

NAISPOTILAAN KOKEMUKSIA KIVUSTA JA KIVUNHOIDOSTA
SYDÄMEN OHITUS- JA LÄPPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Indah Tiilikainen ja Olena Yatsyshyn

Opinnäytetyö, Syksy 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Terveydenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Tiilikainen, Indah & Yatsyshyn, Olena. Naispotilaan kokemuksia kivusta ja kivunhoidosta sydämen ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen. Helsinki, syksy 2010, 53 s., 5 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK), terveydenhoitaja (AMK)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata naispuolisten potilaiden omakohtaisia kokemuksia kivusta ja kivunhoidosta sydämenohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen sydänkirurgisella vuodeosastolla. Lisätavoitteena selvitettiin, mitkä tekijät vaikuttavat kivunhoidon onnistumiseen.

Tutkimuksen päämääränä oli saada kokemuseräistä tietoa sydänpotilaiden yksilöllisen kivunhoidon parantamiseksi sekä myös antaa mahdollisuus uuden informaation tarjoamiseen kirurgisella vuodeosastolla työskenteleville.

Tutkimus oli kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kuutta alle 70-vuotiasta suomenkielistä naispotilasta. Haastattelut toteutettiin keväällä 2010 sydänkirurgisella vuodeosastolla. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Haastateltavat kuvasivat leikkauksenjälkeisiä kipuja eri tavoin. He toivat esiin kipukokemuksiinsa vaikuttaneita tekijöitä. Haastateltavat kokivat leikkauksenjälkeisen kivun normaaliksi, ohitus- ja läppäleikkaukseen kuuluvaksi ja se hyväksyttiin osaksi suurta leikkausta. Tulosten mukaan vastaajilla oli vaihtelevia kipuja kivuttomuudesta jatkuvaan kipuun. Lääkkeellinen kivunhoito koettiin parhaaksi ja tehokkaimmaksi hoitomenetelmäksi. Haastateltavat pitivät tärkeänä myös muita kivunlievittämismenetelmiä. Heidän mielestään hoitajalla on tärkeä rooli kivunhoidon toteuttamisessa. He toivoivat henkilökunnalta lisää joustavuutta ja aikaa potilaalle.

Asiasanat: ohitus- ja läppäleikkaus, kipu, leikkauksen jälkeinen kipu, kivunhoito.

ABSTRACT

Tiilikainen, Indah and Yatsyshyn, Olena

Coronary bypass operation and repair or replacement of hearth valve operation patients: Female patients' postoperative experiences of pain and pain management.

54 p., 5 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Health Care. Degree: Nurse and Public Health Nurse.

The purpose of this study was to describe the females' patients individual experiences of pain and pain management after cardiac bypass surgery and repair or replacement of valve surgery in a heart surgical ward. An additional purpose was to determine what factors affected the success of pain treatment. The aim of the study was to gain experiential knowledge to improve cardiac patients' pain management individually and also to give an opportunity to provide new information for those professionals working in a surgical ward.

The study was qualitative research. The data was collected by interviewing six less than 70-year-old Finnish speaking female patients. The interviews were conducted in a cardiac surgical ward during spring 2010. The study was implemented using thematic interviews. The gathered data were analysed using content analysis.

The interviewees described their postoperative pain using different words for pain. Female respondents highlighted the factors that contributed to their postoperative pain experiences. The interviewees considered their postoperative pain as a normal experience after the cardiac bypass and valve surgery, and it was taken as a part of a major surgery. According to the results, female respondents experienced varying postoperative pain, from consistent painlessness to pain. According to the results, analgesic pain management was considered as the best and the most effective method of pain management. Respondents experienced other pain management methods used in the surgery ward as important. They felt the nurses had an important role in pain management. In addition, females wished for more flexibility and time provided by medical staff.

Keywords: Heart bypass-patient, pain, postoperative pain, pain management

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN HOITO	8
2.1 Sepelvaltimotauti	8
2.2 Sepelvaltimotaudin leikkaushoito	9
2.2.1 Ohitusleikkaus	10
2.2.2 Lämpäleikkaus	10
3 KIPU JA KIVUNHOITO SYDÄMEN OHITUS- JA LÄPPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEEN	13
3.1 Kipu ja sen kokeminen	13
3.2 Leikkauksen jälkeinen kipukokemus	13
3.3 Kivun lievittäminen leikkauksen jälkeen.	14
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITEET.....	16
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
5.1 Kohderyhmä ja ympäristö	17
5.2 Tutkimusmenetelmä	18
5.3 Teemahaastattelu aineiston keruumenetelmänä ja analysointi.....	18
5.3.1 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	20
6 TUTKIMUSTULOKSET	23
6.1 Kipukokemukset leikkauksen jälkeen	23
6.1.1 Potilaan kokema kipu	23
6.1.2 Liikkumisen vaikutus kipukokemukseen	24
6.1.3 Mielialan koettu kipukokemukseen.....	25
6.1.4 Muita kipukokemukseen yhdistettyjä tekijöitä.....	25
6.2 Kokemukset kipua lievittäneistä keinoista	26
6.2.1 Kokemukset kivun lievittämisestä.....	26
6.2.2 Kokemukset lääkinnällisestä kivunhoidosta.....	27
6.2.3 Kokemukset muista kivun lievittämisen menetelmistä	28
6.3 Kivunhoidon toteuttamisen arviointi.....	29
6.3.1 Toteutunut kivunhoito	29
6.3.2 Kokemukset hoidollisesta vuorovaikutuksesta.....	29

6.4 Toivomukset kivunhoidolle.....	31
6.4.1 Hoitajan joustavuus ja hoitajan aikaa potilaalle	31
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	33
7.1 Tutkimustulosten pohdinta	33
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	37
7.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset	39
7.4 Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet	40
7.5 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu	42
LÄHTEET	43
LIITE 1: Haastattelun pääteeman kysymykset	48
LIITE 2: Saatekirje ohitus-/ läppäleikkauspotilaille	49
LIITE 4: Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä	51
LIITE 5: Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä ja luokittelusta sisällönanalyysissä	52

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja toteutettu yhteistyössä erään kirurgisen toimialan kanssa. Työelämälähtöisyydessä painotetaan käytännön yhteistyötä työelämän kanssa ja kuvataan, miten sitä toteutetaan. Tutkimus kuuluu osaksi Sydänleikkauspotilaan elämänlaatu-hanketta. Tämä teema-alue koetaan tarpeelliseksi sydänleikattujen potilaiden kivunhoidon parantamisessa kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimus toteutettiin HUS operatiivisessa - tuloyksikössä. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeinen kipu vaihtelee leikkauksen laajuuden, leikkaustekniikan, haavan sijainnin ja potilaan kipuherkkyuden mukaan. Potilaan oma kertomus kivun kohtaamisesta antaa hyvän lähtökohdan hoitaa kipua oikealla ja miellyttävällä tavalla. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 71; Jäntti 2000, 119.)

Tutkimuksessa tuodaan esiin naispotilaan kipukokemuksia ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen. Ohitusleikkauksen taustalla on useimmiten pitkäaikainen sepelvaltimotauti. Sepelvaltimotauti seurauksineen on suurin kuolinsyy suomalaisille naisille. Sen lisäksi naisten sepelvaltimotaudin oireiden arviointi on miehiä vaativampaa, sillä kliinisissä piirteissä on useita eroavuuksia miehiin verrattuna, osittain nämä selittyvät naispotilaiden korkeammalla iällä. (Pohjola-Sintonen 2005, 244, 249.)

Sepelvaltimotauti tarkoittaa näiden valtimoiden ahtautumista verenvirtausta haittaavassa määrin. Sen aiheuttaa valtimoiden kovettuminen eli ateroskleroosi. Siinä valtimoiden seinämiin muodostuu rasvakertymiä, jotka aiheuttavat häiriötä suonien sisäkalvon toimintaan. Mikäli suoni tukkeutuu täysin tai sydänlihaksen huono kestämään hapenpuutetta, on seurauksena infarkti eli sydänlihaksen kuolio (Holmström 2005a, 48.) Sepelvaltimotautia ei voida parantaa, mutta sen etenemistä voidaan hidastaa ja oireita vähentää elämäntapamuutoksella, lääkkeellisellä hoidolla tai sydänleikkauksella. (Holmström 2005a, 50.)

Sepelvaltimotautipotilas saattaa sairastua myös läppäsairauteen. Toinen tyypillinen elektiivinen avosydänleikkaus on sydämen läppäleikkaus. (Nieminen 2005, 127.) Läppävian oireilu on kirurgisen hoidon aihe. Kirurgista hoitoa harkitaan, mikäli sydämen vasemman kammion koko on suurentunut tai funktio alentunut. (Kurkinen 2009.)

Sydämenohitus- ja läppäleikkauksen tavoitteena on sepelvaltimotaudin oireiden poistaminen ja potilaan elämänlaadun parantamiseksi.

Leikkauksen jälkeinen kipu on akuuttia. Se on voimakkuudeltaan vaihtelevaa, mutta yleensä lyhytkestoista. Liian voimakas postoperatiivinen kipu aiheuttaa potilaalle paitsi henkisiä kärsimyksiä myös fysiologisia haittoja. Se lisää sympaattisen hermoston aktiiviteettia aiheuttaen takykardiaa, ääreisverenkierron vastuksen nousua, sydämen työmäärän lisääntymistä ja hapenkulutuksen kasvamista. Verisuonten supistuminen voi huonontaa kudosten hapen saantia ja tätä hidastaa haavan paranemista. (Laitala, Löflund & Sandberg 2007, 3.)

Kivunhoidon onnistuminen on erittäin tärkeää, koska kipu voi lamauttaa ihmisen elämän. Se voi vaikuttaa esimerkiksi mielialaan, ihmissuhde-, työ- ja toimintakykyyn sekä taloudelliseen toimentuloonkin. Kipu voi rajoittaa ihmisen elämämpiiriä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 9.)

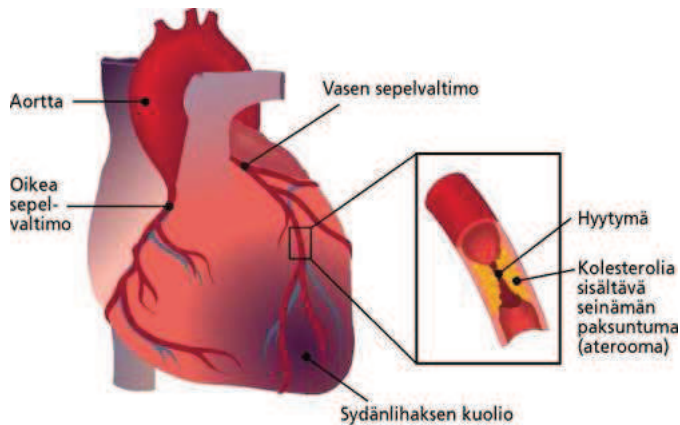
Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on kuvata kuuden alle 70-vuotiaan naispotilaan yksilöllisiä kipu- ja kivunhoidon kokemuksia sydämenohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen sydänkirurgisella vuodeosastolla. Tutkimuksessamme käytämme teemahaastattelun aineistoa keruumenetelmänä ja sisällönanalyysillä analysoimme aineistoa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kokemuksellista tietoa, jonka avulla voidaan kehittää naispotilaan yksilöllistä kivunhoitoa ja saada uutta tietoa niille ammattihenkilöille, jotka työskentelevät kirurgisilla vuodeosastoilla.

2 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN HOITO

2.1 Sepelvaltimotauti

Suomalaisten naisten tärkeimmät sydänsairaudet ovat sepelvaltimotauti ja synnynnäiset sydänviat. Estrogeenivaikutuksen vuoksi sepelvaltimotauti ilmenee naisilla noin keskimäärin kymmenen vuotta myöhemmin verrattuna miehiin. Sepelvaltimotauti aiheuttaa naispotilaille enemmän hengenahdistusta ja voimattomuutta, lapojen välissä tuntuva kipua, pahanolontunnetta ja oksentelua kuin miespotilailla. Lääkehoidot, ohitusleikkaus ja pallolaajennukset ovat yhtä tehokkaita naisille kuin miehille. (Pohjola-Sintonen 2008, 511–513.)

Sepelvaltimotaudin taustalla on pitkäaikainen sairaus, jonka aikana verenkierrosta saatava kolesteroli kerääntyy sepelvaltimoiden seinämiin. Tämä kerääntyminen aiheuttaa vähitellen seinämän paksuuntumista ja suonien ahtautumista. Kun veren ja hapen saanti sydänlihakseen vaikeutuu, sydänlihas kärsii hapenpuutteesta. (Holmia ym. 2008, 197.) Sepelvaltimotautia hoidetaan ensisijaisesti lääkehoidolla ja elintavoilla (Kettunen 2008, 246). Lääkehoidon tavoitteena on vähentää sydämen oireilua, parantaa suorituskykyä sekä ennustetta pienentämällä sydäninfarktin tai äkkikuoleman riskiä. Mikäli tehokkainkaan lääkehoito ei pidä potilaan oireita kurissa, sepelvaltimon on laaja-alainen tai ahtaumat ovat vaikeasti pallolaajennuksella hoidettavissa, harkitaan suunnitellusti sydämeen kohdistuvaa avoleikkausta eli ohitusleikkausta. Tällä toimenpiteellä voidaan parantaa sydänlihaksen veren hapensaantia. (Holmström 2005b, 50; Hippeläinen 2008, 285.)



Kuva 1. Kolesterolikertymän ahtauttamaan sepelvaltimeen syntyy helposti verihyytymä, jolloin koko suoni tukkeutuu. Seurauksena on hapenpuute ja sydänlihaksen kuolio (violetti alue) siinä sydänlihaksen osassa, jonka ravitsemuksesta valtimo huolehtii. (Mustajoki 2009.)

Stakesin, Helsingin yliopiston ja brittiläisten tutkijoiden tutkimuksissa todetaan, että naisten angina pectoris -oireinen sepelvaltimotauti on paljon yleisempi kansanterveysongelma kuin yleensä ymmärretään. Naisille kehittyy angina pectoris yhtä usein kuin miehille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.)

Naiset sairastuvat Suomessa sepelvaltimotautiin miehiä vanhempina, mutta se on naisten suurin kuolinsyy. Joka kolmas suomalainen nainen kuolee sepelvaltimotautiin. Naisten sepelvaltimotaudin kulkua on vaikeampi ennakoida kuin miesten. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että kajoavia toimenpiteitä tehdään harvemmin sepelvaltimotautia sairastaville naisille kuin miehille. (Pohjola-Sintonen 2005, 244,252.)

2.2 Sepelvaltimotaudin leikkaushoito

Sepelvaltimotaudin leikkaushoito vähentää potilaan oireita ja parantaa elämänlaadun ennustetta. Tehokkaalla riskitekijöiden hallinnalla leikkaustoimenpiteiden jälkeen välteetään potilaan joutuminen uudelleen samaan leikkaukseen. (Nieminen 2005, 91.) Sydän-sairaus muuttaa elämän järjestystä. Sydänleikkauksen läpikäyminen ja siitä toipuminen saattaa olla naiselle raskaampi kokemus kuin miehille. Naisten tunneherkkyyden vuoksi hoitohenkilökunnan tulisi seurata tilannetta ja olla naispotilaan tukena suuresta leikka-

uksesta toipumisessa. Tällöin potilas opettelee elämään sydänsairauden kanssa (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

2.2.1 Ohitusleikkaus

Ohitusleikkaus tehdään, kun sepelvaltimon ahtaamaa ei voida enää hoitaa palolaajenuksella esimerkiksi sepelvaltimon ahtauman hankalan sijainnin takia tai toimenpiteeseen liittyy suuri komplikaatioiden vaara (Holmström 2005b, 189).

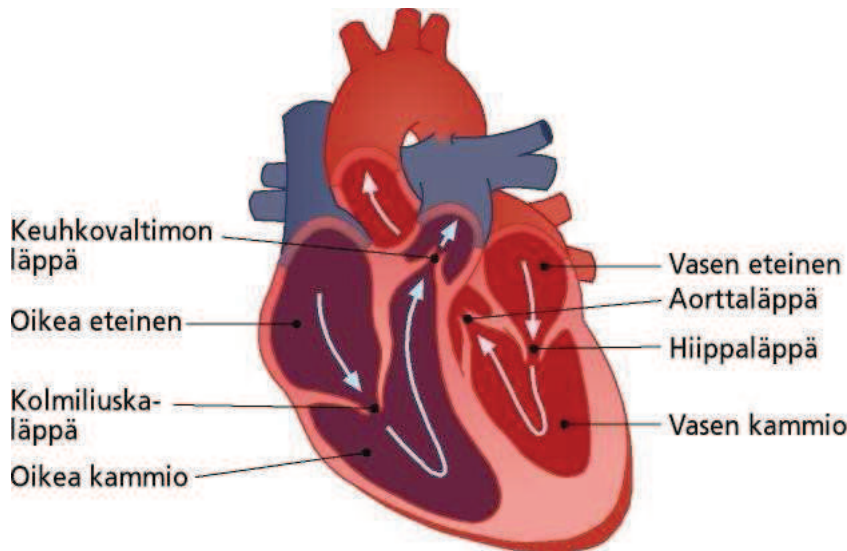
Ohitusleikkauksen hyötynä on osaksi oireiden lievittyminen, osaksi potilaan elämää pidentävä vaikutusta. Kansainvälisissä seurantatutkimuksissa on todettu, että leikkaus poistaa tai vähentää angina pectoris -oireilua noin 90 prosentilla potilaista. Osalla potilaista oireilu uusii vuosien kuluessa, mutta leikattujen potilaiden tilanne on vielä kymmenen vuoden kuluttua leikkauksesta yleensä parempi kuin lääkehoidon varassa olleiden (Suomen sydäntautiliito 2000, 8.) Myös ohitusleikkaus osoittautui lääkehoitoa paremmaksi, koska potilaan elinikä on pidentynyt noin 8–24 kuukaudella. (Smith; Califf, Tuttle, Shaw, Lee, Delong, Lilly, Sketch, Peterson & Jones 2006.)

Ohitusleikkaus on vaativa toimenpide – se kestää pari kolme tuntia. Potilas siirtyy yleensä tilanteen mukaan joko ensimmäisenä tai toisena päivänä leikkauksen jälkeen teho-osastolta takaisin vuodeosastolle. Leikkauksen jälkeen potilaalla voi esiintyä kipua eri puolilla kehoa, erityisesti leikkaushaavan alueella ja rintakehällä. Kipu hoidetaan lääkityksellä ja muina hoitokeinona käytetään esim. asentohoitoa (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin laitos 2006).

2.2.2 Lämpäleikkaus

Sydämen läppäviat ovat yleisiä sydänsairauksia. Suurin osa läppävioista on lieviä, elämän myötä ilmaantuneita. Vaikeat läppäviat saattavat haitata selkeästi vointia. Sen takia vaikea sydämen läppävika tulisi korjata hyvissä ajoin leikkauksella ennen kuin se rasittaa liikaa sydäntä. Tavallisimmat sydämen läppäviat ovat aorttäläpän ahtauma ja hiippäläpän vuoto. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 331.)

Sydämen läpien tehtävänä on varmistaa, että veri kulkee sydämen eteisten, kammioiden ja suurten verisuonten läpi yhteen suuntaan eikä edestakaisin. Eteisten ja kammioiden välissä sijaitsevat eteiskammio-läpät, oikealla puolella trikuspidaaliläppä l. valva atrio-ventricularis dextra ja vasemmalla mitraaliläppä eli hiippaläppä (valva atrioventricularis sinistra). Ne ovat ns. purjeläppiä. (Holmia ym. 2006, 193–194.)



Kuva 2 Sydämen läpät ja veren kierto

(Mustajoki 2009).

Kun läppä on huomattavasti ahtautunut, sydämen pumpaama veri ei pysty siirtymään normaalilla teholla aorttaan. Seurauksena voi olla sydämen vajaatoiminnan lisäksi sydänlihaksen hapenvajaus ja angina pectoris, sillä heti läppien jälkeen aortasta erkanevien sepelvaltimoiden verivirtaus saattaa läpän ahtauman vuoksi häiriintyä. Yksi seuraus voi olla ruumiillisessa rasituksessa ilmaantuva pyörtyminen, kun sydän ei pysty toimitamaan ahtaasta aukosta lisää verta lisääntyneen hapentarpeen tyydyttämiseksi. (Mustajoki 2009.)

Sydämen läppävikojen hoito on leikkaus, jossa sydänkirurgi asentaa viallisen läpän sijaan tekoläpän eli läppäproteesin. Leikkaus pyritään ajoittamaan tilanteeseen, jossa läppävika alkaa aiheuttaa oireita, mutta pysyviä sydänlihaksen vaurioita ei vielä ole ehtinyt syntyä. Keinoläpällä sydämen toiminta voidaan yleensä palauttaa melkein normaaliksi. Useimpiin keinokehoisiin läppiin liittyy suurentunut taipumus verihyytymien muodostumiseen, minkä vuoksi joudutaan käyttämään hyytymistä estävää verenohennushoitoa. (Mustajoki 2009.)

Sydämenohitus- ja läppäleikkauksessa potilaille tehdään sternotomia eli rintalastan halkaisu. Potilaan sydän pysäytetään leikkausta varten. Tavanomaisessa yleisnukutuksessa alennetaan potilaan lämpötila 32–33 asteen välille. Sternotomian ja sydämeen kohdistuneen leikkauksen vuoksi ohitus- ja läppäleikkauspotilaan postoperatiivisessa vaiheessa seurataan rintakipua, haavakipua, lämpöä, yskänärsytystä, hengenahdistusta, painon nousua ja turvotuksia. Leikkaushaavan kivun lisäksi seurataan turvotusta, punoitusta ja mahdollista neste- tai märkäeritystä. Rintalastan luutumisen kestää 2–4 kuukautta. (Laaksonen 2005, 69–70; Ukkola 2001, 73.)

3 KIPU JA KIVUNHOITO SYDÄMEN OHITUS- JA LÄPPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

3.1 Kipu ja sen kokeminen

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association Study of Pain) vuonna 1994 määrittelyn mukaan kipu on kudosvaurioon liittyvä epämiellyttävä kokemus, ja se voi liittyä sekä akuuttiin että krooniseen tilaan. Vaikka potilas ei pystyisi kommunikoimaan, hän todennäköisesti saattaa olla kivunlievityksen tarpeessa. (Salanterä ym. 2006, 7.) Tämä tarkoittaa, että leikkauspotilaan seuranta on tärkeä osa postoperatiivisessa hoidossa, koska liian voimakas kipu aiheuttaa potilaalle paitsi henkistä kärsimystä myös fysiologisia haittoja. Kova kipu vaikuttaa potilaan hengitykseen, verenkiertoon, lihaksiin, ruuansulatuskanavaan, virstateihin sekä hormonaaliseen stressivasteeseen. Tämän lisäksi on hyvää kiinnittää huomiota myös potilaan ulkoiseen olemukseen, kuten ilmeisiin, raajojen ja vartalon liikkeisiin, asentoon, ääntelyyn, hengitystyylisiin, itkuun, pahoinvointiin, hikoiluun, hoitoihin reagointiin, rauhattomuuteen, ärtymiseen, aggressiivisuuteen, sekavuuteen, ruokahaluttomuuteen ja pyöräytykseen, koska nämä voivat kertoa kivuliaisuudesta. (Lehtomäki 2003,19–21.)

3.2 Leikkauksen jälkeinen kipukokemus

Leikkauksen jälkeinen kipu on yleensä lyhytaikainen ja sen voimakkuus on hyvin vaihtelevaa. Tämän tyyppinen kipu on kudosvaurion merkki. Liian voimakas kipu voi aiheuttaa potilaalle henkistä räsytystä ja fysiologisia häirittejä. (Kalso 2002, 222.) Leikkauksen jälkeistä kipua on tutkittu paljon, mutta tämä koetaan vielä haastavaksi alueeksi. Tavoitteena on kehittää kivunhoitoa edelleen.

Norjalaisten tutkimukset osoittavat, että monet potilaat kokevat sydänleikkauksen jälkeen epämiellyttäviä tunteita haavanalueella. Naiset tuntevat miehiin verrattuna enemmän kipua ennen sairaalasta kotiutumista. Naisilla oli rintakipuja melkein kahden viikon ajan kotiutumisen jälkeen, mikä oli odotettua. Sen sijaan naispotilaat eivät odota kokevansa kipua kaulan-, hartian, ja selän alueella. Näiden kipujen ilmentuminen

huolestutti naispotilaita. He halusivat käyttää mahdollisimman vähän kipulääkettä. (Leegaard & Fagermoen 2008, 2051–60)

Akuutin kivun arviointi peruselintoimintoja mittaamalla on epävarmaa, sillä peruselintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi samanaikaisesti monet muut tekijät, kuten potilaan sairaudet, lääkitys, tunnetila ja ympäristö. Hoitamattoman akuutin kivun seurauksena sydämen syke ja verenpaine nousevat ja sydänlihaksen hapenkulutus kasvaa. Rytmihäiriöiden ja laskimotukoksen riskit kasvavat. Potilaan hengitys nopeutuu, mutta hengityksen kertatilavuus laskee. Eritystoiminta vähenee, mutta stressihormonitaso ja verensokeri nousevat. Hoitamaton akuutti kipu hidastaa toipumista ja pitkittää kipua. (Salanterä ym. 2006, 76–77.)

3.3 Kivun lievittäminen leikkauksen jälkeen.

Kivun mahdollisimman hyvä lievittäminen on potilaalle ensiarvoisen tärkeää, koska se johtaa nopeampaan toipumiseen ja ehkäisee leikkauksesta johtuvia komplikaatioita. Postoperatiivisessa hoidossa yleisin ja vaikuttavin hoitotyön keino potilaan kivun lievittämiseksi on lääkehoito. Ennakoivan kipulääkityksen aloittaminen intraoperatiivisessa hoitovaiheessa vähentää potilaan voimakasta kipukokemusta ja on hänen toipumistaan edistävä tekijä. (Holmia ym. 2006, 72.)

Siitä huolimatta kivunhoito on edelleen koettu haastavaksi alueeksi varsinkin postoperatiivisessa hoitotyössä. Salanterän ym. (2006, 20) mukaan 80 %:lla potilaista on raportoitu leikkauksen jälkeistä kipua lääkityksestä huolimatta. Monesti, kun potilaalla on kipua, hänestä voi alkaa tuntua siltä, että kipu hallitsee hänen elämäänsä. Potilaan on hyvä oppia tuntemaan kipunsa ja opetella arvioimaan sen luonnetta ja voimakkuutta sekä siinä ilmeneviä mahdollisia muutoksia. Potilaan kivun arvioinnissa on tärkeintä, että potilas itse kertoo kivustaan. Hoitajan tulee uskoa tämä, sillä potilaan oma arvio on tärkein ja luotettavin. On tärkeää muistaa, että kivun laadun ja voimakkuuden tietää ainoastaan kivun kokija (Santalahti 2007).

Ennen sydänleikkaukseen menoa osastolla tehtävien haastattelujen perusteella laaditaan kivunhoitosuunnitelma ja sitä tarkennetaan vielä leikkauksen jälkeen. Kivun hoitona on

kipulääkkeitä ja muitakin hoitomenetelmiä, kuten asentohoito, pep-pullo, kylmäpakkaukset, keskustelu ja kuuntelu sekä liikunta fysioterapeutin opastuksella. Näin potilaalle voidaan taata mahdollisimman kivuton ja miellyttävä olotila (Jäntti 2000, 121–126)

Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. Kuitenkin potilaat tarvitsevat ohjausta kivun arviointia varten. Paras tapa arvioida kipua on haastatella potilasta ja ohjata tämän itsearviointia kysymällä kivun voimakkuuden lisäksi kivun sijainnista, kestosta, laadusta ja siitä, onko potilas havainnut joitakin asioita, jotka lisäävät tai vähentävät kipua. (Salanterä ym. 2006, 78.)

Lisäksi keskustelu ja kuuntelu sekä hoitajan oikea asenne luovat kipupotilaalle turvallisen olon ja vähentävät kipuun liittyvää pelkoa. Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan eräs perusolettamus on, että ajatuksilla, käsityksillä, odotuksilla ja uskomuksilla on vaikutusta mielialaan. Fysiologiset muutokset, ympäristötekijät ja käyttäytyminen vaikuttavat ajatusprosesseihin. Keskusteluissa potilaan kanssa voidaan selventää hänen käsityksiään ja uskomuksiaan kivusta. (Salanterä ym. 2006, 149–150.)

Kivun hoidolla pyritään auttamaan potilasta saavuttamaan kivuttomuus tai sellainen olotila, jossa potilas tulee toimeen kipunsa kanssa ja on tyytyväinen saamaansa hoitoon. Tavoitteena on myös potilaan hengitystoiminnan paraneminen, komplikaatioiden väheneminen sekä potilaan rentoutuminen ja voimien vapautuminen kuntoutumiseen ja paranemiseen. (Holmia ym. 2006, 71–74.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata naispotilaan kokemuksia sydämenohitus- ja läp-päleikkauksen jälkeisestä kivusta ja kivunhoidosta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä sydänleikkauksen jälkeistä kivunhoitoa kirurgisella vuodeosastolla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia kipukokemuksia naispotilailla on ollut leikkauksen jälkeen?
2. Miten annettu kivunhoito on vastannut naispotilaiden kivun lievittämiseen?
3. Miten naispotilaat arvioivat kivunhoidon toteuttamista?
4. Mitä muuta potilas olisi toivonut kivunhoidolta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka on tarkoituksenmukainen silloin, kun halutaan saada tietoa puutteellisesti tunnetusta asiasta ja ilmiöstä (Janhonen & Nikkonen 2001, 21). Tutkimuksella selvitetään, minkälaisia kipukokemuksia naispotilailla on leikkauksen jälkeen ja mitkä tekijät vaikuttavat kivunhoidon onnistumiseen sydänkirurgisella vuodeosastolla.

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja se kuuluu erään kirurgisen toimialan kanssa kivunarvioinnin kehittämistyöhön. Tutkimuksen tarpeellisuus nostettiin esiin sairaalan toimesta. Tavoitteena on kehittää sydänleikattujen potilaiden kivunhoitoa.

5.1 Kohderyhmä ja ympäristö

Kohderyhmä valittiin sydän kirurgisen vuodeosaston alle 70-vuotiaista suomenkielisistä naispotilaista, jotka ovat läpikäyneet joko sydämenohitus- tai läppäleikkauksen ja olivat vielä hoidossa vuodeosastolla.

Haastateltavien potilaiden valintakriteerit olivat: ikä alle 70 vuotta, he olivat suomenkielisiä, he olivat olleet elektiivisessä avosydänohitus- tai läppäleikkauksessa ja he olivat halukkaita kertomaan kokemuksistaan. Kaikki haastatteluun osallistuneet potilaat täyttivät nämä valintakriteerit. Keski-ikä oli 50 vuotta, nuorin oli 39-vuotias ja vanhin 66-vuotias. Kaikille haastateltaville oli tehty elektiivinen avosydänleikkaus ja he olivat potilaina sydänkirurgisella osastolla. Leikkauksen jälkeen he olivat siirtyneet teho-osastolta sydänkirurgiselle vuodeosastolle toipumaan. Toipuminen oli sujunut ilman komplikaatioita. Leikkauksen ja haastattelunhetken välinen aika oli viidestä seitsemään vuorokautta. Näin haastateltavilla oli käytännön tuoma riittävä kokemus, jotta he kykenivät antamaan tarvittavaa tietoa tutkijalle. (Krause & Kiikkala 1996, 73.)

Tutkimukseen mukaan tulevien naispotilaiden valinta tapahtui hoitohenkilökunnan avustuksella. Sydänkirurgiselle vuodeosastolle lähetettiin teemahaastattelulomakeet ja saatekirjeet. Hoitajat jakoivat ne potilaille, jotta heillä oli riittävästi tietoa tutkimuksen

tarkoituksesta. Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön aiheesta ja sen tavoitteista sekä kehoitettiin tutustumaan etukäteen mukana olevaan pääteemahaastattelulomakkeeseen. Kerrottiin, että potilaiden tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja heidän henkilöllisyyttään ei voida tunnistaa eikä se tule ilmi tutkimuksen kirjallisessa raportissa. Sen lisäksi hoitohenkilökunta tarkensi vielä suullisesti potilaille suoritettavaa tutkimusta ja sen tarkoitusta ja että haastattelu oli vapaaehtoinen. Potilaille kerrottiin, että he voivat perua suostumuksensa haastatteluun milloin tahansa sen vaikuttamatta heidän hoitoonsa. Hoitajat arvioivat haastateltavien voinnin ja sen pystyvätkö he osallistumaan haastatteluun. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 88)

5.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jota käytetään ihmistieteissä määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen lisäksi. Laadullisessa tutkimuksessa pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Tällä tarkoitetaan ilmiön merkityksen tai tarkoituksen selvittämistä kokonaisvaltaisen ja syvemmän käsityksen saamiseksi. Käytännössä tämä tarkoittaa usein tilan antamista tutkittavien henkilöiden näkökulmille ja kokemuksille sekä perehtymistä tutkittavaan ilmiöön liittyviin ajatuksiin, tunteisiin ja vaikuttimiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28.)

Laadullisen tutkimuksen keskeinen metodikirjallisuudessakin esitetty piirre on tutkimuksen tiedonhankinnan kokonaisvaltaisuus sekä aineiston kokoaminen luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tutkimuksessa on tarkoituksenmukaista tuoda esiin odottamattomia seikkoja. Tällöin ei lähtökohtana ole teoria, vaan materiaalin monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 159–160.)

5.3 Teemahaastattelu aineiston keruumenetelmänä ja analysointi

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Haastattelulla tarkoitetaan henkilökohtaista haastattelua, jossa tutkija esittää suulliset kysymykset ja merkitsee tiedonantajan vastaukset muistiin. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, estää

väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa ja käydä keskustelua haasteltavan kanssa. Tärkeää on, että kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä kuin haastattelua tekevä tutkija katsoo aiheelliseksi. Tarkoitus on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta ja sen takia on hyvä antaa haastattelukysymykset etukäteen tutustuttavaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–73.)

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa päätettiin selvittävät asiat ja esitettävät kysymykset sekä laadittiin tutkimuksessa käytettävä teemahaastattelulomake (LIITE 1), jonka avulla haastattelu pysyi asian aihepiirissä, vaikka tarkat kysymykset puuttuivatkin.

Haastateltavia informoitiin opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteesta ja aineiston käytöstä etukäteen suullisesti ja kirjallisesti (LIITE 2) Sovimme sydänkirurginen vuodeosaston osastohoitaja kanssa, että henkilökunta kertoo potilaille etukäteen haastattelusta ja pyytää heiltä haastatteluluvan. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun ennen leikkausta. Näin varmistettiin, että potilaat saivat tiedon meidän opinnäytetyömme aiheesta. Haastateltaville on kerrottu haastattelun vapaaehtoisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta ja että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Mainittiin myös, että haastattelusta on mahdollista kieltäytyä missä vaiheessa tahansa. (LIITE 3), Potilaille annettiin etukäteen teemahaastattelu kysymykset tutustuttaviksi.

Teemahaastattelun avulla keskityttiin tiettyihin, ennalta sovittuihin avoimiin teemoihin, joten käytännössä yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu eteni keskustellen tutkittavista teemoista (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48). Haastattelu sopii aineistokeruuseen, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan ja kun vastaukset perustuvat yksilön omiin kokemuksiin samankaltaisissa tilanteissa. Teemahaastattelumenetelmällä tehty tutkimus voi parhaimmillaan tuottaa yksilön kokemuksen kautta uutta tietoa käytännön hoitotyön kehittämisen tueksi. Potilaan kokemuksen tutkimista tarvitaan, kun hoitotyön laatua halutaan kehittää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75–77.)

Keräsimme aineistoa haastatteleamalla kuutta naispotilasta vuodeosastolla ennen kuin he kotiutuvat leikkauksen jälkeen.

Sydämenohitus- ja läppäleikkauksen läpikäyminen on mahdollisesti voinut olla haastateltaville vaikeaa ja ahdistavaa sekä on mahdollisesti synnyttänyt potilaille erilaisia tunteita. Opinnäytetyön arka aihe pyrittiin ottamaan huomioon luomalla haastattelutilan-

teesta tutkittavalle rauhallinen ja turvallinen. Kukaan haastateltavista ei vaikuttanut ahdistuneelta puhuessaan leikkauksen jälkeen kipuhoidon kokemuksistaan. Jos ahdistusta tai muuten fyysisen kunnon alenemista olisi ilmennyt, haastattelu olisi keskeytetty.

Haastatteluissa pyrittiin avoimeen vuorovaikutussuhteeseen. Haastateltavien kokemuksia kuunneltiin aktiivisesti, jolloin pystyttiin tarvittaessa esittämään lisäkysymyksiä, jos haluttiin vielä lisätietoa tai tarkentaa saatua tietoa. Tällöin tutkittava voi kertoa ilmiöön liittyvistä kokemuksistaan kivusta ja kivunhoidosta sydämenohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen omilla ilmaisutavoillaan. Sen lisäksi teemahaastattelu antoi meille tutkijoille vapautta edetä haastattelussa joustavasti potilaan senhetkisen voinnin mukaan.

Teemahaastattelun lisäksi potilaan luvalla tutkimusvälineinä käytettiin myös nauhuria. Paunosen ja Vehviläinen–Julkusen (2006, 31) mukaan haastattelun nauhoitus auttaa tutkijaa käsittelemään potilaan kertomaa. Lisäksi käytetään opinnäytetyöntekijöiden muistiinpanoja.

5.3.1 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Laadullisen aineiston sisällönanalyysiä voidaan toteuttaa kolmelle eri menetelmällä: aineistolähtöisesti, teoriaohjaavalähtöisesti ja teorialähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–98). Aineistolähtöisessä analyysissä aineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät ole etukäteen määrättyjä. Aikaisemmilla havainnoilla tai tiedoilla ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Teoria koskee vain analyysin toteuttamista. Aineistolähtöinen tutkimus on vaikeaa toteuttaa siksi, että ajatus itse havaintojenkin teoriapitoisuudesta on yleisesti hyväksytty periaate. Käsitteet ja tutkimusasetelma ovat tutkijan asettamia ja vaikuttavat tutkimustuloksiin. Aineistolähtöisessä analyysissä aineiston hankinta on vapaata suhteessa teoriaosan tietoon tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97–100.)

Sisällön analysoimiseksi on määriteltävä analyysiyksikkö eli minkä mukaan tutkimusaineistoa analysoidaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–96). Sisällönanalyysissä voidaan edetä kahdella eri tavalla, joko lähtien aineistosta (induktiivisesti) tai jostain aikaisem-

masta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti), jota hyväksi käyttäen aineistoa luokitellaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999,5.) Tässä opinnäytetyön aineistolähtöisessä sisällönanalyysin menetelmässä halutaan tuodaan esille haastateltavien kokemuksia kivusta ja kivunhoidosta sydämenohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen.

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi etenee vaiheittain siten, että ensin haastattelut kuunnellaan ja litteroidaan, tämän jälkeen ne luetaan läpi ja niiden sisältöön perehdytään. Analyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi, mikä tarkoittaa, että haastatteluaineistosta karsitaan pois tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto. Kerätystä aineistosta voidaan esimerkiksi etsiä asetettujen tutkimustehtävien avulla niitä kuvailevia ilmaisuja. Ilmaisut voidaan alleviivata ja kirjoittaa peräkkäin eri paperille. Ennen varsinaiseen sisällönanalyysiin ryhtymistä tutkijan täytyy määrittää analyysiyksikkö. Analyysiyksikkönä voi toimia yksittäinen sana tai esimerkiksi kokonainen lause. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 111–112.) Tässä tutkimuksessa haastattelut kuunneltiin ja litteroitiin joko samana tai seuraavana päivänä haastattelusta. Litteroitua tekstiä syntyi 14 arkkia. Kirjoittamisen jälkeen aineisto luettiin kokonaisuudessaan läpi ja samalla perehdyttiin aineistoon.

Tämän jälkeen seuraa aineiston ryhmittely eli klusterointi, jossa on tarkoitus käydä tarkasti läpi aineistosta esiin nostetut alkuperäisilmaisut. Aineistosta pyritään löytämään joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä tai molempia. Käsitteet ryhmitellään samaa asiaa tarkoittavien käsitteiden kanssa. Nämä samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään tämän jälkeen luokaksi ja luokka nimetään käsitteellä, joka kuvaa sen sisältöä. (Tuomi ja Sarajärvi 2009,112.) Tässä tutkimuksessa aineistoon perehtymisen jälkeen tehtiin alleviivauksia opinnäytetyön tarkoituksen mukaan. Nämä autenttiset lainaukset eli alkuperäisilmaisut kerättiin yhteen ja ryhmiteltiin alustavasti paperille eli etsittiin samansisältöiset lauseet. (LIITTE 4)

Klusteroinnin jälkeen seuraa abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineistosta poimitaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Käsitteiden laatiminen pohjautuu tähän valikoituun tietoon. Tarkoitus on edetä tutkimuksen alkuperäisinformaatiosta käytetyistä kielellisistä ilmauksista edelleen teoreettisiin käsitteisiin ja sitä kautta johtopäätöksiin. Käsitteellistäminen voidaan toteuttaa esimer-

kiksi muodostamalla ensin alaluokat, sitten yläluokat ja viimeiseksi pääluokat. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 114.)

Tässä tutkimuksessa alkuperäilmaisista listattiin pelkistettyjä ilmaisuja, jonka jälkeen alustavat ryhmittelyt purettiin ja aineisto ryhmiteltiin uudestaan. Näistä uudelleen ryhmitellyistä, pelkistetyistä ilmaisuista muodostui alustavat alakategoriat, joita muokattiin työn edetessä. Lopulliset alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi, joista muodostuu käsitteen yhdistävä tekijä. Yhdistävänä tekijänä tutkimuksessa käytettiin tutkimusongelmia. Autenttisista lainauksista, pelkistetyistä ilmauksista, ala- ja yläkategorioista sekä yhdistävistä tekijöistä muodostettiin kaaviot (LIITTE 5.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusaineiston analyysissä tulokseksi saatiin neljä pääkategoriaa, jotka vaikuttavat leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistumiseen: kipukokemukset leikkauksen jälkeen, kokemukset kipua lievittäneistä keinoista, kivunhoidon toteuttamisen arviointi ja potilaiden toivomuksista kivunhoidolle

6.1 Kipukokemukset leikkauksen jälkeen

Haastateltavien kipukokemukset leikkauksen jälkeen muodostuivat seuraavista asioista: potilaan kokema kipu, liikkumisen vaikutus kipukokemukseen, mielialan vaikutus kipukokemukseen ja muita kipukokemukseen yhdistettyjä tekijöitä.

6.1.1 Potilaan kokema kipu

Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat kokivat ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeisen kivun kuuluvan normaalina suureen leikkaukseen. Osa tutkimukseen osallistuneista kertoi, että heillä ei ole ollut kovin voimakkaita kipukokemuksia.

”... ihan normaalia kipu...”

Osa haastateltavista kuitenkin kuvasi leikkauksen jälkeistä kipua ajoittain voimakkaaksi, kipumittarilla arvioiden kivun olevan asteikolla 8. Kipu tuntui kehon eri alueilla, kuten rinnassa, haavan alueella ja hartioissa.

”...se oli...ajoittaista...aika voimakasta oli...”

”...sanoisin tommoinen 8...se numerossa se kipu...”

”... tosi kovia... rintakipuja, hartiat on ollut kipeitä...”

Myös raajojen alueella, sekä ylä- että alaraajoissa tutkimukseen osallistuneet kuvasivat kokeneensa kipua. Yläraajakivun kuvattiin ilmenneen niin voimakkaana, että se oli ajoittain estänyt käden liikuttelun. Alaraajakipua tutkittavien mielestäni ilmeni, koska alaraajasta oli operoitu suonta ja siellä oli leikkaushaava.

”...otettiin...vasemmasta jalasta...suoni. On siinäkin oli kipua...”

”... sattuu käteen ihan hirveästi, että se ei liiku...”

Voimakasta kipua kuvattiin polttavana ja oudon paksun oloisena. Rinnan alueen voimakasta kipua tutkittavat kuvasivat kovaksi, voimakkaaksi ja palavaksi tunteeksi rinnalla.

”...lähinnä...oudon tuntunen...vähän paksu”.

”...tosi kovia toi siis rintakipuja...”

”No leikkauksen jälkeen mulla oli tässä rinnassa kipua...”

”Se oli... palava tässä rinnalla. Se oli niin voimakas...”

6.1.2 Liikkumisen vaikutus kipukokemukseen

Potilaat kertoivat, että heidän fyysinen kuntonsa vaikutti leikkauksen jälkeiseen kipukokemukseen. Heidän mukaansa, että kunto vaihteli ylös ja alas päivästä toiseen. He kokivat tunteneensa kuntonsa hyväksi kipulääkkeidensaamisen jälkeen.

”...kunto oli aika vaihteleva... on mennyt ylös ja alas, päivästä toiseen.”

”..... oikeastaan ihan semmoinen hirveä hyvä, ...olin...hirveästi lääkkeissä...hyvä olo.”

Haastatteluista ilmeni, että leikkauksen jälkeen haastateltavat kokivat kuntoutumista-
pahtumaan liittyvää pelkoa. He kuvasivat pelkoa, joka liittyi heidän kuntoutumisharjoituksiinsa. He pelkäsivät sitä, että kuntoutumisharjoituksissa liikkuminen aiheuttaa kivun lisääntymistä. Liikkumisesta seurasi haastateltavien mielestä myös pulssin nopeuden aiheuttamaa kipua.

”...pelkäsin hirveästi sitä kuntouttamista koska se oli niin kova kipu.”

”...sydämen lyöntinopeus voi olla särystä.”

6.1.3 Mielialan koettu kipukokemukseen

Sydämen ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen potilaat kertovat, että he kokivat mielialansa vaihtelevaksi ja olevan yhteydessä kivun tuntemuksiin. Kivun koettiin lisääntyvän, kun kipulääkkeitä vähennettiin. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että kipu vaikutti heidän mielialaansa ja sai heidät tuntemaan mielialansa alakuloisiksi. Haastattelussa ilmeni myös, että potilaat tunsivat ajoittain itseänsä sekaviksi eivätkä aina itseään ja paikkaansa leikkauksen jälkeisen runsaan kipulääkityksen vuoksi. Tutkittavat kertoivat kokeneensa sekavan mielialansa hyvin pelottavaksi, varsinkin, huomatessaan, että hoitohenkilökunta ei välttämättä havainnut heidän sekavaa käytöstään. Tämän todettiin olleen raskas kokemus.

”... niistä lääkkeistä...tulini sekavaksi, ...en tiennyt mitä mä..kuka mä.. mis mä....mene hetki... hei halo se oon mä ja mä oon sairaalassa...”

”...se oli tosi pelottava...hoitajat ei olisi huomannut...niin pientä ja niin lyhyitä ne pätkät, ...itse kokenut se raskaalta.”

”...mulla jätetty...kipulääkkeitä tarkoituksena...sit mun mieliala ollu aika semmoinen surkea.”

6.1.4 Muita kipukokemukseen yhdistettyjä tekijöitä

Haastateltavat toivat esille, että heidän omaistensa poissaolo vaikutti heidän kivun kokemiseen siten, että he olivat kokeneet fyysisen ja henkisen kipunsa lisääntymiseen leikkauksen jälkeen. Omaisten ja lähiomaisten läsnäolo ja tuki leikkauksen jälkeen oli tärkeää. Sillä oli suuri merkitys leikkauksesta toipumisesta ja kivun voimakkuuden lievittämisessä. He kokivat myös, että sairaalan huonetovereidenkin vertaistuki oli heille tärkeää kipukokemusten jakamisessa.

”...mun omaiset...kaukana...se vaikuttaa tähän... kova särkyä ja henkistäkin oli siihen liittynyt.”

”Isäntä...tuli katsomaan oli itku silmässä”

”...uinti kaveri tuli katsomaan...ihan hyvä.”

”...huone toveritkin on ollut samanhenkisiä.”

6.2 Kokemukset kipua lievittäneistä keinoista

Kivun lievittämisen keinot muodostuivat seuraavista asioista: Potilaiden kokemuksia kivun lievittämisestä, lääkkeellinen kipuhoido, muut kivunlievittämisen menetelmät.

6.2.1 Kokemukset kivun lievittämisestä

Haastatteluista ilmeni, että naispotilaat kokivat sydämen ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen kivun lievittämisen onnistuneen. He kokivat saaneensa kokonaisuudessaan hyvää kivunhoitoa ja kuvasivat saaneensa tarpeeksi kipulääkkeitä, ettei kivuista tarvinnut kärsiä.

” No ensinnäkin lääkkeitä olin saanut ihan tarpeeksi lääkkeitä ...kipu meni pois...”

Kipulääkkeiden tarpeen huolehtimisen lisäksi haastateltavat nostivat esille kipuhoitaja ja anestesia- ja kivunhoitajan yhteistyön potilaan kivunhoidossa ja sen suunnittelussa. Moniammatillinen yhteistyö koettiin hyvänä asiana kivunhoidon toteuttamisessa. Haastateltavat kokivat tärkeänä sen, että kipuhoitaja ja anestesia- ja kivunhoitaja kävivät tarvittaessa potilaan luona ja keskustelivat potilaan kanssa heidän kivunhoitoonsa liittyvistä asioista.

”...kipuhoitaja...suunnitteli anestesia- ja kivunhoitajan kanssa...kivunhoito...tosi hyvä...”

”...kipuhoitaja...käy ja kyselee ...muutti mun lääkityksiä.”

6.2.2 Kokemukset lääkinällisestä kivunhoidosta

Parhaina ja tehokkaimpana kivunhoitomenetelmänä haastateltavat pitivät lääkkeellistä kivunhoitoa. Tutkittavat tavallaan ymmärsivät, että saivat opioidijohdannaisia, jotka ovat tehokkaimpia akuuttiin kipuun.

” ... kyllä lääkkeet ...ne tavallaan...huumetta...se on kyllä nopein tapa.”

Haastattelusta ilmeni, että potilaat saivat lääkehoitoa enteraalisella antotavalla eli suun kautta, kuten tabletit, kapselit, resoribletit, mikstuura jne. Sen lisäksi haastateltavat saivat myös kipulääkkeitä parenteraalisesti eli ruiskeena (injektiona) laskimoon, lihakseen tai ihon alle, minkä jälkeen potilaat tunsivat kivun helpottuneen.

”Piikki ja pillereitä....”

”...ai niin suonen kautta...”

”...ne laittoi kipulangat ihon alle asetettiin ja pitkin meni lääke.”

” ...sain sen ensimmäisen piikin ...kaikki häipyi sen jälkeen koko sairaalassa olo.”

He kokivat myös leikkauksen jälkeen saaneensa riittävästi kipulääkkeitä kivun lievittämiseen ja kivun poistamiseen.

”.....Särkylääke...antoivat tarpeeksi...ei tarvinnut kun hoitaja soittaa heti tuli...heti sai.”

”...kysyttiin koko aika tarviko kipulääkettä... kun sano tarvi sitten annettiin.”

Lääkinällisestä kivunhoidosta myös tuli ilmi, että potilaat eivät halunneet saada liikaa kipulääkettä.

” ... pyydän niin kun kipulääkitystä sit oli pakko ja ne antoki meille.”

6.2.3 Kokemukset muista kivun lievittämisen menetelmistä

Haastateltavat kokivat myös, että muut kivunhoitomenetelmät lääkinällisen kivunhoidon lisäksi ovat tärkeänä osana kivunlievittämisessä. Muut kivunhoitomenetelmät olivat olleet heille avuksi ja auttaneet kivun lievittämisessä. Hengitysharjoitus, kävelyharjoitus, kylmähoito sekä elämän lanka kivunlievittämisen yhdistelmä olivat heille tärkeitä.

”...No olihan tämä pullopuhaltaminen, keuhkoja tavallaan laajensi ilma...tämä kävely helposti myöskin.”

”Se on varma molemmat ...se kylmä pakkaus tosi paljon auttanut...lääkehoidon lisäksi.”

”...se naru...sidottu kiinni sängyn jalkapäättyyn...auttoi...nouseen sängystä.”

Tutkittavat pelkäsivät kipujensa pahenevan, kun he lisäävät fyysistä aktiivisuuttaan. He pitivät fysioterapeutin läsnäoloa tärkeänä, kun he tekivät kuntoharjoitusta. Fysioterapeutin ohjauksen antamista potilaalle kuntoutumisessa pidettiin hyvin tärkeänä.

”...jumppari antaa ohjeet kotiinki...tää hyvin tärkeitä...”

”...no siihen lääkkeet ja liikunta...fysioterapi antamaan ohjeet... auttaa.”

”...mä pidän hyvänä...alettiin heti miettimään lääkitystä...jumppari...kuntoutus puoli mukana.”

Virikkeiden tarve kivunlievittämisessä nousi esille teemahaastattelussa. Haastateltavat kokivat, että virikkeisin osallistuminen olisi tärkeä heidän toipumisessaan ja kivun hyllyttämisessä leikkauksen jälkeen. Virikkeistä haastateltavat olisivat saaneet voimavaroja ja voimia liikkumiseen.

”...olisi niin kiva jos olisi.... joka päivä sama aika joku pieni kestävä juttu... se piristäisi ihan hirveästi..., olisi hirveen iso asia...pitää lähteä, nouseen sängystä ja lähden...”

6.3 Kivunhoidon toteuttamisen arviointi

Kivunhoidon toteutus muodostui seuraavista asioista: toteutunut kivunhoito, kokemukset hoidollisesta vuorovaikutuksesta.

6.3.1 Toteutunut kivunhoito

Tutkimuksesta ilmeni, että haastateltavien mukaan kivunhoidon toteuttamiseen vuodeosastolla edellytetään hoitajalta hyvää vuorovaikutusta potilaiden kanssa. Haastateltavat pitivät tärkeänä sitä, että vuodeosaston sairaanhoitajat auttavat ja tukevat heitä heidän kivunhoidossaan. Haastateltavien mielestä hyvään kivun hoitoon kuuluu tehokas ja toimiva kipulääkitys. Lisäksi on tärkeää, että hoitaja asennoituu myönteisesti kivun hoitoon.

”...tulín tähän osastolle...valitin sitä kättä ja se otettiin tosi hyvin...että se on totta...sitä pidän hyvänä...”

”...mulle sanottiin, että hei sä et teet mitä, että katotaan päiviä ja annetaan ajan kulua ja lääkkeillä relaxoidan...lihaksistos...sen jälkeen vasta aloita...”

”...mä sain aina silloin kun koen kipuja...aina ne toi jotakin kipulääkettä.”

6.3.2 Kokemukset hoidollisesta vuorovaikutuksesta

Kaikki haastatteluun osallistuneet naispotilaat kokivat saaneensa kokonaisuudessaan hyvää ja monipuolista hoitoa henkilökunnalta. Potilaat kertoivat haastattelussa, että hoitajien hyvä ominaisuus on päättäväisyys. Haastatettavien mielestä hoitajien ammatissa päättäväisyys näkyy heidän vastuullisena ja luottamuksellisena toimintana.

”...hoitajat olivat vastuullisia, että luottamuksellisia... He toivat kipulääkkeitä heti, kun potilas pyysi.”

Haastateltavat kokivat vuodeosaston hoitohenkilökunnan toiminnan ystävälliseksi ja tehokkaaksi. He kokivat, että saivat hyvää hoitoa hoitajilta kokonaisuudessaan sydänleikkauksen jälkeen. Naispotilaat kokivat työntekijöiden ystävällisyyden erittäin tärkeänä potilaita kohdattaessa ja sen kuuluvaan heidän ammatilliseen osaamiseensa. Hoitajan ystävällisyys ja kohteliaisuus potilasta kohtaan olivat ominaisuuksia, joita potilaat kuvasivat hoitajan yhdeksi tärkeimmiksi piirteiksi.

”..... Mun mielestäni kaikki sujunut tosi hyvin...erittäin tyytyväinen....mä niin vähän ollut tekemisissä sairaaloiden kanssa, että minä ihan yllättynyt tästä hyvästä hoidosta...”

”... mun mielestäni täällä kaikki ollut erittäin ystävällisiä ja on heti saanut kipuhoidon...kun on pyytänyt.”

Tutkimuksessa tuli myös ilmi se, että tutkittavat kokivat hoitajan negatiivisena piirteenä sen, että hoitaja ei tarpeeksi havainnoinut ja ottanut huomioon potilaan kipua häntä auttaessaan. Potilaiden mielestä jotkut sairaanhoitajat suorittivat hoitotoimenpiteensä rutiinomaisesti ja tehtäväkeskeisesti. Myös hyvää kommunikointitaitoa korostettiin ja pidetään tärkeänä.

”Yks hoitaja...se riuhtaa tyynyyn...”

”...yöllä oli...kiukkunen sairaanhoitaja...”

”...vois olla hieman ystävällisin.... ei koskaan se ei kenellekään maksa.”

Lisäksi potilaat pitivät tärkeänä, että hoitajan tulee huomioida potilaiden tarpeet, tunteet ja toiveet. Tärkeäksi he kokivat myös, että potilasta kuunnellaan ja kohdellaan asiallisesti ja, että hoitajat pyrkisivät lievittämään potilaan kipuja parhaansa mukaan.

”...yhtenä aamuna pyysin siitä yhdeksältä... ja mä sitä.... saanut päivällä...kipu oli niin kova....Sitten...kysyin siitä toisen kerran...taas se unohdettiin...”

”.... hoitaja ei ottanut...niin kun lääkärin määräys....se on yksi hoito että se kylmä annetaan...lisäks...ei pelkästä lääkkeit...se...on myös tosi tärkeä.”

Haastateltavat kokivat tärkeänä onnistuneen hoitosuhteen edellytyksenä sen, että potilas, lääkäri ja hoitajat tekevät yhteistyötä, jolla on yhteinen päämäärä eli potilaan hyvinvointi tai paraneminen.

6.4 Toivomukset kivunhoidolle

Edellä mainittujen asioiden lisäksi potilaat olisivat toivoneet kivunhoidolta seuraavia asioista: hoitajan joustavuutta ja aikaa potilaalle.

6.4.1 Hoitajan joustavuus ja hoitajan aikaa potilaalle

Oikeudenmukaisuus ja samanarvoinen kohtelu tuli esille potilaiden haastatteluissa. Haastateltavat kokivat tärkeäksi sen, että hoitajat pitivät jokaista potilasta samanarvoisena ja jakoivat aikansa potilaiden kesken tasapuolisesti. He pitivät esimerkkinä sitä, että muutkin kuin omahoitajat huomioisivat potilaan tarpeita ja pyrkivät auttamaan potilasta mahdollisuuksien mukaan vaikka potilaan omahoitaja ei olisi paikalla sillä hetkellä.

”...muutama hoitaja... hirveän töykeitä muille paitsi...heidän omia potilaitaan... jos joku ei oma potilas kysy jotakin...olisi aikaa vastata nätisti tai antaa lasi vettä tai jotain...ei kuitenkaan vie monta minuutti.”

Haastateltaville oli tärkeää, että hoitajat olisivat joustavia ja kärsivällisiä ja pyrkivät tarjoamaan kiireettömän ja rauhallisen ilmapiirin. Tutkittavat toivovat, että hoitajat eivät näyttäisi kiirettään, vaan että potilaiden läsnä ollessa he pyrkisivät olemaan rauhallisia ja ohjaisivat potilasta heidän tahdin mukaan. Haastateltavilta tuli ilmi, että varsinkin iäkkäät potilaat eivät pysty toimimaan nopeasti hoitotoimenpiteiden yhteydessä. He tarvitsevat enemmän aikaa suoriutuakseen hoitoon liittyvästä toiminnasta. Myös se ilmeni haastattelusta, että kun on kipua, silloin tarvitsee enemmän aikaa suoriutumisessa.

”...joskus tällä on vähän liika nopea tahti...tietysti, kun heillä on kiire....niin he sit hosuu...”

”...tietysti...vanhempi potilas hän ei pystyy kun on kipeä...semmoinen rauhallisuus...voi kans auttaa siihen kipuun...kun ajattelee mitä henkilökunta voisi tehdä.”

”...rauhallisuus...paljon hitaammin tekee...kun on sitä kipua.”

Haastateltavat ilmaisivat, että he tiedostavat hoitajien kiireen, mutta eivät syyllistäneet hoitajia, vaan vallitsevia oloja. Tutkittavat tiesivät myös, että hoitajien nopea tahti suorittaaksensa hoitotoimenpiteen yhteydessä johtuu aika rajoituksesta.

”.....siis hyviä hoitajia on ollut... aika rajoitteista...”

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimustulosten pohdinta

Antikainen ja Nöjd (2005) painottavat, että jokaisen potilaan kohdalla tulisi huomioida yksilölliset ominaisuudet huomioiden myös ympäristön vaikutukset. Potilaan kokemus itsestään ja sairaudestaan on ainutlaatuinen ja siihen vaikuttavat ihmisen yksilölliset ominaisuudet ja sosiaalinen tausta.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella tuli esille, että potilaiden kivun kokemukset vaihtelivat kivuttomasta kivuliaaseen. Potilaat pitivät leikkauksen jälkeistä kipua leikkauksen jälkeen normaalina. Tutkimuksessa ilmeni, että sydämen ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen potilaat kokivat voimakkaimman kivun tasolla 8 kipumittarilla mitattuna. Aineistosta tuli ilmi, että kivun kokemiseen vaikuttivat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja tiedolliset tekijät. Näillä tekijöillä oli sekä kipua lisääviä että estäviä vaikutuksia.

Antikaisen ym. (2005) tutkimuksen mukaan ihmisen psyykkisen ulottuvuuden tunnusomainen piirre on tietoisuus. Siihen kuuluvat muisti, ajattelu, taito käsitellä tietoa ja tunne. Jokaisella ihmisellä on juuri hänelle tyypillinen tunne- ja kokemusmaailmansa. Ihminen elää sosiaalisesti yksilönä ja erilaisten ryhmien ja yhteisöjen jäsenenä. Tärkein sosiaalinen ryhmä on useimmille ihmisille oma perhe. Sosiaalinen tuki on mm. tunnetukea, rakkautta, yhdessäoloa, käytännöllistä apua ja tiedollista tukea. On voitu todeta, ettei sosiaalinen tuki ainoastaan pienennä sairastumisen todennäköisyyttä, vaan vaikuttaa myös toipumista nopeuttavasti. (Antikainen & Nöjd 2005, 9, 16.)

Tutkimustulosten mukaan tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että psyykkisessä mielessä kivulla oli vaikutusta lähinnä potilaan mielialaan. Sosiaalisella alueella haastateltavien kipu lisääntyi leikkauksen jälkeen osaksi siksi, että haastateltavien omaiset eivät olleet läsnä. Tällöin potilaan hyvin vointia ja toimintakykyä voidaan tukea kannustavalla ja ymmärtävällä kohtaamisella. Huomiotta jättäminen tai piittaamaton vuorovaikutus saa aikaa pahaa oloa.

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonsvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin. (Sailo 2000, 30.) Tutkimuksessamme sydänleikkausten jälkeiset kipukokemukset olivat jokaisella haastateltavalla erilaisia. Kuitenkin aineistosta nousi esille muutamia yhtenäisiä kipua kuvaavia sanoja kuten voimakkaiksi, polttavaksi ja paksuksi ilmaistu kipu. Tutkimuksestamme tuli ilmi, myös se, että kipu ei myöskään välttämättä ollut leikkausalueella, vaan esimerkiksi kädessä koettiin kipuja. Haastateltujen kipukokemusaineisto jäi suppeaksi, sillä heidän mielestään kipua on vaikea kuvata monisanaisesti.

Kivunhoitokokemuksia käsitteleviä tutkimustuloksia tarkasteltaessa Sailon tutkimuksessa voidaan todeta, että sydänteolta vuodeosastoon tullessa suurin osa potilaista oli kivuttomia. Kuitenkin nousi esille se, että kivuntuntemusta ei otettu vakavasti. Kuitenkin jo kivun määritelmässä nimenomaan kokemus on ratkaisevaa: Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi. Kipu on aina kokijalleen todellinen. (Sailo 2000, 30.) Tämän tutkimuksen mukaan potilaille on pääosiin riittänyt kuitenkin peruskipulääkitys ja muut kivunhoitomenetelmät. He olivat kuitenkin tietoisia siitä, että kipulääkettä on mahdollisuus saada, jos kipua oli. He kokivat saaneensa riittävästi ja nopeasti kipulääkettä. Leegaardin ja Fagermoenin (2008) tutkimuksessa tuloksena oli se, että naispotilaat halusivat mahdollisimman vähän kipulääkkeitä.

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että haastateltavat pitivät suurinta osaa hoitajia pätevinä ja motivoituneina kivunhoidon toimenpiteiden yhteydessä. Heidän mielestä hoitajat toivat kipulääkkeitä kivun lievittämiseen nopeasti. Haastateltavat kokivat myös tärkeänä onnistuneen hoitosuhteen edellytyksenä sen, että potilas, lääkäri ja hoitajat tekisivät moniammatillista yhteistyötä, jolloin he pystyisivät saavuttamaan yhteisen päämäärän.

Salanterä ym. (2006, 11, 15–16.) pitävät onnistuneen kivunhoitotyön edellytyksenä motivoitunutta, ajattelevaa ja tietävää hoitajaa. Ei riitä, että potilas osaa kertoa kivustaan, vaan hoitajalla tulee olla valmiudet kivun hoitotyön toteutukseen. Tietoa hyvästä kivunhoidosta on tarjolla paljon, mutta välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen kivunhoitoon, sekä eri ammattiryhmien yhteistyön puute, estävät kivunhoitotyön onnistumista. Sairaalassa ja erilaisissa hoitotyöyksiköissä voidaan tehdä paljon kivunhoidon onnistumisen hyväksi. Selkeä vastuu- ja tehtävänjako, ajantasaiset ohjeet kivunhoidon toteu-

tukselle, yhdenmukaiset kivun arviointimenetelmät, asianmukaiset lääke- ja hoitovälineet, riittävä koulutus ja määritellyt minimilaatukriteerit sekä niiden seuranta, edesauttavat kivunhoidon onnistumista. Hoitajien tulee tuntea kivun arviointiin ja hoitoon suunnitellut apuvälineet, osata käyttää niitä ja esitellä välineet niitä tarvitseville potilaille.

Tutkimustuloksien mukaan tässä tutkimuksessa potilaat olivat suhteellisen tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon. Lääkehoito oli tärkein ja eniten käytetty kivunhoitomenetelmä. Hyvään kivun hoitoon ja kivunlievittämiseen kuuluu tehokas ja nopea kipulääkitys. Kivunlievityksen parhaaksi keinoksi koettiin kipulääkkeet. Lääkkeellinen kivunhoito oli heistä riittävää ja he pitivät kivunhoitomenetelmiä tärkeinä. Haastateltavien mielestä muita kivunhoito menetelmiä käytetään ja korostetaan tarpeeksi kuntoutuksen yhteydessä. Potilaat saivat riittävästi muita kivunhoitomenetelmiä lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi. He kokivat saavansa myös kivunlievittämisen keinoja mm. fysioterapeutin kuntoutumisohjeistuksesta, asentohoidosta, kylmähoidosta, hengitysharjoituksista.

Tämän tutkimuksen tulokset erosivat Elonen & Niemenrinne- Janhunen tutkimustuloksista (2002.). Heidän tutkimuksensa tulosten mukaan lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä ei käytetty tarpeeksi ja se alue voisi olla yksi hoitotyön osa-alue, jota tarvitsisi kehittää tulevaisuudessa. Potilaat olivat kuitenkin tyytyväisiä leikkauksen jälkeiseen kivunlievitykseen ja kivunhoitoon.

Sen sijaan tässä tutkimuksessa saatiin samanlaiset tulokset kuten Santalahden tutkimuksessa (2007) Kirurgisten potilaiden kokemukset kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kirurgisten potilaiden kokemuksia kivusta ja saamastaan kivunhoidosta leikkauksen jälkeen. Tutkimukset osoittivat, että yli puolet potilaista kärsi sietämätöntä kipua silloin kun kipu oli pahimmillaan. Kipua oli entisestään pahentanut fyysinen rasitus, kuten liikkuminen ja asennon vaihtaminen.

Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että joillakin potilailla oli pelko, että kuntoutumisesta aiheutuu kipua. Riittävä kivunhoito edistää potilaan toipumista, parantaa hoidon laatua, lisää potilaan tyytyväisyyttä, ehkäisee komplikaatioita ja ennalta ehkäisee kivun muuttumista krooniseksi. Hoitajalla on vastuu siitä, että potilaan kivunhoito toteutuu hyvin. Hyvään kivunhoitoon kuuluu tehokas ja oikea kipulääkitys sekä hoitajan rooli kivunhoidon toteutuksessa. Tämä hoitajan rooli on tärkeä leikkauksen jälkeisessä kivunhoi-

dossa, arvioinnissa, seurannassa sekä kirjaamisessa. Tässä tutkimuksessa selvisi, että potilaat toivoivat saavansa hoitajilta enemmän tukea ja että he olisivat pyrkineet olemaan rauhallisempia toimenpiteitä tehdessään. Kun potilailla oli kipua, he tarvitsivat aikaa liikkua rauhallisesti, jottei kipu lisääntyisi. Kun potilailla oli kipuja, he olivat useimmiten herkässä tunnetilassa. Hoitajan asiallisen käytöksen toivottiin edistävän potilaan hyvää oloa. Hoitajan tulee myös kuunnella ja havainnoida potilaan subjektiivisiä kokemuksia kivusta. Tämä mahdollistaa hoitajan myönteisen asenteen potilaan kokemaan kipuun. Samankaltaiset asiat olivat esillä myös Santalahden (2007) tutkimuksessa. Tutkimustuloksen mukaan hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa postoperatiivisen kivunhoidosta. Hyvään kivun hoitoon kuuluu tehokas ja oikea kipulääkitys. Lisäksi on tärkeää, että hoitaja asennoituu myönteisesti tehokkaaseen kivun hoitoon.

Laschinger, Hall, Pedersen ja Almostin tutkimuksessa, heidän tutkimuksen aineisto oli kerätty 14:sta sairaalasta Ontariossa. He testasivat uuden potilaan tyytyväisyysmittaria hoidon laadusta. Heidän tuloksien mukaan potilaat haluavat tulla kohdelluiksi yksilöinä (Laschinger ym. 2005, 222.)

Tämän tutkimustuloksen mukaan hoitajien vuorovaikutustaidot koettiin tärkeiksi potilaan hoidossa. Itse asiassa vuorovaikutus on yksi tärkeimmistä sairaanhoitajan työvälineistä. Sairaanhoitajan on tärkeää miettiä, miten oma käyttäytyminen ja toiminta vaikuttavat potilaan kokemuksiin. Tärkeää on myös, että hoitajat hyväksyvät potilaan yksilölliset tarpeet. Hoitajan tulee kuunnella potilasta ja hänen henkilökohtaisia kokemuksiaan kivusta. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu, kun häntä kuullaan ja hänet otetaan huomioon kysymällä hänen mielipiteitään ja keskustellaan tasavertaisesti.

Hoitajan vastuulla on arvioida potilaan kipua, toteuttaa hoitoa määräysten mukaan ja arvioida hoidon vaikuttavuutta sekä sopivuutta. Lääkehoidon osaamisen tulee olla ajanmukaista, tutkimustietoon perustuvaa. Se toteutetaan juridisesti oikein ja lääkärin määräysten mukaan. Kivun lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi ovat hoitajan vastuulla: Eettiset ammattisäännöt ovat periaatteita, joihin ammattilaiset yksilöinä ja yhteisönä sitoutuvat. Ammattikuntansa jäsenenä hoitajat eivät toimi ainoastaan omien vakaumustensa ja arvojensa mukaan. Ammattikuntajäsenten arvot säätelevät eettisten ohjeiden välityksellä, minkä arvojen mukaisesti ja millä tavoin ammattikuntaan kuuluvat jäsenet toimivat. Ammattikunnan näkemys toiminnan arvoista takaa sen, että jäsenet

toimivat samansuuntaisesti ja että toiminta on hyvänlaatuista. (Leino-Kilpi - Väli-mäki 2003, 148.)

Tässä tutkimuksessa nousi esiin, että haastateltaville oli tärkeää, että hoitajat olivat joustavia, kärsivällisiä ja pyrkivät tarjoamaan kiireettömän ja rauhallisen ilmapiirin. Hoitajan rauhallisuus ja kiireettömyys koettiin tavoiteltavana työmuotona. Näin luodaan potilaille turvallisuuden tunne ja saadaan aikaan myös kipua lievittävä vaikutus.

Lahtisen (2006) tutkimuksen mukaan kiire merkitsee sekä fyysistä että psyykkistä kuormittuneisuutta. Kiireinen työnteko on fyysisesti raskasta, energiaa ja voimia kuluttavaa. Siitä seuraa väsymistä, voimattomuutta, hermostuneisuutta ja kiputiloja. Hän tulkitsee tällaisen tilanteen työn hallitsemattomuudeksi, koska työn hallintaan kuuluvat järjestelyt, joiden avulla kuormittuneisuus saadaan sellaiselle tasolle, että siitä ei aiheudu terveydellisiä haittoja. (Lehtinen 2006.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyössä kuvataan ainoastaan kuuden haastatellun naispotilaan henkilökohtaisia kokemuksia kivusta ja kivunhoidosta. Laadullisen tutkimuksen haastatteluaineiston luotettavuutta pohdittaessa olennaista on, ketkä tutkittavan ilmiön kokeneista valitaan tutkimukseen. Tutkimuksen luotettavuutta lisättiin haastattelemalla joko sydämenohitus- tai läppäleikkauksessa olleita naispotilaita, jotka halusivat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenivät kertomaan kokemuksistaan leikkauksen jälkeen. Heiltä saatu tieto pohjautuu todellisuuteen ja antaa tietoa täsmällisesti tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 155.)

Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin lisäämään sitten, että valittiin mahdollisimman ajantasaista tieteellistä tietoa. Aineiston keruuvaiheessa luotettavuutta pyrittiin lisäämään esihaastattelun avulla eli haastattelukysymykset testattiin ulkopuolisilla. Näin pyrittiin varmistamaan, että kysymykset olivat kohdallaan ja tulivat ymmärretyiksi oikealla tavalla. Ennen haastatteluiden aloittamista nauhurin toimivuus tarkastettiin, jotta litterointivaiheessa ei olisi ongelmia haastateltavien äänen kuuluvuudessa. Haastattelu- paikaksi valittiin rauhallinen huone ja ympäristö. Näin pyrittiin varmistamaan siitä, että

haastateltavat kokivat ympäristön mahdollisimman luontevaksi, pystyivät vastamaan avoimesti kysymyksiin ja tuomaan esille omia kokemuksiaan.

Yksi tärkein postoperatiivisen hoidon päämäärä on kivun lievitys. Leikatut potilaat ovat yleisesti tyytyväisiä kivunhoitoon kirurgisella vuodeosastolla. Kivunhoidon merkitys on myös potilaan hyvinvoinnin edellytys, koska tehokkaan kivunlievityksen avulla voidaan edistää potilaan emotionaalista hyvinvointia. (Kuuppelomäki 2000, 146.)

Tässä tutkimuksessa toinen tutkijoista perehtyi aiheeseen ennen tämän tutkimuksen tekemistä suorittamalla työharjoittelun sydänkirurgisella vuodeosastolla ymmärtääkseen postoperatiivista kivunhoitoa. Eskolan ym. mukaan tutkijan asenne tai ennakkokäsitys aiheesta eivät saa rajata tai ohjata aineistonhankintaa. (Eskola & Suoranta 1998, 211; Hirsjärvi ym. 2000, 214; Laine 2001, 33.)

Tutkimustulosten raportoinnissa käytettiin apuna autenttisia lainauksia, näin saatiin elävöitettyä tekstiä ja niitä voitiin käyttää esimerkkeinä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 22.) Laineen mukaan autenttisten lainausten käyttö on tärkeää, koska tulkinta rakentuu pääosin niiden varaan. Lisäksi sitaatit ovat kielellisesti elävämpiä ja kiinnostavampia kuin kuiva tieteellinen teksti. (Alasuutari 2001, 296.) Aineistoa ei voitu tarkastuttaa haastateltavilta, koska he lähtivät sairaalasta noin 4–6 kuukautta ennen tutkimuksen valmistumista. Kaikki tutkimuksen haastatteluaineisto hävitettiin aineiston analyysivaiheen jälkeen.

Haastatteluiden tekeminen oli opinnäytetyöntekijöille uutta. Kuuden haastattelun perusteella ei voida vielä todeta, että opinnäytetyöntekijät olisivat saaneet paljon kokemusta haastattelijanroolista. Kuitenkaan ei voida sulkea pois sitä, että kehittymistä olisi tapahtunut jokaisen haastattelun myötä. Oppimista ja kokemusta on myös se, että haastatteluiden litteroimisen ja aineistojen lukemisen yhteydessä opinnäytetyöntekijät ymmärsivät, mitä jäi kysymättä ja mitä asioita olisi pitänyt tarkentaa lisäkysymyksillä. Haastattelut tapahtuivat teemakysymyksien avulla hyvin, mutta silti oli havaittavissa, että opinnäytetyöntekijöiden omat näkemykset ja asenteet vaikuttivat joskus kysymysten asettelun. Opinnäytetyöntekijöille jäi kuitenkin sellainen tunne, että teemahaastatteluista suoriuduttiin hyvin.

7.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkasteltiin Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) tutkimussuunnitelmalle antamien suositusten perusteella (ETENE 2001). Tutkittavia kohdeltiin rehellisesti ja kunnioittavasti. Otimme myös huomioon potilaslain potilaan asemasta ja oikeuksista. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi opinnäytetyön tarkoitus, tutkimusmenetelmä sekä aikataulu, joka pyrittiin luomaan realistiseksi. Tutkimuslupaa haimme yhteistyössä erään kirurgisen sairaalan operatiivisen tulosityksikön johdolta.

Eettiset kannanotot tulevat ilmi tahtomatta tai tietoisesti tutkimuksen julkilausutussa kannanotossa ja tutkimustehtävän muotoilussa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126–127.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla naispotilaiden kivunkokemuksia ja heidän saamaansa kivunhoitoa ja kivunlievittämistä sydämen ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen sydänkirurgisella vuodeosastolla. Aiheen valintaan vaikutti työelämässä esiin tullut tutkimustarve mahdollisuudesta kehittää sydänpotilaan kivunhoitoa leikkauksen jälkeen vuodeosastolla sekä opinnäytetyöntekijöiden oma kiinnostus asiaan. Mielenkiintomme kohdistui postoperatiivisen kivunhoidon kehittämiseen ja sydänpotilaan elämänlaadun parantamiseen.

Tärkeitä laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat tutkittavien vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tutkimuksella ei tule aiheuttaa tutkittaville vahinkoa. (Janhonen & Niikkonen 2001, 39.)

Tämän opinnäytetyön toteuttamiseen saatiin tutkimuslupa maaliskuussa 2010. Kaikilta haastatteluun osallistuneilta naispotilailta pyydettiin kirjallinen suostumus. Varmistimme myös suullisesti suostumisen tutkimukseen osallistumisesta. Ennen teemahaastattelua naispotilaalle kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Heille kerrottiin, että haastattelut tullaan nauhoittamaan. Samalla korostettiin sitä, ettei heidän henkilötietonsa tule missään vaiheessa julki ja ettei nauhoitettuja aineistoja kuuntele kukaan muu kuin opinnäytetyöntekijät. Haastateltaville kerrottiin myös, että kaikki tutkimusaineisto tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua. Saatekirjeessä korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja asiaan palattiin vielä ennen jokaista haastattelua. Vapaaehtoiseen osallistumiseen liittyen painotimme potilaiden mahdollisuutta keskeyttää

osallistumisensa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Yksikään potilaista ei kuitenkaan keskeyttänyt tutkimusta. Aikarajoituksen vuoksi seitsemästä potilaasta haastattelimme ainoastaan kuutta potilasta tutkimussuunnitelman mukaisesti. Aineisto kerättiin maaliskuuhun välisenä aikana.

Jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä, täytyy opinnäytetyöntekijöiden noudattaa tutkimussenteossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijan on vältettävä epärehellisyyttä kaikissa tutkimuksensa vaiheissa. Toisten tekstiä ei saa lainata luvottomasti. Tutkijan käyttäessä toisten tekstejä, tulee hänen merkitä tarkat lähdemerkinnät tekstiinsä, oli kyseessä sitten asiasisältölainaus tai suora lainaus. (Hirsjärvi ym. 2007, 23, 25.) Opinnäytetyössä käytettiin ainoastaan teemahaastatteluaineistosta poimittuja suoria lainauksia. Tässä opinnäytetyössä teksteihin merkittiin aina tarkat lähdemerkinnät, jotta lukija voisi tarvittaessa tai halutessaan palata alkuperäisen lähdemateriaaliin. Tässä tutkimuksessa teemahaastattelun tulokset pyrittiin esittämään totuudenmukaisesti.

Puhtaaksikirjoitus on teemahaastattelun harvoja rutiininomaisia vaiheita, siksi tutkijan ei tästä vaiheesta tarvitse suoriutua itse. Tällöin tulee litteroinnin suorittavalle henkilölle antaa tarkat ohjeet puhtaaksikirjoituksen tarkkuudesta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 140.) Haastattelut, aineiston litteroinnit teimme yhdessä. Huolehdimme litteroitujen nauhojen sekä haastatteluaineistojen tuhoamisesta opinnäytetyön valmistuttua, että haastateltavien henkilöllisyys pysyy salassa. Tutkimusluvan mukaisesti toimitamme sovitusti valmiin opinnäytetyön työelämätahon käyttöön.

7.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Tutkimuksessamme ensimmäinen pääkategorian kysymys on, millaisia kipukokemuksia naispotilailla on ollut leikkauksen jälkeen. Naispotilaat kertoivat yleisesti psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista kipukokemuksistaan hyvin, mutta suurimmalle osalle haastateltavista oli vaikea kuvata kipukokemuksia leikkauksen jälkeen sanallisesti kivun tuntemuksista. Sen takia mielestämme olemme saaneet suppeat aineistot kivusta, joita voimme hyödyntää työssämme.

Sydämenohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen potilaat kokivat kivun normaalina, suuren leikkaukseen kuuluvana. Kipua koettiin eri alueilla sekä heidän fyysinen kuntonsa leikkauksen jälkeen vaihteli. Teemahaastatteluista ilmeni, että leikkauksen jälkeen haastateltavat kokivat kuntoutumiseen liittyvää pelkoa liittyen heidän kuntoutumisharjoitusten aiheuttamaan kipuun. Kipulääkkeiden saamisen jälkeen he yleensä kokivat kuntonsa hyväksi. Tärkeänä haastateltavat pitivät myös omaisten läsnäoloa. Heidän mielestään se olisi ratkaiseva tekijä heidän leikkauksesta toipumiseen ja kivun lievittämiseen.

Potilaan näkemys kivuista ja kivuntuntemuksista on subjektiivinen kokemus ja saattaa erota hoitajan näkemyksestä. Voidaan ajatella, että potilaan hoidon laatu kirurgisella vuodeosastolla on hyvä, kun hoitajat kivunhoitoa toteuttaessaan huomioivat potilaan subjektiivisena kokijana. Yksilöllinen hoito pystyy vastaamaan potilaan odotuksiin ja lopputuloksena on positiivinen kokemus hyvästä hoidosta ja vuorovaikutussuhteesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa painotetaan, että jokaisen potilaan kohdalla tulisi huomioida yksilölliset ominaisuudet huomioiden myös ympäristön vaikutukset. Potilaan kokemus itsestään ja sairaudestaan on ainutlaatuinen ja siihen vaikuttaa ihmisen yksilölliset ominaisuudet ja sosiaalinen tausta.

Naispotilaat kokivat tutkimuksen mukaan sydämen ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen kivunlievittämiseen ja kivunhoidon pääpiirteittäin onnistuneena. Haastateltavat olivat tyytyväisiä henkilökuntaan ja he kokivat, että työntekijät olivat ystävällisiä, päättäviä sekä he kokivat saaneensa hyvää ja monipuolista hoitoa kivunhoidon toteuttamisessa. Tämä tutkimustuloksen perusteella, työnantaja tulisi ylläpitää työntekijöiden koulutusmahdollisuudet, että jatkossakin he pystyisivät tarjoamaan potilaille monipuolista ja hyvää hoitoa.

Haastattelussa tuli ilmi, että naispotilaat olisivat toivoneet kivunhoidossa: hoitajalta joustavuutta ja aikaa potilaalle. He kokivat tärkeänä hoitajien joustavuuden, kärsivällisyyden ja sen, että hoitajat pyrkisivät tarjoamaan kiireettömän ja rauhallisen ilmapiirin. Hoitajan rauhallisuus ja kiireettömyys koettiin tavoiteltavana työmuotona. He kokivat, että rauhallisuus ja joustavuus olisivat tärkeitä potilaan turvallisuudentunteen kannalta sekä kipua lievittävänä tekijänä. Tähän perustuen muodostui mahdollisuus jatkotutkimukseen ja kehittämisehdotukseen.

Sydänpotilaan toipumista sydänleikkauksen jälkeen tuetaan hoitotyön toimintojen yhteydessä, esimerkiksi potilaalle annetaan mahdollisuus tehdä toimet rauhallisesti omassa tahdissa. Miten rauhallisuus ja kiireettömyys vaikuttavat potilaan toipumiseen sydänleikkauksen jälkeen sekä kipua lievittävänä tekijänä. Myös sen, että haastateltavat toivat esille hoitajien nopeampaisen työtahdin hoitotoimenpiteiden yhteydessä koettiin johdettavan rajoitetusta työajasta ja työn ylikuormittavuudesta. Miten tämä vaikuttaa työhyvinvointiin, koska liialliset työpaineet, kiire ja liiallinen työmäärä saavat aikaan uupumista ja riittämättömyyden kokemuksia. Tämä heijastuu osaltaan myös potilaan hyvinvointiin. Jatkotutkimus olisi tärkeää, jotta pystyttäisiin vastaamaan paremmin potilaiden odotuksiin ja tarpeisiin. Tarkoitus olisi kehittää hoitotyötä nimenomaan potilaiden antaman palautteen pohjalta.

7.5 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Tutkimuksen tekeminen on ollut ammatillisen kasvun kannalta tärkeä prosessi. Suunnitelmavaiheessa tehdystä aikataulusta kiinnipitäminen osoittautui koko opinnäytetyön haastavimmaksi osuudeksi. Opinnäytetyön tekijät asuivat osan työntekoprosessin ajasta eri paikkakunnilla, joten yhteistä aikaa työn tekoon oli niukasti. Siitä huolimatta opinnäytetyö valmistui ajallaan. Näin jälkempäin ajattelen opinnäytetyön aikataulu ja siihen tarkemmin liittyvät yksityiskohdat olisi pitänyt suunnitella vieläkin paremmin, näin olisi välttytty loppuvaiheen kiireeltä.

Opinnäytetyön aikana olemme syventäneet omaa tietoaamme kivunhoidon toteuttamisesta ja kivun lievittämisestä. Tulevassa työssämme kohtaamme päivittäin kipua kokevia potilaita. Hyvä kivunhoito ja kivun lievittäminen nopeuttavat potilaan toipumista ja parantavat elämän laatua. Kivun hoidosta tiedetään nykyisin paljon, mutta edelleen nousee esille riittämätön kivunhoidon toteuttaminen ja riittämätön kivun arviointi. Tämän vuoksi haluamme olla mukana kehittämässä hyvää kivunhoidon toteuttamista.

Tutkimuksen tekeminen oli prosessina haasteellinen ja mielenkiintoinen. Sen työstäminen opetti meille tutkijoille pitkäjänteisyyttä toteuttaa näin laajaa kirjallista työtä. Tulevina sairaan- ja terveydenhoitajina olemme kiinnostuneita potilaiden kokemuksista.

LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti 2001. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Vastapaino.
- Antikainen, Rea & Nöjd, Jenni 2005. Rintakipu on väistynyt. Potilaiden kokemuksia sydäninfarktikipusta ja kivunhoidosta sydänvalvonnassa. Lahti : AMK-opinnäytetyö : Diakonia-ammattikorkeakoulu, Lahden yksikkö.
- Elonen, Satu & Niemenrinne-Janhunen, Pirjo 2002. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito potilaiden näkökulmasta. Helsinki : AMK-opinnäytetyö : Diakonia-ammattikorkeakoulu, Porin yksikkö.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- ETENE 2001. Oikeuden mukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-544.pdf
- Frilander-Paavilainen, Eeva-Liisa; Kantola Elina & Suuronen, Eeva 2005. Keski-ikäisten naisten sepelvaltimotaudin riskitekijät, elämäntavat ja ohjaus sairaalassa: raportti. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006. Potilasopas: Naisten sydänsairaudet. Viitattu 15.5.2010. Saatavissa:
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1994,2585>
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009. HUS ohjeet ja käytösäännöt. Viitattu 10.8.2009. Saatavissa:
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,621,763,1192,701,1001,788>
- Hippeläinen, Mikko 2008. Ohitusleikkauksen tarve ja esteet. Teoksessa Markku Mäki-järvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka & Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen sydänliitto, 285–292.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Holmström, Peter 2005a. Sepelvaltimotauti. Teoksessa Ilkka Vauhkonen & Peter Holmström (toim.) Sisätaudit. Helsinki: WSOY, 46–55.
- Holmström, Peter 2005b. Sydän- ja verisuonitautien kajoavat hoidot. Teoksessa Ilkka Vauhkonen & Peter Holmström (toim.) Sisätaudit. Helsinki: WSOY, 185–194.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Jalonen, Joukko & Peltola, Kaija 2006. Sydänsairaus ja anestesia. Teoksessa Rosenberg, Per (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 598–611.
- Jäntti, Mirja 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Eriikka Sailo & Vartti Anne-Marie (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 118–126.
- Kalso, Eija 2002. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Eija Kalso & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 222.
- Kettunen, Raimo 2008. Sepelvaltimotaudin ehkäisyn merkitys ja tavoitteet. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka & Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen sydänliitto.
- Kettunen, Raimo 2008. Sepelvaltimotaudin vaaratekijät. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka & Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen sydänliitto
- Kiuru, Marja 2006. Kipuviesti: Kipupotilaasta kipumestariksi. Helsinki: Suomen kivuntutkimusyhdistys.
- Koskelainen, Hannu 1997. Ohitusleikkaus. Porvoo: Formato Ab Oy.
- Krause, Kaisa & Kiikkala, Helmi 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kuuppelomäki, Merja 2000. Kuoleman kohtaaminen hoitotyössä. Teoksessa Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö (toim.) Elina Eriksson & Merja Kuuppelomäki. Porvoo: WSOY, 243 – 260.

- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede*. 1/1999, 3–12.
- Laaksonen, Anneli 2005. Ohitusleikkauspotilaan hoito perusterveydenhuollossa. Teoksessa Marianne Mustajoki, Seija Maanselkä, Anja Alila & Mirja Rasimus (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja* 2005. Helsinki: Duodecim, 69–70.
- Laine, Timo 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Juhanni Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–43.
- Laitala, Marjut; Löflund, Heli & Sandberg, Tiina 2007. Aikuisen kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeinen kivun arviointi – Opaas sairaanhoitajille. Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma: Helsinki <https://oa.doria.fi/dspace/bitstream/10024/5951/1/stadia-1177432273-8.pdf>
- Laschinger Heather Spence; Hall, Linda McGillis; Pedersen, Cheryl & Almost, Joan 2005. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality* 20, 220–230.
- Laurikka, Jari; Kuukasjärvi, Pekka; Tarkka, Matti; Järvinen, Antero & Lepojärvi, Martti 2004. Sydän ja sydänpussi. Teoksessa Peter Roberts J., Esko Alhava, Kristofer Hökerstedt & Eero Kivilaakso (toim.) *Kirurgia*. Helsinki: Duodecim, 534–542.
- Legaard, Marit & Fagermoen May Solveig 2008. Women’s descriptions of postoperative pain and pain management after discharge from cardiac surgery. Viitattu: 15.5.2010. Saatavissa: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/121403322/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>.)
- Lehtinen, Ritva-Liisa. Pro gradu -tutkielma 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Hoitajien ja lähihoitajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja –talouden laitos. <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/graduRLlehtinen.pdf>
- Lehtomäki, Pirjo 2003. Postoperatiivinen kivunhoito. Teoksessa Lauritsalo Pirkko & Ijäs, Eva (toim.) *Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä: artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 18–30.

- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003: Etiikka Hoitotyössä. Helsinki: WSOY
- Mustajoki, Pertti 2009. i.a Sydämen läppäviat. Viitattu 7.11.2009
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00081
 &p_teos=dlk&p_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00081&p_teos=dlk&p_selaus=)
- Mustajoki, Pertti i.a Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.1.2010
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077
 &p_haku=Sepelvaltimo](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077&p_haku=Sepelvaltimo)
- Mäkijärvi, Markku; Kettunen, Raimo; Kivelä, Antti; Parikka, Hannu & Sinikka Yli-
 Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim : Suomen sydänliitto
- Nieminen, Markku S. 2005. Ottaa sydäimestä: sydäninfarkti ja sen hoito. Teoksessa:
 Eero Jokinen, Tatu Juvonen, Maija Kaartinen, Markku S. Nieminen, Tapio
 Niitynperä, Juhani Partanen, Sinikka Pohjola-Sintonen, Matti Romo, Timo
 Strandberg & Hannu Vanhanen (toim.) Suomalaisten uusi sydänkirja. Hel-
 sinki: Otava, 90–127.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiik-
 ka. Helsinki: WSOY.
- Petersen, Poul Erik & Nordrehaug-Åstrøm, Anne 2008. Terveystieteen edistäminen 2000-
 luvulla – periaatteita ja strategioita. Suomen Hammaslääkärilehti
 2008;15(3):42–51. Viitattu 3.10.2008. Saatavissa
<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat>.
- Pohjola-Sintonen, Sinikka 2005. Naisen sydän: Naisten sydänsairauksien erityispiirteet.
 Teoksessa Eero Jokinen, Tatu Juvonen, Maija Kaartinen, Markku S. Nie-
 minen, Tapio Niitynperä, Juhani Partanen, Sinikka Pohjola-Sintonen, Mat-
 ti Romo, Timo Strandberg & Hannu Vanhanen (toim.) Suomalaisten uusi
 sydänkirja. Helsinki: Otava, 242–253.
- Pohjola-Sintonen, Sinikka 2008. Naisten sydänsairaudet ja raskaus. Teoksessa: Markku
 Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka & Sinikka Yli-
 Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim : Suomen sydänliitto,
 511–525.
- Salanterä, Sanna 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Salomäki, Timo 1999. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa: Rosenberg Per
 (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 759.
- Santalahti, Anna 2007. Kirurgisten potilaiden kokemukset kivunhoidosta leikkauksen
 jälkeen. Satakunnan ammattikorkeakoulu julkaisusarja. Pori: Ammattikor-

keakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 12.11.2008. Saatavissa:

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200810223661>

Seppä, Tarja 2005. Näkymätön kipu näkyväksi: akuutin leikkauksen jälkeisen kivun arviointi aikuispotilaan hoitotyössä vuodeosastolla. AMK-opinnäytetyö : Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustalan koulutusohjelma, Helsingin yksikkö.

Smith, K. Peter; Califf, M. Robert; Tuttle, H. Robert; Shaw, K. Linda; Lee, L. Kerry; Delong, R. Elizabeth; Lilly, R. Eric; Sketch, Jr, H. Michael; Peterson, D. Eric & Jones, H. Robert 2006. Selection of surgical or percutaneous coronary intervention provides differential longevity benefit. *The Annals Of Thoracic Surgery* 82, 1420–1429. Viitattu: 15.5.2010. Saatavissa: <http://ats.ctsnetjournals.org/cgi/content/full/82/4/1420>

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. i.a Potilasinformaatiota: Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. Viitattu 3.10.2008.

<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi>

Suomen sydäntautiliito 2000. Sydäntautiliiton potilasopas: Ohitusleikkaus ja palloaajennus.

Suomen sydänliitto ry i.a. Sepelvaltimotauti. Viitattu 4.08.2010

<http://www.sydanliitto.fi/sepelvaltimotauti>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006. Naisten sepelvaltimotauti vaarallisempi kuin aiemmin on uskottu. Viitattu 31.1.2009.

http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2006/9_2006.htm

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Ukkola, Veijo; Ahonen, Juhani; Alanko, Arto; Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka 2001. Kirurgia. Porvoo: WSOY.

Åstedt-Kurki, Päivi & Nieminen, Heli 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa: Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY, 152–162.

LIITE 1: Haastattelun pääteeman kysymykset

POTILAAN HAASTATTELUN PÄÄTEEMA KYSYMYKSET:

1. Millaisia kipukokemuksia teillä on ollut leikkauksen jälkeen?
2. Miten annettu kivunhoito on vastannut teidän kivun lievittämiseen?
3. Miten teidän mielestänne kivunhoito on onnistunut?
4. Mitä muuta olisitte toivoneet kivunhoidosta?

LIITE 2: Saatekirje ohitus-/ läppäleikkauspotilaille

Arvoisa tutkimukseen osallistuja

Opiskelemme sairaanhoitajaksi- ja terveydenhoitajaksi Diakonia-ammattikorkeakoulussa, Helsingin toimipaikassa ja teemme opinnäytetyötä aiheena Naispotilaan kokemuksista kivusta ja kivunhoidosta ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä sydänleikkauksen jälkeistä kivunhoitotyötä. Tutkimuksen ohjaajina toimivat lehtori Pirjo Käyhkö ja lehtori Terttu Sayed Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Tutkimus on sairaanhoitajan tutkintoon kuuluva opinnäytetyö.

Opinnäytetyötämme varten haastattelemme sydän ohitus- ja läppäleikkauksessa olleita alle 70-vuotiaita naispotilaita.

Haastattelu toteutetaan vuodeosastollanne hoitojaksonne päätteeksi kevään 2010 aikana. Mikäli haluatte osallistumaan tutkimukseen, otamme teihin yhteyttä puhelimitse ennen haastattelua, näin toimimme varmistuaksemme suostumuksistanne ja aikataulustanne.

Haastattelu suoritetaan yksilöhaastatteluna ja se kestää noin tunnin. Haastattelu toteutetaan Teille parhaiten sopivana ajankohtana. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelusta on mahdollista kieltäytyä missä haastattelun vaiheessa tahansa. Käytämme nauhuria haastattelun apuvälineenä, mikäli saamme siihen luvan haastateltavalta. Kieltäytymisenne ei vaikuta kohteluunne, asemaan tai hoitoonny nyt tai tulevaisuudessa.

Meillä on täysi vaitiolovelvollisuus koko opinnäytetyön ajan. Henkilöllisyytenne ei tule julki missään tutkimuksen vaiheessa. Haastattelusta saatu materiaali tulee ainoastaan tämän opinnäytetyön käyttöön ja sitoudumme hävittämään haastattelusta saadut materiaalit välittömästi käytön jälkeen.

Kiitos osallistumisestanne!

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Yhteistyöstä kiittäen

Indah Tiilikainen
(Yhteistiedot poistettu)

Olena Yatsyshyn
(Yhteistiedot poistettu)

Paikka ja aika

Haastatteluun osallistuvan allekirjoitus

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Yhteistiedot opinnäytetyötä koskevissa asioissa:

Indah Tiilikainen (opinnäytetyön tekijä); (yhteistiedot poistettu)

Olena Yatsyshyn (opinnäytetyön tekijä); (yhteistiedot poistettu)

Pirjo Käyhkö (opinnäytetyötä ohjaava lehtori); (yhteistiedot poistettu)

Terttu Sayed (opinnäytetyötä ohjaava lehtori); (yhteistiedot poistettu)

Eeva Härkönen (opinnäytetyön työelämän edustaja); (yhteistiedot poistettu)

LIITE 3: Suostumus haastatteluun

OPINNÄYTETYÖ NAISPOTILAAN KOKEMUKSISTA KIVUSTA JA
KIVUNHOIDOSTA OHITUS- JA LÄPPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEEN.

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Osoite: _____

Puhelin nro.: _____

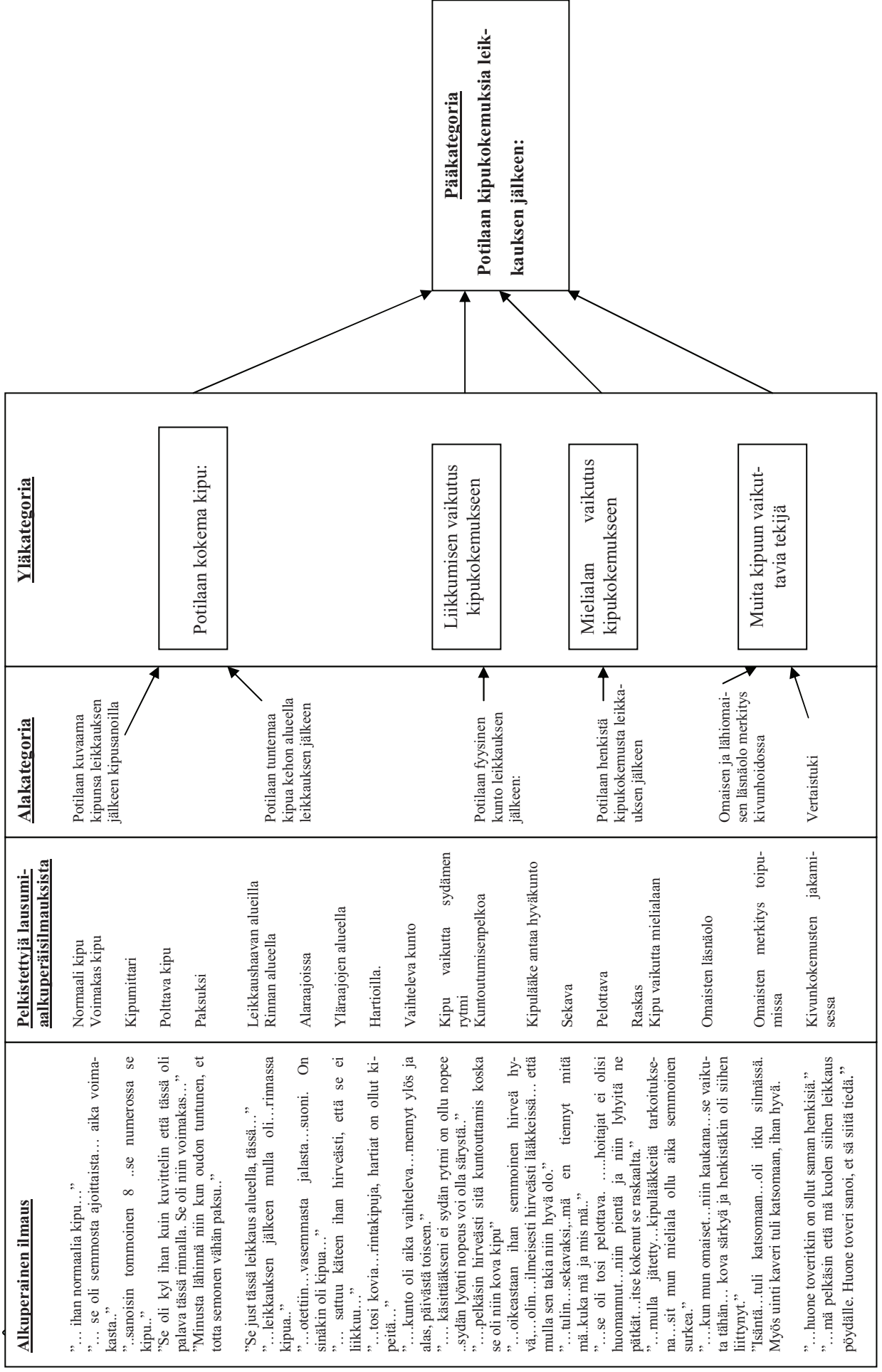
Tehty toimenpide: _____

Minulle on annettu tietoa haastattelun avulla tehtävästä opinnäytetyöstä ” Naispotilaan kokemuksia kivusta ja kivunhoidosta ohitus- ja läppäleikkauksen jälkeen” sekä suullisesti että kirjallisesti. Suostun vapaaehtoisesti haastatteluun ja opinnäytetyön tekijät voivat haastatella minua hoitajaksoni päätteeksi sairaalan vuodeosastolla. Minulle on selvitetty, että haastattelussa antamani tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja henkilöllisyyttäni ei voida tunnistaa eikä se tule ilmi tutkimuksen kirjallisessa raportissa. Voin peruuttaa suostumukseni haastatteluun milloin tahansa sen vaikuttamatta hoitooni.

LIITE 4: Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä

<u>Alkuperäinen ilmaisu:</u>	<u>Pelkistettyjä lausumia alkuperäisilmauksista</u>
<p>”... ihan <u>normaal</u>ia kipu...” ”... <u>se oli</u> semmosta <u>ajoittaista</u>... aika <u>voimakasta</u>..” ”...<u>sanoisin</u> <u>tommoinen</u> 8 ..<u>se numerossa</u> <u>se kipu</u>...” ”<u>Se oli kyl</u> <u>ihan kuin</u> <u>kuvittelin</u> <u>että tässä oli</u> <u>palava</u> <u>tässä rinnalla</u>. <u>Se oli</u> <u>niin voimakas</u>...”” ”<u>Minusta lähinnä</u> <u>niin kun</u> <u>oudon tuntunen</u>, <u>et totta</u> <u>semonen vähän paksu</u>..”</p>	<p>Normaali kipu Voimakas kipu Kipumittari Voimakas polttava kipua Oudoksi paksuksi</p>
<p>”<u>Se just</u> <u>tässä</u> <u>leikkaus alueella</u>, <u>tässä</u>...” ” <u>No</u> <u>leikkauksen jälkeen</u> <u>mulla oli</u> <u>tässä rinnassa</u> <u>kipua</u>..” ”...<u>otettiin</u> <u>tosta vasemmasta jalasta</u> <u>se suoni</u>. <u>On sinäkin</u> <u>oli kipua</u>...” ”<u>Polttelu oli</u> <u>tässä ja jalassa</u> <u>oli oikeasta</u> <u>kipua</u>..” ”... <u>sattuu käteen</u> <u>ihan hirveästi</u>, <u>että se ei liikkuu</u>...” ”<u>No tosi</u> <u>kovia</u> <u>toi siis rintakipuja</u>, <u>hartiat on ollut kipeitä</u>...”</p>	<p>Leikkaushaavan alueilla Rinnan alueella Alaraajoissa Yläraajojen alueella Hartioilla.</p>
<p>”...<u>kunto oli</u> <u>aika vaihteleva</u>...<u>mennyt ylös ja alas</u>, <u>päivästä toiseen</u>...” ”... <u>käsittääkseni</u> <u>ei sydän rytmi on</u> <u>ollu nopee</u> ..<u>sydän lyönti nopeus</u> <u>voi olla säyrystä</u>..” ”...<u>pelkäsin</u> <u>hirveästi</u> <u>sitä kuntouttamis</u> <u>koska se oli</u> <u>niin kova kipu</u>” ”..... <u>oikeastaan</u> <u>ihan semmoinen</u> <u>hirveä</u> <u>hyvä</u>...<u>olin</u>...<u>ilmeisesti</u> <u>hirveästi</u> <u>lääkkeissä</u>... <u>että mulla</u> <u>sen takia</u> <u>niin hyvä</u> <u>olo</u>..”</p>	<p>Vaihteleva kunto Kipu vaikutta sydämen rytmi Kuntoutumisenpelkoa Kipulääke antaa hyväkunto</p>
<p>”... <u>niistä lääkkeistä</u>...<u>tulin sekavaksi</u>...<u>en tiennyt</u> <u>mitä mä</u>...<u>kuka mä</u>... <u>mis mä</u>...<u>mene hetki</u>... <u>hei halo</u> <u>sä on mä</u> <u>ja mä on sairaalassa</u>...” ”...<u>se oli tosi pelottava</u>.<u>hoitajat ei olisi huomannut</u> <u>sitä jos mä itse</u> <u>ei olisi mennyt kertomaan</u>,<u>niin pientä ja niin lyhyitä ne pätkät</u>, <u>mutta mä itse</u> <u>kokenut se raskaalta</u>..” ”...<u>mulla jätetty</u>...<u>kipulääkkeitä</u> <u>tarkoituksena</u>...<u>sit mun mieliala</u> <u>ollu aika semmoinen surkea</u>..”</p>	<p>Sekava Pelottava Raskas Kipu vaikutta mielialaan</p>
<p>”...<u>kun mun omaiset</u>...<u>niin kaukana</u>...<u>se vaikuta</u> <u>tähän</u>... <u>kova särky</u> <u>ja henkistäkin</u> <u>oli siihen liittynyt</u>..” ”<u>Isäntä</u> <u>vähän kun tuli katsomaan</u> <u>vähän oli itku silmässä</u>. <u>Myös uinti kaveri</u> <u>tuli katsomaan</u>, <u>ihan hyvä</u>. <u>Oli vähän suunniteltu</u> <u>alussa</u>, <u>et hän tuli tänne mukaan</u>.</p>	<p>Omaisten läsnäolo Omaisten merkitys toipumisessa</p>
<p>”...<u>huone toveritkin on ollut saman henkisiä</u>..” ”...<u>mä pelkäsin</u> <u>että mä kuolen</u> <u>siihen leikkaus pöydälle</u>. <u>Huone toveri</u> <u>sanoi</u>, <u>et sä siitä tiedä</u>..”</p>	<p>Kivunkokemusten jakamisessa</p>

LIITE 5: Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä ja luokittelusta sisällönanalyyysissä



Pääkategoria
Potilaan kipukokemuksia leikkauksen jälkeen: