsimme tutkimukseen osallistujat. Annoimme osastonhoitajalle saatekirjeet tutkittaville toimitettavaksi. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuksen toteuttamistapa. Saatekirjeessä potilaille tiedotettiin, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista sekä heillä on tutkimusetiikan mukaisesti oikeus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoja tai keskeyttää haastattelu. Kirjeessä kerrottiin myös tutkimusaineiston säilyttämisestä sekä tutkimustulosten julkaisemisesta.

Useita haastatteluita kuitenkin peruuntui erinäisistä syistä, mikä viivästytti opinnäytetyön aikataulua. Haastatteluita jouduttiin perumaan esimerkiksi sen vuoksi, koska tutkimuksen eettisyys olisi kärsinyt liian myöhäisestä saatekirjeen välittämisestä. Muita syitä olivat potilaiden yhteistyökyvyttömyys, hoitavan osaston vaihtuminen ja yhteydenpito-ongelmat osaston kanssa.

Ennen haastatteluiden aloittamista jokaisen tutkimukseen osallistuvan kanssa käytiin läpi tutkimuksen kulkuun liittyviä tekijöitä ja varmistettiin, että tutkittava oli ymmärtänyt saatekirjeen sisällön ja oli tietoinen tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Teemahaastatteluiden aikana huolehdittiin, että vaitiolovelvollisuus säilyi ja tutkimukseen osallistujien yksityisyys suojattiin asianmukaisella tavalla. Haastattelut nauhoitettiin, jotta haastatteluiden tieto säilyi tutkijoille alkuperäisenä ja

muuttumattomana aineiston analysointia varten. Tutkimusaineisto hävitettiin tutkimuksen loputtua asianmukaisesti.

LÄHTEET

- Ahonen, Outi & Blek-Vehkaluoto, Mari & Ekola, Sirkka & Partamies, Sanna & Sulosaari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Airaksinen, Marja & Dahlström, Annika & Kivilompolo, Seija & Matila, Ari & Mikkola, Janne & Närhi, Ulla & Ojala, Eija & Pikkujämsä, Sirkku 2005. Hoitona lääke. 1.painos. Helsinki: Edita.
- Bandman, Elsie & Bandman, Bertram 2002. Nursing Ethics through the Life Span. 4.painos. Brooklyn, New York.
- Chumbley, Gillian & Hall, George & Salmon, Peter 2002. Patient-controlled analgesia: what information does the patient want? Journal of Advanced Nursing 39(5).
Hakupäivä 16.02.2014
<<http://ez.ramk.fi:2252/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ee52a1c8-347b-4d94-8117-e47dd74c205e%40sessionmgr4005&hid=4212>>
- Coll, Anne Marie & Ameen, Jamal 2006. Profiles of pain after day surgery: Patients' experiences of three different operation types. Journal of Advanced Nursing 53(2).
- Elonen, Satu & Niemenrinne- Janhunen, Pirjo 2002. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pori.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Tammi.
- Finlex 17.08.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Hakupäivä 9.11.2013
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>
- Fry, Sara T. & Johnstone Megan-Jane 2008. Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making. 3.painos. Melbourne, Australia
- Haanpää, Maija 2007. Neuroopaattisen kivun hoito-opas. Hakupäivä 20.11.2012.
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikke>](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikke<li=nix00086#s6)
- Hamlin, Lois & Richardson-Tench, Marilyn & Davies, Menna 2009. Perioperative nursing. Elsevier, Australia.
- Hamunen, Katri & Kalso, Eija 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Helsinki: Duodecim.
- Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampensis. Hakupäivä 11.02.2014.
<<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67478/951-44-6290-4.pdf?sequence=1>>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 a. Epiduraalinen kivunhoito. Hakupäivä 17.05.2013.
< http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun_hoitomenetelmia/epiduraalinen_kivun_hoito/Sivut/default.aspx>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 b. PCA-kipulääkeannostelija. Hakupäivä 17.05.2013.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun_hoitomenetelmia/pca-kipulaakeannostelija/Sivut/default.aspx>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013 c. Jatkuva haavapuudutus. Hakupäivä 17.05.2013.
<

- [leikkauksen-jalkeen/kivun hoitomenetelmia/jatkuva haavapuudutus/Sivut/default.aspx](#) >
Hiltunen, Leena 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Graduryhmä. Jyväskylän yliopisto. Hakupäivä 14.02.2014.
<http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf >
- Idanpää-Heikkilä, Juhana & Vapaatalo, Heikki & Moilanen, Eeva 2012. Kipulääkkeiden uudet vaikutusmekanismit. Hakupäivä 20.11.2012.
<
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet%2Faction%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo80231&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_from_page=uusinnumero ; >
- Jokela, Ritva & Kairaluoma, Pekka & Kujala, Mirkka & Nieminen, Päivi & Nilsson, Marcus & Nilsson, Eija 2010. Kivun hoito leikkauksen jälkeen. Hakupäivä 20.11.2012.
<<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/sivut/default.aspx?redirected=1> >
- Kangasmäki, Elisa & Pudas-Tähkä, Sanna-Mari 2010. Kivun hoidon merkitys tehohoidossa. Hakupäivä 20.02.2013.
< http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00246&p_haku=sanna-mari >
- Kalso, Eija 2011. Akuuttihoito-opas. Hakupäivä 21.11.2012.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01710&p_haku=kipulääkitys >
- Kalso, Eija & Haanpää, Maija & Vainio, Anneli 2009. Kipu. Helsinki: DUODECIM.
Kalso, Eija & Vainio, Anneli 1993. Kipu. 1.painos. Vammala: Duodecim.
Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010.. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2.painos Helsinki:WSOYpro.
Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kontinen, Vesa & Hamunen, Katri & Jokela, Ritva & Rautakorpi, Pirkka & Ravaska, Pirjo 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Hakupäivä 21.02.2013
< http://www.say.fi/files/say_suositus_kivun_kirjaamisesta_1.pdf >
- Koponen, Leena & Sillanpää, Kirsi 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. 1.painos. Helsinki: Sanomapro Oy.
- Koskinen, Tiina & Ojala, Raimo & Puireva, Alli & Puireva, Pauli & Salimäki, Johanna 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanomapro Oy.
- Kuupakko, Leena & Koota, Ella & Lehtinen, Essi & Saarinen, Kari & Savola, Riitta & Kylvé, Anu 2007. Terve, Pirkanmaan sairaanhoitopiirinlehti, 1/2007.
<<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=26&cad=rja&ved=0CEgQFjAFOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.pshp.fi%2Fdownload.aspx%3FID%3D245%26GUID%3D%257B70453C07-EE78-4828-BFAC-0A23AE70CDA%257D&ei=fHv-UqijDcP8ywPp6IKwCg&usg=AFQjCNFiaM-inrLylMfHE2LzoXaKUpYxA&bvm=bv.61535280,d.bGQ>>

- Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY, oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitoteide VOL 11, no 1/1999.
- Kostia, Johanna & Murtomäki, Mari 2012. Aikuisväestön läähedoidon ohjauksen toteutuminen hoitotyössä. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Helsinki. Hakupäivä 11.02.2014
 <<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40964/Opinnaytetyo.pdf?sequence=1> >
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Universitatis Ouluensis. Hakupäivä 11.11.2013.
 < <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf> >
- Laine, Kari 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Tampere: Tammi.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Leppäluoto, Juhani & Kettunen, Raimo & Rintamäki, Hannu & Vakkuri, Olli & Vierimaa, Heidi & Lätti, Sole 2007. Anatomia ja fysiologia rakenteesta toimintaan. Helsinki: WSOY.
- Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Hakupäivä 11.11.2013
 <http://www.pps hp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf >
- Lukkari, Liisa & Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Munsterhjelm, Edward 2005. Parasetamoli- onko vaikutusmekanismi vihdoin selviämässä? Kipuviesti. Maaliskuu 2005.
- Nienstedt, Walter & Hänninen, Osmo & Arstila, Antti & Björkqvist, Stig-Eyrik 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Nurminen, Marja-Leena 2010. Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro.
- Paakkari, Pirkko 2009. Krooninen (pitkäaikainen) kipu- lääkehoito. Hakupäivä 20.11.2012.
 <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939&p_haku=Kivun%20hoito#s1 >
- Peltonen, Tuomas, dosentti, Oulun yliopiston farmakologian laitos, luento 01.11.2012 Kemissä.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012 a. Kivun hoito leikkauksen jälkeen. Hakupäivä 21.12.2012.
 <<http://www.pkssk.fi/kivunhoito-leikkauksen-jalkeen> >
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 b. Lääkkeetön kivunhoito. Hakupäivä 17.05.2013
 <<http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito1> >
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 c. Epiduraalinen kivunhoito. Hakupäivä 17.05.2013.
 < <http://www.pkssk.fi/epiduraalinen-kivunhoito1> >
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 d. PCA kipupumppu. Hakupäivä 17.05.2013.

- < <http://www.pkssk.fi/epiduraalinen-kivunhoito1> >
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 e. Paikallisuudutukset. Hakupäivä 17.05.2013.
<<http://www.pkssk.fi/jatkuva-haavapuudutus1> >
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013 f. Kivun arviointi. Hakupäivä 20.02.2013.
< <http://www.pkssk.fi/miten-kipua-arvioidaan;jsessionid=EAFB68B8B0EBF7E9CFC248C718A54EC4> >
- Rotko, Nina 2010. Leikkausasennot anestesiologian näkökulmasta. Finnanest.
Salanterä, Sanna 2008. Kipua kokevan potilaan hyvä ohjaus. Kipuviesti 2/2008. Hakupäivä 15.02.2014
<
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/system/files/files/Kipuviesti%202-2008.pdf>>
- Salanterä, Sanna & Hagelberg, Nora & Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2009. Hoitotyön etiikka. 1.painos. Edita.
- Somppi, Antti & Valkki, Heidi & Västi, Mikko 2010. Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisilla osastoilla. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu, Vaasa.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas. Hakupäivä 11.02.2014
<[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen laakehoito fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen+laakehoito+fi.pdf)>
- Taam-Ukkonen, Minna & Saano, Susanna 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. 1.-2.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Terveyskirjasto 2013 a. Induktio. Hakupäivä 11.06.2013.
< http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01331 >
- Terveyskirjasto 2013 b. Oxynorm. Hakupäivä 12.06.2013.
<
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=far12477&p_haku=oksikodoni >
- Terveyskirjasto 2013 c. Porrastettu kivunhoitomalli. Hakupäivä 11.11.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ima01799>
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. painos. Vantaa: Kustannusoseyhtiö Tammi.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi
- Vaajoki, Anne 2012. Postoperative Pain in Adult Gastroenterological Patients – Music Intervention in Pain Alleviation. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. Hakupäivä 20.12.2012
<http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0956-5/urn_isbn_978-952-61-0956-5.pdf >
- Vainio, Anneli 2009 a. Akuutti ja krooninen kipu. Hakupäivä 20.11.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005&p_haku=Anneli%20Vainio>
- Vainio, Anneli 2009 b. Kiputilojen jaottelu. Hakupäivä 20.11.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Anneli%20Vainio&p_artikkeli=kha00021 >

- Vainio, Anneli 2009 c. Kivun lääketieteelliset hoitomuodot. Hakupäivä 20.11.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00058&p_haku=kipu >
- Vainio, Anneli 2009 d. Opioidit. Hakupäivä 14.09.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00061>
- Vainio, Anneli 2009 e. Voiko kipua mitata? Hakupäivä 12.06.2013.
< http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025 >
- Vaittinen, Eero 1996. Kirurgia. Helsinki: WSOY.
- Valvira 2014. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Hakupäivä 07.02.2014.
<http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet>
- Vänskä, Kirsti & Laitinen-Väänänen, Sirpa & Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? 1.painos. Helsinki: Edita.

TUTKIMUSLUVAN HAKIJA(T) OPIN- NÄYTETYÖN TEKE- MISTÄ VARTEN	Nimi/nimet	
	1. tekijä Ahvojanen Reetta	
	2. tekijä Hiltula Marjut	
	Osoite	Puhelin
1. tekijä	1. tekijä	
2. tekijä	2. tekijä	
Sähköpostiosoite		
1. tekijä reetta.ahvojanen2@edu.tokem.fi		
2. tekijä marjut.hiltula@edu.tokem.fi		
Oppilaitos		
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu		
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	Nimi	
	1. ohjaaja Mikkola Anja ja Lehto	
	2. Ohjaaja Siiden Marianne Marianne Siiden	
	Toimipaikka ja osoite	Puhelin
Kemi, Meripuistokatu		1. ohjaaja
		2. ohjaaja
Sähköpostiosoite		
1. ohjaaja anja.mikkola@tokem.fi		
2. ohjaaja marianne.siiden@tokem.fi		
Oppiarvo ja ammatti		
1. ohjaaja THM, lehdon, sh		
2. ohjaaja THM, lehti		
OPINNÄYTETYÖ	Opinnäytetyön (alustava) nimi	
	Pehmyrkinurgisen toimintapöytäkokouksen	
	Opinnäytetyön tutkintotaso	
	AMK	<input checked="" type="checkbox"/>
	ylempi AMK	<input type="checkbox"/>
	Erikoistumisopinnot	<input type="checkbox"/>
	Ideapaperin/tutkimussuunnitelman hyväksymispäivämäärä oppilaitoksessa	
28.11.2013		
Lyhyt yhteenveto ideapaperista/tutkimussuunnitelmasta		
Aineistonkeruumenetelmä(t)		
Kysely	<input type="checkbox"/>	
Haastattelu	<input checked="" type="checkbox"/>	
Asiakirja-analyysi	<input type="checkbox"/>	
Tilastoanalyysi	<input type="checkbox"/>	
Havainnointi	<input type="checkbox"/>	
, miten havainnoidaan		

Valmiin opinnäytetyön pyydämme saada käyttömme.

	Muu <input type="checkbox"/> , mikä	
	Käsitelläänkö opinnäytetyössä henkilötietoja? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/>	
	Opinnäytetyön kohdeorganisaatio (esim. xx päiväkot) LPKS osasto 4B	
	Onko opinnäytetyöhön liittyvästä tutkimusyhteistyöstä neuvoteltu etukäteen kohdeorganisaation kanssa Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> , päivämäärä ja henkilön nimi, kenen kanssa on neuvoteltu Ei <input type="checkbox"/>	
	Aineiston keruu-aika Alkaa 2.12.2013 Päättyy 31.1.2014	Opinnäytetyön arvioitu valmistusaika 2/2014
SITOUKSET JA ALLEKIRJOITUKSET	Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi, taikka sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus, enkä luovuta saamiani henkilötietoja sivullisille. Noudatan opinnäytetyössäni vallitsevaa tietosuojalainsäädäntöä ja tutkimuseettisiä toimintaperiaatteita. Luovutan valmiin opinnäytetyön korvauksetta pdf-tiedostona tutkimusluvan antaneelle organisaatiolle.	
HUOM! Sitoumuksen allekirjoittavat kaikki ne henkilöt, jotka tutkimusta tehtäessä käsittelevät salassa pidettäviä tietoja	Paikka ja päivämäärä 28.11.2013 Kemi	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus 1. tekijä Reetta Alvelin 2. tekijä Kuitula Marjut
	Paikka ja päivämäärä	Muiden salassa pidettäviä tietoja käsittelevien henkilöiden allekirjoitukset
Mahdollinen PUOL-TOLAUSUNTO	Puollan tutkimuslupahakemusta. <input type="checkbox"/> En puolla tutkimuslupahakemusta. <input type="checkbox"/> Paikka ja päivämäärä _____ Allekirjoitus _____ Nimen selvennys _____ Virka-asema _____	
PÄÄTÖS	Paikka ja päätöspäivämäärä Kemi 2.12.13 Päätäjän allekirjoitus Maritta Piisanen Nimen selvennys Maritta Piisanen Virka-asema Ylihoitaja Päätös antaa mahdollisuuden tutkimusaineiston keräämiselle ajalla: 2.12 - 31.1.14	
Tutkimusluvan hakijan/tutkimusluvan myöntäjän LIITTEET	Liite 1. Liite 2. Liite 3.	

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat täällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun oppinnäytetyön tekemisestä.

Toimeksiantaja			
Nimi	L-PKS osasto 4B / Hast Liisa		
Osoite			
Puh.	0404889531	Sähköpostiosoite	

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja			
Nimi	Hast Liisa		
Osoite			
Puh.	0404889531	Sähköpostiosoite	

Oppilaitoksen tiedot			
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu			
Oppinnäytetyön ohjaajan nimi	Mikkola Anja, Sliden Marianne		
Nimi	Mikkola Anja, Sliden Marianne		
Osoite	Meripuistikatu		
Puh.		Sähköpostiosoite	

Oppinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot)			
Ahvenjärvi Reetta, hoitotyönkoulutusohjelma, Hiltula Marjut, hoitotyönkoulutusohjelma.			

Opiskelijanäytetyönä tehtävän oppinnäytetyön tiedot:			
Oppinnäytetyön nimi/aihe	Pehmytkirurgisen toimenpiteen tekeminen kivun hoidon ohjauksella L-PKS:n osastolla 4B		
Työn aikataulu	Valmis 02/2014		
Oppinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa	opiskelijat itse		
Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa			

Oppinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

- Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen oppinnäytetyön aloittamista.
- Oppinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen oppinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää oppinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen oppinnäytetyön aloittamista.

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka Kemi Aika 28.11.2013

Marianne Sliden AMK:n edustaja L. Hast Toimeksiantajan edustaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kemi-Tornion ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyönä laadullisen tutkimuksen kirurgisen toimenpiteen kokeneen potilaan kivun hoidon potilasohjauksesta Länsi- Pohjan keskussairaalan osastolla 4 B. Opinnäytetyön tavoitteena on saatujen tutkimustulosten perusteella kehittää osastolla toteutettavaa kivun hoidon ohjausta.

Tutkimusaineiston keräämiseksi suoritamme teemahaastatteluita kirurgisen toimenpiteen kokeneille potilaille. Haastattelut koskevat saamaanne kivun hoitoon liittyvää potilasohjausta ja kokemuksianne siitä. Teemahaastattelut toteutetaan osastolla toimenpiteen jälkeen mahdollisimman lähellä kotiutumispäivää. Haastatteluissa ei tule ilmi sukupuolta, ikää tai henkilöllisyyttä. Teemahaastatteluihin suostuminen on täysin vapaaehtoista sekä teillä on tutkimusetiikan mukaisesti oikeus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoja tai keskeyttää haastattelu. Tutkimusaineisto säilytetään nauhurissa aineiston analyysin valmistumiseen asti, jonka jälkeen ne poistetaan. Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyössä ja niitä ei käytetä muuhun tarkoitukseen.

Opinnäytetyö julkaistaan keväällä 2014 ja se on valmistuttuaan luettavissa Theseus-tietokannasta.

Toivoisimme teidän jakavan kokemuksenne kivun hoidon potilasohjauksen kehittämiseksi. Teemahaastattelun sisältämien avoimien kysymysten vuoksi emme pysty sen tarkkaa kestoä määrittelemään. Haastattelun kesto riippuu yksilöllisistä kokemuksista.

Kiitos mielenkiinnostanne!

Ystävällisin terveisin,
sairanhoitajaopiskelijat Reetta Ahvenjärvi ja Marjut Hiltula.

Reetta.Ahvenjarvi2@edu.tokem.fi

Marjut.Hiltula@edu.tokem.fi

1. Onko potilas saanut tietoa ennen leikkausta postoperatiivisesta kivusta ja sen hoidosta?
2. Minkälaista tietoa eri kivun hoitomenetelmistä potilas on saanut ennen toimenpidettä?
3. Minkälaista tietoa eri kivun hoitomenetelmistä potilas on saanut toimenpiteen jälkeen?
4. Onko potilas saanut osallistua kivun hoidon suunnitteluun ja kivun hoitoon liittyvään päätöksentekoon?
5. Mitä kivun hoitomenetelmiä on käytetty?
6. Minkälaista ohjausta potilas on saanut lääkkeelliseen kivun hoitoon?
7. Minkälaista ohjausta potilas on saanut lääkkeettömiin kivun hoitomenetelmiin?
8. Onko potilas saanut ohjausta VAS- kipumittarin käyttöön ja sen hyödyntämiseen kivun arvioinnissa?
9. Minkälaista ohjausta potilas on saanut kivun hoitoon liittyen kotiutumista varten?
10. Kuvaile millaista ohjaus oli?

Alkuperäisilmaus

...kerrottiin mitä tehdään, mutta siinä tilanteessa ei puhuttu kivusta...

...ei semmoista asiaa kerrottu, niin kuin kivun luonnetta...

...kyllä sitä selvitettiin...

...kyllä, olen saanut tietoa. Minulle on lähetetty papereita kotiin, se kyllä käsittää kaikkea, ei yksistään kipua...

...kyllä varmaan mainittiin siitäkin, että millä tavoin kipua tullaan hoitamaan...minusta tuntuu, että enemmän kerrottiin toimenpiteen jälkeen...

...kyllä, vaihtoehtoina kerrottiin pistokset ja tabletit pääasiassa...

...ei kerrottu ennen toimenpidettä, kivun hoitomenetelmistä...

...ei kaikkea kerrottu, osasta tiesin itse etukäteen...

Pelkistetty ilmaus

Informaatio toimenpiteestä, mutta ei kivusta.

Ei tietoa kivun luonteesta ennen toimenpidettä

Tietoa kivusta ennen toimenpidettä

Tietoa kivusta ennen toimenpidettä, potilaalle lähetetty papereita kotiin

Puutteellinen informaatio kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä

Informaatio kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä

Ei informaatiota kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä

Aikaisempi itse hankittu tieto kivun hoitomenetelmistä

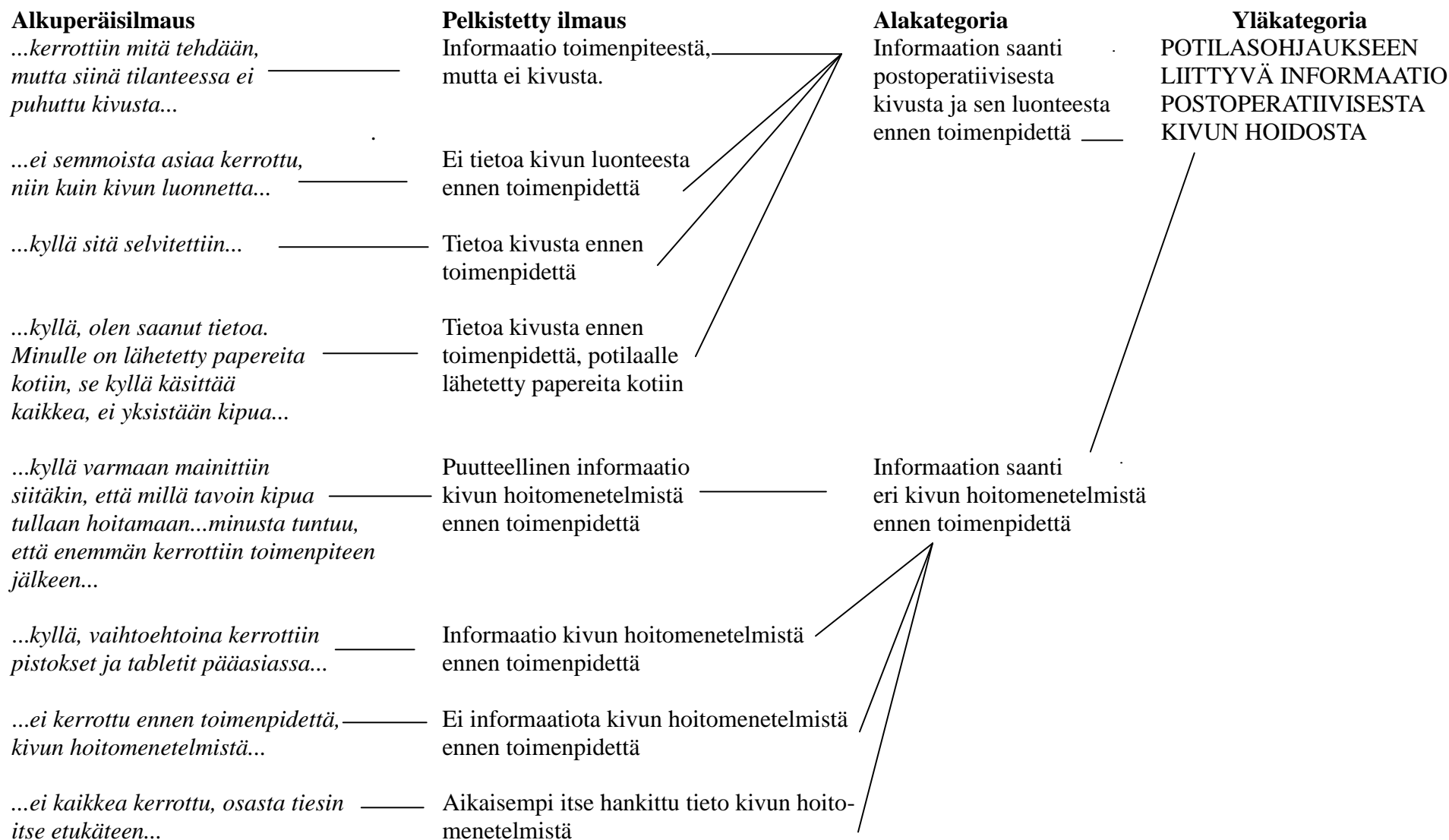
Alakategoria

Informaation saanti postoperatiivisesta kivusta ja sen luonteesta ennen toimenpidettä

Informaation saanti eri kivun hoitomenetelmistä ennen toimenpidettä

Yläkategoria

POTILASOHJAUKSEEN LIITTYVÄ INFORMAATIO POSTOPERATIIVISESTA KIVUN HOIDOSTA



Alkuperäisilmaus

...ei täällä semmoista ole, että hoitaja tulisi kertomaan, millä tavoin me hoidetaan sinun kipua...

...minä tiedän ne hoitomenetelmät, että ehkä pitäisi olla aivan ummikko...

...hoitaja on kertonut, että millä muodoilla lääkettä voidaan antaa...

Pelkistetty ilmaus

Ei informaatiota kivun hoitomenetelmistä toimenpiteen jälkeen

Aikaisempi tieto kivun hoitomenetelmistä

Informaatio kivun hoitomenetelmistä toimenpiteen jälkeen

Alakategoria

Informaation saanti eri kivun hoitomenetelmistä toimenpiteen jälkeen

Yläkategoria

POTILASOHJAUKSEEN
LIITTYVÄ INFORMAATIO
POSTOPERATIIVISESTA
KIVUNHOIDOSTA

Alkuperäisilmaus

...en ole itse saanut osallistua kivun hoidon suunnitteluun tai päätöksentekoon...

...kyllä sen voi sanoa, että minun mielipiteeni on huomioitu kivun hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa...

...en sillä tavalla ole saanut osallistua kivun hoidon suunnitteluun tai päätöksentekoihin. Eikä ole ollut tarvettakaan osallistua...

Pelkistetty ilmaus

Suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuminen ei toteudu

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen

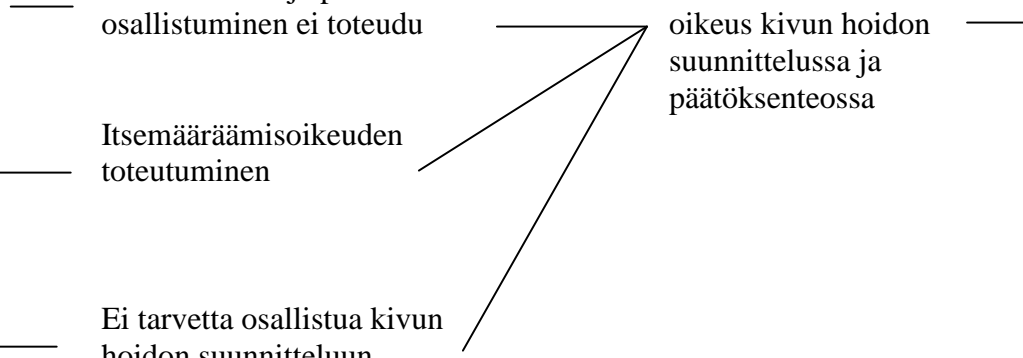
Ei tarvetta osallistua kivun hoidon suunnitteluun

Alakategoria

Potilaan itsemääräämisoikeus kivun hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa

Yläkategoria

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS
POSTOPERATIIVISEN
KIVUN HOIDON
OHJAUKSESSA



Alkuperäisilmaus

...kyllä he lääkkeen nimen sanovat, aina, mutta ei niitä muista...:

...ei ole mainittu lääkkeen nimeä, se on vain pelkkä kipulääke...

...ei täällä ole kokonaisvaltaista kivun hoitoa...

...on ohjeistettu pyytämään lisää lääkettä heti, kun kipu tuntuu...

...lääkkeiden sivuvaikutuksista on kerrottu, että saattaa tulla pahoinvointia...

...haittavaikutuksista ei ole kerrottu, ei ole kerrottu hengityslamasta, eikä pahoinvoinnista opiaattien suhteen, tiedän ne omasta kokemuksesta...

...ei ole kerrottu kuinka paljon mitäkin lääkettä voi vuorokaudessa ottaa...

...ei ole tietoa tarvittavista lääkkeistä...

Pelkistetty ilmaus

Tietoa annetusta lääkkeestä

Puutteellinen tieto annetusta lääkkeestä

Kokonaisvaltaisen kivun hoidon puutteellisuus

Kivuttomuuteen tukeminen

Sivu- ja haittavaikutuksista kertominen

Puutteellinen informaatio sivu- ja haittavaikutuksista

Ei tietoa lääkkeen vuorokausiannostuksista

Ei tietoa tarvittavista kipulääkkeistä

Alakategoria

Lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjaus

Yläkategoria

POSTOPERATIIVISEN KIVUN HOIDON POTILASOHJAUS ERILAISISTA HOITOMENETELMISTÄ SEKÄ KIVUN ARVIOINTI

Alkuperäisilmaus

...kipulääkkeen vaikuttavuutta ei ole arvioitu, ei hoitajilla ole aikaa kysyä...

...kyllä hoitajat ovat kysyneet, kun ovat tässä käyneet, että vaikuttiko se lääke...

...en ole saanut kipupumppuun liittyen ohjausta lainkaan. Ei ole tietoa minkä takia pumppu on laitettu, enkä tiedä mitä lääkettä sinne menee ja kuinka paljon ja miten lääke vaikuttaa tai edes minne lääke edes menee...

...ei ole ohjeistettu, että mitä kipupumpun hälytykset tarkoittavat tai miten sen kanssa liikutaan...

...on ohjattu se sängystä ylösnouseminen...

...on ohjattu haavan tukeminen, hengitysharjoitukset ja liikerajoitukset...

...fysioterapeutti on ohjannut voimisteluliikkeitä kivun helpottamiseksi...

Pelkistetty ilmaus

Puutteellinen kipulääkkeen vaikuttavuuden arviointi

Kipulääkkeen vaikuttavuuden arviointi

Ei ohjausta kipupumppuun liittyen

Puutteellinen ohjaus kipupumppuun liittyen

Sängystä ylösnousemisen ohjaus

Haavan tukemisen ohjaus
Liikerajoitusten ohjaus
Hengitysharjoitusten ohjaus

Voimisteluliikkeiden ohjaus
Fysioterapeutin ohjaus

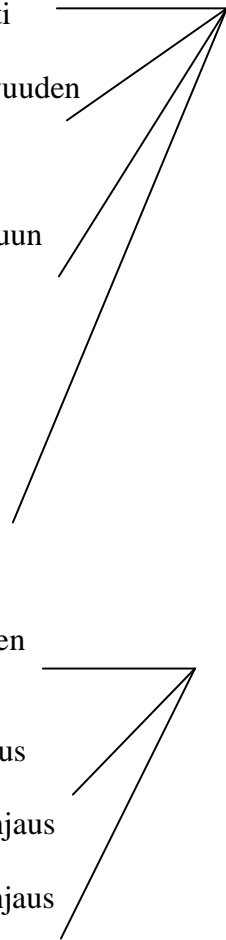
Alakategoria

Lääkkeellisen kivun hoidon potilasohjaus

Lääkkeettömän kivun hoidon potilasohjaus

Yläkategoria

POSOPERATIIVISEN KIVUN HOIDON POTILASOHJAUS ERILAISISTA HOITOMENETELMISTÄ SEKÄ KIVUN ARVIOINTI



Alkuperäis ilmaus

*...ei ole kysytty VAS-kipumittaria,
eikä ole kysytty millä asteella
kipu on...*

*...on kysytty minkä numeron
arvoinen kipu on yhdestä
kymmeneen asteikolla...*

Pelkistetty ilmaus

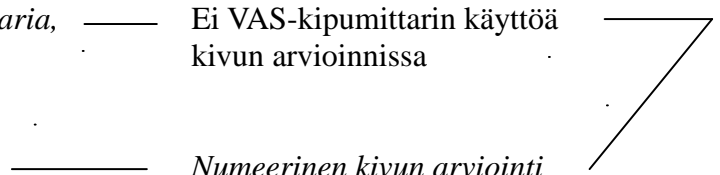
Ei VAS-kipumittarin käyttöä
kivun arvioinnissa

Numeerinen kivun arviointi

Alakategoria

Ohjeistus VAS-kipumittarin
käyttöön ja sen hyödyntämiseen
kivun hoidossa

Yläkategoria



Alkupeäisilmaus

...kivun lievitys on ollut riittävää, enkä koe, että siihen tarvitsee mitään ohjausta...

...mielestäni positiivinen kokemus, kipua on kyllä hoidettu ja olen oikein tyytyväinen saamaani tietoon...

...ei minulle oikeastaan ole neuvottu mitään, en koe että hirveästi olisin saanut ohjausta...

Pelkistetty ilmaus

Ei tarvetta potilasohjaukselle

Riittävä kivun hoidon potilasohjaus

Puutteellinen kivun hoidon potilasohjaus

Alakategoria

Kokemuksia kivun hoidon potilasohjauksesta

Yläkategoria

POSTOPERATIIVISEN KIVUN HOIDON OHJAUKSEN TOTEUTUMINEN

