



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Pauliina Lasonen

ELEKTIIVISTEN LEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSIA
EPIDURAALISESTA KIPULÄÄKITYKSESTÄ KIRURGISELLA
VUODEOSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2008

ELEKTIIVISTEN LEIKKAUSPOTILAIDEN KOKEMUKSIA
EPIDURAALISESTA KIPULÄÄKITYKSESTÄ KIRURGISELLA
VUODEOSASTOLLA

Lasonen, Pauliina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö
Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, 02-6203000
Maaliskuu 2008
Lahti, Meimi
YKL: 59.48
Sivumäärä: 52

Asiasanat: Kipu, postoperatiivinen hoito, kipulääkkeet, paikallispuudutus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata elektiivisten leikkauspotilaiden kokemuksia postoperatiivisessa vaiheessa epiduraalista kipulääkitystä käytettäessä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä, miten sairaanhoitajat tulevaisuudessa voisivat tehostaa potilaan hoitamista, kun kipua lievitetään epiduraalisella kipulääkityksellä.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään laajasti kipua ja siitä aiheutuvia haittoja. Kivunhoidosta on kerrottu painottaen kivun tunnistamista ja arviointia sekä lääkkeellistä hoitoa. Olen myös käsitellyt epiduraalista kipulääkitystä sen eri muodoissa.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Teema-haastattelu toimi aineistonkeruumenetelmänä. Tutkimus toteutettiin Satakunnan Kes-kussairaalan kirurgisella vuodeosastolla N2A ja tutkimukseen osallistui seitsemän poti-lasta.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa potilaista koki epiduraalisen kipulääkityksen tuo- van suuren avun leikkauksen jälkeiseen kipuun. Suurin osa myös koki olonsa hyväksi epiduraalisen kipulääkityksen aikana ja vain yksi halusi lopettaa epiduraalisen kipulää- kityksen aikaisemmin kuin oli tarkoitus puutumisen ja pistelyn vuoksi.

Viiden potilaan kohdalla kokemus epiduraalisen kipulääkityksen lopettamisesta oli myönteinen, mutta kaksi potilasta olisi vielä halunnut jatkaa epiduraalista kipulääkitys- tä. Näiden kahden potilaan kokemukset johtunevat epiduraalisen kipulääkityksen päät- tymisen jälkeen annettavien kipulääkkeiden tuottamista negatiivisista vaikutuksista pe- ruskuntoon. Kivunhoidon potilaat kokivat pääosin hyväksi. Epäymmärrystä tuottivat lisäkipulääkitys, omatoimisuuden lisääminen ja tiedon puute esimerkiksi epiduraalisen kipulääkityksen aiheuttamista sivuvaikutuksista.

POSTOPERATIVE PAIN TREATMENT WITH EPIDURAL ANAESTHESIA ON ELECTIVE SURGERY – PATIENTS' EXPERIENCES

Lasonen, Pauliina
Satakunta Polytechnic
Health Care Studies
Degree Programme in Nursing
School of Social Services and Health Care, Pori
Maanmiehenkatu 10, 28500 PORI, 02-6203000
March 2008
Lahti, Meimi
PLC: 59.48
Number of Pages: 52

Key Words: Pain, treatment after operation, analgesics, local anaesthesia

The purpose of this thesis was to study and describe the experiences of the elective operation patients' during their postoperative time on the surgery ward after epidural anaesthesia. The main focus was to gather information about the work the nurses do to take care of their patients during this period, and how to use this knowledge to improve epidural anaesthesia treatment in the future.

To approach the subject I decided to study pain and what harm it can do to a patient. Therefore a lot of pressure in this thesis lies on how to notice the pain and how to medically ease its effects. Naturally this also includes the epidural anaesthesia.

The study itself was conducted by using a theme interview method and it was performed in Satakunta Central Hospital surgery ward N2A. The target group consisted of seven patients.

According to the results, epidural anaesthesia relieved the post-surgery pains a great deal on most patients. Actually only one patient out of seven felt uncomfortable with the treatment and wanted to stop it prematurely due to numbness and prickling it caused.

Five of the patients responded positively when asked whether or not they wanted to stop the treatment, but two would have still wished to continue it. Experiences of these two patients are based on the anaesthesia used after epidural anaesthesia. The anaesthesia caused negative effects to the basic condition. There was also some confusion with additional pain medication, independent initiative and a general lack of knowledge about the side effects the anaesthesia may cause.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Kipu.....	6
2.2 Kivun fysiologiaa	7
2.3 Akuutti ja krooninen kipu	9
2.4 Kivun tunnistaminen ja kivun arviointi	11
2.5 Leikkauksen jälkeisen kivun hoitomenetelmät	13
2.5.1 Epiduraalipuudutus	15
2.6 Leikkauspotilas	20
3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	23
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	24
5.2 Tutkimusaineiston kohderyhmä	25
5.3 Tutkimusaineiston keruu.....	26
5.4 Tutkimusaineiston analysointi	27
5.5 Tutkimuksen eettisyys.....	28
5.6 Tutkimuksen luotettavuus	28
6 TUTKIMUSTULOKSET	30
6.1 Taustatiedot.....	30
6.2 Potilaan kokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen ajalta	31
6.2.1 Potilaiden kokemukset kivusta epiduraalisen kipulääkityksen aikana.....	31
6.2.2 Tilanteet, jotka aiheuttivat kipukokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen aikana	32
6.2.3 Potilaan kokemukset peruskunnostaan epiduraalisen kipulääkityksen aikana	34
6.3 Potilaan kokemukset epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä	37
6.3.2 Tilanteet, jotka aiheuttivat kipukokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä ensimmäisen vuorokauden aikana.....	38
6.3.3 Potilaan kokemukset peruskunnostaan epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä ensimmäisen vuorokauden aikana.....	40
7 JOHTOPÄÄTÖKSET, POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELO	44
LÄHTEET:.....	50
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito on tehostunut paljon viime vuosikymmenien aikana. Opinnäytetyön aiheeksi valitsin epiduraalisen kipulääkityksen, ja sen käytön elektiivisillä leikkauspotilailla postoperatiivisessa eli leikkauksenjälkeisessä kivunhoidossa. Epiduraalipuudutus on laajalti levinnyt käytäntö kivunhoidossa leikkauksien jälkeen, koska sillä on kyky sulkea hermoimpulssien pääsy selkäyttimeen ja aivoihin. Epiduraalisesta kipulääkityksestä olemassa oleva kirjallisuus keskittyy lähinnä epiduraalipuudutuksesta aiheutuviin sivuvaikutuksiin, puuduteläkkeisiin, anatomiaan ja fysiologiaan. (Bird & Wallis 2002, 522.) Puudute laitetaan epiduraalitilaan, joka on lannerangan alueella noin viiden senttimetrin syvyydessä (Alahuhta, Lindgren, Olkkola, Rosenberg & Takkunen 2006, 416).

Kiinnostukseni aiheeseen alkoi kirurgian harjoittelun aikana Satakunnan keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla N2A, jossa tapasin monta epiduraalisesti kipulääkittyä potilasta. Osastonhoitaja vielä erikseen mainitsi aiheesta sen, että olisi mielenkiintoista tutkia optimaalista epiduraalisen kipulääkityksen kestoa. Leikkauksen jälkeinen aika kirurgian osastolla on lyhentynyt entistä enemmän, ja näin potilaat lähtevät yhä aikaisemmin jatkohoitopaikkoihin tai kotiin. Myös mediassa on puhuttu kipulääkityksestä ja potilaiden nopeasta kotiuttamisesta sekä pitkistä leikkausjonoista. Aiheen ajankohtaisuus lisäsi työn tekemisen mielekkyyttä. Kyseistä aihetta on tutkittu vain vähän, joten oli vaikea verrata tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin.

Tutkimuksen teoria osuus kattaa laajasti kivun määritelmän. Kipuun liittyy sekä leikkauksen jälkeinen kipu että krooninen kipu. Laajalti on käsitelty myös epiduraalista kipulääkitystä, jotta lukija saisi mahdollisimman konkreettisen kuvan epiduraalisen kipulääkityksen käytöstä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä, miten sairaanhoitajat tulevaisuudessa voisivat tehostaa potilaan hoitamista, kun kipua lievitetään epiduraalisella kipulääkityksellä.

Hoidon laatua tulee kehittää potilaslähtöisesti. Varsinkin kivun kokemuksessa tärkeintä on juuri potilaan oma kuvaus kivustaan. Käsittelen työssäni aihetta potilaan näkökul-

masta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata elektiivisten leikkauspotilaiden kipukokemuksia postoperatiivisessa vaiheessa epiduraalista kipulääkitystä käytettäessä. Leikkauspotilaiden hoitajaksot ovat lyhentyneet merkittävästi viimeisten vuosien aikana. Tämän vuoksi tarvitaan yhä enemmän tutkittua tietoa potilaiden leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Potilaiden kokemuksien pohjalta henkilökunta voisi kehittää tietojaan kivunhoidosta epiduraalisen kipulääkityksen aikana ja sen päätyttyä. Tutkimusta seuraa osastotunti, jossa keskustellaan potilaiden kokemuksista.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kipu

Kipu tarkoittaa fyysistä tuskaa, särkyä, kirvelyä, kivistystä, polttoa, pakotusta tai muuta sellaista. Kipua voi olla myös psyykinen tuska. Kipua on mikä tahansa yksilöllinen epämiellyttävä tunne tai tila, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on aina todellinen kokemus kokijalleen. (Haarala 1990, 487.)

Sailo (2000, 30) toteaa kirjassaan, että Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys IASP määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudovaurio tai jota kuvataan samalla tavalla. (Sailo & Varti 2000, 30.) Margo McCafferyn vuodelta 1968 määritelmän mukaan ”kipu on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi ja on olemassa, kun potilas sanoo kipua olevan” (Lehtomäki 2002, 17).

Kivun tulkinta on kulttuurisidonnaista. Länsimaisessa kulttuurissa kipua ja kärsimystä pidetään kristinuskon vaikutuksen vuoksi ikään kuin ihmistä jalostavana voimavarana. Raamatun kertomukset eivät erottele fyysistä ja henkistä tuskaa toisistaan, vaan näkevät kivun kokemuksen kokonaisvaltaisena. Terveystieteiden henkilöstön on kaikessa toiminnassaan pyrittävä tavoitteelliseen kivun poistamiseen ja sen mahdollisimman tehokkaaseen lievitykseen ja ennaltaehkäisyyn. (Kallio, Korte, Lukkari & Rajamäki 2000,

316.) Terveystenhoitohenkilöstöä velvoittavat sairaanhoitajan ja lääkärin eettiset ohjeet, Lissabonin julistus 1995 ja WHO:n julistus. Potilaan kivun lievittämiseen velvoittavat myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Suomen perustuslaki, kansainväliset ihmisoikeusjulistukset ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki. (Lehtomäki 2002, 17.)

Kivun filosofia hakee ymmärtämistä toisen ihmisen kivulle. Ihminen on kuitenkin kipukokemuksensa kanssa aina yksin. Kipukäyttäytymistä voidaan pitää myös opittuna toimintana. Esimerkiksi lapsi oppii vanhemmiltaan tavan reagoida kipuun tai käyttää kipua erityishuomion hakemiseksi. (Kallio ym. 2000, 316.) Aristoteles (eKr. 384-322) oli kivun affektiivisen tunteen ensimmäinen edustaja, joka piti kipua pelkästään tunne-elämyksenä, mielihyvän tunteen vastakohtana. Descartes käsitti kivun näkönä tai kuulona, aistimuksena. Kivun määrittely on muuttunut historian kuluessa ilmentäen kulloisenkin aikakauden ja tieteiden näkemyksiä. (Lehtomäki 2002, 17.)

2.2 Kivun fysiologiaa

Kokonaiskipu muodostuu aikaisemmista kipukokemuksista, kulttuurista sekä fyysisistä, sosiaalisista ja psyykkisistä tekijöistä. Fyysinen kipu aiheutuu sisäisen tai ulkoisen tekijän aiheuttamasta kudonvauriosta. Pienikin kudonvaurio aiheuttaa ärsyksen kipureseptoreissa. (Sailo ym. 2000, 30-31.) Bradykiniini, kallidiini ja leukotrieni sekä prostaglandiinit ovat kudonvaurion aktivoimia kipua välittäviä aineita, jotka aiheuttavat kudoksissa turvotusta ja kipua (Sailo 2001, 21). Nosiseporit, eli elimistön kipureseptorit, vastaavat kipuärsykykseen ja muuttavat kudonvaurion aiheuttaman energian hermoimpulsiksi. Tämä hermoimpulssi siirtyy selkäytimen ja aivojen kipukeskuksiin. (Sailo ym. 2000, 30-31.)

Nosisepäinen eli kudonvauriosta johtuva kipu jaetaan somaattiseen (lihas, luusto, iho ja sidekudos) kipuun ja viskeraaliseen eli sisäelimestä aiheutuvaan kipuun. Tyypillisiä kudonvaurio kipuja ovat tulehduksen, iskemian ja kasvainten aiheuttamat kiputilat. Nosisepäinen kipu viestittää, että kudoksilla on jatkuva hapenpuute. (Sailo 2001, 21-22.) Nosisepäistä kipua on myös akuutti, postoperatiivinen kipu (Lehtomäki 2002, 17). Sisäelinkipu syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien

hermosäikeiden aktivoitumisesta. Viskeraalinen kipu tuntuu laajemmalla alueella kuin se elin, josta kipu lähtee, ja on siksi vaikea paikantaa. Autonomisen hermoston säätelemiä oireita, kuten kalpeutta, hikoilua, sydämentykytystä ja pahoinvointia voi ilmetä sisäelinkivussa. (Sailo 2001, 21.)

Neuropaattisessa kivussa itse vaurio on hermossa, joka välittää kipua. Täten syntymekanismi poikkeaa nosiseptisestä kivusta. Kipu voi aiheutua ulkoisen tekijän tai sisäisen vamman aiheuttamasta hermovauriosta. (Sailo 2001, 21.)

Kipu on tunne, joka aiheuttaa sen kokijalle henkistä kärsimystä. Leikkauksen jälkeinen kipu voi aiheuttaa potilaalle akuutteja psyykkisiä kriisejä sekä pysyviä emotionaalisia muutoksia. Jos potilas on kokenut aikaisemmin postoperatiivista kipua, se voi aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta ennen tulevia leikkauksia. (Kokki 2004, 30.) Kivun kokemisen voimakkuus ei välttämättä ole järkevässä suhteessa kliinisesti arvioitavan vaurion suuruuteen.

Kipu lisää sympaattisen hermoston aktiviteettia (Kokki 2004, 30.) Tämä aiheuttaa takykardiaa, verenpaineen ja ääreisverenkierron vastuksen nousua, sydämen työmäärän lisääntymistä ja hapenkulutuksen kasvamista. Tämä voi johtaa sydänlihaksen iskemiaan. Kipu voi aiheuttaa myös verisuonten supistumista, joka voi huonontaa kudosten hapensaantia ja täten hidastaa haavan paranemista. Tämä taas vaikuttaa leikkauksesta toipumiseen. (Kokki 2004, 30; Lehtomäki 2002, 17; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.) Hikoilu, kalpeus, pupillien laajentuminen sekä lisääntynyt lihasjännitys voivat myös kuulua kipukokemukseen (Pudas-Tähkä ym. 2007, 18). Leikkauksen jälkeinen kipu saattaa kroonistua, jos sitä ei hoideta (Kokki 2004, 30; Lehtomäki 2002, 17; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18).

Kipu voi myös pysäyttää vatsan ja virtsarakon toiminnan. Parasympaattinen aktivaatio voi aiheuttaa myös pahoinvointia ja ruoansulatuskanavan eritteiden määrän lisääntymistä. Kipu aiheuttaa, sympaattisen hermoston aktivoitumisen lisäksi hypotalamuksen stimuloitumisen. Tämä johtaa katabolisten hormonien, kuten ACTH:n, kortisolin, adrenaliinin, glukagonin, ADH:n ja aldosteronin lisääntyneeseen erittymiseen. Stressitilanteessa potilaalle saattaa kehittyä hyperglykemia, lipolyysi, proteiinien hajoamista tai oliguriaa. (Lehtomäki 2002, 17; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.) Tehokas yskiminen

ja hengitysfunktio estyvät, kun potilas tuntee kovaa kipua. Tämä voi johtaa keuhkokomplikaatioihin, kuten pneumoniaan ja atelektaaseihin (Pudas-Tähkä ym. 2007, 18).

Tässä työssä haastattelen potilaita, jotka mahdollisesti kärsivät leikkauksen jälkeisestä kivusta. Kipukokemus jo sinällään on potilaalle kärsimys, mutta tärkeää on myös välttyä kivun aiheuttamalta sympaattisen hermoston aktiviteetin muutoksilta. Teoria osuuden kautta lukija voi ymmärtää, miksi potilaan kipua on tärkeä hoitaa kipulääkkein.

2.3 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutti kipu ei aiheuta pysyviä muutoksia hermostoon, kun taas krooninen kipu jättää siihen jälkensä. Akuutti kipu on varoittavaa kipua, joka kertoo elimistölle esimerkiksi kudonsvauriosta. Akuutin kivun syy tiedetään, joten se on miellyttävämpää potilaalle, koska siihen voidaan löytää lievennyskeinoja asianmukaisella hoidolla. Asianmukaisen hoidon aloittaminen ajallaan vähentää riskiä kivun kroonistumiselle. Jos kipu kroonistuu, se on jo sairaus eikä parane ajallaan. (Sailo 2001, 22.) Hoitajien riittävä tieto kivusta ja kivun hoidosta mahdollistaa hyvän ja tehokkaan kivunhoidon sekä nopeuttaa potilaan toipumista ja ehkäisee kivun kroonistumista (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007, 38). Kipu on kroonistunut, jos sitä on kestänyt yli kuusi kuukautta tai yli normaalin kudosten paranemisen ajan (Kallio ym. 2000, 320). Krooninen kipu saattaa olla myös ajoittaista, mutta toistuvaa kuten migreenissä. Kun kudonsvaurio ylläpitää kipua, se on nosiseptista. Neuropaattinen kipu on hermovauriosta johtuvaa. Nämä aiheuttavat jatkuessaan kroonista kipua. (Sailo 2001, 22.)

Myös tuntemattomasta syystä johtuva kipu saattaa aiheuttaa kroonisen kipuoireyhtymän. Krooninen kipu aiheuttaa potilaalle masennusta, unettomuutta, väsymystä ja kärsimystä. Nämä vuorostaan ovat yhteydessä sosiaalisten suhteiden vähenemiseen, työkyvyn heikkenemiseen sekä taloudellisen tilanteen huononemiselle. (Sailo 2001, 22.) Idiopaattista kipua voidaan kutsua psykogeeniseksi kivuksi, johon liittyy usein ahdistusta tai levottomuutta (Sailo 2001, 21). Sailo (2001) viittaa artikkelissaan Amerikan psykiatriyhdistyksen mielenterveyshäiriöiden luokituksen kriteereihin. Näiden kriteerian mukaan idiopaattista kipua on kipu, joka on vaivannut potilasta vähintään kuusi kuukautta. Jos kivulle ei ole löydetty huolellisista tutkimuksista huolimatta somaattista syy-

tä, tai jos patologisten orgaanisten muutosten esiintyessä potilaan valittama kipu ja siitä aiheutuva sosiaalinen toimintahäiriö ovat suhteettoman suuria objektiivisiin löydöksiin verrattuna, voidaan ajatella kivun johtuvan idiopaattisesta kivusta. (Sailo 2001, 21-22.)

Tässä työssä keskityn haastateltavien potilaiden mahdolliseen leikkauksesta aiheutuvaan kipukokemukseen. Potilaalla saattaa olla muitakin – leikkauksesta riippumattomia- kipuja, kuten sairauden tai vammat tuomat kivut.

Epiduraalisen kipulääkityksen tarkoitus on viedä kivut leikkauspotilaalta mahdollisimman hyvin. Tämä edistää potilaan toipumista ja estää kivun kroonistumisen. Työssäni haluan kartoittaa potilaiden kokemusta siitä, että vieroitus epiduraalinen kipulääkitys kivun pois ja millaista kipua he mahdollisesti kokivat leikkauksen jälkeen.

Leikkauksen jälkeinen kipu, jonka leikkaushaava välittömästi aiheuttaa, on akuuttia kipua. Kudonvaurion laajuus, leikkaustyyppi ja kudosten käsittelytekniikka vaikuttavat kipujen ilmenemiseen. Limakalvot ja iho ovat tärkeimmät kipua aistivat elimet. Myös hermot, pleura, peritoneum, munasarjat, munajohtimet ja kivekset ovat kipuherkkiä alueita. Koliikkimaista kipua aiheuttavat maksan, peritoneumin, vatsaontelon onttojen elinten sekä virtsateiden reagoiminen venytykseen. Kilpirauhasen, tyrän ja rintarauhasen leikkauksenjälkeinen kipu on pinnallista haavakipua, koska leikkauksessa ei ole vahingoitettu syviä onteloita eikä laajoja lihas- ja hermoalueita. Ortopediset toimenpiteet ovat kivuliaimpia, koska silloin on käsitelty suojaavia tukirakenteita sekä nivelpintoja. Ylämahaleikkausten haavakipu aiheuttaa hengitysvaikeutta, koska leikkauksessa on jouduttu avaamaan rintakehää. Tämä luo potilaalle stressiä, sillä kipu lisää stressihormonien eritystä. Stressi on havaittavissa syntyneiden hyperglykemian, lipolyysin ja proteiinien hajoamisen sekä oligourian kautta. (Kallio ym. 2000, 319-320.)

Kansainvälisen kivuntutkimusseuran, IASP:n mukaan krooninen kipu voidaan jakaa syntymekanisminsa mukaan nosiseptiivisiin, idiopaattisiin, neuropaattisiin sekä sentraalisiin ja yhdistettyihin kiputiloihin. Nosiseptiivisiä kiputiloja ovat tulehduskipu, iskeeminen kipu, syöpäkasvaimen aiheuttama kipu ilman hermovauriota, lihaskiputilat ja viskeraalinen eli sisäelinkipu. Idiopaattinen krooninen kipu voi liittyä unihäiriöihin, depression tai konversio-oireeseen, jolloin psykogeenisen kivun diagnoosi on oikeutettu. Sentraalisia kiputiloja ovat muun muassa aavesärky esimerkiksi

amputoidussa raajassa tai aivohalvauksen jälkeinen toispuoleinen kipu. (Kallio ym. 2000, 321.)

Tässä työssä haastateltavat potilaat ovat sekä urologisia että verisuonikirurgisia potilaita. Näin potilaan kipukokemus saattaa poiketa leikkausalueesta, leikkaustyyppistä ja lääkärin käsittelystä riippuen. Haluan työssäni painottaa sitä, että potilaan kokemus kivusta on aina henkilökohtainen kokemus.

2.4 Kivun tunnistaminen ja kivun arviointi

Kivunhoidon lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tarpeet, odotukset ja omat kokemukset. Kivunhoidossa merkitsevää on se, miten sairaanhoitaja priorisoi kivun suhteessa muihin potilaan ongelmiin. Useiden ongelmien ratkaiseminen on kuitenkin epärealistista ajattelua nykyisten lyhyiden hoitajaksojen aikana. Täten potilaan kipuongelma saattaa jäädä liian vähälle huomiolle. Kipu on potilaalle subjektiivinen tunne. Kivun tunnistaminen objektiivisesti havainnoimalla ei ole luotettavaa. Sairaanhoitaja luettelee potilaan helposti hänen diagnoosin, toimenpiteen tai anestesiaamuodon perusteella kivuliaisiin ja vähemmän kivuliaisiin. Tehtäväkeskeiseen toimintamalliin on havaittu liittyvän objektiivinen tunnistaminen. Tehtäväkeskeinen toimintamalli näyttäytyy potilaalle kiireisenä ja tällöin he eivät ehkä halua vaivata henkilökuntaa. Sairaanhoitajat taas olettavat potilaan kertovan kivusta ja pyytävän kipulääkettä. Kun potilasta ei ohjata arvioimaan kipuaan kipumittarilla, hän ei tiedä millaiseen kipuun pitää pyytää lääkettä. Omaan hoitoonsa osallistuminen vaatii potilaalta tarkempaa tietoa siitä, millaisesta kivusta pitää kertoa hoitohenkilökunnalle. (Kauppila 2006, 27.)

Potilaan saamaan kivunhoitoon vaikuttavat myös hoitajan asenteet, tieto, taito ja kokemus. Kivunhoitotaitoja ovat havainnointi- ja kommunikaatiotaito, käden taidot, kyky ohjata ja neuvoa potilasta sekä antaa psykososiaalista tukea potilaan tarpeiden mukaan. (Kauppila 2006, 26; Lehtomäki 2002, 18.) Tutkimuksista on tullut ilmi, että hoitajan oma arvio potilaan kivuliaisuudesta vaikutti enemmän kipulääkeannoksen suuruuteen kuin potilaan oma arvio. Muistettava on, että kun potilas itse pystyy kertomaan kivustaan, potilaan oman arvion sijasta ei koskaan saa käyttää potilaan käyttäytymistä, henkilökunnan mielipidettä tai fysiologisia arvoja. (Lehtomäki 2002, 18.)

Potilaan omaiset ja läheiset ovat tärkeä osa kivun arviointia ja tunnistamista. He osaavat ehkä arvioida potilaan käyttäytymistä parhaiten ja osaavat kertoa aikaisemmista kipukokemuksista ja lääkkeidenkäytöstä, joista hoitohenkilökunnalla ei ole tietoa. Tutkimusten mukaan hoitajat uskovat, että kiputilaan liittyy aina vitaalinelintoimintojen muutoksia. Potilaiden, jotka eivät kykene itse kertomaan kivustaan (tehopotilaat, vastasyntyneet), kivun tunnistaminen tulee tällöin perustua fysiologisiin muutoksiin, kuten sykkeen ja verenpaineen nousuun sekä pupillien laajenemiseen. Potilas voi myös ilmaista kipuaan otsan rypistämällä, kyynelillä, rauhattomuudellaan ja eri lihasten jännittämisellä. (Pudas-Tähkä ym. 2007, 19.)

Kivun arvioinnissa on tärkeää, että käytetään jotain yhteisesti sovittua mittaria aina samalle potilaalle. Arvioinnin on oltava säännöllistä ja kivun tulee mitata aina ennen kipulääkkeen antoa, että voidaan arvioida kivunhoidon onnistumista. Kipu tulee mitata sekä potilaan ollessa levossa että potilaan ollessa liikkeessä. Vaikka levossa ei ole kipua, sitä voi ilmaantua kävellessä tai yskiessä. (Kokki 2004, 31.) Ennen kipumittareiden käyttöönottoa on henkilökunnalle järjestettävä koulutusta. Tärkeää on myös opastaa potilasta kipumittarin käyttöön ennen ja jälkeen leikkauksen. (Lehtomäki 2002, 19.)

VAS kipujana on yleisimmin käytetty asteikko kivun voimakkuuden mittaamiseen. Lyhenne VAS tulee sanoista 'Visual Analogue Scale'. VAS-mittari on 10 cm pitkä viivain, jossa on toisella puolella liukuva, vaaleasta tummaan liukuva jana. Toisella puolella on asteikko nolasta kymmeneen. Vaalein kohta eli nolla tarkoittaa "ei yhtään kipua" ja tummin eli 10 tarkoittaa kovinta mahdollista kipua. Potilaan kipua mitataan säännöllisesti niin kauan, kunnes se on pysyvästi ilman erityishoitoja alle 3. Hyvin hoidetussa kivussa kipu ei saisi toistuvasti ylittää VAS 7. (Leskinen 2000, 12.) VAS-mittarin eräs huonopuoli on se, että potilaan pitää itse olla kykenevä arvioimaan omaa kipuaan (Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 19). Kipukiila on kymmenen sentin pitkä punainen kiila. Punainen alkaa vasemmasta päästä ja se tarkoittaa ei kipua. Oikea pää luetaan samoin kuin kipujanassa. (Lehtomäki 2002, 18.) Visuaalisten asteikkojen sijaan voidaan käyttää myös sanallisia asteikkoja. VRS-mittarilla (Verbal Rating Scale) kipu luokitellaan esimerkiksi asteikolla 0-4 kivuttomuudesta sietämättömän voimakkaaseen kipuun. Näiden mittarien ohella on myös numeerinen, NRS-mittari (Numeric Rating Scale). Potilaalta voidaan kysyä kipua, niin että hän valitsee numeroista 0-10 sen, joka eniten kuvaa hä-

nen kipuaan. Nolla tarkoittaa ”ei lainkaan kipua” ja kymmenen tarkoittaa ”sietämätöntä kipua”. (Pudas-Tähkä ym. 2007, 19.)

Satakunnan keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla N2A on käytössä VAS kipujana. Tämän avulla arvioidaan potilaan kipuja ja kipulääkityksen tarvetta. Kyseistä kipujanaa käytetään erityisesti potilailla, joilla on epiduraalinen kipulääkitys. Teemahaastattelussa esitän potilaille kysymyksen kirurgisen vuodeosaston kivun hoidosta ja siitä, miten potilaat sen kokevat sekä epiduraalisen kipulääkityksen aikana että sen päätyttyä.

2.5 Leikkauksen jälkeisen kivun hoitomenetelmät

Hoidon kannalta on tärkeä tietää milloin kipu on alkanut, onko se jaksottaista vai jatkuvaa ja kauanko kipua on ollut (Lehtomäki 2002, 19). Normaalisti epiduraalisen kipulääkityksen lisäksi leikkauspotilaalle aloitetaan myös parasetamoli ja tarvittaessa NSAID-lääkitys. Mikäli potilaan kipuja ei näillä saada hallintaan, voidaan hänelle antaa myös opiaatteja. Vaikka epiduraalikipulääkitys lopetettaisiin, niin suun kautta annettavien kipulääkkeiden käyttö jatkuu ainakin osastolla oloajan. (Korpi, Raitopuro, Ritmala-Castrén & Sjöholm 2007, 38.)

NSAID-lääkkeet eli ’non steroidal anti-inflammatory drugs’ ovat tulehduskipulääkkeitä, jotka ovat vakiintuneet osaksi leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa. Niitä voidaan annostella välittömästi leikkauksen jälkeisessä hoitovaiheessa peräsuoleen eli per rectum tai laskimonsisäisesti eli intra venous, lihaksen sisäisesti eli intra muscularis tai myöhemmin suun kautta eli per os. Ne vähentävät opioidien - keskushermostoon vaikuttavien analgeettien - tarvetta. Laskimon sisäisesti voidaan infusoida muun muassa diklofenaakki 2mg/kg/vrk, ketoprofeeni 3mg/kg/vrk, indometasiini 2-3mg/kg/vrk ja ketorolaakki 1,5mg/kg/vrk. Lääkkeet laimennetaan 0,9-prosenttiseen natriumkloridiliuokseen, joka infusoidaan potilaaseen tarpeen mukaan. Mahdolliset vasta-aiheet ja sivuvaikutukset tulee muistaa tulehduskipulääkkeiden yhteydessä. Tavallisimpia sivuvaikutuksia ovat vatsavaivat, keskushermosto-oireet sekä ihottumat. NSAID-lääkkeitä ei pidä käyttää, jos potilaalla on vuoto- tai hyytymishäiriö, yliherkkyys kyseiselle tulehduskipulääkkeelle, astma, munuaisten tai sydämen vajaatoiminta, hypovolemia, maha- ja pohjakaissuolen haavaumataipumus tai suoliston verenvuototaipumus. Jos potilas ilmoittaa

käyttäneensä kyseistä lääkettä aikaisemmin ongelmitta, voi hän käyttää lääkettä astmas-ta huolimatta. (Kallio ym. 2000, 327–328.)

Oksikoni, morfiini ja buprenorfiini ovat yleisimmät opioidit postoperatiivisessa kivun-hoidossa. Tällöin perinteisin tapa annostella opioideja on suonensisäisesti tai lihakseen, jolloin niiden vaikutuspaikkana ovat aivojen opioidireseptorit. Oksikonia voidaan an-nostella leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa myös suun kautta, muttei epiduraalisesti. Opioidien vaikutusajat vaihtelevat. Morfiinilla vaikutusaika on 2-3 tuntia, oksikonilla hieman pidempi ja buprenorfiinilla 6-8 tuntia. Opioideilla on jonkin verran sivuvaiku-tuksia. Opioidien aiheuttamaa hengityslamaa voidaan hoitaa kehottamalla potilasta hen-gittämään paremmin, turvaamalla hengitystä helpottava asento, antamalla happea ja tarvittaessa opioidin vasta-ainetta, naloksonia, laskimoon. Oksikonin synnyttämä hengi-tyslama voi olla vaikeampi kuin morfiinin, ja tarvittaessa vaikeissa tilanteissa on varau-duttava antamaan tekohengitystä. Vapauttaessaan histamiinia morfiini voi aiheuttaa ihon kutinaa. Pahoinvointi, sedaatio, suolilama ja virtsaumpi ovat myös opioidien sivu-vaikutuksia. (Kallio ym. 2000, 328.)

Tässä työssä kysyn potilaan kokemuksia myös epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Tällöin muiden kipulääkkeiden käyttö korostuu. Epiduraalisen kipulääkityksen aikana potilaille on jo aloitettu muitakin kipulääkkeitä, jotka saattavat tehostaa potilaan kivut-tomuutta. Kipulääkitys liittyy myös potilaan kivunhoitoon: kivun arviointiin, kivun tun-nistamiseen ja siihen reagointiin.

Opioidien käyttö epiduraalisessa kipulääkityksessä suurten leikkausten jälkeisen kivun hoidossa on tullut yhä suosittumaksi. Epiduraalisista puudutteista poiketen ne mahdol-listavat aikaisen mobilisaation vaikuttamatta sympaattiseen hermostoon ja motoriik-kaan. (Yaksh & Noueihed 1985, 433–462.)

Epiduraalisen opioidin kiinnittyessä runsaasti opioidireseptoreja sisältävään selkäytimen takasarveen aiheutuu segmentaalinen analgesia. Rasvaliukoinen opioidi, esimerkiksi fentanylli, kulkeutuu epiduraalitalasta nopeasti selkäytimen takasarveen. Analgesia eli kivuttomuus kehittyy nopeasti, mutta on suhteellisen lyhyt. Rasvaliukoinen opioidi, esimerkiksi fentanylli, on parasta antaa jatkuvana infuusiona segmentaalisesti, jolloin annos on noin 50–60 % suonensisäisestä annoksesta. Epiduraalisen opioidin sivuvaiku-

tukset ovat samat kuin opioideissa yleensä. (Laitinen, Nuutinen, Salomäki, Vainionpää 1995, 435–443.)

2.5.1 Epiduraalipuudutus

Epiduraalinen tarkoittaa kovakalvon ulkopuolista (aivoissa ja selkäytimessä). Sana epiduraalianestesia tarkoittaa paikallispuudutusta ruiskeella selkäytimen alaosan pintaan, lannenikamien kohdalle. Käytetään nykyisin yleisesti synnytyksissä sekä leikkauksissa. (Koukkunen 2002, 139.) Sana puudute tarkoittaa puudutusainetta, jolla saadaan aikaan puudutettu tila (Haarala 1992, 557).

Epiduraalinen opioidi voidaan yhdistää puuduteinfuusion, jolloin vaikutus teoriassa vahvistuu. Epiduraalisessa puudutuksessa potilaan selkään, epiduraalitilaan, asetetaan pitkäkestoisen annostelun mahdollistava katetri. Jatkuvan puudutteen anto mahdollistuu katetriin yhdistettävällä ruiskupumpulla. (Sailo, Eriikka & Varti 2000, 144.) Yleensä käytetään 16–18 G:n Tuohy-neuloja. Ruiskupumpun ja epiduraalikatetrin yhdistäminen vaatii paksumpaa neulaa. Neulan kärki on pyöristetty ja tylpistetty, jotta välttyttäisiin kovakalvon puhkaisulta ja sen aiheuttamalta päänsäryltä. Epiduraalitila on lannerangan alueella noin viiden senttimetrin syvyydessä. (Alahuhta, Lindgren, Olkkola, Rosenberg & Takkunen 2006, 416.)

Epiduraalisessa kivunhoidossa käytetään useimmiten bupivakaiinia tai ropivakaiiniä. Kivunhoidon tehoa voidaan lisätä laittamalla puudutteeseen morfiinia tai morfiinijohdannaista ja/tai adrenaliinia. (Sailo ym. 2000, 144.) Laimeat bupivakaiini- ja ropivakaiiniliuokset 0,6–2,5 mg/ml ovat taloudellisia leikkauskivun hoidossa niiden aiheuttaman differentiaalisalpauksen vuoksi. Iäkkäämmät henkilöt tarvitsevat vähemmän puudutetta, koska epiduraalirasvan määrä ja koostumus muuttuvat. Korrelaatio on kuitenkin epäluotettava painon ja pituuden ja puutumisen välillä. Puudute kulkeutuu joko suoraan tai kovakalvon ja/tai aivoselkäydinnesteen kautta hermokudokseen. Ropivakaiinin ja levobupivakaiinin toksisuus ja vaikutus liikehermoihin ovat vähäisemmät kuin bupivakaiinin. (Alahuhta ym. 2006, 416, 419.)

Opioidien epiduraalinen käyttö mahdollistaa aikaisen mobilisaation, koska sympaattisen ja motorisen hermoston toiminta säilyy. Analgesia on tällöin pidempi mutta kehittyi hitaammin. Epiduraalinen opioidi, kuten morfiini, voidaan yhdistää puuduteinfuusioon, jolloin kivuttomuuden vaikutus usein vahvistuu. Tällöin puudute saattaa aiheuttaa verenpaineen laskua ja lihasheikkoutta. Opioidien mahdollinen addiktio tulee esiin morfiinistä vain liikekivussa, mutta ei lepokivussa. Vasta-aiheita epiduraaliselle opioidille ovat este katettrin asettamiselle, yliherkkyys opioidille, uniapnea ja puutteellinen valvonta. Epiduraaliopioidinkin vaarallisin sivuvaikutus on hengityslama. Muita sivuvaikutuksia ovat kutina ja virtsaretentio. Pahoinvoinnin, sedaation ja suoliston toiminnan hidastuminen ovat vähäisempää opioidien epiduraalisessa kuin systeemisessä käytössä. Anestolutarve on vähäisempää. (Alahuhta ym. 2006, 847).

Epiduraalitila koostuu rasvakudoksesta sidekudossäikeineen ja verisuonineen sekä nikamien välisestä laskimopunoksesta. Epiduraalipuudutukseen tarvitaan huomattavan suuri puudutemäärä, koska puudutteen täytyy tunkeutua muun muassa kovakalvon lävitse vaikuttaakseen ja suuri määrä puudutetta imeytyy epiduraalirasvaan tai epiduraaliverisuoniin. Nämä suuret puudutemäärät voivat johtaa vakaviin myrkytysongelmiin verisuoneen joutuessaan. (Alahuhta ym. 2006, 415–416.)

Epiduraalisessa kipulääkityksessä ilmeneviä haittoja potilaalle ovat muun muassa kovakalvon puhkaisu, edellä mainittu suonen sisäinen ruiskutus ja hypotensio eli verenpaineen lasku, joka aiheutuu sympaattisen hermoston salpautumisesta. Kovakalvon puhkaiseminen pyritään toteamaan ennen puudutteen ruiskuttamista, koska seurauksena saattaa tulla hengityspysähdys, bradykardia ja mahdollinen sydämenpysähdys. Kovakalvoon tehdyn reiän vähäisempi komplikaatio on päänsärky, niin sanottu postspinaalipäänsärky, johon saattaa liittyä kuulo- tai näköhäiriöitä. Päänsärky ilmaantuu yleensä ensimmäisten vuorokausien aikana lannepistosta. Päänsärylle on tyypillistä sen pahentuminen pystyasennossa. Muut päänsäryt täytyy sulkea pois. Hoitona päänsärkyyn ovat nesteytys, vuodelepo ja tulehduskipulääkkeet. (Alahuhta ym. 2006, 419–420.)

Myrkytys eli toksinen reaktio aiheutuu liiallisesta puudutusaineesta verenkierrossa. Syynä voi olla yliannostus, liian nopea imeytyminen verenkiertoon tai vahinkoruiskutus verisuoneen tai spinaalitilaan. Tästä voi seurata potilaalle sydän- tai keskushermosto-oireita. Potilas saa takykardian, kardiovaskulaarisen kollapsin tai keskushermosto-

oireita, kuten huimausta, puutumisia, metallin makua suussa, näön hämärtymistä ja puheen kangertelua. Vakavina oireina ovat tajuttomuus ja hengityksen lamaantuminen. (Kallio ym. 2000, 363–364.)

Epiduraalisessa kivunhoidossa potilaalla saattaa ilmetä myös selkäsärkyä, pahoinvointia, jalkojen voimattomuutta, huimausta, kutinaa ja virtsaamisvaikeutta. Mahdollisista sivuvaikutuksista myös kerrotaan potilaalle hänen tajunnan tasonsa huomioiden. Potilasta rohkaistaan myös kertomaan sivuvaikutuksista ja muista epämiellyttävistä tunteista. (Sailo ym. 2000, 144.) Puudutteet, kuten opioidit, saattavat aiheuttaa myös addiktioitumista (Alahuhta ym. 2006, 847).

Verenpaine voi laskea liiallisesti etenkin asentomuutoksissa, sillä suuret puudutemäärät vaikuttavat herkästi sympaattiseen hermostoon salpauttavasti. Tällöin leikkauksen jälkeinen mobilisaatio ja potilaan auttaminen jalkeille viivästyvät. Lisäksi pitkäaikaiseen puudutukseen liittyvät usein toleranssi puudutusta kohtaan, takyflaksia ja veren toksisten pitoisuuksien riski, mikäli annosta joudutaan nostamaan. (Alahuhta ym. 2006, 846.)

Epiduraaliseen kivunhoitoon liittyviä harvinaisia komplikaatioita ovat spinaalikanavan hematooma ja vaikea tulehdustila. Jos pienimolekyylinen hepariini annetaan ennen katetrin laittoa, on suositeltavaa, että sitä edeltävän ajan on oltava kymmenen tuntia eikä uutta hepariiniannosta anneta alle kaksi tuntia katetroinnista. Magneettikuvantamistutkimus on helpoin tapa diagnosoida hematooma tai tulehdustila eli absessi. Vakavilta haitoilta vältytään parhaiten, kun seurataan potilaan hengitystiheyttä säännöllisesti yhdessä sedaatioasteen arvioinnin kanssa. Sedaatiolla tarkoitetaan vireystilaa, toivottavaa sedaatioastetta, joka riippuu potilaan kliinisestä tilasta. Tehohoidossa sedaatioasteen syvyyden tavoite on, että potilas on rauhallinen, levollinen, kykenevä kommunikoidaan ja kestäämään hoitotoimenpiteet. (Alahuhta ym. 2006, 848-955.)

Vasovagaalinen reaktio johtuu jännityksestä ja sen oireina ovat bradykardia, verenpaineen lasku, huonovointisuus, vapina, kalpeus ja kylmähikisyys. Vaikeina oireina saattaa olla tajuttomuus ja hengityslama. Adrenaliinin aiheuttamat oireet taas ovat verenpaineen nousu, takykardia, päänsärky, tajuntahäiriöt, levottomuus sekä hikoilu ja kalpeus. Allerginen reaktio on harvinainen. Sen oireina ilmenee ihottumaa, hengenahdistusta sekä

kasvojen, silmäluomien ja limakalvojen turpoamista. Anafylaktinen shokki ja verenpaineen lasku ovat myös mahdollisia oireita. (Kallio ym. 2000, 364.)

Epiduraalisesta kipulääkityksestä koituvia sivuvaikutuksia voidaan hoitaa. Lievässä toksisessa reaktiossa potilaalle annetaan happea ja varmistetaan hengitysteiden aukki-
ttäminen. Diatsepaamia annetaan lääkehoitona kouristavalle potilaalle. Mikäli verenpaine laskee, nopeutetaan infuusiota ja lääkityksenä annetaan esimerkiksi etilefriiniä, joka nostaa verenpainetta. Allergisessa reaktiossa potilaalle annetaan hoitona happea, kortisonia sekä bronkodilataattoria ja mahdollisesti antihistamiinia. Vaikeammassa tapauksissa ensiapuna annetaan adrenaliinia. Vasovagaalisten oireiden hoitona ovat hapenannon lisäksi raajojen kohotus ja tarvittaessa atropiinin antaminen, joka nostaa pulssia ja stimuloi hengitystä. Jos taas adrenaliini aiheuttaa oireita, hoitona ovat rauhoittavat lääkkeet, kuten beetasalpaajat ja vasodilataattori. (Kallio ym. 2000, 364.)

Epiduraalitalaan annettavassa kivunhoidossa seurataan infektiota, jolloin epiduraalikatetri sisäänvientikohtaa tarkistetaan jatkuvasti. Katetri on välittömästi poistettava, jos alue on punoittaa, kuumottaa ja on arka. (Sailo ym. 2000, 144.) Infektoriski, kuten bakteeriempolisaatio, on aina olemassa. Hyötyjä ja haittoja tulee punnita tarkoin tiettyjen potilasryhmien kohdalla. Kiistattomia etuja epiduraaliselle kipulääkitykselle ovat tehokas kivunhoito, parempi hengitysfunktion säilyminen ja suolen motiliteetin nopeampi palautuminen. (Manner 1998, 128.)

Manner (1998, 128) toteaa, että työryhmän tekemästä kirjallisuushausta ei löytynyt yksiselitteistä kantaa potilaiden epiduraalisen kivunhoidon turvallisuudesta, kun punnitaan infektoriskin olemassaoloa. Riskipotilaita ovat palovammapotilaat, peritoniitti-, pankreatiitti-, laaja kudosnekroosi- ja immunosuppressoituneet potilaat. Toisaalta juuri nämä potilaat hyötyvät epiduraalikipulääkityksen antamasta segmentaarista analgesiasta (Manner 1998, 128). Manner (1998, 128) toteaa artikkelissaan myös sen, että kuudessa sairaalassa epiduraalikatetrit vaihdetaan tai poistetaan viiden-seitsemän vuorokauden kuluttua asettamisesta. Manner (1998, 129) lisää vielä pohdinta osiossaan sen, että yksiselitteistä vastausta epiduraalisen kivunhoidon turvallisuudesta ei ole löytynyt.

Hyödyt on punnittava tapauskohtaisesti. Epiduraalisen infektion riski tulee muistaa tilanteissa, jolloin potilaalta saadaan positiivinen bakteeriviljely mistä tahansa kanyylista,

tai jos potilaalle ilmaantuu äkillinen kuumereaktio. Selkäkipu, neurologiset oireet alaraajoissa tai epiduraalikivunhoidon tehon äkillinen menettäminen ovat myös indikaatioita infektoriskille. Tällöin epiduraalikatetri tulee poistaa ja lähettää se viljelyyn. (Manner 1998, 129.)

Epiduraalinen kivunhoito ei tule kyseeseen, jos potilaalla on hyytymistekijöissään muutoksia ja hän käyttää veren hyytymistä estäviä lääkkeitä. Epiduraalinen kivunhoito on osoittautunut hyödylliseksi alaraajojen verisuonileikkausten, ortopedisten leikkausten sekä ala- ja ylävatsan leikkausten jälkeisessä kivunhoidossa. Rintakehän, lantion ja alaraajojen traumojen kivunlievityksessä on myös osoitettu epiduraalisen kivunhoidon olevan hyödyllinen. (Sailo ym. 2000, 144.) Epiduraalisessa kipulääkityksessä on myös muita hyötyjä. Kivuttomuuden ja hyvän hengitysfunktion säilymisen lisäksi on havaittu, että potilaat, joilla kipulääkityksenä leikkauksen jälkeen käytetään kyseistä kivunlievitysmuotoa, kärsivät vähemmän stressistä. Huomattiin myös, että typpitasapaino neutralisoi jo toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä verrattaessa systemaattisen kipulääkitystä saavilla. (Holm & Hansen 2000, 92.)

Potilaan epiduraalinen kipulääkitys laitetaan heräämössä kohdilleen. Osastolle tulee anestesiakaavakkeen mukana annostelu ohje, jossa on määräys myös maksimiannoksen määrästä ja muista kipulääkkeistä. Osastolla on ohjeet kyseiselle kipulääkepuudutteelle. Taulukossa 1 on annostusohje sekä pelkälle puudutteelle että kipulääkepuudutteelle. Osastolla ei ollut erikseen ohjetta pelkälle kipulääkkeelle. Annostusohjeissa oli myös ohjeet Naropin ja Naropin-Sufenta 0,2%:lle, mutta niitä ei käytetty haastelluilla potilailla. (Tulonen. A., 2008.)

Taulukko 1: Arja Tulosen tekemä ohje epiduraalisen kipulääkityksen laimentamiseen

Naropin 0,1%	Naropin 2mg/ml 25ml+ tai Naropin 10mg/ml 5ml+ Na 0,9 45ml
Naropin-Sufenta 0,1%	Naropin 2mg/ml 25ml+ Na 0,9 25ml+ Sufenta 10 mikrogrammaa tai Naropin 10mg/ml 5ml+ Na 0,9 45ml+ Sufenta 10 mikrogrammaa

Vain lääkäri voi määrätä annostuksen potilaalle. Annostus vaihtelee potilaan iän, painon ja pituuden mukaan. Epiduraalisia puuduteinfusioita käytettäessä pyritään saamaan pysyvä kipua välittävien hermojen blokadi eli salpaus leikkaustyyppin vaatimien segmenttien alueelle. Tällöin käytetään suurehkoja infuusionopeuksia, 4-16ml/t. Jotta välttäisiin motoriselta puutumiselta eikä jouduttaisi suuriin kokonaispuudutemääriin, käytetään laimeita liuoksia (0,6 mg/ml-1,25 mg/ml) ropivakaiinia. Jotta tarpeeksi iso kivuttomuus saavutettaisiin, voidaan puudutteen sekaan lisätä opioidia. (Kalso & Vainio 2002, 233-234.)

Potilaiden kokemusten kannalta on tärkeää tietää puudutteen ja opioidin aiheuttamat mahdolliset sivuvaikutukset. Opinnäytetyöni tarkoitus ei ole tutkia sivuvaikutuksia, mutta potilaiden kokemusten kannalta ja tavoitteeni puolesta on tärkeää erottaa mahdolliset sivuvaikutukset. Tavoitteenani on saada tietoa siitä, miten sairaanhoitajat tulevaisuudessa voisivat tehostaa potilaan hoitamista, kun kipua lievitetään epiduraalikipulääkityksellä.

2.6 Leikkauspotilas

Sana leikkaus on määritetty niin, että se on kirurginen toimenpide, jossa esimerkiksi poistetaan sairas kudos tai korjataan tapaturman aiheuttamia vaurioita (Haarala 1992,

43). Käsite potilas tarkoittaa sairasta, varsinaisesti lääkärin hoidossa tai sairaalahoidossa olevaa (Haarala 1992, 514). Työssäni keskityn elektiivisten leikkauspotilaiden kokemuksiin. Sana elektiivinen tarkoittaa tässä kohdin valikoivaa, valinnaista, valittavissa olevaa, valinnaisaikaista tai ei-päivystyksellistä. (Koskenvuo & Vertio 1998.)

Tämän työn kohderyhmä koostuu elektiivisistä leikkauspotilaista. Tällöin myös kohderyhmä on käynyt läpi saman hoitopolun, ja heitä on hoidettu mahdollisesti samalla tavalla enemmän kuin päivystyspotilaita. Kohderyhmä on myös ollut poliklinikka käynnillä/käynneillä ja täten heille kaikille on kerrottu epiduraalisesta kipulääkityksestä ennen leikkausta. Tämä saattaa vaikuttaa potilaiden kokemuksiin, joten on tärkeää että kohderyhmä on tässä suhteessa stabiili.

3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Aikaisempia tutkimuksia itse epiduraalisesta kipulääkityksestä löytyi yksi. Muut tutkimukset koskevat leikkauksen jälkeistä kipua, kivunhoitoa, kivun arviointia ja haastattelutilannetta. Bird & Wallis (2002) tutkivat työssään sairaanhoitajien tietoutta ja päätöksen kykyä, kun potilaan kipua hoidetaan epiduraalisella kipulääkityksellä. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Se sisälsi kaksi osiota, joista ensimmäinen keskittyi teoreettiseen osaamiseen ja toinen osio kliiniseen päätöksen tekoon. Kysymykset osoitettiin 180 sairaanhoitajalle. Hoitajilla oli tulosten mukaan hyvä tietopohja puudutteen suhteen, mutta päätöksen teossa olisi parantamisen varaa. Kirurgisen osaston henkilökunnalla oli paremmat päätöksentekotaidot kuin tarkkailuosastolla olevilla hoitajilla. Tulosten pohjalta tuli selväksi, että pitää kehittää keinoja parantaa hoitajien autonomista päätöksentekoa niiden potilaiden kohdalla, joilla on epiduraalipuudutus.

Tyytyväisyys tutkimuksiin voi kohdistua myös kritiikkiä. Potilaat eivät hoitojärjestelmän sisällä ole välttämättä halukkaita kritisoimaan järjestelmää ja siten tutkimukset tuottavat todellisia kokemuksia positiivisempaa tulosta. Tunnistettavissa on myös haavoittuvammat ryhmät, sillä kokemukset poikkeavat myös eri asiakas/potilasryhmillä.

(Lauri & Leino-Kilpi 1999, 350.) Opinnäytetyöhöni kuuluva teemahaastattelu on tehty hoitojärjestelmän sisällä. Tämä saattaa vaikuttaa potilaiden tuomaan kuvaan kivunhoidostaan ja siihen liittyvistä kokemuksista.

Laurin ja Leino-Kilven (1999) tutkimuksessa selvitettiin, miten syöpää sairastavat potilaat ja heitä hoitavat sairaanhoitajat arvioivat potilaan kipua ja ovatko arvioinnit yhdenmukaisia. Tulokset osoittivat, että hoitajat arvioivat potilaan kokeman kivun alemmaksi ja kivun voimakkuuden lisääntyessä arviointien ero potilaan ja hoitajan välillä kasvoi. Merkittävä ero arvioinnissa oli myös hyväksyttävän kivun kohdalla, jolloin hoitajat yliarvioivat potilaan hyväksymän kivun. Sairaanhoitajien tiedot kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksista sekä kivun lievityskeinoista olivat puutteellisia.

Kortelainen (2003) tutki työssään keisarinleikkauksen jälkeistä kivunhoitoa Satakunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolla. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Osallistujina oli 58 potilasta. Potilaat kokivat lääkkeellisen kivunhoidon lievittävän hyvin kipuja. Parhaiten lievitti lihakseen annettu kipulääke. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen ja tiedonantoon. Isän ja vauvan läsnäolo auttoivat äidin kipuun. Lehto (2005) tutki leikkauksen jälkeistä kipua potilaan näkökulmasta. Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivinen ja se kerättiin potilailta kyselylomakkein. Yhteensä jaettiin 40 lomaketta ja vastausprosentiksi saatiin 90. Hoitajat käyttivät kipumittaria vain vähän. Lääkehoidontoteutus oli hyvää, mutta hoitotyön auttamismenetelmiä käytettiin vähän. Hoitajien oikea asenne oli tärkeä esille tuleva auttamismenetelmä. Suurin osa potilaista oli saanut kipulääkettä ennen, kuin oli ehtinyt pyytää, mutta liian moni ei ollut tietoinen lääkkeestä, jota oli saanut.

Johansson (1998) tutki tutkimuksessaan leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa ja potilaiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden käsityksiä kivunhoidosta. Tutkimus on kvantitatiivinen ja tutkimusasetelma oli yhden mittauskerran poikittaistutkimus. Tutkimusjoukko muodostui 87 suurehkon leikkauksen käyneestä potilaasta, 52 sairaanhoitajasta ja 49 lääkäristä. Tiedot kerättiin potilailta strukturoidulla haastattelulla, sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä strukturoidulla kyselyllä. Potilaiden leikkauksen jälkeinen kipu, sen ollessa voimakkaimmillaan, oli 11%:lla vähäistä, 38%:lla kohtalaista, 32%:lla kovaa ja 19%:lla sietämätöntä. Kipu oli häirinnyt eniten liikkumista, nukkumista ja keskittymistä. Kolmasosa potilaista oli saanut ennen leikkausta liian vähän tietoa tai ei tietoa ollenkaan. Oikea

aika ottaa kipu lääke oli 49%:n mielestä kivun ollessa vähäisin. Sairaanhoidtajien ja lääkäreiden käsitykset leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta olivat melko yhtenevät potilaiden käsitysten kanssa. Sairaanhoidajat ja lääkärit arvioivat, että kipu tuottaisi enemmän häiriötä, kuin tämän tutkimuksen potilaat antavat ymmärtää. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon. Sairaanhoidtajien ja lääkäreiden mukaan potilaat eivät usein ota tai pyydä kipulääkettä kivuista huolimatta.

Kangasniemen (2000) tutkimus oli päiväkirurgisten potilaiden odotuksia ja kokemuksia kivunhoidosta. Tutkimus oli laadullinen ja se suoritettiin teemahaastattelulla haastatellamalla kuutta potilasta Salon Aluesairaalan päiväkirurgisessa yksikössä. Tutkimusaineisto on analysoitu ongelmittain. Päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevilla potilailla ei ole odotuksia hoitotyön eikä kivunhoidon suhteen. Potilaat luottavat siihen, että sairaalalla on keinot kivunhoitoon. Yhteenvetona voidaan sanoa, että potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Opinnäytetyössäni haluan kuvata potilaiden kokemuksia heille annetuista leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Kivunhoitoon kuuluu tässä työssä kivun arviointi, hoitajien ymmärrys potilaita kohtaan ja kivunhoitokeinot. Aikaisempien tutkimusten pohjalta voidaan sanoa, että myös potilaan kuunteleminen ja potilaalle tiedottaminen ovat kivunhoidossa tärkeä huomioida. Kivunhoito kiinnostaa minua aiheen suhteen siksi, että se auttaa kartoittamaan potilaiden kokemuksia epiduraalisen kivunhoidon mahdollisista hyödyistä ja haitoista.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata elektiivisten leikkauspotilaiden kipukokemuksia postoperatiivisessa vaiheessa epiduraalista kipulääkitystä käytettäessä. Tavoitteena on saada tietoa siitä, miten sairaanhoidajat tulevaisuudessa voisivat tehostaa potilaan hoitamista, kun kipua lievitetään epiduraalikipulääkityksellä.

Tutkimuskysymykset ovat:

Minkälaisia kokemuksia elektiivisillä leikkauspotilailla on postoperatiivisesta kivusta, kun kipua hoidetaan epiduraalikipulääkityksellä?

- Miten potilaat kokevat kivun leikkauspäivänä ja postoperatiivisina päivinä kirurgisella vuodeosastolla epiduraalikipulääkityksen aikana?
- Miten potilaat kokevat kivun epiduraalikipulääkityksen päätyttyä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullinen tutkimus on tarkoituksenmukainen silloin, kun halutaan tutkia uutta tietoa jostain vähän tutkitusta ilmiöstä (Krause & Kiikkala 1996, 62). Laadullisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat aineistokeruu menetelmä, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, tutkittavien näkökulma, aineiston laadullis-induktiivinen analyysi, hypoteesittomuus ja tutkijan asema (Eskola & Suoranta 1998, 15-22).

Käytin opinnäytetyössäni teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä. Haastattelun etuna on se, että keskustelua voidaan joustavasti johdatella aineiston kannalta tilanteen edellyttämällä tavalla. Haastattelussa korostuu se, että ihminen on subjekti eli hän saa tuoda asioita esille mahdollisimman vapaasti. Jos halutaan tutkia laajaa ja tuntematonta aluetta tai jos aihe tuottaa monitahoisia vastauksia on syytä valita haastattelu tutkimusaineiston keräämiseksi. Myös arkojen ja vaikeiden asioiden tutkiminen on helpompaa, kun saadaan haastattelussa kontakti ihmiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 191–193.) Haastattelun etuihin kuuluu myös se, että haastatteliija voi lisäksi toimia havainnoitsijana. Muistiin voidaan kirjoittaa sekä se mitä sanotaan että se miten sanotaan. Haastatteluun on helppo valita henkilöitä, jotka tietävät asiasta tai joilla on kokemuksia tutkittavasta asiasta. Harvoin haastattelijat myöskään kieltäytyvät haastattelusta, kun

asiasta sovitaan henkilökohtaisesti. Haastateltavat on helpompi tavoittaa uudestaan, jos aineistoa on tarpeen täydentää. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75–76.)

Yksi haastattelun muoto on teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu (Tuomi ym. 2002, 77). Aihepiirit rajataan, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsjärvi ym. 2000, 195). Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa ei voida kysyä ihan mitä tahansa. Siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Näin ollen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi ym. 2002, 77-78.)

Haastattelussani käytin teemahaastattelurunkoa (Liite 1), joka toimi haastattelun aikana tukena. Teemat laadin teorian pohjalta. Halusin haastattelurungosta ja teema-alueista sellaisia, että niiden avulla saisin vastuksia tutkimuskysymyksiini. Haastattelun ensimmäinen teema sisältää elektiivisen leikkauspotilaan kokemuksia vuodeosastolla epiduraalisen kipulääkityksen ajalta. Toinen teema sisältää elektiivisen leikkauspotilaan kokemuksia kirurgisella vuodeosastolla epiduraalisen kipulääkityksen päättymisen jälkeiseltä ajalta. Lisäksi kysyn haastattelun yhteydessä taustatietoja eli haastateltavan sukupuolen, iän, epiduraalisen kipulääkityksen keston ja leikkaustyypin.

Mielestäni teemahaastattelu sopi tutkimukseni aineistonkeruumenetelmäksi, koska halusin saada selville potilaiden omia kokemuksia epiduraalisesta kipulääkityksestä. Teemahaastattelun aikana pystyin esittämään lisäkysymyksiä ja sain tarkennettua potilailta saamiani vastauksia.

5.2 Tutkimusaineiston kohderyhmä

Tavoitteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ymmärtää tutkimuskohdetta. On tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mieluusti mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. Tärkeää on myös harkittu ja tarkoitukseen sopiva tiedonantajien valinta. (Tuomi ym. 2002, 87–88.) Saturaatio eli kylläntyminen on yksi tapa ratkaista aineiston riittävyys kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Täl-

löin aineisto alkaa toistaa itseään eli tiedonantajat eivät tuota tutkimusongelman kannalta enää mitään uutta tietoa. Kylläntymistä ei voida saavuttaa, ellei tiedetä, mitä aineistosta ollaan hakemassa. Kun aineisto alkaa toistaa itseään, jo pienestäkin aineistosta voidaan tehdä yleistyksiä. (Tuomi ym. 2002, 89–90.)

Haastattelin Satakunnan keskussairaalan kirurgisen vuodeosasto N2A:n potilaita. Sovin haastatteluista osastonhoitajan kanssa, joka neuvoi minua rekrytoimaan itse potilaani. Osaston henkilökunta auttoi minua valitsemaan potilaani, sillä he tiesivät parhaiten potilaiden sopivuudesta. Haastattelut tein tammi- ja helmikuussa 2008.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valitsin elektiivisiä potilaita, joilla oli ollut epiduraalinen kipulääkitys kivunhoidon muotona. Kaikilla potilailla oli ollut epiduraalinen kipulääkitys ja kaikilta oli päättynyt epiduraalinen kipulääkitys vähintään vuorokausi ennen haastatteluhetkeä. Näin he osasivat kertoa kokemuksista minulle kattavasti. Valitsin haastatteluuni asiallisia ja haastatteluun suostuvaisia potilaita, jotka kykenivät ilmaisemaan itseään. Kysyin jokaiselta haastateltavalta erikseen henkilökohtaisesti suostumusta haastatteluun. Kerroin tarkoituksen ja tavoitteet sekä esitin asian niin, että potilas ymmärsi mihin on suostumassa. Painotin, että haastattelu on vapaaehtoinen ja henkilöllisyys ei paljastuisi missään kohdin tutkimusta. Kerroin myös, että haastattelut nauhoitettaisiin ja että he voisivat milloin tahansa perua suostumuksensa haastatteluun. Jokainen potilas, jonka luona kävin, suostui haastatteluun.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Haastattelin 7 Satakunnan keskussairaalassa kirurgisella vuodeosastolla N2A leikkauksessa ollutta potilasta, joilla kipulääkityksenä on epiduraalinen kipulääkitys. Haastattelu suoritettiin osastolla epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä tammi- ja helmikuussa 2008. Olin kesäkuussa 2007 töissä kyseisellä osastolla ja osasin jo työstää haastatteluun tulevia kysymyksiä.

Haastateltavista naisia oli kaksi ja miehiä viisi. Haastateltavat olivat iältään 42-73-vuotiaita. Potilaista yksi oli 41-50-vuotias, 51-60-vuotiaita oli kaksi, 61-70-vuotiaita oli kaksi ja kaksi potilasta oli 71-80-vuotiaita. Potilaiden epiduraalisen kipulääkityksen kesto

vaihteli yhdestä kuuteen päivään. Epiduraalisen kipulääkityksen muotoja olivat pelkkä kipulääke ja sekä kipulääke että puudutus. Kaikilla potilailla leikkausalue oli vatsan seudulla. Tutkimustuloksissa olen tarkastellut potilaiden taustatietoja laajemmin.

Haastattelut kestivät noin 15–45 minuuttia. Kaikki haastattelut tehtiin erillisessä tutkimuhuoneessa. Tila oli hiljainen ja kukaan ei tullut keskeyttämään haastattelutilannetta. Haastattelut nauhoitettiin nauhurille, ja teknisiltä ongelmilta vältyttiin. Nauhoitettujen haastatteluiden taso oli hyvä ja ne oli helppo litteroida, koska puhe kuului selkeästi.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkittavat antavat merkityksiä tutkittavalle ilmiölle, jota haastattelijan tulee ymmärtää laajasti analyysin kautta. Merkityksen annon avulla tutkittavan ensiymmärrys laajenee. Aineistosta nostetaan esiin tutkimuskysymysten kannalta oleellisia merkityksiä, jotka ryhmitellään teemoiksi, abstrakteiksi ryhmiksi ja edelleen luokiksi. Vastaajan omat sanat toimivat konkreettisina koodeina. Tämän jälkeen muodostetaan käsiteloukkia, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Empiirisistä tiedoista, koodeista ja luokista pyritään löytämään peruskysymys, mielenkiinnon kohde. (Krause ym. 1996, 117–118.) Tässä tutkimuksessa peruskysymyksenä toimivat potilaiden kokemukset epiduraalikipulääkityksestä.

Kun käsitteitä kehitetään, ensin karsitaan käsitteiden määrä. Tämän jälkeen kirjallisuudesta ja tutkittavien tiedoista otetaan valikoiva otos, ja pyritään havaitsemaan niiden keskinäiset yhteydet. Kirjallisuutta käytetään vasta verrattaessa tutkimustuloksia alan muuhun kirjallisuuteen. Kun pääkäsitteet on kehitetty, niitä verrataan valikoivaan otantaan tiedoista. (Krause ym. 1996, 118–119.)

Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella tavalla joko lähtien jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti), jota hyväksi käyttäen aineistoa luokitellaan, tai joko aineistosta lähtien (induktiivisesti). Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, jota ohjaa tutkimustehtävät. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, maininta, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Muina analyysiprosessin vaiheina voidaan erotella aineiston lukeminen, pelkistäminen, luokittelu sekä tulkinta ja luo-

tettavuuden arviointi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Menetelmänä analysoinnissa olen käyttänyt sisällön erittelyä ja olen edennyt sekä induktiivisesti aineistosta eli haastatteluista lähtien että deduktiivisesti eli jo tutkitusta tiedosta lähtien. Deduktiot tulevat ilmi analysoinnissa ilmi teoriaosuuden kautta. Haastattelujen jälkeen kirjoitin puhtaaksi eli litteroin haastattelut neljässä vuorokaudessa. Kaikkea materiaalia nauhalta en kirjoittanut puhtaaksi, sillä haastattelut sisälsivät tutkimuksen kannalta turhaa tietoa tai eivät liittyneet aiheeseen. Analysoinnin aloitin noin viikon kuluttua litteroimisesta. Luin litteroimani tekstit useaan kertaan läpi, jonka jälkeen kävin haastattelut läpi kysymys kysymykseltä. Tämän jälkeen alleviivasin eri teema-alueisiin ja niiden sisältämiin kysymyksiin liittyvät vastaukset eri väreihin. Pidin mielessä tutkimuskysymykset ja etsin tekstistä yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Ryhmittelin seuraavaksi samansuuntaiset asiat alaluokiksi. Yläluokat muodostin samansuuntaisista alaluokista. Kaikille vastauksille ei löytynyt yhdistäviä tekijöitä, koska ihmisten kokemukset erosivat paljon toisistaan. Näistä ei voinut muodostaa alaluokkia ja sitä kautta yläluokkia.

5.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuslupa (Liite 3) anottiin 5.11.2007 ja myöntävä päätös saatiin 15.1.2008 Satakunnan Keskussairaalan operatiivisen tulosalueen ylilääkäriltä (Liite 4). Haastateltavilta kysyttiin suostumusta haastatteluun ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä heidän henkilöllisyytensä salassa pysyminen. Tutkimustuloksissa käytetyt suorat lainaukset on valittu siten, että niistä ei käy ilmi tutkittavan henkilöllisyys.

5.6 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen eräs luotettavuuden tärkeä kriteeri on aineiston edustavuus. Tarkoituksena on kuvata ilmiö koko moninaisuudessaan. Teemahaastattelulla tehtävän hoitotieteellisen tutkimuksen tekijöillä on puolellaan se etu, että heidän on suhteellisen helppoa löytää tutkittavia. Tutkimusraportista tulee saada selville tutkittavien valintape-

riaatteet. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216.) Haastattelu on hyvä aineiston keruu menetelmä, mutta se sisältää myös ongelmia. Haittana on se, että haastattelu vie aikaa. Haastattelujen teko edellyttää huolellista suunnittelua ja kouluttautumista haastattelijan tehtäviin. (Hirsjärvi ym. 2000, 193.) Kun validiteetti- ja reliabiliteettiongelmat tunnustetaan, vältetään tutkimusaineiston puutteilta ja virhetulkinnoilta (Paunonen ym.1997, 215). Haastatteluun katsotaan sisältyvän myös haittapuolia ja monia virhelähteitä. Haastateltava voi kokea haastattelun pelottavaksi. Haastattelussa on myös tapana antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia, mikä heikentää haastattelun luotettavuutta. Haastateltava haluaa esiintyä esimerkiksi hyvänä kansalaisena, tietoja hyvin omaavana, moraaliset velvollisuudet täyttävänä ihmisenä tai vaikenee mielellään sairauksistaan, vajeisuuksistaan, rikollisesta käyttäytymisestään tai taloudellisesta tilanteestaan. Tulosten yleistämistä ei siis pidä liioitella. (Hirsjärvi ym. 2000, 193-194.)

Tyytyväisyys tutkimuksiin voi kohdistua myös kritiikkiä. Potilaat eivät hoitojärjestelmän sisällä ole välttämättä halukkaita kritisoimaan järjestelmää ja siten tutkimukset tuottavat todellisia kokemuksia positiivisempaa tulosta. Kyseistä väitettä tukee muun muassa Leinosen ja tutkijatovereiden (1996) tutkimus leikkauspotilailla, jossa sairaalassa ollessa tehdyllä tyytyväisyyskyselyllä saatiin selvästi positiivisempia tuloksia kuin jonkun ajan kuluttua kotona tehdyllä vastaavalla mittarilla. Tunnistettavissa on myös haavoittuvammat ryhmät, sillä kokemukset poikkeavat myös eri asiakas/potilasryhmillä. (Lauri & Leino-Kilpi 1999, 350.)

Analyysin luotettavuutta lisää suorien lainauksien käyttäminen. Tämä osoittaa lukijalle alkuperäislähteen. Ongelmana on usein se, että tutkijan tarkastelu perustuu subjektiiviseen näkemykseen eikä objektiiviseen näkemykseen asiasta. Kategorioiden tulee kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Tuloksien luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija onnistuu osoittamaan yhteyden tulosten ja aineiston välillä. (Kyngäs ym. 1999, 10.)

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa rauhallinen paikka ja ajan käytön runsaus. Tutkijoille kerrotaan etukäteen vaitiolovelvollisuuden periaatteesta ja siitä, että tuleva haastattelu tullaan nauhoittamaan. Samalla muistutetaan, että aineisto on vain tutkijan käytettävissä. Opinnäytetyön valmistuttua, nauhat hävitetään. Myös itse haastattelut käydään nimettöminä, eikä henkilöllisyys tule ilmi mistään. Teoria osuus on tehty ennen

teemahaastattelun rungon suunnittelua. Tämän vuoksi haastattelija tietää leikkauksen jälkeisestä epiduraalisesta kipulääkityksestä ja on näin ollen luotettavampi haastattelija. Luotettavuutta lisäsi myös se, että haastateltavat valittiin yhdessä osaston henkilökunnan kanssa. Näin aineiston kohderyhmä koostui asiallisista ja tutkimuksen kannalta oleellisista potilaista

Haastattelurunko esitettiin, joka auttoi haastattelijaa saamaan kuvan siitä, miten haastateltavia tulee johdatella. Esihaastattelun päätin ottaa mukaan analysointiin, sillä muutoksia kysymyksiin ei tarvinnut tehdä, vaan haastattelu saavutti selkeät ja ymmärrettävät kysymykset. Joissain kohdin haastateltavat kuitenkin ymmärsivät kysymykset eritavoin ja näin vastaukset eivät kaikissa kohdissa olleet vertailukelpoisia.

Tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että tämä on tutkijan ensimmäinen haastattelu-tilanne. Otos olisi voinut olla suurempi, sillä näin tutkimustulosten luotettavuus ja vertailukelpoisuus olisi kasvanut. Tutkimustulokseni eivät ole yleistettävissä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

Haastattelussa oli mukana seitsemän Satakunnan keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla N2A hoidossa ollutta elektiivistä leikkauspotilasta. Joukossa oli viisi miestä ja kaksi naista. Sukupuolijakaumaltaan otos on vinoutunut, koska suurin osa haastatelluista oli miehiä.

Kaikille potilaista oli tehty vatsanalueen leikkaus. Osastolla N2A tehdään paljon urologisia leikkauksia, ja potilaista viidelle oli tehty urologinen leikkaus. Yhdelle potilaista oli tehty verisuonikirurginen - ja yhdelle gastrokirurginen leikkaus. Osastolla on pääasiassa sekä urologisia että verisuonikirurgisia potilaita.

Epiduraalisen kipulääkkeen muotoa kysyttiin siksi, että eri aineet saattavat aiheuttaa erilaisia kokemuksia. Yhdellä potilaalla seitsemästä meni epiduraaltilaan pelkkä puudute, Naropin 0,1%. Kuudelle potilaalle meni sekä puudute että opioidi, Naropin-Sufenta 0,1%. Tämä otos ei kuitenkaan vielä voi luotettavasti kertoa kipulääkemuotojen eroista.

Halusin kysyä myös epiduraalisen kipulääkityksen kestoa siksi, että sen vuoksi kokemukset saattavat hieman erota toisistaan. Yhdellä potilaalla seitsemästä epiduraalinen kipulääkitys kesti yhden päivän. Kahdella potilaalla epiduraalinen kipulääkitys kesti kolme päivää ja kolmella potilaalla viisi päivää. Yhdellä potilaalla kesto oli kuusi päivää. Viiden potilaan haastattelutilanne tehtiin noin vuorokauden kuluttua epiduraalisen kipulääkityksen päätettyä tai vähän yli sen. Kahden potilaan haastattelu toteutettiin kolme vuorokautta päättymisen jälkeen.

Kolmen potilaan epiduraalinen kipulääkitys päätettiin odotettua aikaisemmin. Päättymisen syitä olivat potilaan kokemus epiduraalisen kipulääkityksen tehottomuudesta, kokemus haitallisista sivuvaikutuksista ja kokemus siitä, että epiduraalista kipulääkitystä ei enää tarvittu kivuttomuuden vuoksi.

6.2 Potilaan kokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen ajalta

Haastattelussani halusin tiedustella sekä potilaan epiduraalisen kipulääkityksen aikaisia kokemuksia että potilaan kokemuksia ajalta, jolloin epiduraalinen kipulääkitys oli päätetty kirurgisella vuodeosastolla. Jaoin epiduraalisen aikaiset ja epiduraalisen kipulääkityksen päättymisen jälkeiset kokemukset kahteen teemaan, joissa esitin pääkysymykset ja pienemmät kysymykset (Liite 1). Tiedustelin potilaan kokemuksia kivusta eri tilanteissa ja kokemuksia yleistilasta sekä kivunhoidosta molemmissa teemoissa.

6.2.1 Potilaiden kokemukset kivusta epiduraalisen kipulääkityksen aikana

Haastattelun alussa kysyin potilailta heidän kipukokemuksistaan epiduraalisen kipulääkityksen ajalta kartoittaakseni, kuinka monella potilaista oli kipua ja miten potilaat kokivat epiduraalisen kipulääkityksen. Tiedustelin potilailta myös eri tilanteita, joissa ki-

puu esiintyi. Tässä kohdassa tutkimustuloksia keskityn leikkaushaavan tuottamaan kipuun.

Seitsemästä haastatellusta potilaasta kuusi koki epiduraalisen kipulääkityksen hyväksi kipulääkemuodoksi ja kokivat saavansa siitä apua. Vain yksi seitsemästä ei kokenut saavansa epiduraalisesta kipulääkityksestä minkäänlaista apua.

Yksi potilas koki kovaa ja lähes sietämätöntä kipua koko epiduraalisen kipulääkityksen ajan. Kaksi potilasta seitsemästä koki olevansa koko epiduraalisen kipulääkityksen ajan täysin kivuton tilanteesta riippumatta ollessaan kirurgisella vuodeosastolla. Neljä potilasta seitsemästä sanoi kokeneensa vähäistä kipua epiduraalisen kipulääkityksen aikana.

mies "se oli sellasta repivää kipua haavalla, niin ku jotain tartuntoja tuolla mahassa ja et ne repeyty pikkuhiljaa niitä kiskottii...et ei se pelittäny se systeemi."

mies "et sen pumpun ansioista mulla ei ollu mitään kipuja."

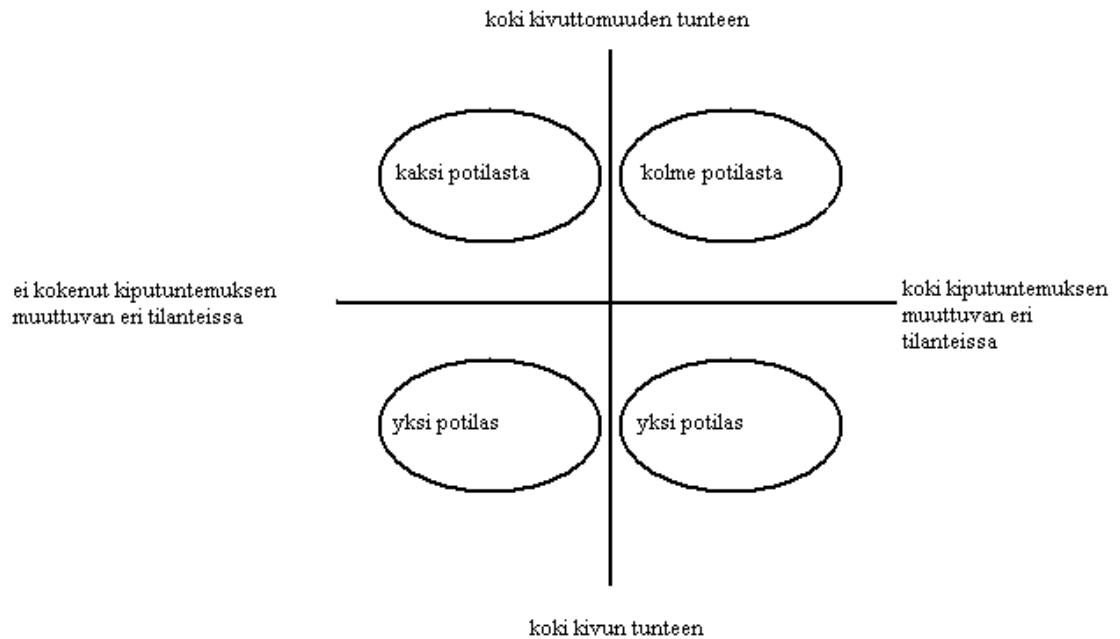
nainen "no tällanen lause tuli mieleen että muista et sulle on tehty niin suuri leikkaus et ota vastaan siltä ne kivut, et huomioi se ettei oo mikää pieni leikkaus tehty."

6.2.2 Tilanteet, jotka aiheuttivat kipukokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen aikana

Viisi potilasta seitsemästä sanoi kokeneensa kipua epiduraalisen kipulääkityksen aikana kirurgisella vuodeosastolla. Heistä yhdellä kipu oli omien sanojensa mukaan kokonaisvaltaista ja hän ei osannut kokea epiduraalisen kipulääkityksen ajalta muuta kuin leikkaushaavakivun riippumatta siitä mitä teki.

mies "kyllä se kipu oli kokoajan ihan samaa...et se ei ottanu kipua pois täst ylhäältä missään vaiheessa...oli sellasta kokonaisvaltaista kipua."

Kuvio 1: Potilaiden kipukokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen aikana.



Viidestä kipua kokeneesta potilaasta kahdella ilmeni kipua haavalla silloin, kun epiduraalisen kipulääkityksen annosta alettiin pienentää. Heistä toinen koki kivun vain annostusta laskettaessa. Ylösnouseminen tuotti vähäistä leikkaushaavakipua kolmelle potilaalle. Kivuntuntemus lisääntyi kahdella potilaalla myös silloin, kun syntyi yskärefleksi.

Yksi potilas koki pientä kipua koko epiduraalisen kipulääkityksen ajan, mutta eri tilanteet vaikuttivat kipukokemukseen voimistamalla sitä. Kahden potilaan kivuttomuus oli kokonaisvaltaista ja yhden potilaan kipu kokonaisvaltaista.

mies "se piti jo aikasemmi ottaa pois mut sit tul tää kipu uudestas ni jatkettii."

nainen "kipua oli hyvin vähän sen epin ajan...et vähän sit tuli lisää ku ylös joutu nousee."

nainen "et tokan päivän sit tultii kiskoo ylös ja kaikki sattu siis paikat nii paljo siis...se vihlo aina vähän sen jälkeen se haava mut sit taas ei mitää."

mies "ja sit jos joutu kyökkimää ni herrantähden ku teki kipeetä...ja sit ku oltii lopettaas"

ni sit kyl tul näit kipui takasi, haavat ja nuo kaikki tuolla alko tuntuu...et olis voinu ol hyvä jatkaa mut he otti sen sit vaan pois."

Potilaat kuvailivat kipukokemuksensa voimakkuutta ja luonnetta eri sanoin. Kokemus kivusta on aina yksilöllinen jokaiselle potilaalle ja tämän vuoksi sitä on vaikea mitata. Työssäni en ole vertaillut kaikkien seitsemän potilaan kipukokemuksia keskenään. Vain sillä on merkitystä, kokivatko potilaat saavansa apua kipuunsa epiduraalisen kipulääkityksen aikana ja voitaisiinko kipuun reagoida jatkossa jotenkin erilailla.

6.2.3 Potilaan kokemukset peruskunnostaan epiduraalisen kipulääkityksen aikana

Seuraavaksi kartoitin potilaiden kokemuksia peruskunnostaan epiduraalisen kipulääkityksen ajalta. Tarkoituksena oli saada tietooni potilaiden tuntemuksia olostaan, kuten epiduraalisen kipulääkityksen tuottamia mahdollisia sivuvaikutuksia ja niiden mahdollisista vaikutuksista kipuun ja kivunhoitoon.

Sivuvaikutusten mittaaminen on vaikeaa, sillä leikkauksen ja osittain vuodelevossa olevan potilaan hoidon aiheuttamia tuntemuksia on vaikea erottaa epiduraalisen kipulääkityksen aiheuttamista tuntemuksista. Jotkut oireet tosin olivat selkeämpiä kuin toiset. Sivuvaikutusten tarkka mittaaminen on mahdotonta myös siksi, että otos on pieni. Itse epiduraalisen kipulääkityksen kesto, mikä vaihteli potilailla yhdestä kuuteen päivään, vaikuttaa myös sivuvaikutusten ilmenemiseen. Tärkeämpää on tutkia sitä, mitä erilaisia kokemuksia potilailla oli ja miten ne vaikuttavat potilaan kipuun ja sitä kautta kivunhoitoon. Kaikki potilaat kertoivat kokeneensa peruskunnossaan jotain muutosta normaaliin.

Potilaista jokainen sanoi tunteneensa jonkin asteista huimausta epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Yksi potilas sanoi luhistuneensa lattialle epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Kolme potilasta sanoi tunteneensa sekavuutta ja väsymystä. Kolme potilasta osasi sanoa, että heiltä mitattiin verenpainetta ja he kokivat sen alhaisemmaksi.

nainen "et sit ku piti ylös nousta ni sitä automaattisesti pidätti hengitystäs ja sit alko pyörryttää viä entistä enemmän...ja aika lail sekasi sitä oli koko sen epipumpun ajan."

Neljä potilasta sanoi, ettei kokenut minkään asteista pahoinvoinnin tunnetta koko epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Kolme potilasta oli kokenut jonkin asteista pahanolon tunnetta. Yksi potilas koki etovaa oloa, jonka pelkäsi muuttuvan oksennusrefleksiksi, joka aiheuttaisi lisää kipua haavalle. Yhdelle potilaista pahaolo oli aiheuttanut lisäkipua leikkaushaavalle. Yksi potilas oli kokenut pientä etovaa oloa, mutta ei kokenut sitä haitaksi.

mies "en mä uskaltanu syödäkää et jos tulee vielä huonompi olo, ja sit vast oliski ku rupeis viä oksentaa ja vatta o muutenki auki, kippee ku kippee."

mies "siit lääkkeest varmaan teki pahaa, ja sit ku alko kyökkimää ni herran tähren ku teki kipeetä."

Pahoinvointia aiheuttivat ruoan ajatteleva, haistaminen ja tiettyjen makujen maistaminen. Pahoinvointiin liittyi pelkoa siitä, että se aiheuttaisi leikkaushaavalle kipua tai muuta vahinkoa. Kukaan potilaista ei oksentanut epiduraalisen kipulääkityksen aikana.

Kolme potilasta tunsu puutumisen tunnetta jaloissaan. Heistä yhdellä oli pistelyä varpaissa ja kantapäissä. Kahdella muulla puutuminen tuntui oikeassa jalassa. Kaikilla kolmella puutumisen tunne alkoi toisena päivänä leikkauksesta, kun annosta oli jo hie-man laskettu. Puutumisen tai pistelyn tunne kesti koko epiduraalisen kipulääkityksen ajan, eikä sen voimakkuuteen vaikuttanut asento tai liikkuminen.

nainen "et sit alko tulee tokana päivänä siitä niin sitä puutumista ja pistelyä oikeestaan, niin ko varpaissa ja kantapäissä, et sillai ko jalat joskus puutuu et...inhottavaa, vähän niinko sattuis."

mies "et tää oikee jalka tää ol semmone ihmeelline niinku olis ollu jonku toisen jalka...et ei sitä ollu viä sillo ku se meni sitä kahtoist millii, et vast tokana päivänä ol ku meni kasii tai kuutta millii...nii tunnis."

Yksi potilas sanoi kokeneensa vatsan toimimattomuuden ja turvottelun haitalliseksi jo epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Muut potilaat eivät kokeneet tästä haittaa vielä epiduraalisen kipulääkityksen aikana.

6.2.4 Kivunhoito ja kivunarviointi potilaiden kokemana epiduraalisen kipulääkityksen aikana

Haastattelussani seuraavaksi kysyin potilaiden kokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen aikaisesta kivunhoidosta. Halusin kartoittaa potilaiden kokemukset heitä koskevasta lääkityksestä, tiedonannosta ja kivun arvioinnista sekä kivun tunnistamisesta. Kaikki potilaat sanoivat olleensa tyytyväisiä kivun hoitoon yleensä epiduraalisen kipulääkityksen aikana. He tunsivat olevansa turvallisessa hoidossa ja kokivat, että heidän eteensä tehtiin kaikki mahdollinen. Jokainen potilas korosti jossain vaiheessa haastattelua, että hoitajat ovat tehneet parhaansa kivunhoidon suhteen.

Kuusi potilasta koki kivun arvioinnissa käytettävän kipumittarin ihan hyväksi kivun arvioinnin muodoksi. Yksi potilas ei nähnyt siinä mitään hyötyä, eikä häneltä sitä kipujen takia kysytykään kuin heräämössä. Neljä potilasta oli epävarmoja siitä, että osasivatko he ilmaista kipuasteensa oikein. Kaikki potilaat muistivat, että heiltä kysyttiin kipuasteikkoa kerran tai kaksi.

mies "mult vaa kysyttii sitä taulukkoo ja ne sen kivun sit arvioitti ja pistiväs sen... ihan hyvä se oli mut en mä tiä osasinko mää sitä arvioida...siin oli jottain neljää tai kuutta ja kahta."

mies "no kyl sitä kerra tai kas kysyttii ekana yönä ja tais olla viis tai kuus...ei siinä mitää, kait he osas sit kattoo siitä,en tiä."

mies "no ei ne tykänny ku kokoaja kysyi et tuoks sitä taas ja tuoks taas ja...et ei siitä kivunarvioinnist tai sitä ateikosta mitää hyötyy olis ollukaa."

Yksi potilas sanoi kipujensa olevan yhdeksää koko epiduraalisen kipulääkityksen ajan. Yksi potilas kertoi kivun olevan kolmea tai neljää, jossain vaiheessa epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Viisi potilasta kertoi kipujen olleen nollaa tai korkeintaan kahta epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Tämä tulos ei tarkoita, etteivätkö kivut olisi olleet sinä aikana korkeammat tai matalammat, sillä potilailta kysyttiin kipuastetta satunnaisesti.

Viisi potilasta tiesi saavansa muutakin kipulääkettä epiduraalisen kipulääkityksen aikana ja he kaikki kokivat saavansa niistä lisäapua kipujen poisviemiseen. Kaksi potilasta eivät tienneet saavansa muita kipulääkkeitä. Viisi potilasta kokivat tietävänsä tarpeeksi siitä, mitä annosta epiduraalinen kipulääkitys meni ja miksi. Kaksi potilasta olivat epävarmoja siitä, miksi heillä ylipäänsä oli epiduraalinen kipulääkitys. Kolmella potilaalla nostettiin annosta jossain vaiheessa epiduraalisen kipulääkityksen aikana kirurgisella vuodeosastolla.

mies "en kai mä mittää saanu muuta, sun täytyy kyssyy tualta noi...mut mä valitin sitä ku meinattii lopettaa toi ja sit se poistettas ni mää valiti sitte ja sitä jatkettii...ja toine kerta ku valiti ni meinas kai et tullu jottai et o menettäny lääke sitä vastust ja sit nostettii, mut sit laskettii hitaasti ja ei kipuu tuntunu ni meinas et on sit sen verra jo parantunu."

mies "sairaanhoitaja toi aina lisää kipulääkettä, että ku ei voinu olla ni ei voinu olla, pakko oli jotaki saada...mut ku sen yhen piikin sai ni sit se autto pari tuntii ja kolmas tunti oli kärsimystä ku ei voinu kokoaika antaa vaa...et pitäiskö sen epijutun viedä sit kivun pois vai?"

Kolme potilasta koki kivunhoidoksi myös verenpaineen mittauksen, asentohoidot ja neuvomisen liikkumisessa. Asentohoitoja olivat jalkojen laittaminen erilleen, selän asennon korjaukset ja tyynyjen asettaminen.

6.3 Potilaan kokemukset epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä

Toinen teema sisältää leikkauspotilaan kokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Kysyn samat kysymykset kuin edellisessä teemassa muistuttaen potilasta, että kyse on nyt ajasta, jolloin epiduraalinen kipulääkitys oli päätetty. Päättymisellä tarkoitetaan aikaa, jolloin kipulääkkeen annostelu epiduraaltilaan lopetettiin katettrin vielä ollessa paikoillaan.

6.3.1 Potilaiden kokemukset kivusta epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä ensimmäisen vuorokauden ajalta

Potilaista jokainen koki haavakipua epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Neljä potilasta koki kipunsa lisääntyvän, kun epiduraalinen kipulääkitys päätettiin. Kolmen potilaan kipukokemus pysyi täysin samana.

mies "et nyt on kivut pahemmat, tai että se puudute varmaan vei ne pahimmat ja sit se oli pakko lopettaa et ku ei voi pitää kauheen pitkään...et nyt vasta tuntuu särkyä haavan reunoilla oikeen sillai."

nainen "et kyl niitä kipuja sit vaan tuli...tulee semmosia kovia vihlasuja."

Yksi potilas kertoi, ettei kipukokemus muuttunut miksikään epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä, vaan kova kipu jatkui ihan samanlaisena pitkän aikaa. Kaksi potilasta olisi halunnut, että epiduraalista kipulääkitystä olisi vielä jatkettu, koska sekä kivut että muuten peruskunto pahenivat. Heillä kipukokemus oli hetkittäin kovaa. Yksi potilas oli tyytyväinen, että epiduraalinen kipulääkitys lopetettiin, vaikka kipu lisääntyikin vähän. Kaksi potilasta koki, ettei kipu lisääntynyt.

6.3.2 Tilanteet, jotka aiheuttivat kipukokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä ensimmäisen vuorokauden aikana

Kipua ilmeni epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä jokaisella potilaalla, eli myös niillä, joilla kipua ei ollut epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Kipu ei kuitenkaan ollut muuttumatonta kuin yhdellä potilaalla. Neljä potilasta kokivat, että kipua lisäävät tilanteet olivat nyt yhä kivuliaampia kuin epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Yksi potilas koki kivun lisääntyvän joissain tilanteissa, mutta se oli samaa luokkaa kuin epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Yksi potilas koki ensimmäistä kertaa kivun tai tuntemuksen haavalla, kun epiduraalinen kipulääkitys oli päätetty. Kaksi potilasta kokivat kiputilanteet ahdistaviksi.

Kipua lisäsivät mielialan lasku, ylösnouseminen ja liikkuminen ylipäänsä sekä vaatteiden pukeminen päälle. Potilaat, jotka olisivat halunneet jatkaa epiduraalista kipulääkitystä ja olivat ahdistuneita eri tilanteiden tuomista kivuista, olivat kuitenkin lopulta tyytyväisiä, että heidät oli omasta vastustelustaan huolimatta laitettu liikkeelle.

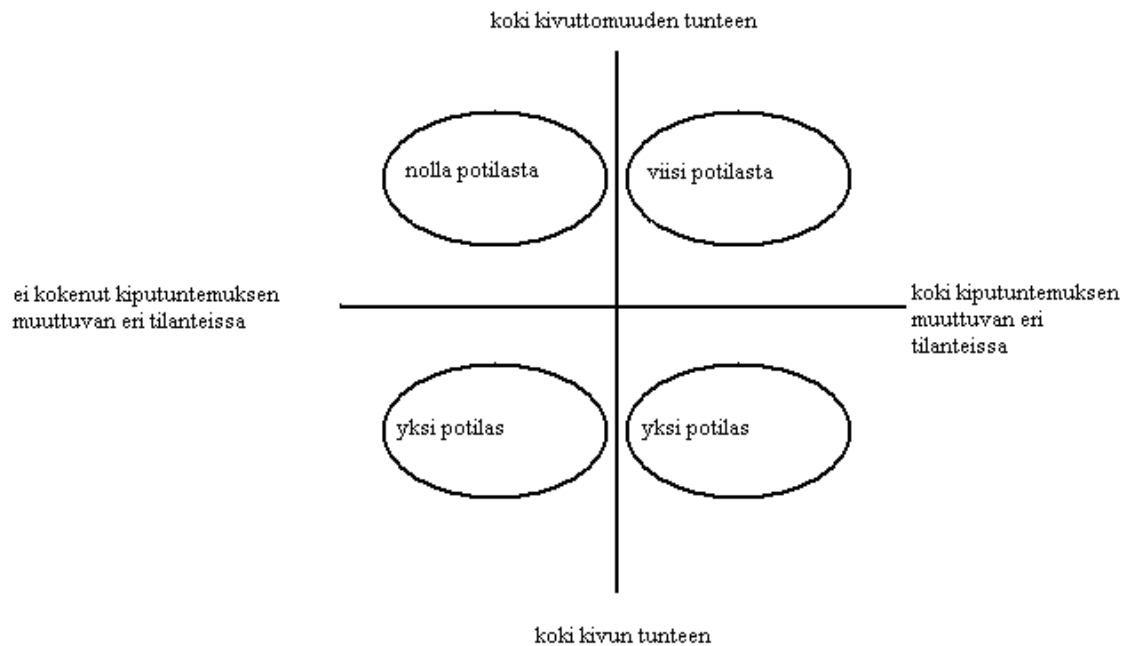
Haastattelutilanteessa neljä potilasta koki, että he voisivat lähteä kotiin parantumaan. Kolme potilasta koki kipunsa vielä vaativan sairaalassa oloa. Tämä tulos on kuitenkin vertailukelvoton, sillä haastatteluajankohta vaihteli haastateltavien kesken.

mies "et sit tuli sitä takapakkia nyte, ja en sit tiä mist johtu mut kai se toi mieliala ku menee kans alas."

mies "no lievästi tuntuu ko menee alas, mut kokoajan vaan paranee, et ei le vielä aina-kaan huonompaan menny."

nainen "nii tää tuli vähän yllätyksenä tää kipu, mikä menee ristii ja poikittai se vihlominen...ku yriti sukkiaki jalkaa, ku tähä asti o autettu ja nyt pitäis sit yhtäkkiä ruveta itsestä."

Kaavio 2: Potilaiden kipukokemuksia ensimmäisen 24 tunnin ajalta epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä



Viisi potilasta oli kivuliaita vain, kun tekivät jotain muuta kuin makasivat vuoteessa. Kahdella potilaalla kipu tuntui kokoajan. Toisen kipukokemus oli niin kova, ettei hän tuntenut kivun lisääntyvän muissa tilanteissa. Toinen tunsi pienen kivun kokoajan, mutta kipua lisäsivät esimerkiksi ylösouseminen ja yskiminen.

6.3.3 Potilaan kokemukset peruskunnostaan epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä ensimmäisen vuorokauden aikana

Peruskunto laski epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä neljällä potilaalla. Kolme potilasta koki peruskuntonsa samaksi kuin se oli epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Peruskunnon muutosta on vaikea mitata, sillä jokainen potilas kokee olonsa yksilöllisesti. Tärkeää ei ole tutkimuksen kannalta se, miksi peruskunto muuttui. Tärkeää on se, minäkalaisia muutoksia potilaat kokivat ja miten he ne kokivat. Käyn myöhemmin läpi kivunhoidon tutkimustuloksia epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä, jossa esille tulee lääkituksen ja hoitajien vaikutukset peruskuntoon.

Neljä potilasta koki peruskunnan laskun johtuvan vatsan oireilusta. Kahdella potilaalla peruskunnan lasku ilmeni vatsan turvotuksella, polttelulla ja tukalalla ololla vatsanseudulla. Heistä toisella ei myöskään vatsa ole toiminut. Yhteensä vatsantoimitus ei ollut onnistunut viidellä potilaalla ensimmäisen vuorokauden aikana epiduraalisen kipulääkityksen päättymisestä. Heistä kahta haastattelin vasta kolmantena päivänä epiduraalisen kipulääkityksen loputtua ja heistä toisen vatsantoimitus oli onnistunut ilman peräpuikkoa ja toisen peräpuikon avulla. Kahdella potilaalla vatsa oli toiminut silloin, kun epiduraalinen kipulääkitys oli päätetty ja potilas oli mennyt vessaan ilman kipupumppua katetrin ollessa vielä epiduraalitulassa. Kolme potilasta koki vatsan toimimattomuuden haitaksi. Kaksi potilasta koki myös etovaa ja oksettavaa oloa.

mies "nii ja vattaaki paisuttaa ja turvottaa nyte, eikä se pelaa...et vissii ku noit lääkkeitä menee nii paljon ja tota ruokaa ei ole oikee saanu...et sit sain peräpuikkoo ni kyl se sit vihdo vähän."

nainen "joo et eilen siinä oli sellanen ristiriita, että ottaako lääkkeet joista tulee pahan polttelua ja muuta, vai että jättääkö ottamatta ja sitte tulee kipeeks muuten."

Kolme potilasta oli kokenut puutumista epiduraalisen kipulääkityksen aikana. He kaikki kokivat puutumista vielä epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä, mutta jokaisen puutumisen oireet hävisivät tunnin sisällä päättymisestä. Kaksi potilasta sanoi tunteneensa epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä vielä epiduraalitulassa olevan katetrin pistelynä tai ilkeänä tunteena. Tunne hävisi vasta, kun katetri oli poistettu kokonaan epiduraalitulasta.

nainen "no jossain tunnissa kai hävisi se pistely ja se sieltä jaloista kokonaan, et ei sit ollu enää mitää."

mies "no se puutuminen kyllä loppu mut se katetri tuntu ilkeeltä ja tuntu kans se kun se vedettiin pois."

Jokainen potilas tunsi huimausta vielä epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Yksi potilas myös pyörtyi ollessaan ylhäällä muutaman minuutin ajan. Kolme potilasta koki huimauksen haitalliseksi. Heistä kahta haastattelin kolmantena päivänä ja toisen huima-

us oli loppunut siihen mennessä, myös hänen kipulääkitystään oli muutettu.

mies "kun mä hetken olin tossa ylhäällä ja sit tuli sellanen luhistus (potilas herkistyy)."

nainen "no ne kipulääkkeet tai yks niistä sit aiheutti sitä huimausta ja verenpaineenlaskua niin paljon..."

6.3.4 Kivunhoito ja kivunarviointi potilaiden kokemana epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä

Kysyttäessä kaikki potilaat kokivat kivunhoidon kirurgisella vuodeosastolla yleisesti hyväksi myös epiduraalisen kipulääkityksen loputtua. Neljä potilasta koki tulleeensa ymmärretyksi. Kolme potilasta koki epäymmärrystä kivunhoidossaan ja he kokivat myös sairaanhoitajien kiireen haitalliseksi. Neljä potilasta olisi kaivannut enemmän neuvomista ja informaatiota kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksista epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä.

mies "kyllä pillereitä on tuotu ja ne on auttaneet...on kysytty olosta kun siltä on näyttänyt ja kädestäkin pidetty kiinni ja ymmärretty."

mies "hyvä että poistettiin se juttu, ei ollu mitään apua."

nainen "joo mä pyysin itse että lopetettais se epijuttu...ei se kivunhoito yhtä tehokasta ollu mut kyllä niillä tableteilla jotenki sai kivun pois...mut jos olisin tiennyt että sain huumelälääkettä ni en olis kyllä ottanut...mut toisaalta hyvä että kerrottiin vasta sitte ku kivut oli jo helpottanu."

nainen "no mielummin se toinen kun nää lääkkeet..että hoitajalta pyysin jotain lääkettä vatsakipuun ja tuotiin vaan särkylääkettä ku olisin halunnu muuta...ja sit olis ollu hyvä jos oltais neuvottu vähän tossa pukeutumisessa ku nyt pitäis sit olla niin itsenäinen heiti."

mies "no nyt saa vähä liikaaki kipulääkkeitä, et olis vaan se epi saanu jatkaa...mut kyllä

mä kipupiikillä nukun."

Epäymmärryksen kokemusta aiheuttivat eniten kipulääkityksen toteutus. Kolmesta potilaasta tuntui, että he eivät saaneet tarvitsemaansa kipulääkettä, tai että he saivat jotain, mitä eivät olisi halunneet. Yksi potilas ei tiennyt saavansa huumelääkettä, ja oli tyytymätön siihen, ettei hänelle kerrottu siitä tarkemmin. Yksi potilas ei kokenut saavansa kipuunsa oikeaa lääkettä ja yksi potilas koki saavansa liikaa särkylääkkeitä, jotka aiheuttivat tukalaa oloa. Kaksi potilasta eivät olleet tyytyväisiä siihen, että epiduraalinen kipulääkitys lopetettiin niin aikaisin ja he kokivat myös tullessa epäymmärretyksi kivuistaan.

Tyytyväisyyden tunnetta kokevat potilaat kertoivat, että pillerit ovat pitäneet kivut hyvin poissa. Kolme potilasta kertoi saaneensa kipulääkettä lihakseen. Nämä potilaat kokivat sen vievän kivut parhaiten pois. Hoitajien kanssa keskustelu ja heidän henkinen tukensa ovat auttaneet jokaisen potilaan oloa jossain vaiheessa epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Neljä potilaista mainitsi omaiset puheessaan. Heistä kaksi oli sitä mieltä, että sairaanhoitajien on hyvä kertoa heidän omaisilleen kivunhoitoon liittyvistä asioista henkilökohtaisesti epäymmärrysten välttämiseksi. Kivunhoidon tyytyväisyyttä on vaikea mitata. Merkitystä on sillä kuinka monen kipulääkitystä olisi vielä kannattanut jatkaa tai miten potilaiden epäymmärryksen tunteen olisi voinut välttää.

Viisi potilas koki, että kipua arvioitiin ja tunnistettiin enemmän epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä kuin sen aikana. Kaksi muuta potilasta kokivat asian päinvastoin.

mies "kyllä sitä kipua sitte kysyttiin enemmän ainakin siinä alussa kun se epiduraali oli poistettu tuolta noin(näyttää selkää)."

nainen "no siinä sen aikana pohdittiin kyllä nostetaanko vai lasketaanko mut sit ku se lopetettiin ni tuli se turvotus ja tuotiin vaan lisää särkylääkettä, vaik en mä sitä olis ottanut."

7 JOHTOPÄÄTÖKSET, POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata elektiivisten leikkauspotilaiden kipukokemuksia postoperatiivisessa vaiheessa epiduraalista kipulääkitystä käytettäessä. Tavoitteena on saada tietoa siitä, miten sairaanhoitajat tulevaisuudessa voisivat tehostaa potilaan hoitamista, kun kipua lievitetään epiduraalikipulääkityksellä. Kohderyhmä koostui seitsemästä elektiivisestä leikkauspotilaasta, joilla oli epiduralinen kipulääkitys Satakunnan keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla N2A.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan suuremmalla osalla haastatelluista kipukokemus oli myönteinen, ja vain yksi potilas koki kivun sietämättömäksi epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Tämän tuloksen perusteella epiduraalinen kipulääkitys on hyvä kivunhoito muoto, kun halutaan saavuttaa leikkauksen jälkeinen analgesia. Osa potilaista koki olleensa täysin kivuttomia koko epiduraalisen kipulääkityksen ajan ja osa koki tuntevansa pientä kipua, josta he eivät kokeneet suurimman osan aikaa olevan haittaa.

Laurin ja Leino-Kilven (1999) tutkimuksessa potilaat eivät hoitojärjestelmän sisällä olleet välttämättä halukkaita kritisoimaan järjestelmää ja siten tutkimukset tuottavat todellisia kokemuksia positiivisempaa tulosta. Tässä työssä moni potilas kertoi haastattelun alussa olleensa hyvässä kunnossa ja kivuton. Haastattelun edetessä kuitenkin selvisi, että vaikka olo nyt saattoi olla hyvä, niin se ei ollut sitä koko aikaa. Haastattelu osoitti myös sen, että hoitojärjestelmän sisällä ei haluta olla kriittisiä hoitoa koskevista asioista. Jokainen potilas puolusteli hoitajien toimintaa ja sanoi lopuksi hoidon olleen erinomaista, kun he ensin olivat kertoneet negatiivisista kokemuksistaan. Tämän jälkeen kerroin heille, ettei työni tarkoitus ole kritisoida osaston toimintaa, vaan parantaa hoitajien käsitystä epiduraalisella kipulääkityksellä hoidettavien potilaiden kokemuksista.

Tutkimustuloksistani selvisi myös, että kipua tuottivat epiduraalisen kipulääkityksen aikana sen tehottomuus, liikkuminen (sängystä nouseminen, yskiminen) ja epiduraalisen kipulääkityksen annoksen laskeminen liian aikaisin. Tehottomuus saattoi potilaan kokemuksen mukaan johtua siitä, että se ei vain toimi kaikilla tai että epiduraalikatetrin

paikka oli liian alhaalla eikä vienyt kipuja haavan yläosasta pois. Tämä johti epiduraalisen kipulääkityksen päättymiseen suunniteltua aikaisemmin. Bird'n ja Wallis'n (2002) tutkimuksessa hoitajilla oli tulosten mukaan hyvä tietopohja puudutteen suhteen, mutta päätöksen teossa olisi parantamisen varaa. Omassa työssäni tutkin potilaiden kokemuksia. Potilaat kokivat, että sairaanhoitajat tietävät, mitä tekevät ja kykenevät tekemään hyviä hoitopäätöksiä heidän puolestaan epiduraaliseen kipulääkitykseen liittyen.

Epiduraalisen kipulääkityksen aikana kukaan ei kokenut liikkumista ja sängystä ylös nousemista ahdistavana tapahtumana. Vaikka nouseminen tuotti osalle ylimääräistä kipua, he kokivat ymmärtävänsä sängystä nousemisen tärkeyden. Potilaat kokivat myös, että sängystä nouseminen nopeuttaa paranemista ja kotiin pääsyä. Kannustaminen osoitautui tärkeäksi suurelle osalle potilaista. He kokivat, että sairaanhoitaja ei saisi antaa periksi, jos potilas ei ensin haluaisi nousta sängystä. Epiduraalisen kipulääkityksen laskeminen tuotti kipua kahdelle potilaalle, jonka vuoksi myös heidän epiduraalinen kipulääkityksensä jatkui suunniteltua pidempään. Potilaat pitivät tätä hyvänä asiana. Yskiminen tuotti osalle kipua, ja siihen potilaat olisivat toivoneet saavansa opastusta.

Epiduraalisen kipulääkityksen kestoksi tuli keskimäärin neljä (4) päivää. Neljän potilaan epiduraalisen kipulääkityksen kesto poikkesi suunnitellusta. Kaksi lopetettiin sovitua aikaisemmin joko puutumisen tai kipulääkityksen tehottomuuden takia. Kahdella epiduraalista kipulääkitystä jatkettiin suunniteltua pidempään kipujen lisääntyttyä anosta laskettaessa.

Johanssonin (1998) tutkimuksessa potilaiden leikkauksen jälkeinen kipu, sen ollessa voimakkaimmillaan, oli 11%:lla vähäistä, 38%:lla kohtalaista, 32%:lla kovaa ja 19%:lla sietämätöntä. Kipu oli häirinnyt eniten liikkumista, nukkumista ja keskittymistä. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon. Johanssonin tutkimuksessa sairaanhoitajien ja lääkärin mukaan potilaat eivät usein ota tai pyydä kipulääkettä kivuista huolimatta. Verrattuna näihin tuloksiin, työssäni potilaiden kokema kipu oli sietämätöntä epiduraalisen kipulääkityksen aikana 14%:lla ja vähäistä tai kohtalaista 57%:lla sen ollessa voimakkaimmillaan. 29%:lla kipua ei ollut lainkaan epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Kukaan potilaista ei kokenut kivun olevan kovaa verrattaessa kokemuksia Johanssonin (1998) tutkimukseen.

Jokainen potilas sanoi tuntevänsä kehossaan jotain, minkä voisi luokitella epiduraalisen kipulääkityksen aiheuttamaksi sivuvaikutusta. Tätä ei kuitenkaan voi sanoa varmaksi, sillä leikkaus ja vuodelepo sekä muu kivunhoito saattaa aiheuttaa normaalista poikkeavia tuntemuksia potilaan kehossa. Tuntemuksia olivat huimaus ja verenpaineen lasku, puutumiset, pahoinvointi, väsymys sekä vatsan turvottelu. Suurin osa potilaista ei kokenut näitä tuntemuksia haitaksi asti. Vain yksi potilas halusi epiduraalisen kipulääkityksen päätettävän tuntemustensa takia.

Kaikki haastateltavat potilaat kokivat, että heidän eteensä oli tehty kaikki mahdollinen kivunhoidon suhteen. Suurin osa potilaista koki kivunarviointimittarin olevan hyödyllinen, mutta neljä potilasta koki epävarmuutta osasiko he kuvata kipuaan oikein numeerisesti. Suurin osa tiesi saavansa muitakin kipulääkkeitä epiduraalisen kipulääkityksen lisäksi ja suurin osa tiesi myös, miksi heillä epiduraalinen kipulääkitys ja mitä annosta se suunnilleen meni. Kolmella potilaalla annosta nostettiin kirurgisella vuodeosastolla. Kaksi heistä ei tiennyt, minkä vuoksi näin tehtiin, mutta he kokivat sen olevan pakollista. He eivät kokeneet kipuja sillä hetkellä, kun annosta nostettiin.

Potilaista jokainen koki haavakipua epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Neljä potilasta koki kipunsa lisääntyvän, kun epiduraalinen kipulääkitys päätettiin ja kolmen muun potilaan kipukokemus pysyi täysin samana. Aikaisemmin mainitsin Johanssonin (1998) tutkimuksen. Jos Johanssonin tuloksia verrataan aikaan, jolloin potilailla ei ollut epiduraalista kipulääkitystä, niin tulokset muuttuvat epiduraalisen kipulääkityksen aikaisista tuloksista. Kun kipu oli kovimmillaan, niin 14%:lla se oli sietämätöntä, 29%:lla kovaa, 14%:lla kohtalaista ja 43%:lla vähäistä, kun epiduraalinen kipulääkitys päätettiin.

Suurin osa potilaista koki, että kipua lisäävät tilanteet tuottivat enemmän kipua epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Kaksi potilasta koki, että epiduraalinen kipulääkitys lopetettiin liian aikaisin, sillä tietyt tilanteet olivat kipukokemukseltaan ahdistavia. Nämä kokemukset perustuivat siihen, että he kokivat sekä kipua että huonoa vointia epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Toinen heistä oli myös tyytymätön kivunhoitoon epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Kipua lisäsivät mielialan lasku, liikkuminen ja omatoimisuuden lisääntyminen, kuten vaatteiden vaihto.

Yli puolet potilaista koki, että heidän peruskuntonsa laski epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Alle puolet koki sen samaksi kuin epiduraalisen kipulääkityksen aikana. Peruskunnon laskun suurimmaksi ja hankalimmaksi tekijäksi koettiin vatsan oireilut. Näitä olivat turvottelu, vatsan toimimattomuus ja oksettava olo. Toiseksi suurimmaksi haitaksi koettiin huimaus ja pyörtyily. Epiduraalisen kipulääkityksen päättymisen hyödyiksi koettiin puutumisen loppuminen ja leikkauksen jälkeisen hoidon päättymisen sekä näin myös pikaisempi kotiin pääseminen. Kotiin tai jatkohoitoon nopeampi pääsy toimi motivaattorina jokaisella potilaalla. Näin he myös kokivat pärjäävänsä kipujen ja peruskunnon laskun kanssa paremmin.

Kortelaisen (2003) tutkimuksessa potilaat kokivat lääkkeellisen kivunhoidon lievittävän hyvin kipuja. Parhaiten lievitti lihakseen annettu kipulääke. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen ja tiedonantoon. Opinnäytetyössäni suurin osa potilaista koki tullessa ymmärretyksi epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Tyytyväisyyden tunnetta kokevat potilaat kertoivat, että pillerit ovat pitäneet kivut hyvin poissa. Kolme potilasta kertoi saaneensa kipulääkettä lihakseen. Nämä potilaat kokivat sen vievän kivut parhaiten pois. Hoitajien kanssa keskustelu ja heidän henkinen tukensa ovat auttaneet jokaisen potilaiden oloa jossain vaiheessa epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Suurin osa koki, että kipua arvioitiin enemmän epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Tämä johtune siitä, että epiduraalisen kipulääkityksen aikana potilaiden kivuttomuus ei vaatinut niin suurta huomiota.

Vähän alle puolet potilaista kuitenkin koki kivunhoidossaan epäymmärrystä ja kiirettä. Epäymmärrystä tuottivat lääkehoito ja potilaan yksityisyyden ja omatoimisuuden lisääminen epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Näistä asioista he olisivat toivoneet enemmän tietoa. Lääkehoidossa epäymmärrys ilmeni niin, että potilaat kokivat, ettei heidän toiveitaan kuunneltu tai ettei heille kerrottu kipulääkkeen vaikuttavasta aineesta ja vaikutusmetodeista. Epäymmärrystä aiheutti myös kipujen koveneminen epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä. Kaksi potilasta olisi halunnut jatkaa epiduraalisesta kipulääkitystä. Työssäni tulokset eroavat siis hieman verrattuna Kortelaisen (2003) tutkimustuloksiin, sillä osa haastatelluista potilaistani ei ollut tyytyväisiä lääkkeelliseen kivunhoitoon tai ohjaukseen.

Kivunhoidon tyytyväisyyttä on vaikea mitata. Merkitystä on sillä kuinka monen epiduraalista kipulääkitystä olisi vielä kannattanut jatkaa, tai miten potilaiden epäymmärryksen tunteen olisi voinut välttää.

Laurin ja Leino-Kilven (1999) tutkimuksessa selvitettiin, miten syöpää sairastavat potilaat ja heitä hoitavat sairaanhoitajat arvioivat potilaan kipua ja ovatko arvioinnit yhdenmukaisia. Tulokset osoittivat, että hoitajat arvioivat potilaan kokeman kivun alemmaksi ja kivun voimakkuuden lisääntyessä arviointien ero potilaan ja hoitajan välillä kasvoi. Merkittävä ero arvioinnissa oli myös hyväksyttävän kivun kohdalla, jolloin hoitajat yliarvioivat potilaan hyväksymän kivun. Sairaanhoitajien tiedot kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksista sekä kivun lievityskeinoista olivat puutteellisia.

Potilaiden kokemuksista opinnäytetyössäni ei tullut ilmi, että hoitajat olisivat arvioineet kipua alemmaksi kuin mitä se oli. Kokemus ei muuttunut epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä, jolloin potilaiden kivut lisääntyivät. Suurin osa potilaista koki saavansa lääkettä kipuun heti sitä pyydettyä. Epäymmärrystä lääkitykseen aiheuttivat peruskunnan laskusta aiheutuvat tuntemukset. Peruskunnan laskun syyksi potilaat kokivat kipulääkeannosten suuren määrän tai suuren vahvuuden, kun epiduraalinen kipulääkitys oli päättynyt.

Lehdon (2005) tutkimuksessa tulokset kertovat, että hoitajat käyttivät kipumittaria vain vähän. Lääkehoidontoteutus oli hyvää, mutta hoitotyön auttamismenetelmiä käytettiin vähän. Hoitajien oikea asenne oli tärkeä esille tuleva auttamismenetelmä. Suurin osa potilaista oli saanut kipulääkettä ennen, kuin oli ehtinyt pyytää, mutta liian moni ei ollut tietoinen lääkkeestä, jota oli saanut. Omassa työssäni potilaat kokivat, että hoitajat käyttivät kipumittaria vähän. Lääkehoidontoteutus koettiin suurimmalta osalta hyväksi, mutta peruskunnan laskun hoitaminen koettiin puutteelliseksi. Potilaani kokivat myös, että kipulääkettä oli tuotu ennen kuin sitä oli ehditty pyytää. Tätä ei aina koettu positiiviseksi. Osa potilaista ei myöskään ollut tietoinen kipulääkkeestä, jota oli saanut.

Tästä työstä on mielestäni hyötyä sekä Satakunnan keskussairaalan kirurgisen vuodeosaston N2A:n sairaanhoitajille että minulle itselleni toimiessani sairaanhoitajan ammatissa. Sairaanhoitajana osaan työssäni paremmin kiinnittää huomiota potilaiden kipukokemuksiin ja potilaiden neuvomisen tärkeyteen sekä epiduraalista kipulääkitystä että muita kipulääkitysmuotoja käytettäessä. Osaan myös tukea potilaan paranemista ja luot-

taa siihen, että potilasta pitää rohkaista esimerkiksi nousemaan sängystä ylös. Lääkkeistä tiedottaminen osoittautui hyvin tärkeäksi asiaksi potilaan kuuntelemisen ohella. Usein potilas tietää itse, minkälaista lääkettä tai hoitoa hän on vailla. Omatoimisuuden tukeminen ja siitä puhuminen on syytä aloittaa jo paljon ennen epiduraalisen kipulääkityksen lopettamista. Kipumittarin käytön neuvomista on hyvä korostaa enemmän jo ennen leikkausta.

Tutkimustulosten pohjalta kykenin vertailemaan potilaiden kokemuksia epiduraalisen kipulääkityksen ajalta epiduraalisen kipulääkityksen päättymisen jälkeiseen aikaan. Epiduraalisen kipulääkityksen kesto ja lopettamista on syytä harkita tarkoin. Potilaalle on syytä kertoa mahdollisista kipulääkkeiden tuottamista sivuvaikutuksista ja selittää, miksi epiduraalinen kipulääkitys päätetään. Leikkauksen jälkeinen aika osastolla on lyhentynyt paljon viimeisten vuosien aikana hyvän kivunhoidon ansiosta. Tämä tuottaa kuitenkin potilaalle paljon muistettavaa ja se hoitajan pitää ottaa huomioon. Aikainen poistuminen kirurgiselta vuodeosastolta ei saisi aiheuttaa kiirettä ja näin tarpeetonta potilaan itsemääräämisoikeuden tai omatoimisuuden heikkenemistä.

LÄHTEET:

Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., Rosenberg, P. & Takkunen, O. 2006. Duodecim. Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Bird, A. & Wallis, M. 2002. Journal of Advanced Nursing. Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion. 40(5), 522-531.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.

Koskenvuo, K. & Vertio, H. 1998. Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä. Duodecim.

Haarala, R. 1992. Suomenkielen perussanakirja – Toinen osa L-R. Helsinki. Valtionpainatuskeskus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa. Tammi.

Holm, S. & Hansen, E. 2000. Pre- och postoperativ omvårdnad. Svenska. Studentlitteratur.

Kallio, A., Korte, R., Lukkari, L. & Rajamäki, A. 2000. Perioperattivinen hoito. Porvoo. WSOY.

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Jyväskylä. DUODECIM.

Kauppila, M. 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon. Kipuviesti maaliskuu (1), 26-29.

Kokki, A. 2004. Kirjaamalla kivuttomaksi-kivunhoidon arvioinnin ja kirjaamisen kehittäminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Spirium 39 (1), 30-32.

Korpi, L., Raitopuro, A., Ritmala-Castrén, M. & Sjöholm, R. 2007. Nopeaa toipumista Marian sairaalassa. *Sairaanhoitaja* 4 (8), 35-38.

Koukkunen, K. 2002. *Sivistyssanakirja – nykysuomen opas*. Juva. WSOY.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. *Hoitotiede*. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala. 1(11), 4-11.

Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. *Kipuviesti* maaliskuu (1), 35-38.

Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 1999. Kliininen hoitotieteellinen tutkimus. *Hoitotiede* 6(11), 348-357.

Lehtomäki, P. 2002. Aikuispotilaan leikkauksen jälkeisen kivun arvioiminen. *Spirium* 37 (1), 17-21.

Leskinen, H. 2000. Kipumittari hoidon apuna. *Spirium* 35 (4), 12.

Manner, T. 1998. Epiduraalinen kivunhoito infektioriskipotilailla – potilastapaus. *Tehohoito* 16 (2), 128-129.

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

Pudas-Tähkä, S-M. & Salanterä, S. 2007. Miten tehohoitopotilaan kipua voidaan arvioida. *Tehohoito* 25 (1), 18-21.

Sailo, E. 2001. Kipu on yksilöllinen ja kokonaisvaltainen tunne. *Pinsetti* (4), 21-22.

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

Laitinen, J.O., Nuutinen, L.S., Salomäki, T.E., Vainionpää, V. 1995. 0.1 % bupivacaine does not reduce the requirement for epidural fentanyl infusion after major surgery. *Reg Anesth* 20, 435–443.

Tulonen, A. 2008. Kipuhoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Pori, Henkilökohtainen tiedonanto 13.3.2008.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Yaksh, T.L. & Noueihed, R. 1985. The physiology and pharmacology of spinal opioids. *Annu Rev. Pharmacol Toxicol* 25, 433–62.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Teemahaastattelun runko

LIITE 2 Haastattelusuostumus

LIITE 3 Tutkimuslupa-anomus

LIITE 4 Aikaisemmat tutkimukset

LIITE 5 Vastaus tutkimuslupa-anomukseen

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Taustatiedot:

Sukupuoli: __ Nainen __ Mies

Ikä: 16-20__ 21-30__ 31-40__ 41-50__ 51-60__ 61-70__ 71-80__

Epiduraalisen kipulääkityksen kesto kirurgisella vuodeosastolla: 1 päivä__ 2 päivää__
3 päivää__ 4 päivää__ 5 päivää__
6 päivää__

Mikä leikkaus haastateltavalle on tehty:

Vatsan alueen leikkaus: __ Jalan alueen leikkaus: __ Pään alueen leikkaus: __

Käden alueen leikkaus: __ Rintakehän alueen leikkaus: __

Kipulääkemuoto:

TEEMA 1 : Leikkauspotilaan kokemukset epiduraalisen kipulääkityksen aikana:

Minkälaisia kipukokemuksia teillä oli epiduraalisen kipulääkityksen ajalta kirurgisella vuodeosastolla?

- Missä tilanteissa kipua ilmeni?(kaikki aiheutunut/aiheutettu liike)
- Miten koitte peruskuntonne?(tuntemukset kehossa)

Miten koitte kivunhoitonne kirurgisella vuodeosastolla epiduraalisen kipulääkityksen aikana?

- Miten kipuunne reagoitiin ja miten kipuanne hoidettiin?
- Miten kipuanne arvioitiin ja miten koitte kivun arvioinnin?

TEEMA 2 : Leikkauspotilaan kipukokemukset epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä:

Minkälaisia kipukokemuksia teillä oli siltä ajalta, kun epiduraalinen kipulääkityksenne kirurgisella vuodeosastolla päättyi?

- Missä tilanteissa kipua ilmeni?(kaikki aiheutunut/aiheutettu liike)
- Miten koitte peruskuntonne?(tuntemukset kehossa)

Miten koitte kivunhoitonne kirurgisella vuodeosastolla epiduraalisen kipulääkityksenne päätyttyä?

- Miten kipuunne reagoitiin ja miten kipuanne hoidettiin?
- Miten kipuanne arvioitiin ja miten koitte kivun arvioinnin?

Satakunnan ammattikorkeakoulu
HAASTATTELUSUOSTUMUS

Sosiaali- ja terveysala Pori

Pauliina Lasonen

Opiskelen sairaanhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa. Opinnäytetyön tekeminen on osa opintojen suorittamista. Opinnäytetyöni teen leikkauksen jälkeen epiduraalista kipulääkitystä käyttäneiden potilaiden kokemuksista. Opinnäytetyöni valmistuu huhtikuussa 2008. Tavoitteena on saada tietoa siitä, miten sairaanhoitajat tulevaisuudessa voisivat tehostaa potilaan hoitamista, kun kipua lievitetään epiduraalisella kipulääkityksellä.

Opinnäytetyöni suoritan haastattelemalla 7 leikkauspotilasta, joilla on epiduraalikipulääkitys. Haastattelutilanne on hoitojaksonne lopussa, ennen kuin siirrytte jatkohoitoon tai teidät kotiutetaan. Haastattelu toteutetaan Satakunnan keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla N2A ja tilanteessa ovat paikalla vain Te ja minä. Pyydän lupaanne myös haastattelun nauhoittamiseen. Henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa ulkopuolisten tietoon, ja antamanne tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia ja vain tätä tutkimusta varten kerättyjä.

Allekirjoituksellani vahvistan suostumukseni haastatteluun.

___/___2008_____

Haastateltavan allekirjoitus

Pauliina Lasonen
Jaakontie 2 as7
28500 PORI

Ylihoitaja Helena Susilahti
Satakunnan keskussairaala
Sairaalantie 3
28500 PORI

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa Sosiaali- ja Terveysalalla sairaanhoitajaksi ja suuntaudun syventävissä opinnoissani sisätauti – kirurgiseen hoitotyöhön. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata elektiivisten leikkauspotilaiden kipukokemuksia postoperatiivisessa vaiheessa epiduraalikipulääkitystä käytettäessä. Tavoitteena on saada tietoa siitä, miten sairaanhoitajat tulevaisuudessa voisivat tehostaa potilaan hoitamista, kun kipua lievitetään epiduraalikipulääkityksellä.

Pyydän lupaa saada toteuttaa aineiston keruun teemahaastattelulla Satakunnan keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla N2A elektiivisesti leikatuille potilaille, joilla kivunhoitomuotona on epiduraalinen kipulääkitys. Potilaiden henkilöllisyys tulee pysymään salassa koko tutkimuksen ajan, ja opinnäytetyön valmistuttua haastattelunauhat hävitetään.

Teemahaastattelut suoritettaisiin epiduraalisen kipulääkityksen päätyttyä osastolla N2A, syksyn 2007 aikana. Tarkoitukseni on haastatella seitsemää potilasta. Minä annan haastattelusuostumus –lomakkeen henkilökohtaisesti jokaiselle potilaalle ja samalla pyydän suostumuksen haastatteluun

Opinnäytetyön valmistuttua toimitan sen osastolle N2A jouluna 2007. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Meimi Lahti.

Vastauksen pyydän lähettämään osoitteeseen:

Pauliina Lasonen
Annankatu 18 as. 13
28100 Pori

Pauliina Lasonen


Liitteet: Tutkimussuunnitelma, joka sisältää teemahaastattelun rungon ja haastattelusuostumuksen

AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA

TUTKIJA, VUOSI JA AIHE	Aineisto ja menetelmä	Tulokset
<p>Bird, A. & Wallis, M. 2002. Journal of Advanced Nursing. Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion. 40(5), 522-531.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kyse-lylomakkeella. Se sisälsi kaksi osiota, joista ensimmäinen keskittyi teoreettiseen osaamiseen ja toinen osio kliiniseen päätöksen tekoon. Kysymykset osoitettiin 180 sairaanhoitajalle.</p>	<p>Hoitajilla oli tulosten mukaan hyvä tietopohja puudutteen suhteen, mutta päätöksen teossa olisi parantamisen varaa. Kirurgisen osaston henkilökunnalla oli paremmat päätöksentekotaidot kuin tarkkailuosastolla olevilla hoitajilla. Tulosten pohjalta tuli selväksi, että pitää kehittää keinoja parantaa hoitajien autonomista päätöksentekoa niiden potilaiden kohdalla, joilla on epiduraalipuudutus.</p>
<p>Johansson, P. 1998. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito Potilaiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden käsityksiä kivunhoidosta.</p>	<p>Tutkimus on kvantitatiivinen ja tutkimusasetelma oli yhden mittauskerran poikittaistutkimus.. Tutkimusjoukko muodostui 87 suurehkon leikkauksen käyneestä potilaasta, 52 sairaanhoitajasta ja 49 lääkäristä. Tiedot kerättiin</p>	<p>Potilaiden leikkauksen jälkeinen kipu, sen ollessa voimakkaimmillaan, oli 11%:lla vähäistä, 38%:lla kohtalaista, 32%:lla kovaa ja 19%:lla sietämätöntä. Kipu oli häirinyt eniten liikkumista, nukkumista ja keskittymistä. Kolmasosa</p>

	<p>potilailta strukturoidulla haastattelulla, sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä strukturoidulla kyselyllä.</p>	<p>potilaista oli saanut ennen leikkausta liian vähän tietoa tai ei tietoa ollenkaan. Oikea aika ottaa kipulääke oli 49%:n mielestä kivun ollessa vähäisin.</p> <p>Sairaanhoitajien ja lääkäreiden käsitykset leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta olivat melko yhtenevät potilaiden käsitysten kanssa. Sairaanhoitajat ja lääkärit arvioivat, että kipu tuottaisi enemmän häiriötä, kuin tämän tutkimuksen potilaat antavat ymmärtää. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden mukaan potilaat eivät usein ota tai pyydä kipulääkettä kivuista huolimatta.</p>
<p>Kangasniemi, P. 2000. Päiväkirurgisten potilaiden odotuksia ja kokemuksia kivunhoidosta.</p>	<p>Tutkimus oli laadullinen ja se suoritettiin teemahaastattelulla haastatteleamalla kuutta potilasta Salon Aluesairaalan päiväkirurgisessa yksikössä. Tutkimusaineisto on analysoitu ongelmittain.</p>	<p>Päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevilla potilailla ei ole odotuksia hoitotyön eikä kivunhoidon suhteen. Potilaat luottavat siihen, että sairaalalla on keinot kivunhoitoon. Yhteenvetona voidaan sanoa, että potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.</p>

<p>Kortelainen, K. 2003. Keisarinleikkauksen jälkeinen kivunhoito Satokunnan keskussairaalan synnytysvuodeosastolla</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Osallistujina oli 58 potilasta.</p>	<p>Potilaat kokivat lääkkeellisen kivunhoidon lievittävän hyvin kipuja. Parhaiten lievitti lihakseen annettu kipulääke. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen ja tiedonantoon. Isän ja vauvan läsnäolo auttoivat äidin kipuun.</p>
<p>Lehto, A. 2005. Leikkauksen jälkeinen kipu potilaan näkökulmasta</p>	<p>Tutkimus on luonteeltaan kvantitatiivinen ja se kerättiin potilailta kyselylomakkein. Yhteensä jaettiin 40 lomaketta ja vastausprosentiksi saatiin 90.</p>	<p>Hoitajat käyttivät kipumittaria vain vähän. Lääkehoidontoteutus oli hyvää, mutta hoitotyön auttamismenetelmiä käytettiin vähän. Hoitajien oikea asenne oli tärkeä esille tuleva auttamismenetelmä. Suurin osa potilaista oli saanut kipulääkettä ennen, kuin oli ehtinyt pyytää, mutta liian moni ei ollut tietoinen lääkkeestä, jota oli saanut.</p>

	SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPiIRI Operatiivinen tulosalue	

VASTAUS TUTKIMUSLUPA-ANOMUKSEEN

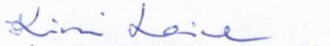
Tutkimuksen tekijä(t): Pauliina Lasonen
Satakunnan ammattikorkeakoulu

Tutkimusaihe: Elektiivisten leikkauspotilaiden kokemuksia epiduraaliseen kipulääkitykseen liittyvästä kivunhoidosta ja kivusta kirurgisella vuodeosastolla

Porissa 9.1.2008

Myönnän / hylkään tutkimusluvan Satakunnan keskussairaalan ja Rauman aluesairaalan osalta


Pertti Aarnio
Kirurgian ylilääkäri


KIRURGIAN YLIHOITAJA

Sairaalan tie 3
FIN-28500 PORI

Tutkimusaloheet
myös sairaalan
henkilökunnasta
Lääkäri Heikki

Puhelin (02) 62 771
Telekopio (02) 627 7204