



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MILLAISTA OSAAMISTA JA MILLAISIA ASEENTEITA HOITAJILLA ON KIVUN HOIDOSTA

TEKI-
JÄT:

Harri Hyvönen
Anne-Mari Rytönen
Tomi Tikkanen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Harri Hyvönen, Anne-Mari Rytönen, Tomi Tikkanen	
Työn nimi Millaista osaamista ja millaisia asenteita hoitajilla on kivun hoidosta	
Päiväys 06.04.2020	Sivumäärä/Liitteet 57/7
Ohjaaja(t) Tarja Röynä	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, APS-hoitaja Tuija Leinonen	
Tiivistelmä Kipu on aiheena paljon tutkittu ja käsitelty, mutta silti usein sen hoito jää vaillinaiseksi. Tämä siitäkin huolimatta, että kivunhoitomenetelmät ovat aikojen saatossa kehittyneet merkittävästi. Tilanne ei ole vallitseva vain kotimaassamme, vaan kyseessä on tutkimusten mukaan maailmanlaajuinen ongelma. Opinnäytetyö käsitteli kipua ja kivun hoitoa sen vuoksi, että hoitajien tiedoissa, taidoissa ja asenteissa on vaihtelevuutta ja puutteita. Opinnäytetyössä hyödynnettiin kvantitatiivista, eli määrällistä kyselytutkimusta kivunhoidosta hoitajille ja kartoitettiin, mitä he tietävät kivusta ja sen hoitamisesta. Lisäksi selvitettiin, millaisia taitoja ja asenteita hoitajilla on kivun hoitamiseen ja kivun hoitoon liittyen. Kyselytutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitajien tiedot ja taidot kivunhoitoon liittyen olivat kohtalaisen hyvin hallinnassa, vaikka osassa kysymyksiä hajontaa ja virhevastauksia tulikin. Asenteita käsittelevissä vastauksissa näkyi esimerkiksi potilaan ulkoisen olemuksen vaikutus kivunhoidossa käytettävien lääkkeiden annosteluun. Toisaalta taas vastaajat tiedostivat varsin hyvin sen, että potilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija. Jatkossa olisi hyvä selvittää, onko kyselytutkimuksestamme saatuja tietoja pystytty hyödyntämään kivunhoidon kehittämisessä ja onko sillä saatu selvitettyä ongelmakohtia, joihin suunnata hoitohenkilökunnan perehdytystä ja koulutusta. Olisi myös hyvä selvittää onko itse kyselypohjaa tarve muokata ja kehittää, tai mahdollisesti ottaa käyttöön myös paperista vastausvaihtoehto sähköisen kyselyn rinnalle.	
Avainsanat: Kipu, kivun hoito, kipulääkkeet, lääkkeetön kivunhoito	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s)			
Title of Thesis What kind of expertise and attitudes do nurses possess regarding pain management			
Date	06.04.2020	Pages/Appendices	57/7
Supervisor(s) Tarja Röynä			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital, Acute Pain Service nurse Tuija Leinonen			
Abstract Pain itself as a topic has been covered and researched a lot, but its treatment is still often left inadequate despite of pain management procedures having developed significantly. According to studies the problem is worldwide rather than limited to Finland only. This thesis deals with pain and pain management as nurses' knowledge, skills and attitudes regarding them are variable and lacking. A quantitative survey charting nurses' knowledge of pain and pain management was utilized in the making of this thesis. The survey also examined nurses' skills and attitudes regarding pain and pain management. The results of the survey showed that the nurses' knowledge and skills regarding pain management were on a quite good level although there were a few errors and divergence in some answers. The answers regarding attitudes showed the effect of the patient's appearance on the administration of pain medication. On the other hand, the respondents were well aware of the patients' own expertise regarding their pain. In the future it would be useful to find out if the information provided by this survey has been able to benefit the development of pain management and if it has brought up any problem points that need attention when planning staff training. It would also be worthwhile to find out if the survey itself needs to be modified and evolved, and possibly use a paper version of the survey and the e-survey side by side.			
Keywords: Pain, analgesia, analgesics, non-pharmacological analgesia			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	AIEMPI TIETO AIHEESTA	7
2.1	Kansainvälinen tieto aiheesta	7
2.2	Tieto aiheesta Suomessa	8
3	KIVUN MÄÄRITTELY	11
3.1	Kivun eri tyypit	11
3.2	Kivun arviointi ja kipumittarit	12
4	KIVUN LUOKITTELU JA HOITAMINEN	14
4.1	Kivun vaikutukset elimistöön ja peruselintoimintoihin	15
4.2	Lääkkeetön kivunhoito	15
4.3	Lääkkeellinen kivunhoito	16
4.3.1	Kivun hoidossa käytettävät lääkkeet	17
4.3.2	Opioidit kivun hoidossa	18
4.3.3	Ikäihmisten kipulääkitys	20
4.4	Asenteet kivun hoidossa	21
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	22
5.1	Tutkimuksen tarkoitus	22
5.2	Tutkimuksen tavoite	22
5.3	Tutkimuskysymykset	23
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
6.1	Tutkimusmenetelmän esittely	24
6.2	Aineiston keruu	25
6.3	Aineiston analysointi	26
7	TULOKSET	27
7.1	Hoitajien tiedollinen kivunhoidon osaaminen	27
7.2	Hoitajien taidollinen kivunhoidon osaaminen	30
7.3	Hoitajien asenteellinen kivunhoidon osaaminen	30
8	POHDINTA	34
8.1	Tulosten tarkastelu	34
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	38
8.3	Ammatillinen kasvu	39

8.4 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat	41
LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	43
LIITE 1: KYSELYLOMAKE JA VASTAUKSET	50
LIITE 2: SAATEKIRJE	56

1 JOHDANTO

”Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudosaan vaurioon tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudosaan vaurion käsittein” (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2017). Kipua ja kivun hoitoa on tutkittu paljon, mutta vaikka kivusta tiedetään paljon, sitä ei aina osata hoitaa riittävän tehokkaasti. Potilaan huolellinen tutkiminen ja kivun arvioiminen kipumittaria käyttäen kuuluvat osana laadukkaaseen kivun hoitoon. Hoitosuunnitelmasta tulisi löytyä kivun hoidon tavoite, oireen ja syyn mukainen hoito, millaiset hoidot lievittävät kipua, tarpeen mukaiset tukitoimet sekä kuntoutus seuranta-aikatauluineen. (Valvira 2015.) Ongelmallista on se, että kivun hoidon käytännöt ovat moninaiset, kipua ei aina tunnisteta tai osata hoitaa. Myös hoitajien asenteet voivat vaikuttaa kivun laadukkaaseen hoitamiseen. Suomen kipu ry:n (2014) julkaisemassa ”Kivun kasvot -dokumentissa” on haastateltu kroonisesta kivusta kärsiviä potilaita. He kertovat kohdanneensa paljon ennakkoluuloja kipujensa suhteen.

Asianmukainen kivunhoidon teoriatiedon hallinta ja käytännön kivunhoidon osaaminen ovat tärkeitä osa-alueita sairaanhoitajan ammattitaidossa. Tätä ajatusta tukevat jo esimerkiksi sairaanhoitajan eettiset ohjeet, joiden mukaan ”sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen” (Sairaanhoitajaliitto 2014). Kivunhoidosta tarvitaan tietoa, koska lakikin määrittelee, että sairaanhoitaja on myös velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, § 18). Laissa todetaan myös, että ”potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon” (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 3).

Kipu ja sen hoitaminen tai helpottaminen on ollut läsnä kautta aikojen, yksilön maantieteellisestä sijainnista ja kulttuurista riippumatta. Vaikka kivusta ihmiskunta on kärsinyt ammoisista ajoista lähtien, itse kivun hoitaminen on ollut pitkään lapsenkengissä. Opinnäytetyömme aineistoihin perehtyessämme ymmärsimme, että vasta viime aikoina on alettu havahtua siihen, että kivunhoidossakin tärkeintä on kohdata hoidettava ihminen ja kipu kokonaisvaltaisesti.

Vaikka kivun hoitamisen tietotaito paranee hoitajilla sekä Suomessa, että maailmanlaajuisesti koko ajan, ovat erot edelleen suuria. Tämän tiedon valossa opinnäytetyömme tarkoituksena on kyselytutkimuksen avulla kartoittaa millaisia tietoja, taitoja ja asenteita hoitajilla on kipuun ja sen hoitamiseen liittyen. Lisäksi opinnäytetyömme tavoitteena on tarjota APS-hoitajan käyttöön työkalu, jolla kartoittaa hoitajien koulutustarvetta kivunhoidossa ja tehdä kyselypohjasta helposti vastattava.

Opinnäytetyömme tilaajana on Kuopion yliopistollinen sairaala ja tilaajatahon edustajana toimii APS-hoitaja. Opinnäytetyöhön sisältyvä kysely on toteutettu noin 70–90 Pohjois-Savon alueella työskentelevälle hoitajalle kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kyselyssämme käytimme pohjana jo olemassa olevaa kyselytutkimusta ”Knowledge and attitudes survey regarding pain” (Ferrell ja McGaffery 2014) soveltuvien osien.

2 AIEMPI TIETO AIHEESTA

Duodecimin julkaiseman Kipu -kokoelmateoksen esipuheessa todetaan: ”Kivun hoito vaihtelee Suomessa parhaasta kansainvälisestä tasosta olemattomaan” (Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen ja Vainio 2018, 5). Tämän suuntaisia tuloksia ovat antaneet myös ulkomaiset tutkimukset hoitajien kivunhoidon osaamisesta. Huomasimmekin, että sekä suomalaiset että ulkomaiset tutkimukset olivat suurelta osin tuloksiltaan varsin yhteneviä.

Aiempaa tietoa aiheesta on varsinkin ulkomailla toteutettujen tutkimusten ja julkaisujen muodossa paljon. Toisaalta nämä tutkimukset ovat olleet otannaltaan kohtalaisen suppeita. Näiden aiempien aineistojen havaintoja tukeville tutkimuksille onkin edelleen tarve, jotta kivunhoidon ongelmakohtia voidaan kehittää.

2.1 Kansainvälinen tieto aiheesta

Kansainvälisiä artikkeleita ja tutkimuksia kivusta ja sen hoidosta, kuten myös hoidon ongelmista, löytyy useita. Pain Management Nursing -lehti on julkaissut vuonna 2014 artikkelin ”Improving Knowledge, Assessment, and Attitudes Related to Pain Management: Evaluation of an Intervention”. Kyseessä oli kliininen tutkimus, jonka tarkoituksena oli arvioida akuutin kivun hoitoon liittyvän koulutustoiminnan onnistumista hoitajien keskuudessa. Tutkimuksessa selvisi, että jopa 20% hoitajista vastasi väärin kuuteen kahdestakymmenestä yhdestä kivunhoitoon liittyvästä kysymyksestä, riippumatta siitä, oliko kysymykset esitetty ennen vai jälkeen koulutuksen. Tämän johdosta järjestelmään tehtiin isoja muutoksia, esimerkiksi perustettiin kivunohjauskomitea. Kuitenkin haasteita on edelleen kivun tunnistamisessa ja kivunhoidon hallinnassa. (Pain Management Nursing 2014.) Tutkimusten perusteella tätä voidaan pitää yleismaailmallisena ilmiönä.

Opioideja käytetään tiettyjen kipujen hoidossa maailmanlaajuisesti ja niistä johtuvat ongelmat, kuten opioidiriippuvuus, ovat tutkimusten mukaan yleisiä ongelmia. The New England Journal of Medicinen julkaisu ”Opioid abuse in chronic pain – Misconceptions and Mitigation Strategies” kuvaa tilannetta Yhdysvalloissa. Opioidien tehokkuus akuutin kivun hoidossa ja kroonisissa kiputiloissa on johtanut siihen, että niistä johtuvien haittojen, kuten opioidiriippuvuuden ja yliannostusten lisääntyminen on kasvanut. Tämä on herättänyt myös lääkäreissä kysymyksiä ja epävarmuutta siitä, millaisissa tilanteissa opioidien määräämisestä on oikeasti hyötyä. Artikkelin mukaan 30% amerikkalaisista kärsii joko akuuteista tai kroonisista kiputiloista ja iso osa huumeiden aiheuttamista kuolemista johtuu opioidien väärinkäytöstä. Tutkimuksen loppupäätelmänä on se, että ongelmana on opioidien liian leväperäinen määrääminen lääkärien taholta ja se, että lääkäreillä ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa muista kivunhoidon keinoista. Lääketieteellisissä opinnoissa ei yksinkertaisesti tarjota riittävästi koulutusta kivunhoitoon. (The New England Journal of Medicine 2016.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa vuonna 2010 on selvitetty, että kroonisesta kivusta kärsii vähintään 116 miljoonaa aikuista Yhdysvaltojen sisällä (Institute of Medicine 2011, 1). Kivusta välittömästi ja välillisesti johtuvat kulut ylittävät vuosittain sydänsairauksista (309 miljardia Yhdysvaltain dollaria), syöpätaudeista (243 miljardia Yhdysvaltain dollaria) ja diabeteksestä (188 miljardia Yhdysvaltain dollaria) johtuvat hoitokulut. Tämä summa on lähes 30 prosenttia suurempi kuin syöpätautien ja diabeteksen hoitoihin yhteensä kuluva raha, eli noin 560-635 miljardia Yhdysvaltain dollaria. (Institute of Medicine 2011, 303.) Lisäksi Saudi-Arabiassa tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että hoitamaton kipu on maailmanlaajuinen ongelma terveydenhuollossa tarpeettomine komplikaatioineen ja lisääntyneine kustannuksineen (Almazroo, Bucknall, Eid ja Manias 2014, 25). Eettisten näkökulmien lisäksi on siis kyse myös suurista taloudellisista tunnusluvuista.

Jordaniassa on toteutettu tutkimus "Pain management in Jordan: Nursing students' knowledge and attitude". Tutkimuksessa tutkittiin jordanialaisten hoitotyön opiskelijoiden tietoutta ja asennetta kivusta ja kivun hoidosta. Oikein vastanneiden prosentuaalinen osuus vaihteli kysymyskohtaisesti 11,1–64 prosentin välillä, josta voisi päätellä, että kivun hoitoon liittyvää opetusta tulisi ainakin kyseisessä valtiossa tehostaa. (Al Khalaileh ja Al Qadire 2013, 1234.) Italiassa sairaanhoitajille toteutetusta tutkimuksesta "Attitude and Knowledge of Pain Management Among Italian Nurses in Hospital" tutkittiin hoitajien tietoutta ja asennetta kivusta ja kivun hoidosta. Tutkimuksessa käy ilmi, ettei kivunhoidon osaaminen ole aukotonta. (Latina ym. 2015, 1.) Tätä näkemystä tukee myös Schreiber ym. 2014, tekemä tutkimus "Improving knowledge, assessment, and attitudes related to pain management: Evaluation on an intervention". Tutkimusten perusteella voimme tehdä johtopäätöksen, että kipu ja kivun asianmukainen hoitaminen ovat maailmanlaajuisia ongelmia.

2.2 Tieto aiheesta Suomessa

Suomessa kipu liittyy jollain tapaa melkein puoleen terveystieteiden tutkimuskeskustelututkimuksista. Suomessa toteutetun väestötutkimuksen perusteella noin yli kolmannes aikuisväestöstä oli kokenut vähintään kolmen kuukauden ajan kestävästä kipua. Päivittäistä kroonista kipua oli kokenut 14 prosenttia väestöstä. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2017.)

Kroonisen kivun aiheuttaja on suurimmassa osassa tapauksia jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus. Yli 30-vuotiaista suomalaisista kolme neljästä on kokenut vähintään yhden selkäkipujakson, ja puolella väestöstä on ollut niitä yli viisi. Viimeisen kuukauden aikana selkäkipua oli ollut joka kolmannella aikuisella. Muita yleisiä kivun muotoja ovat Suomessa esimerkiksi iskiaskipu, neuropaattinen kipu, vatsakivut sekä fibromyalgia. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2017.)

Vuonna 2013 oli kivusta jollain tapaa johtuvia sairauspäivärahopäiviä Suomessa noin 9 miljoonaa. Näistä koituvat päivärahakustannukset olivat suuruusluokaltaan noin 528,7 miljoonaa euroa. Työkyvyttömyyseläkkeisiin liittyvät kustannukset puolestaan olivat samana vuonna reilusti yli miljardin euron luokkaa. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2017.)

Suomessa kivusta ja kivun hoidosta on tehty paljon väitöskirjoja, Pro gradu -tutkielmia sekä opin-
näytetöitä. Tarja Westerlundin tekemä väitöskirja "Thermal, circulatory, and neuromuscular respon-
ses to wholebody cryotherapy" vuodelta 2009 tutki huippukylmähoidon olevan turvallinen ja hyvä
hoitomuoto. Huippukylmähoidon todettiin lievittävän perusterveen henkilön tulehdus- ja kiputiloja
turvallisesti. Tutkimuksessa verrattiin myös avantouinnin positiivisia terveysvaikutuksia kivun hoidon
suhteen. Pekka Vartiainen väitöskirja "Health-related quality of life in patients with chronic pain"
vuodelta 2018 toteaa kivun heikentävän terveyttä ja toimintakykyä. Väitöskirjassa todetaan myös
kipuun liittyvän psykososiaalisia ongelmia. Moniammatillinen kivunhoito todetaan olevan tehokkain
kivun hoitomenetelmä nykytiedon valossa.

Pro gradu -tutkielma "Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä"
(Formisto 2017) pyrki kuvaamaan henkilökunnan käsityksiä kipumittarin käyttöön vaikuttavista teki-
jistä iho- ja keuhkosairauksien sekä sisätautien vuodeosastolla. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata
henkilökunnan käsityksiä kivun arvioinnin kehittämistä edistävästä tekijöistä. Tavoitteena oli tuottaa
kivun arvioinnin nykytilanteesta tietoa, jota voidaan käyttää kivun arvioinnin kehittämisessä. Tutki-
muksessa selvisi, että kohteena olevassa laitoksessa potilaan saama kivunhoito ei ollut aina laadu-
kasta tai suosituksiin pohjautuvaa. Kipumittarit olivat kyllä käytössä, mutta itse kivun arvioinnissa
potilailla ja myös arvioinnin kirjaamisissa oli puutteita. (Formisto 2017, 2.)

Spesifinen lähestymistapa kivunhoitoon on myös Pro gradu -tutkielmassa "Leikkauksen jälkeisen ki-
vun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitetuilla potilailla" (Grommi 2015). Tutkimus keskittyi
selvittämään, miten alaraajaohitettujen potilaiden kipua, kivun hoitoa ja prosessimallista kirjaamista
toteutettiin. Tutkimuksessa perehdyttiin kahden eri keskussairaalan sähköisiin potilasasiakirjoihin ja
sen johtopäätöksenä voitiin todeta, että kirjaamista tulisi kehittää sekä kivun arvioinnissa, että sen
hoidossa. (Grommi 2015, 2.) Tätä päätelmää tukee myös Turun ammattikorkeakoulussa Pekka Hed-
manin ja Minna Hännisen vuonna 2010 tekemä opinnäytetyö "Hyvä kivun hoitotyön kirjaaminen".
Kyseinen opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka pohjalta on tehty opas hyvistä kivunhoidon käy-
tänneistä kirjaamisesta. Kipua tulisi kirjata tarkasti, sillä se on perustana yksilölliselle ja laadukkaalle
kivunhoidolle. Kirjaamisen ja kivun hoitamisen pohjana toimii hoitajan riittävä tieto kivusta ja sen
hoitamisesta. Kipua tulisi arvioida säännöllisesti ja arvioinnin tulokset sekä kivunhoitomenetelmät
kirjata potilastietoihin. (Hedman ja Hänninen 2010, 2.)

Pro gradu -tutkielmassa "Sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla"
(Pätäri 2014) perehdyttiin siihen, mitä ominaisuuksia ja taitoja sekä tietoja päivystyspoliklinikalla
työskentelevä sairaanhoitaja tarvitsee kohdatessaan aikuisen kipupotilaan. Tavoitteena oli tuottaa
kuvailevaa tietoa sairaanhoitajien käsityksistä akuutin kivun hoidosta näillä poliklinikoilla. Kivun on-
nistuneen hoitamisen avaintekijänä on kivun arvioinnin toteutuminen ja potilaan omien tuntemusten
huomiointi. Haasteiksi oli nostettu muista kulttuureista tulevat potilaat, päihdekäyttäjät ja muistisai-
raat, samoin esimerkiksi ruuhkatilanteet ja pula hoitohenkilökunnassa. (Pätäri 2014, 2.)

Savonia-ammattikorkeakoulussa tehdyn opinnäytetyön "Kivunhoito-oppaan laatiminen hoitotyönteki-
jölle" (Alamursula 2013) tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa lähdemateriaalin pohjalta luotettava

opas kivunhoidon menetelmistä hoitotyön tekijöille. Työn tavoitteena oli lisätä tietämystä kivusta ja kivunhoidon menetelmistä. Tavoitteena oli lisäksi luoda teoriapohjaa apuna käyttäen yleiskuva kivusta ja tuottaa luotettava opas, jota hoitohenkilökunta voi käyttää hyödykseen ja hoitotyöntekijöiden perehdytykseen. (Alamursula 2013, 2.)

Centria-ammattikorkeakoulussa Borenin ja Nuoralan vuonna 2015 tekemä kvalitatiivinen opinnäytetyö ”Kipu, se on kuitenkin aina läsnä” käsitteli moniammatillisen kiputiimin asiakkaiden kokemuksia kivun hoidosta ja menettelytavoista arjessa selviytymiseen. Yleisesti tuloksissa ilmeni, että asiakkaat olivat olleet tyytyväisiä kiputiimin toimintaan. Tutkimuksen tavoitteena oli, että siitä saatuja tuloksia hyödynnetään Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kiputiimin toiminnan kehittämisessä. (Boren ja Nuorala 2015, 2.)

Edellä mainituista aineistoista voidaan todeta, että kokonaisvaltainen kivunhoito on moniulotteinen ja haasteellinen kokonaisuus. Suomessa tuotettu tutkimustieto keskittyy kuitenkin spesifisti johonkin seikkaan ja vähemmän kivunhoidossa yleisesti esiintyvien puutteiden mittaamiseen ja jaotteluun. Yhteenvedona näiden tutkimusten perusteella kivunhoidon osaamisessa on vaihtelevuutta ja myös kehittämistarpeita.

3 KIVUN MÄÄRITTELY

Yksi tärkeimmistä tutkimushavainnoista on kipukokemuksen omakohtaisuus ja yksilöllisyys. Jokainen aistii, kokee, ymmärtää ja tulkitsee kipua omalla tavallaan. Jokaisella meillä on oma kipukynnyksemme, kiputuntemuksemme ja kivunsietokykymme. Kipukynnys määrittelee rajan, jonka ylittävä ärsytys tuntuu kivuliaalta (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala ja Vuorinen 2015, 84). Tämä kivulle ominainen yksilöllisyys asettaa haasteita hoidon suhteen. Toisaalta se tarjoaa paljon mahdollisuuksia, sillä jokaiselle on löydettävissä omat, juuri hänelle sopivat ja toimivat kivunhallintakeinot. (Miranda 2016, 8.)

Filosofisella tasolla keskeistä lääkärin ja potilaan kohtaamisessa on se, millaiset edellytykset ihmisellä on ymmärtää toisen ihmisen kokemaa kärsimystä ja kipua. Muun muassa kielifilosofi Ludwig Wittgenstein on pohtinut tätä omakohtaisten kokemusten kautta ja tullut siihen päätelmään, että ymmärtääkseen mitä kipu on, siitä pitää olla ensin omakohtaista kokemusta. Toki tiettyjen kivun ulospäin näkyvien signaalien, kuten kasvonilmeiden tai ääntelyn tunnistaminen on osaksi tiedostamatonta aivotoimintaa ja signaalien lisäksi kivun aiheuttajia voidaan ymmärtää, mutta itse kivulle ei ole olemassa luonnostaan ymmärtämisen edellytyksiä. (Vainio 2018, 25–27).

Vaikka kipu määritellään helposti negatiiviseksi kokemukseksi, on sillä myös tärkeä biologinen merkitys. Ensinnäkin aistimalla kipua elimistö saa varoituksen uhkaavasta kudosvauriosta ja pystyy näin muodostamaan toimintoja, joilla pyritään ehkäisemään kudosvaurion syntymistä. Esimerkkinä tästä käden vetäminen pois kuumalta liedeltä. Lisäksi kun kipu toisessa vaiheessa on syvää ja laajenee, on se suojamekanismi, joka mahdollistaa kudosvaurion paranemisen. Harva meistä lähtee liikkeelle nyrjähtäneellä nilkalla ja kivun tarkoitus on juuri pitää raaja levossa, mahdollistaen näin paranemisen. Kipu on myös se syy, minkä vuoksi usein lähdetään lääkärin tutkimuksiin ja viimeisenä merkityksenä akuutti kipu opettaa jatkossa välttämään vahingollisia toimintoja. Kukaan tuskin lyö itseään kahta kertaa vapaaehtoisesti vasaralla sormeen. (Kalso, Elomaa ja Granström 2018, 108–109.)

3.1 Kivun eri tyypit

Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein. Kipu voi olla lyhytaikainen eli akuutti tai pitkäaikainen eli krooninen.” (Vainio 2018, 18.) Yleensä mikä tahansa ihmisen kokema kipu on yhteydessä hermostoon, lihaksiin ja jänteisiin sekä luihin, niveliin ja rustokudokseen (Vad 2012, 16).

Fyysinen kipu aiheutuu kudosvauriosta, elimistön sisäisen tai ulkoisen tekijän aiheuttamana. ”Kudosvaurion aiheuttama kipuärsyke johtaa sarjaan sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia, joiden lopputulos on kivun aistiminen ja kokeminen”. Fyysisen kivun aistimisen voimakkuus riippuu kudosvaurion kohteena olevan kudoksen sisältämistä noiseseptoreista, eli hermopäätteistä. (Kalso, Kontinen 2018, 56–58.)

Psyykkinen kipu liittyy siihen, että krooninen kipu lisää potilaan psykiatrasta sairastavuutta ja aiheuttaa muuta väestöä enemmän mielialamuutoksia. Myöskin geneettisesti masennuksella ja kroonisella kivulla on yhteistä taustaa. Lisäksi kannattaa huomioida, että kipuaistimuksen käsittely tapahtuu osittain samoilla aivojen alueilla, missä käsitellään tunteita. Esimerkkinä elimellisoireinen mielenterveyden häiriö (ICD- diagnosoisiryhmä F45), jossa kipu on usein yhtenä ja joskus myös ainoana potilaan kokemana oireena. (Karlsson 2018, 260–261.)

Krooninen kipu määritellään kivuksi, joka kestää pidempään kuin 3-6 kuukautta. Usein krooninen kipu aiheutuu puutteellisesti hoidetusta akuutista kivusta. Mikäli vamman aiheuttama kipu hoidetaan riittävän nopeasti ja tehokkaasti, kipu ei yleensä muutu krooniseksi. Jos kipu puolestaan jatkuu vamman normaalin paranemisajan jälkeen, hermoston kipujärjestelmän toiminnassa tapahtuu muutoksia ja kipu kroonistuu. Kroonista kipua voi aiheuttaa myös jokin sairaus, kuten nivelrikko, krooninen Lyme tauti eli borrelioosi, tai hermon vaurioituminen leikkauksessa. (Vad 2012, 20–21.)

Akuutti kipu tarkoittaa äskettäin alkanutta kipua, joka usein johtuu vammasta tai sairaudesta. Samalla akuutti kipu on hälytysmerkki ja jos kivun syytä ei tunneta, hyvä ja asianmukainen tutkimus on aiheellinen. (Hamunen, Karlsson, Vainio 2018, 129.) Akuuttia kipua voi esiintyä myös ilman selkeää loukkaantumista esimerkiksi ylensyönnistä aiheutuvana vatsakipuna tai krapulasta johtuvana päänsärkynä. (Burch 2012, 40.) Kroonisen –ja akuutin kivun välimuotona on subakuutti kipu, jonka kesto on 2–3 kuukautta. Mikäli kipu pitkittyy, se voi altistaa myös kivun kroonistumiselle. (Hamunen, Karlsson ja Vainio 2018, 129).

Kokonaisvaltainen kivunhoito ottaa huomioon myös kipupotilaan kulttuuritaustan, koska suhtautuminen kipuun on kulttuurisidonnaista. Tässä voidaan käyttää käsitettä kulttuurinen kipu. Tämä korostuu nykypäivänä myös Suomessa, koska monikulttuurisuus on lisääntynyt huomattavasti taannoisiin vuosikymmeniin verrattuna. Tällöin esimerkiksi sairaanhoitajalta vaaditaan erilaisuuden hyväksymistä, ihmisarvon kunnioittamista ja herkkyyttä tunnistaa potilaan kulttuuritaustasta nousevat tekijät suhteessa kivunhoitoon. (Vainio 2018, 31-34.)

3.2 Kivun arviointi ja kipumittarit

Kivun arvioinnin apuna on mahdollista käyttää erilaisia kipumittareita ja arviointiasteikkoja, haastatteluja sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. Arvioinnin yksityiskohdat ja käytettävät mittarit riippuvat potilaasta ja hänen kiputilanteestaan. Samalla henkilöllä tulisi käyttää kuitenkin aina samaa asteikkoa koko hoitojakson ajan. Kipua arvioidessa selvitetään seuraavia asioita: Kivun sijainti. Milloin kipu alkoi? Millaista kipu on? Milloin kipu tuntuu, onko sarjoittaista vai satunnaista? Onko samanaikaisesti yksi vai useampi kipu? Tuntuuko kipu levossa, liikkeessä vai rasituksen jälkeen? Kuinka voimakasta kipu on? Mikä pahentaa ja mikä helpottaa kipua? Auttavatko kipulääkkeet? Minkä verran lääkettä potilas tarvitse ja kuinka pitkäksi aikaa lääke auttaa? Vaikuttaako kipu arkipäiväisiin askareisiin, miten? Kipua arvioidessa hoitajan tulee havainnoida myös potilaan kehonkieltä, ilmeitä ja eleitä. (Terveyskylä 2019; Rautava-Nurmi ym. 2015, 89).

Terveyskylän (2019) mukaan yleisimmin kivun arviointiin käytetään seuraavia asteikoita: NRS (numeric rating scale), kipua arvioidaan numeroiden avulla, 0 (ei lainkaan kipua) – 10 (pahin mahdollinen kipu). VAS (visual analogue scale) kipujana, toinen pääty kuvaa kivuttomuutta ja toinen pääty pahinta mahdollista kipua. VRS (verbal rating scale), puhumalla kertominen, ei kipua- lievä kipu- kohtalainen kipu- kova kipu- sietämätön kipu. Lasten, muistisairaiden ja muiden erityisryhmien kohdalla apuna voi käyttää piirtämistä tai kasvokuvia.

4 KIVUN LUOKITTELU JA HOITAMINEN

Riippumatta siitä, mistä kipu johtuu, sen hyvä ja tehokas hoitaminen edellyttää tietämystä anatomiasta ja peruselintoiminnoista sekä diagnostiikkaa ja spesifisiä hoitoja. Tästä syystä kivulle tarvitaan selkeät diagnostiset kriteerit ja luokittelut. Kipua voidaan luokitella useilla eri tavoilla, esimerkiksi kivun keston tai ajallisen luonteen ja kivun sijainnin mukaisesti. Luokittelu voidaan tehdä elinjärjestelmän perusteella, tai käyttää luokittelussa patofysiologista mekanismeja. (Hamunen, Karlsson, Vainio 2018, 128–129). Duodecimin (2019a) mukaan patofysiologia tarkoittaa oppia sairaan elimistön toiminnasta ja häiriöiden synnystä. Muita yleisesti käytössä olevia luokittelumenetelmiä ovat myös luokittelut aiheuttajan, voimakkuuden ja sen aiheuttaman toiminnallisen haitan perusteella (Hamunen, Karlsson, Vainio 2018, 129).

Krooninen kipu vaikuttaa negatiivisesti potilaan terveyteen sekä fyysisiin ja kognitiivisiin toimintoihin. Siitä voi myös aiheutua huomattavia psykososiaalisia ongelmia. (Vartiainen 2018, 6.) Krooninen kipu on maailmanlaajuisesti yleinen ongelma. Arviolta viidesosa maailman väestöstä kärsii jonkinasteisesta kroonisesta kivusta, ja se on syynä noin kahteen kolmannekseen kaikista lääkärikäynneistä. Tulevaisuudessa näiden ongelmien odotetaan edelleen lisääntyvän ikääntyvän väestön kasvusta johtuen. (Ojala 2015, 13.)

Laajassa eurooppalaisessa kipututkimuksessa, jossa myös Suomi oli mukana, osoitettiin että kolmannes tutkimukseen osallistuneista jäi ilman hoitoa ja 40 prosentin kohdalla kivunhoito oli riittämätöntä. Huolestuttavaa on, että vain kaksi prosenttia oli päässyt kivunhoitoon erikoistuneen ammattilaisen hoidettavaksi. Suomalaisen tutkimuksen mukaan kipupoliklinikoilla voitaisiin parhaimmillaan auttaa puolta kroonisesta kivusta kärsivistä, mutta nykyisellään kolmanneksen kohdalla käy päinvastoin. (Ojala 2015, 85.) Kivun vakavasti ottamisessa ja asianmukaisessa hoidossa on siis paitsi maailmanlaajuisesti, myös suomalaisittain kehittämisen varaa.

Kivun hoitaminen perustuu potilaan kokonaistilanteen huolelliseen arviointiin. Hoitosuunnitelma laaditaan yksilöllisesti perustuen perusteellisiin kliinisiin tutkimuksiin ja kipua hoidetaan syyn mukaisesti. Hoidon tavoitteena on oireiden lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun paraneminen. Ensijaisina vaihtoehtoina ovat lääkkeettömät kivun hoitomenetelmät. Lääkkeettömän hoidon tukena käytetään tarvittaessa lääkehoitoa. Kipupotilaan hoidon ohjauksessa on tärkeää, että ammattilaisten antamat tiedot ja ohjeet potilaalle ovat yhdenmukaisia. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017.)

Tärkeimpiä asioita kivun hoitamisessa on hyvä hoitosuhde. Kannattaa muistaa, että kipua tunteva potilas on kokemansa kivun paras asiantuntija ja on ainut, joka tietää miltä kipu käytännössä tuntuu. Lääkäri ja hoitaja ovat kivun arvioimisessa toissijaisessa asemassa. Hyvässä hoitosuhteessa potilaan ja häntä hoitavan hoitohenkilökunnan keskinäinen viestintä toimii ja potilas pystyy tuomaan kiputuntemuksensa esiin. Samalla kuitenkin hoitohenkilökunnan tehtävä potilaan kiputuntemusten selvittämisestä toteutuu. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja hänen oikeutensa

saada hyvää kivunhoitoa ovat asioita, jotka hoitohenkilökunnan pitää aina muistaa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 87–89.)

4.1 Kivun vaikutukset elimistöön ja peruselintoimintoihin

Peruselintoimintoihin luetaan kehon lämpö, pulssi, hengitystaajuus, verenpaine sekä happisaturaatio. Kipu on näiden voimakas stimuloija. (Swift 2018). Nykytiedon valossa ei ole vielä tarpeeksi tutkimusnäyttöä tukemaan fysiologisten markkereiden käyttöä objektiivisina kipumittareina (Cowen, Stasiowska, Laycock ja Bantel 2015, 840).

Kipu saa aikaan hormonaalisen vasteen mantelitimakkeessa, joka käskee hypotalamusta tuottamaan kortikotropiinia vapauttavaa hormonia (ACTH-RH/CRH). Tämä taas saa aikaan aivolisäkkeen etulohkossa sympaattisen hermoston ja ”fight or flight”-reaktion aktivaation sekä stimuloi kortikotropiinin (ACTH), kortisolin ja glukagonin eritystä, joista seurauksena on verensokerin nousu, lipolyysi, vähävirtaisuus sekä proteiinien hajoaminen. Sympaattinen hermosto stimuloi myös lisämunuaisydintä, joka aikaansaa adrenaliinin ja noradrenaliinin erityksen lisääntymisen. (Rautiainen 2002; Swift 2018.)

Yllä mainittu tapahtumaketju vaikuttaa edellä lueteltuihin elintoimintoihin monella tapaa. Periferian lämpötila laskee verenkierron keskittyessä kehon tärkeisiin alueisiin, syketaajuus voi nousta jopa takykardiaksi ja tästä johtuvasta sydämen hapenkulutuksen kasvusta johtuen hengitystaajuus tiheenee ja verenpaine nousee (Rautiainen 2002; Swift 2018). Kivun fysiologisiin vaikutuksiin lukeutuvat myös ruoansulatuskanavan ja virtsateiden toiminnan muutokset kuten eritteiden määrän lisääntyminen ja pH:n lasku, sileiden sulkijalihasten tonuksen kasvu, suolilama ja tästä johtuva vatsalaukun tyhjentymisen hidastuminen sekä virtsaretentio. Muihin kivun fysiologisiin vaikutuksiin kuuluvat myös unihäiriöt, erilaiset psyykevaikutukset sekä lihasspasmit, jotka edelleen lisäävät kipua muodostaen noidankehän. (Rautiainen 2002.)

4.2 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömät hoidot ovat kivunhoidon perusta ja niitä tulee käyttää aina, kun se on mahdollista joko omana itsenäisenä hoitona tai lääkehoitoa tukevana hoitona. Sairaanhoidajalla on käytössään erilaisia kivun lääkkeettömiä hoitomenetelmiä, kuten kylmä- tai lämpöhoito ja liikunta. Lisäksi usein jo pelkkä kosketus, kuuntelu ja aito läsnäolo helpottaa potilaan tai asiakkaan kipua ja poistaa ahdistusta.

Fysioterapeutti voi toteuttaa asiakkaan kanssa terapeutista harjoittelua, jossa erilaisin toiminnallisin menetelmin vaikutetaan asiakkaan toimintakykyyn kohentavasti erilaisten yksilöllisten harjoitteiden avulla. Terapeuttisella harjoittelulla on havaittu olevan vaikutusta erityisesti niska- ja alaseläkivun, polvi- ja lonkkanivelkivun, sekä nivelreuman hoidossa. Fysioterapeutti voi antaa myös manuaalista terapiaa, joka hieronnan, nivelten mobilisaation ja manipulaation avulla poistaa toimintarajoitteita. (Pohjolainen 2018, 242–246.)

Lisäksi kivunhoidon lääkkeettömissä hoitokeinoissa on käytössä erilaiset fysikaaliset terapiat, kuten termiset hoidot (pinta- ja syvälämpöhoidot tai kylmähoidot), sähköhoidot ja akupunktio. Näitä hoitoja voidaan käyttää itsenäisenä hoitona, tai tukihoidona jollekin toiselle hoitomuodolle. Fysikaalinen terapia tarkoittaa, että siinä hyödynnetään mekaanisen energian, lämmön, sähköä, valon ja muiden fysikaalisten menetelmien apua kivun hoidossa. (Pohjolainen 2018, 246–251.)

Musiikille ja kivulle on yhteistä se, että jokainen kokee ne yksilöllisesti. Musiikkia on käytetty terapia-muotona ja sairauksien hoidossa vuosikymmenten ajan ja erityisesti psykiatristen potilaiden hoidossa musiikin käyttö on verraten yleistä myös Suomessa. Musiikilla on todettu tutkimuksissa olevan kipua lievittävä vaikutus ja itse teho on varioinut tutkimuksesta riippuen hyvin lievästä vaikutuksesta yli 50-prosenttiseen kivunlievitykseen. Musiikin kipua lievittävän vaikutuksen on ajateltu johtuvan siitä, että se vähentää sairauden stressivaikutuksia ja aktivoi hermoverkostoa molemmilla aivopuoliskoilla, lisä-ten samalla aivojen verenkiertoa. Lisäksi musiikki vaikuttaa aivojen mielihyvakeskukseen. (Vainio 2018, 45–47.)

Lääkkeettömistä kivunhoidoista yleisesti käytössä ovat nykyisin myös erilaiset stimulaatiomenetelmät. Stimulaatiomenetelmistä yleisimmin käytössä on transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio (TENS), selkäytimen stimulaatio (SCS), motorisen aivokuoren sähköinen stimulaatio (MCS), transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) ja transkraniaalinen tasavirtastimulaatio (t-DCS). Varsinkin keskushermostoon vaikuttavat sähköiset stimulaatiomenetelmät, kuten selkäytimen ja motorisen aivokuoren sähköinen stimulaatio edellyttävät huolellista ja tarkkaa potilasvalintaa ja kokemusta hoito-henkilökunnalta, koska ne ovat kajoavia ja kalliita hoitomenetelmiä. (Haanpää, Pohjolainen, Jääskeläinen 2018, 231–240.)

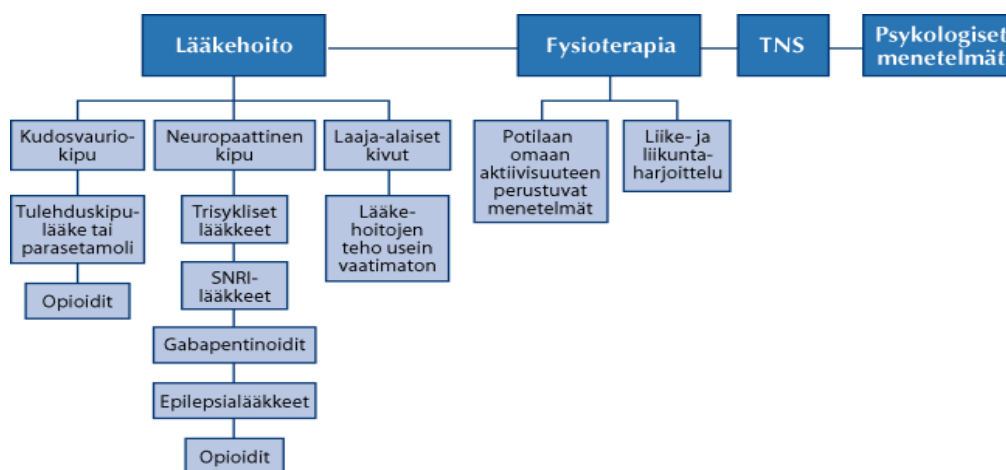
Psykologinen hoito tulee suunnitella yksilöllisesti jokaisen potilaan tilanteeseen sopivasti. Psykologisen hoidon tarkoituksena on pyrkiä vaikuttamaan siihen, miten potilas kokee kipunsa, millaista hänen kipukäyttäytymisensä on ja miten hän kipuunsa suhtautuu. Tarkoituksena ei siis yleensä ole poistaa kipua, vaan auttaa potilasta tulemaan toimeen sen kanssa. Tämä tapahtuu pyrkimällä muuttamaan potilaan ajattelutapaa ja tällä tavoin myös käyttäytymistä ja tunnereaktioita kipua kohtaan, sekä kehittämällä rentoutumistaitoja. Menetelmiä ovat kognitiivis—behavioraalinen lähestymistapa (CBT), rentoutus ja hypnoosi, mindfulness, kivun hyväksymiseen liittyvä harjoittelu, psykoterapia ja kipuryhmät. (Elomaa ja Sipilä 2018, 253–258.)

4.3 Lääkkeellinen kivunhoito

Lääkkeillä on tärkeä asema kivun lievityksessä. Lääkehoidon ensisijaisia tavoitteita ovat toimintakyvyn ja elämänlaadun paraneminen. Erityisesti pitkäaikaisen kivun hoidossa lääkkeet ovat yleensä osa muuta kivun hoidon kokonaisuutta. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2017.) WHO suosittaa kivunhoidossa noudatettavaksi porrasteista hoitoa (KUVIO 1). Tämä perustuu kivun lääkkeelliseen hoitamiseen sen intensiteetin mukaan, miedoista särkylääkkeistä vahvoihin opioideihin. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 88.)

Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti, potilaan kokonaistilanne huomioiden. (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2017.) Onnistunut lääkehoito koostuu oikeasta lääkkeestä oikealla annostuksella ja lääkkeiden ottovälin on oltava säännöllinen. Kivun lääkehoitoon kuuluu myös lääkityksen vasteen seuranta, unohtamatta mahdollisia haittavaikutuksia. Lääkemuoto sekä antotapa valikoituvat kivun mekanismin ja voimakkuuden mukaan. (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 309, 566–579.)

Kipulääkkeitä voidaan antaa luonnollista reittiä ruoansulatuskanavan kautta eli enteraalista antotapaa käyttäen, tai parenteraalisesti ruoansulatuskanavan ohi. Enteraalista antotapaa käyttäen lääke voidaan annostella suun kautta eli per os (p.o), suuonteloon eli intra oris tai peräsuoleen eli per rectum. Parenteraalisesti kipulääke voidaan antaa injektiona ihon sisään eli intradermaalisesti (i.d), ihon alle eli subkutaanisesti (s.c), lihakseen eli intramuskulaarisesti (i.m). Injektioita voidaan antaa myös intravaskulaarisesti; laskimoon eli intravenoosisesti (i.v) tai valtimoon eli intra-arteriaalisesti (i.a). Lisäksi voidaan käyttää transdermaalista eli ihon kautta annostelua, kuten laastareita tai kipuvoiteita, sekä nasaalista eli nenäonteloon annostelua, kuten suihkeita. Antotavat voidaan luokitella myös ei kajoaviin eli noninvasiivisiin tai kajoaviin eli invasiivisiin. (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 193–226.)



KUVIO 1. Kivun hoidon periaatteet (Heino, Larkovuo, Luokkakallio, Peltola ja Schmandt s.a.)

4.3.1 Kivun hoidossa käytettävät lääkkeet

Tulehduskipulääkkeet soveltuvat akuutin leikkauksen ja vamman jälkeisen kivun sekä luu- ja lihaskudoksen kivun ja tulehduksellisten kiputilojen lievitykseen. Opioideja käytetään, jos muiden kipulääkkeiden teho ei ole riittävä. Hermovauriokivun tehokkaimpia lääkkeitä ovat trisykliset ja kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet, sekä epilepsian hoidossa käytettävät lääkkeet (Na⁺-kanavan salpaajat ja gabapentinoideit).

Tulehduskipulääkkeet (NSAID; non-steroidal anti-inflammatory analgesics) ovat steroideihin kuulumattomia analgeetteja. Tulehduskipulääkkeet ovat monilla mittareilla eniten käytettyjä lääkkeitä, mutta niillä on myös useita haitta- ja yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, varsinkin pitkäaikaisessa käytössä. Tämän vuoksi tulehduskipulääkkeitä tulisi käyttää mahdollisimman pienellä, mutta tehokkaalla annoksella ja mahdollisimman lyhyen aikaa. Tulehduskipulääkkeitä käytetään esimerkiksi

leikkausten- ja vammojen jälkeisissä kiputiloissa, tulehdustiloissa, syöpäkipuissa, migreenin hoidossa ja kuukautiskivuissa. Tulehduskipulääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat muun muassa mahavaivat, keskushermosto-oireet, ripuli, munuais- ja maksavauriot, allergiset reaktiot, sekä veren kuvan muutokset. Yhteisvaikutuksista voidaan mainita verenvuodon suurenemisen riski yhdessä antikoagulanttien kanssa ja verenpainelääkkeiden tehon heikentäminen. (Kalso 2018, 177–182.)

Ibuprofeeni on yleisesti käytössä olevista tulehduskipulääkkeistä vähiten haittavaikutuksia aiheuttava. Lisäksi ibuprofeenin on osoitettu lisäävän merkittävästi vahvojen opioidien tehoa ja vähentävän niiden tarvetta syöpäkipun hoidossa. Ibuprofeenin annostus on 200-800mg 3-4 kertaa vuorokaudessa. (Kalso 2018, 184.)

Parasetamoli on kipulääke, mutta sitä ei kuitenkaan lueta tulehduskipulääkkeisiin, vaan se muodostaa oman sentraalisesti vaikuttavien analgeettien ryhmän. Suurin ero tulehduskipulääkkeisiin on siinä, että parasetamolin anti-inflammatorinen (tulehdusta ehkäisevä tai lievittävä) vaikutus on heikko. Lisäksi parasetamoli ei vaikuta verihiutaleiden aggregoitumiseen tai ärsytää mahaan. Kuitenkin suurina annoksia ja jatkuvasti käytettynä parasetamoli saattaa ärsyttää mahan limakalvoa. Muita haittavaikutuksia ovat muiden tulehduskipulääkkeiden suolistohaittojen lisääntyminen ja isoissa kerta-annoksissa, yli 150mg/kg parasetamoli voi heikentää verihiutaleiden toimintaa, sekä aiheuttaa munuais- ja maksavaurioita. (Kalso 2018, 184.) Vuorokausiannoksena parasetamoli ei saa aikuisella ylittää yli 4 grammaa. (Saano, Taam-Ukkonen 2016, 571).

Gabapentiiniä käytetään esimerkiksi diabeettisen neuropatian aiheuttamien kipujen hoidossa. Lisäksi tutkimuksissa on havaittu, että gabapentiini on tehokas migreenin estolääkkeenä. Selkäydinvammaan liittyvässä sentraalisen kivun hoidossa ja fibromyalgiaan liittyvän kivun hoidossa gabapentiiniä käytetään tuloksetta. Tärkeä ominaisuus lääkkeellä on myös sen ahdistusta lievittävä vaikutus, mikä on tärkeä hyötytekijä kipupotilailla. Vuorokauden maksimiannos on gabapentiinillä 3600mg. (Kalso 2018, 209.)

4.3.2 Opioidit kivun hoidossa

Opioidien vaikutus perustuu siihen, että ne estävät kivun välittymistä aivoissa, selkäytimessä ja ääreishermostossa. Opioideja käytetään erityisesti syöpäkipun hoidossa, mutta ne ovat tehokkaita myös akuuteissa kipuissa, jotka johtuvat kudonsvauriosta tai tulehduksesta. Lisäksi opioideja käytetään akuutissa iskeemisessä kivussa ja neuropaattisen kivun hoidossa. (Kalso 2018, 187-189.)

Opioidit eli euforisoivat analgeetit (opiatit) ryhmitellään sen perusteella, miten voimakkaasti ne vaikuttavat. Heikkoja opiaatteja ovat esimerkiksi kodeiini ja tramadoli. Keskivahvoihin opiaatteihin luetaan esimerkiksi buprenorfiini, jonka yleisin antomuoto on kipulaastari. Viimeisenä ryhmänä tulee vahvat opiatit, kuten fentanyl ja oksikodoni. Opiaattien annostelutavat ovat monipuoliset. Oraalisesta annostelusta suonensisäiseen, mutta myös laastareihin ja limakalvoille annosteltaviin muotoihin. (Koskinen 2012, 368.)

Vaikka opioidit pyritään annostelevaan suun kautta varsinkin pitkäaikaisen kivun hoidossa, on tilanteita, jolloin tämä ei ole mahdollista. Esimerkiksi ruoansulatuskanavan tukokset tai sen lamaantumisen kovan ja akuutin kivun vuoksi sekä oksentelut estävät opioidien ottamisen suun kautta. Tällöin hyvä vaihtoehto kivun hoidolle on suonensisäinen- tai lihakseen annettava injektio. (Kalso 2009, 197.) Suonensisäisessä antotavassa on myös se etu, että haluttu vaikutus saadaan opioidilla nopeasti. Tosin tämä antotapa edellyttää potilaan jatkuvaa seurantaa. Esimerkiksi annettaessa oksikodonia laskimoon boluksena, annosten antovälin tulee olla vähintään 10-15 minuuttia, kunnes haluttu kivunlievitystaso on saavutettu. Tämän jälkeen lasketaan lääkkeen kokonaisannos, jolla kivunlievitys saadaan aikaan. Kokonaisannoksen antoväli on neljä tuntia. (Duodecim lääketietokanta, s.a.)

Opioideilla on erilaisia haittavaikutuksia, joista yleisimpinä väsymys, ummetus, pahoinvointi, ja suun kuivuminen. Yksi vakavimmista haittavaikutuksista on hengityslama, jonka mahdollisuus on suurin kivuttomilla potilailla, jotka eivät ole aikaisemmin käyttäneet opioideja. Hengityslamassa hengityskeskusten herkkyys hiilidioksidille heikkenee ja tyypillinen ensioire on hengitystaajuuden pieneneminen. (Kalso 2018, 190–192.) Lisäksi opioidien murskaamisesta johtuvia kuolemantapauksia on raportoitu. Tämä johtuu siitä, että lääkkeen murskaaminen tai kapselin hajottaminen johtaa helposti liian suureen lääkevästeeseen tai myrkytystilaan. (Puirava 2012, 53.)

Opioidilääkityksen äkillinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, jotka ilmenevät erilaisin fyysisin oirein. Näitä oireita ovat esimerkiksi ahdistus, pahoinvointi, kouristukset ja krampit, sydämentykytys ja unettomuus. Fyysisen oireilun lisäksi opioidit aiheuttavat psyykkistä riippuvuutta, eli addiktioita. Tämän vuoksi opioidien käyttö olisi hyvä lopettaa porrastetusti. (Kalso 2018, 189–190.)

Opioidiriippuvuus ja lääkeriippuvuus liittyvät läheisesti alkoholin ja huumausaineiden käyttöön ja niistä on muodostunut enemmässä määrin ongelma myös kipupotilailla, joiden hoitoon opioideja käytetään. Opioidien käyttöön liittyvän riippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat psykososiaaliset-, perinnölliset-, sekä ympäristötekijät. Opioidiriippuvuus määritellään primaariksi krooniseksi neurobiologiseksi sairaudeksi. (Kalso 2009, 16.) Opioidien käyttö alkoholin kanssa on erityisen riskialtista. Alkoholi käytettynä yhdessä esimerkiksi kodeiinin, tramadolin ja fentanyylin kanssa voi aiheuttaa keskushermosto- ja hengityslamaa. (Karttunen ja Surakka 2016.)

Kodeiini on heikko opioidi, jonka enimmäisannos on 240 milligrammaa suun kautta otettuna. Suomessa kodeiini on yhdistelmävalmisteena joko parasetamoliin tai ibuprofeeniin liitettynä. Yleisimmät haittavaikutukset ovat pahoinvointi, väsymys ja ummetus. Lisäksi kodeiinia ei tule käyttää imetyksen yhteydessä, alle 12-vuotiailla tai henkilöillä, jotka ovat erittäin nopeita metaboloijia. (Kalso 2018, 194–197.) Kodeiini sitoutuu opiaattireseptoreihin ja lievittää kipua muuttamalla sen kokemista ja aistimista (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava ja Ojala 2012, 456).

Oxanest on oksikodonivalmiste ja Suomessa yleisimmin käytetty opioidi, jota käytetään leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Oksikodoni vaikuttaa nopeasti ja aiheuttaa vähemmän hallusinaatioita kuin esimerkiksi morfiini. Oksikodonia voidaan antaa sekä liuoksena, että tablettimuodossa ja on olemassa myös yhdistelmävalmiste, joka sisältää lisäksi naloksonia. Naloksoni estää ummetusta, joka

on oksikodonin pitkäaikaiskäytön yleinen haittavaikutus. Oksikodonin suositeltu enimmäisannostus vuorokaudessa on 40-60mg ei-syövästä aiheutuvissa kivussa. (Kalso 2018, 200–201.)

Fentanyl on opiaatteihin kuuluva voimakas kipulääke, jota käytetään leikkauksen aikaisen kivun hoidossa, mutta myös postoperatiivisen kivun hoidossa. Lisäksi fentanyyliä käytetään epiduraalisesti puuduteaineiden kanssa. Yksi yleinen käyttömuoto fentanyyllillä on myös pitkäaikaisen kivun hoidossa transdermaalisesti (kipulaastarit). Fentanyl on tutkimusten mukaan erityisen tehokas syöpä-kivun hoidossa ja etuna on lisäksi se, että fentanyl aiheuttaa vähemmän suolisto-oireita ja ummetusta kuin morfiini. (Kalso 2018, 201–202.) Kuitenkin on muistettava, että fentanyl on euforisoiva aine ja siihen voi kehittyä riippuvuus. Samoin fentanyl voimistaa muiden keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden vaikutusta. (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava, Ojala 2012, 437.)

Kivunlievityksessä bentsodiatsepiineista käytetään ainoastaan klonatsepaamia, koska sillä on ainoa kipua lievittävä vaikutus tästä lääkeaineryhmästä. Klonatsepaamia käytetään esimerkiksi kolmoishermostörynnän hoidossa. Haittavaikutuksista kannattaa mainita väsymys sekä maksaentsyymien ja verenkuuvan muutokset. Myöskin lääkeaineriippuvuuden riski pitää ottaa huomioon. Klonatsepaamin annostus on yksilöllinen, vaihdellen 0,2-2mg x 3-4. (Kalso 2018, 212–213.)

4.3.3 Ikäihmisten kipulääkitys

Ikääntyneen väestön osuus kokonaisväestöstä kasvaa koko ajan elinajanodotteen pidentyessä. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestössä ennustetaan kasvavan jopa kymmenen prosenttia seuraavien viidenkymmenen vuoden aikana (Suomen virallinen tilasto 2018). Toisaalta taas ikääntymiseen liittyy olennaisena osana sairastuvuuden lisääntyminen ja tästä edelleen johtuva mahdollinen monilääkitys (Nurminen 2011, 570). Tästä voidaan päätellä siis iäkkäiden potilaiden määrän esimerkiksi osastohoidossa lisääntyvän edelleen tulevaisuudessa. Vaikka iäkkäät ovatkin aikuisia, heidän hoidossaan tulisi ottaa huomioon muutama olennainen asia.

Iäkkäiden potilaiden kipua aliarvioidaan usein (Raivio 2018) tai sitä ei hoideta riittävän tehokkaasti, riippumatta siitä onko kyseessä syöpään vai muuhun sairauteen liittyvä kipu. Erityisesti muistisairaapotilaat ovat huonossa asemassa, sillä he eivät useinkaan kykene ilmaisemaan kipuaan sanoin. Tällöin kipu saattaa ilmetä erilaisin epäspesifisin oirein, kuten levottomuutena tai ruokahaluttomuutena. (Kivelä ja Räihä 2007, 74.)

Ikääntyminen aiheuttaa myös luontaisia muutoksia elimistössä, jotka vaativat tietoa ja osaamista ikäihmisen farmakokinetiikan sekä farmakodynamiikan saralla. Keho rasvoittuu ja sen vesimäärä vähenee. Muutoksista merkittävin liittyy kuitenkin lääkeaineiden eliminaation eli elimistöstä poistumisen hidastumiseen. Ihmisen ikääntyessä maksan ja erityisesti munuaisten toiminta heikkenee merkittävästi ja näin ollen lääkeaineet poistuvat kehosta hitaammin kuin nuoremmalla ihmisellä. (Nurminen 2011, 570.)

Tietous lääkkeiden interaktioista on olennaisessa osassa iäkkäiden kivunhoidossa. Ikäihmiset saavat herkästi haittavaikutuksia ja ovat herkempiä lääkeaineiden vaikutuksille. Iäkkäiden lääkehoidon ja myös kipulääkityksen haasteita ja ongelmia ovat yllämainitun puutteen lisäksi esimerkiksi liian suuret lääkeannokset ja hallitsematon monilääkitys. (Ahonen 2015.) Yleisenä periaatteena iäkkäiden potilaiden kipulääkkeen annostelussa voidaankin pitää aloitusannoksen puolitusta nuoriin ja keski-ikäisiin potilaisiin verrattuna (Nurminen 2011, 570). Hoidon tarkka seuranta on välttämätöntä, jotta voidaan varmistaa lääkityksen riittävyys ja toisaalta minimoida hoidosta syntyvät haittavaikutukset (Kivelä ja Räihä 2007, 81).

Iäkkäillä tulisi myös muistaa yhtenä tärkeänä vaihtoehtona lääkkeetön kivunhoito ja käyttää sitä myös mahdollisuuksien mukaan lääkehoidon lisänä. Ikäihmisten kohdalla tulee selvittää potilaan odotukset ja tavoite kivunhoidon suhteen. Tärkeässä roolissa ovat myös muut sairaudet sekä fyysinen ja psyykkinen toimintakyky. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017.)

4.4 Asenteet kivun hoidossa

Suomen kipu ry:n (2014) julkaisemassa ”Kivun kasvot -dokumentissa” on haastateltu kroonisesta kivusta kärsiviä potilaita. ”He kertovat kohdanneensa paljon ennakkoluuloja kipujensa suhteen. Useimmiten hoitohenkilökunta on ajatellut potilaan kivun olevan ”korvien välissä”, ennemmin psyykkisenä kuin fyysisenä vaivana. Kroonisesta kivusta kärsivät ovat kohdanneet myös hoitohenkilökunnan asenteissa sen, että ”kaikki on kokeiltu, parempaa ei ole luvassa -kommentit”. Potilaan on ollut myös vaikea saada hoitohenkilökunta uskomaan, kuinka kovaa kipu oikeasti on. Ongelmia on ollut myös lääkehoidon kanssa. Lääkkeitä on annettu lääkkeiden päälle, jolloin ei ole tietoa mikä lääkkeistä oikeasti auttaa. Dokumentissa tulee esille myös se, että kivun hoidon ammattilaisia lääkäreissä ja hoitajissa on Suomessa vähän, joka näkyy myös hoidon tasossa heikentävästi.

Henkilökunnan ja organisaation asenteet ovat usein hyvän kivunhoidon esteenä. Kivunhoidossa ei seurata suosituksia, ja uusien hyväksi todettujen hoitokäytänteiden vieminen käytäntöön vie näiden asenteiden vuoksi paljon aikaa. Usein poikkeavat ja ”hankalat” potilaat – joita kivusta kärsivät monesti ovat – joutuvat herkemmin hoitohenkilökunnan välinpitämättömän suhtautumisen kohteeksi. Ammattilaisten kivunhoitoon suhtautumiseen voivat vaikuttaa myös rutinoituminen, motivaation puute, sosiaalinen paine sekä ryhmän asettamat normit. Myös potilaiden pelko kipulääkkeiden mahdollisesti aiheuttamaa riippuvuutta ja sivuvaikutuksia kohtaan voivat estää asianmukaisen kivunhoidon. Kuten lähdetekstissä mainitaan; ”tiedon puute on yhteydessä asenteisiin”. (Salanterä 2012.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Aiheemme oli rajattu aikuisten kivun hoitoon poistamalla kyselystä lapsia ja nuoria koskevat kysymykset. Lapset ja nuoret ovat omana erikoisalana niin laaja kohderyhmä, että heistä saisi riittävästi materiaalia omaan opinnäytetyöhönsä. Muokkasimme kyselyssä esiintyviä lääkkeitä vastaamaan Terveyskylän (2018) mukaan Suomessa yleisimmin käytössä olevia kipulääkkeitä; tulehduskipulääkkeet, parasetamoli, masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet, opioidit sekä paikallisesti käytettävät valmisteet.

Opinnäytetyömme teimme kivusta ja kivun hoidosta sen vuoksi, että hoitajien tiedoissa, taidoissa ja asenteissa on vaihtelevuutta ja puutteita maailmanlaajuisesti. Tätä päätelmää tukivat maailmalla jo aiemmin toteutetut kyselytutkimukset, kuten esimerkiksi Pain management in Jordan: nursing students' knowledge and attitude, Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain in Saudi Arabia ja Attitude and Knowledge of Pain Management Among Italian Nurses in Hospital (Al Khalaileh ja Al Qadire 2013, 1234; Almazroo ym. 2014, 25; Latina ym. 2015, 1.) Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä kyselytutkimus kivunhoidosta hoitajille ja kartoittaa, mitä he tietävät kivusta ja sen hoitamisesta. Lisäksi kyselytutkimuksemme selvitti, millaista taitoja ja asenteita hoitajilla on kivun hoitamiseen liittyen.

5.1 Tutkimuksen tarkoitus

Opinnäytetyömme tilaajatahona oli KYS ja yhteyshenkilönä toimi APS-hoitaja, jolta saimme aiheen opinnäytetyöhömmme. Hänellä oli toiveena hoitajien kivunhoidon tietoutta ja hoitajien asenteita koskevan kyselyn käynnisty ja kyselyn päivittäminen sopivaksi hänen ja KYS:an tarpeisiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli siis kartoittaa kivunhoidon tiedot, taidot ja asenteet otoksen keskuudessa samalla pilotoiden kyselyä.

Työmme koostuu teoriaosasta, jossa kuvaamme kipua ja sen luonnetta yleisesti sekä yleisimmin käytössä olevia ja keskeisimpiä aikuisten kivunhoidon menetelmiä. Työmme toinen osa on kvantitatiivinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää hoitajien tietoja, taitoja ja asenteita kivunhoitoon liittyen. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli testata kyselyn toimivuutta.

5.2 Tutkimuksen tavoite

Tavoitteenamme oli tehdä kyselypohjasta helposti vastattava ja ennen kaikkea sellainen, mitä jatkossakin voi käyttää kartoittamaan hoitohenkilökunnan tietoutta aiheesta. Kyselystä saatavien tulosten perusteella tilaajataho voi tulevaisuudessa esimerkiksi suunnitella skaalautuvasti koko sairaalaa tai yksittäistä osastoa koskevaa koulutusta, tietoiskuja tai osastotunteja. Tavoitteisiimme kuului myös kyselyn muokkaaminen sopivan mittaiseksi, jotta siihen vastaamiseen ei kuluisi liikaa aikaa sen tapahtuessa hoitotyön lomassa.

Tavoitteenamme oli myös osoittaa kyselyn toimivuus mitattaessa hoitohenkilökunnan tietoutta tutkimuskysymyksiin liittyen sekä selvittää koulutuksen tarve otoksen keskuudessa. Kun tietous kivun hoidosta lisääntyy, kivun hoidon laatu ja taso paranee. Tämä laskee myös kivun hoidosta syntyviä kustannuksia.

5.3 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymys ja tutkimusaineisto määrittävät toinen toisiaan. Siksi niiden tulee olla linjassa toistensa kanssa, jolloin tutkimusaineisto vastaa tutkimuskysymyksiin. Kysymyksen tulee myös olla selkeä. (Näpärä 2017.)

Tutkimuskysymykseksemme rajautuikin lyhyesti ja ytimekkäästi opinnäytetyömme otsikko ”Millaista osaamista ja millaisia asenteita hoitajilla on kivun hoidosta”. Tutkimuskysymyksemme koskivat hoitajien tietojen ja taitojen tason sekä asenteiden selvittämistä kivusta ja kivun hoitamisesta. Tutkimuksessamme selvitimme millaisia tietoja ja taitoja kyselyn kohteena olevalla hoitohenkilökunnalla on liittyen kipuun ja kivunhoitoon sekä millaisia asenteita kyselyn kohteena olevilla hoitajilla on kivun hoitoa kohtaan.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme oli luonteeltaan kvantitatiivinen, eli määrällinen tutkimus. Valitsimme kyseisen tutkimusmenetelmän, koska koimme sen soveltuvan parhaiten tutkimuskysymykseemme vastaavan tutkimusaineiston keräämiseen. Työsuunnitelma, teoriaosuus ja kyselypohja (LIITE 1) laadittiin syksyn 2018 ja syksyn 2019 välisenä aikana.

Teoriaosan lisäksi toteutimme siihen pohjaavan kvantitatiivisen kyselytutkimuksen syksyllä 2019 noin yhdeksälle kymmenelle hoitajalle Pohjois-Savon alueella. Tutkimuksemme otokseksi valikoitui useampi eri pohjoissavolainen osasto, jotta saisimme hieman käsitystä kivunhoidon osaamisen yleisestä tilasta alueellamme yksittäisen tahon sijasta. Tutkimuksen edetessä huomasimme, että emme saaneet vastaajia kyselyyn riittävästi, vaan jouduimme ottamaan mukaan vielä yhden osaston.

6.1 Tutkimusmenetelmän esittely

Kvantitatiivista lähestymistapaa suositellaan etsittäessä vastausta siihen, minkä vuoksi ja miten paljon tiettyä ominaisuutta esiintyy tietyssä joukossa (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 60). Kvantitatiiviset tutkimukset ovat luonteeltaan yleistäviä. Tämä tarkoittaa sitä, että pieneltä joukolta eli otoksesta kysytään tutkimusongelmaan liittyviä kysymyksiä, ja näin saatujen tutkimustulosten voidaan katsoa edustavan koko joukkoa (Kananen 2008, 10). Tästä syystä kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä oli mielestämme sopivin vaihtoehto opinnäytetyöhömmme.

Tutkimuksemme perusjoukkona toimi Suomen koko hoitohenkilöstö ja otos käsitti tutkimukseen osallistuneet hoitajat. Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu myös esimerkiksi objektiivisuus, kuitenkin tutkimuksen luonteen ollessa teoriaa vahvistava. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen mukaan (2013, 129) kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. Tutkimuksessamme havaintoyksikköä edusti yksittäinen kyselyyn vastannut hoitohenkilöstön jäsen, muuttujaa kyseisen havaintoyksikön vastauksillaan osoittama tietämys aiheesta sekä arvoja oikein–väärin –väittämät. Varsinainen mittauksen kohde on kaikkien otokseen tulevien hoitajien sijaan toteutunut otos, eli huomioon otetaan vain vastanneet hoitajat (Vilkkä 2007, 59).

Tutkimusmenetelmänämme tätä opinnäytetyötä varten aineistoa kerättäessä toimi kyselytutkimus, josta käytetään myös englanninkielistä nimitystä survey. Kyselytutkimuksen suurimpana ongelmana on vastaajakato, mikä tarkoittaa tietojen ja havaintojen puuttumista. Vastaajakato on mahdollinen, mikäli kyselyn tavoitteleva kohderyhmä ei halua, kerkeä, viitsi tai jättää muuten vastaamatta kyselyyn. Kadon ollessa suuri myös vastausten edustavuus jää kyseenalaiseksi. Kannattavaa onkin ottaa tarkasteluun riittävän suuri otanta. (Vilkkä 2007, 58-59.)

6.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat muutamilla pohjoissavolaisilla osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat sekä lähihoitajat. He valikoituivat kohderyhmäksi, koska ovat kiinteästi mukana hoitotyössä ja heiltä myös odotetaan asianmukaista tietämystä ja osaamista kivunhoidossa ja kivunhoidon ohjauksessa. Alkuun osastoja oli tutkimuksessa kaksi, mutta jotta saimme riittävän suuren otoksen, jouduimme ottamaan mukaan yhden osaston lisää vähäisen vastaajamäärän vuoksi.

Opinnäytetyöhömmme sisältyi kysely, jolla kartoitimme kohderyhmien tietotaitoa kivusta ja kivunhoidosta. Hyödynsimme opinnäytetyössä englanninkielistä kyselypohjaa "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" (Ferrell ja McGaffery 2014), jonka suomensimme ja soveltuvin osin käytimme apuna laatiessamme kohderyhmille suunnattua tutkimuskyselyä. Kyselypohja valikoitui mittariksi tilaajatahon suosituksesta. Lisäksi sitä oli käytetty useassa eri tutkimuksessa maailmanlaajuisesti, joten se on luotettavuudeltaan validi.

Erillistä lupaa kyselyn käyttöön emme tarvinneet, sillä alkuperäiset tekijät olivat saatekirjeessään kertoneet, että kysely on vapaasti käytettävissä. Kyselypohjan lisäksi hyödynsimme saatavilla olevaa ajantasaista tutkimustietoa, lähdekirjallisuutta sekä luotettavia internetlähteitä. Lisäksi saimme opinnäytetyömme tilaajataholta hyviä neuvoja sopivan lähdemateriaalin etsimiseen.

Kysymyslomakkeen suunnittelimme niin, että kysymykset pysyivät mahdollisimman selkeinä, helposti vastattavina ja yksiselitteisinä sekä käsittelivät niitä teemoja, joita oli tarkoitus tutkia. Kyselylomakkeemme tiivistimme 31:een helposti vastattavaan oikein–väärin –väittämään tai monivalintakysymykseen. Harkitsimme myös tarkkaan, mitkä alkuperäisistä kysymyksistä sisällyttämme kyselyyn liian suuren kysymysten määrän ja tästä johtuvan vastaajien väsymisen välttämiseksi. Otimme tässä myös huomioon tilaajatahon toiveet ja tarpeet kysymysten sisältöön liittyen, esimerkiksi lääkkeiden samankaltaisten nimien osalta.

Tutkimukseemme osallistuville pohjoissavolaisten osastojen osastonhoitajille lähetettiin Webropol -palvelun välityksellä kyselylomake syksyn 2019 aikana, ja osastonhoitajat jakoivat kyselylomakkeen edelleen omille osastoilleen. Tämä menetelmä takasi kyselytutkimuksen anonymiteetin säilymisen. Varasuunnitelmana käytimme kyselyn toteuttamista myös jollakin kolmannella osastolla, mikäli alkuperäisen kohderyhmän vastausprosentti on alle 75. Useampaa osastoa vastaajina käyttämällä pyrimme varmistamaan, että vastaajien määrä oli tutkimuksen luotettavuuden kannalta riittävä. Alussa pohdimme toisena vaihtoehtona paperisen kyselylomakkeen käyttöä, jonka osastonhoitaja jakaa osaston hoitajille. Tämän menetelmän kuitenkin hylkäsimme vaivalloisuutensa sekä epäekologisuutensa vuoksi.

6.3 Aineiston analysointi

Kyselypohjan kysymykset lajittelimme teemoittain kolmeen eri kategoriaan; tieto, taito ja asenteet. Kyselyn sulkeuduttua veimme tulokset Webropolista Exceliin taulukoitavaksi. Tämän menetelmän avulla tulokset oli helppo esittää prosentuaalisina osuuksina. Tutkimustuloksia analysoimme hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Kohderyhmän vastaukset analysoitiin ja valmiit tutkimustulokset esitimme koottuna yhteenvetona opinnäytetyössämme. Tutkimusaineiston analysoimme hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen, vastaajien anonymiteetin säilyttäen.

Kyselystä saatuun määrälliseen aineistoon voidaan hyödyntää tilastollista yleistystä. Tällöin on mahdollista tehdä erilaisia päätelmiä ja havaintoja, joka vaikuttaa aineiston selkeyteen ja helppolukuisuuteen. Apuna tutkimustulosten havainnollistamisessa käytimme tekstin lisäksi erilaisia kuvioita ja taulukoita. (Tähtinen, Laakkonen ja Broberg 2011, 12.)

7 TULOKSET

Kyselylomake (LIITE 1) jaettiin hoitajille kolmella eri osastolla Pohjois-Savon alueella. Yksi osasto ei vastannut siihen, kuinka monelle hoitajalle kysely on jaettu. Muiden kahden osaston ilmoittama vastaajamäärä on yhteensä 73. Webropol -järjestelmän mukaan jaetun kyselylinkin avasi 103 hoitajaa, vastaamisen aloitti 44 hoitajaa ja kyselyn palautti 34 hoitajaa, joista muodostui lopullinen otos ($n=34$). Kysely sisälsi 31 kysymystä, joista noin puolet oli oikein/väärin -väittämiä. Kysymykset valitsimme siten, että ne vastasivat Suomessa käytössä olevia kipulääkkeitä ja hoitosuosituksia. Myös tilaajan toiveet kysymysten sisällöstä huomioitiin. Kyselyssä ei käytetty taustamuuttujia, koska ne eivät mielestämme vaikuta olennaisesti kivunhoidon tietouteen ja työn yhtenä tavoitteena oli kyselymittarin testaaminen.

Kysymykset tutkivat kolmea eri osa-aluetta, tietoa, taitoa ja asenteita kivun hoidosta. Hoitajien tiedollista osaamista kivunhoidosta mittaavia kysymyksiä (kysymykset 1-21, 24, 25, 27, 28 ja 29) kartoitettiin sekä oikein/väärin - väittämällä, että monivalintakysymyksillä, joissa oli useampi vaihtoehto valittavana. Hoitajien tiedollisen ja taidollisen kivunhoidon osaamisen välinen rajanveto oli haastavaa, koska molemmissa alueissa oli paljon toisiinsa liittyviä yhtymäkohtia. Kysymyspatteriston hoitajien taitoja mittaavia kysymyksiä oli kuusi (8, 24, 25, 26, 30 ja 31). Näistä kolme kysymystä (8, 24, 25) olivat samoja, joilla mitattiin myös hoitajien tiedollista osaamista.

Hoitajien asenteiden mittaamiseen valittiin 11 kysymystä (2, 6, 8, 15, 22, 23, 24, 25, 26, 30 ja 31). Näistä kysymykset 22 ja 23 olivat pelkästään asenteita mittaavia, muilla kysymyksillä tutkittiin myös hoitajien tietoja ja taitoja kivunhoitoon liittyen. Toisaalta tällainen kysymysten asettelu toimi opinäytetyössämme hyvin, koska tällöin kysymyspatteristo ei päässyt paisumaan liian laajaksi ja se helpotti vastaamisprosessia.

7.1 Hoitajien tiedollinen kivunhoidon osaaminen

Alla oleva taulukkoon (TAULUKKO 1) on koostettu kyselyssämme olleet oikein/väärin väittämät, joita oli 15 kappaletta. Kyselyssä oli väittämiä, joilla mitattiin sekä hoitajien tietoja, taitoja että asenteita kivunhoitoon liittyen. Suurimpaan osaan väittämistä valittiin oikea vaihtoehto, mutta osassa väittämiä virheellinen vastaus sai suuremman prosenttiluvun, kuin oikea. Esimerkiksi heti ensimmäinen väittämä "Elintoiminnot ovat aina potilaan kivun luotettava mittari.", johon peräti 91% vastaajista ($n=31$) valitsi vaihtoehdoksi "oikein", vaikka oikea vastaus olisi ollut "väärin".

Kivun tunnistamisen lisäksi opioidien käyttöön potilailla ja niiden antamiseen liittyvissä väittämissä oli hajontaa, vaikka suurin osa hoitajista vastasikin oikein ikäihmisten huonosta sietokyvystä opioidien suhteen (88%, $n=30$). Lisäksi kaikki vastaajat osasivat vastata oikein opioidisen kipulääkkeen aloitusannoksen jälkeen seuraavien annostusten yksilöllisestä säätämisestä potilaan vasteen mukaan. Sen sijaan kivunlievityksen kestosta käytettäessä Oxanestia 1-2mg, peräti 88% ($n=30$) antoi vastaukseksi 4-5 tuntia, mikä on virheellinen vastaus.

TAULUKKO 1. Oikein/väärin väittämät % (f). Vastaajat $n=34$. Oikea vastaus on tummennettu.

Kysymys	Oikein	Väärin
1.Elintoiminnot ovat aina potilaan kivun luotettava mittari.	91 (31)	9 (3)
2.Kipu ei yleensä ole voimakasta, jos potilaan huomion pystyy kääntämään siitä pois.	82 (28)	18 (16)
3.NSAID-lääkkeet EIVÄT ole tehokas kivunhoito-muoto kivulioiden luussa sijaitsevien metas-taasien hoidossa	74 (25)	26 (9)
4.Eri tavoin vaikuttavien kipulääkkeiden (esim.NSAID ja opioidi) yhdistäminen voi auttaa kivunhallinnassa ja vähentää sivuvaikutuksia ver-rattuna vain yhden kipulääkkeen käyttöön.	97 (33)	3 (1)
5.Kivunlievityksen kesto käytettäessä annostuk-sena 1-2 milligrammaa Oxanestia on yleensä 4-5 tuntia.	88 (30)	12 (4)
6 Opioideja ei tulisi käyttää kivunhoidossa poti-lailla, joilla on taustaa lääkkeiden väärinkäytöstä.	68 (23)	32 (11)
7.Ikäihmisillä on huono sietokyky opioidien suh-teen	88 (30)	12 (4)
8.Potilaita tulisi rohkaista turvautumaan muihin kivunhoidon menetelmiin ennen opioidien käyt-töä.	97 (33)	3 (1)
9.Opioidisen kipulääkkeen aloitusannoksen jäl-keen seuraavat annokset pitäisi säästää yksilölli-sesti potilaan vasteen mukaan.	100 (34)	0 (0)
10.Jos potilaan kivun lähde on tuntematon, opi-oideja ei pitäisi käyttää tutkimuksen aikana koska tämä voi estää oikean diagnoosin.	59 (20)	41 (14)
11.Epileptisiä kohtauksia estävät lääkkeet kuten gabapentiini (Neurontin), tuottavat optimaalisen kivunlievityksen kerta-annoksen jälkeen.	6 (2)	94 (32)
12.Bentsodiatsepiinit eivät ole tehokkaita kipu-lääkkeitä ja niitä suositellaan vain harvoin kivun-hoitoon.	88 (30)	12 (4)
13.Lääke/opioidiriippuvuus määritellään kroo-niseksi neurobiologiseksi taudiksi, jonka oireku-vaukseen kuuluu vähintään yksi seuraavista; lääkkeiden käytön hallinan menetys, pakonomai-nen käyttö, käytön jatkaminen haittavaikutuksista huolimatta, riippuvuus.	91 (31)	9 (3)
14.Termi "vastaavuus" tarkoittaa suurin piirtein yhtäläistä kivunlievitystä ja sitä käytetään, kun viitataan keskenään samantasoisien kivunlievityk-sen tarjoaviin annoksiin eri kipulääkkeissä.	65 (22)	35 (12)

15.Kipupotilailla voi olla ennestään alkoholiin tai
huumausaineisiin liittyvä ongelma.

85 (29)

15 (5)

Hoitajien tuntemusta lääkkeiden kauppanimistä selvitettiin kysymyksellä "Mikä/mitkä seuraavista on opioidi?" Vaihtoehtoina Pantoprazol, Propofol, Panacod ja Panadol. Tähän suurin osa (85%, $n=29$) vastasi oikein, vastauksen ollessa Panacod. Kaikki vastaajat tiesivät tramadolin olevan kipulääke, kun muina vaihtoehtoina olivat trombiini ja tamsulosiini.

Hoitajien osaamista opioidien antoreiteistä selvitettiin kahdella kysymyksellä. Vaihtoehtoina antoreiteissä oli suonensisäisesti, lihaksensisäisesti, subkutaanisesti, oraalisesti ja rektaalisesti. Vastaajista suurin osa (91%, $n=31$) tiesi pitkäaikaisesta/kroonisesta kivusta kärsivälle potilaalle suositelluimman antoreitin olevan oraalisesti. Vastaavasti äkillisistä ja kovista kivuista kärsivälle potilaalle opioidinen suositeltu antoreitti on suonensisäisen. Tämän vaihtoehdon valitsi 82% ($n=28$) vastaajista.

Hoitajien tietämystä oksikodonista ja sen käytöstä tutkimme kysymyksellä

"Mikä seuraavista kipulääkkeistä on paras vaihtoehto pitkittyneen keskivaikean tai vaikean kivun hoitoon syöpäpotilailla?" Vaihtoehtoina kodeiini, oksikodonihydrokloridi, petidiini ja tramadoli. Suurin osa vastaajista, eli 91% ($n=31$) vastasi oksikodonihydrokloridi, mikä on oikea vastaus.

Kysyttäessä 10 mg oksikodonia p.o. vastaavuutta morfiinina, ainoastaan kolme vastaajista tiesi, että 10 mg oksikodonia p.o. vastaa kutakuinkin 20 mg morfiinia. Suurin osa (76% $n=26$) vastasi tähän vastaavuuden olevan 5 mg morfiinia. Myöskään suonensisäisesti annostellun Oxanestin huippuvaikutukseen vaadittava aikaa ei tiedetty täysin. Suurin osa (65% $n=22$) vastasi tähän kysymykseen ajaksi 2-7 minuuttia. Oikean vastauksen eli 5-10 minuuttia, tiesi ainoastaan 20% ($n=7$) vastaajista.

Koska kivunhoito ei ole pelkästään lääkehoitoa, kysyimme hoitajilta "Mikä/mitkä seuraavista ovat hyödyllisiä kivun hoidossa?" Vaihtoehtoina olivat ibuprofeeni, isosorbidimononitraatti, fysioterapia ja kaikki ylläolevista. Ibuprofeenin hyödylliseksi mainitsivat 53% ($n=18$) ja fysioterapian 44% ($n=15$) vastaajista. Toki on huomattava, että 50% ($n=17$) vastaajista oli laittanut vaihtoehdoksi "kaikki ylläolevista". Kysyttäessä "Potilaan kivun tarkin arvioija on?" kaikki vastaajat valitsivat täysin oikean vaihtoehdon "potilas itse".

Lopuksi selvitimme vielä, miten hoitajilla on hallussa opioidiriippuvuuteen ja opioidien haittavaikutuksiin liittyvä tieto. Ensin kysyimme "Äkillisestä opioidin lopettamisesta seuraava fyysinen riippuvuus näyttäytyy", johon 38% ($n=13$) valitsi oikean vaihtoehdon "potilaan hikoiluna, haukotteluna, ripulointina ja kiihtyneisyytenä". Seuraavaksi tutkimme merkittävimmän opioideihin liittyvän haittavaiku-

tuksen eli hengityslaman tunnistamista kysymällä "Mikä seuraavista väittämistä on totta liittyen opioidien aiheuttamaan hengityslamaan?" Yli puolet, (56% $n=19$) vastasivat oikein "obstruktiivinen uniapnea on merkittävä riskitekijä".

7.2 Hoitajien taidollinen kivunhoidon osaaminen

Hoitajien taitoja kivunhoidossa mittasimme kysymällä "Potilaita tulisi rohkaista turvautumaan muihin kivunhoidon menetelmiin ennen opioidien käyttöä." Tähän kysymykseen 97% ($n=33$) vastasi oikein. Tutkiessamme hoitajien tiedollista kivunhoidon osaamista, kysyimme "Mikä/mitkä seuraavista ovat hyödyllisiä kivun hoidossa?", vaihtoehtoina ibuprofeeni, isosorbidimononitraatti, fysioterapia ja kaikki ylläolevista. Ibuprofeenin hyödyllisyyden esiin nosti 53% ($n=18$) ja fysioterapian 44% ($n=15$) vastaajista. Kysyttäessä "Potilaan kivun tarkin arvioija on?" kaikki vastaajat valitsivat oikean vaihtoehdon "potilas itse". Muut vaihtoehdot olivat hoitava lääkäri, potilaan omahoitaja, farmaseutti, potilaan puoliso tai perhe.

Monikulttuurisuuden kohtaaminen hoitotyössä on mielestämme eräs sairaanhoitajan tärkeimpiä taitoja, kysyttäessä "Mikä seuraavista kuvaa parhaita kulttuurillista lähestymistapaa kivunhoitoon?" Vastausvaihtoehtoina olivat "Suomessa kulttuurien vaikutukset eivät enää näy kansan monimuotoisuuden vuoksi", "Kulttuurien vaikutukset voidaan päätellä yksilön etnisyydestä (esim. aasialaiset ovat stoalaisia, italialaiset itsensä ilmaisevia jne.)", "Potilaat pitäisi arvioida yksilöllisesti, jotta kulttuurien vaikutukset voidaan määrittää" ja "Kulttuurien vaikutukset voidaan määrittää yksilön sosioekonomisen aseman perusteella (esim. Työntekijät kokevat enemmän kipua kuin toimihenkilöt.)" Oikean vastauksen "Potilaat pitäisi arvioida yksilöllisesti, jotta kulttuurien vaikutukset voidaan määrittää." valitsi 88% ($n=30$) vastaajista.

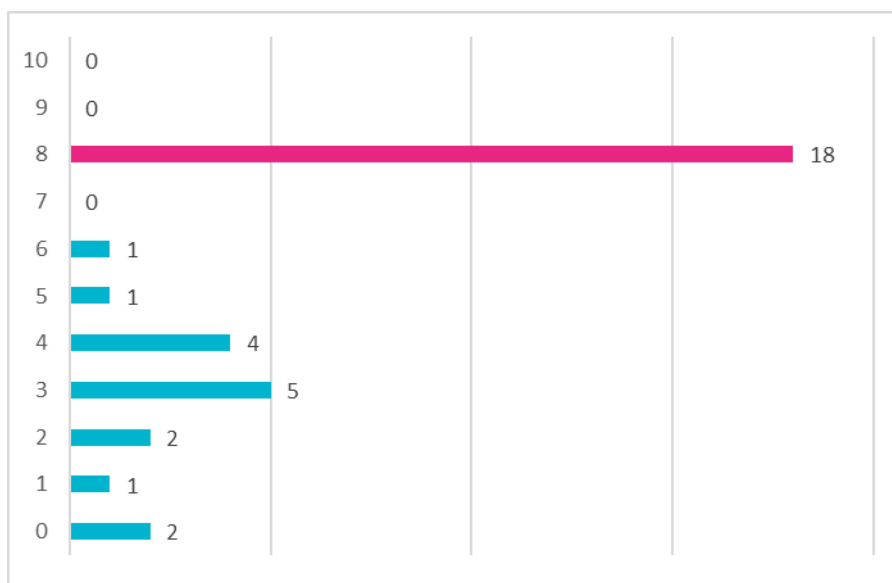
7.3 Hoitajien asenteellinen kivunhoidon osaaminen

Pelkästään asenteita mittaavista kysymyksistä kysyimme: "Kivunhoitoon käytettäviä kipulääkkeitä tulisi antaa?" Vaihtoehtoina "ympäri vuorokauden säännöllisesti", "vain, kun potilas pyytää lääkettä" sekä "vain kun hoitaja toteaa, että potilas tuntee keskivaikeaa tai vaikeaa kipua". Oikean vastauksen "ympäri vuorokauden säännöllisesti", valitsi 85% ($n=29$) vastaajista. Kysyttäessä "Todennäköisin syy potilaan pyytämiin kipulääkkeen annoksen nostoihin on?" Vaihtoehtoina "potilaan kokema lisääntyvä kipu", "potilaan kokema lisääntynyt levottomuus tai masennus", "potilaan henkilökunnalta vaatima lisähuomio" ja "potilaalle kehittynyt riippuvuus". Oikean vastauksen "potilaan kokeva lisääntyvä kipu" valitsi 94% ($n=32$).

Potilaan kivun tunnistamista ja arviointia selvitettiin kyselyssämme kahden potilastapauksen avulla. Näitä käytimme sekä hoitajien taidollisten että asenteellisten kivunhoidon osaamisten mittaamiseen, mutta esittelemme molemmat tässä osiossa. Ensimmäisessä tapauksessa potilaana oli 25-vuotias Antti, joka oli ensimmäistä päivää osastolla vatsan alueen leikkauksen jälkeen. Hoitajan mennessä potilas-huoneeseen Antti hymyili hoitajalle, jatkaen samalla juttelua ja vitsailua vieraansa kanssa. Hoitajan

tekemien tutkimusten mukaan Antin verenpaine oli 120/80, pulssi 80 ja hengitystaajuus 18. Asteikolla 0-10 (0 = ei kipua, 10 = pahin mahdollinen kipu) Antti arvioi kivun numerolle 8.

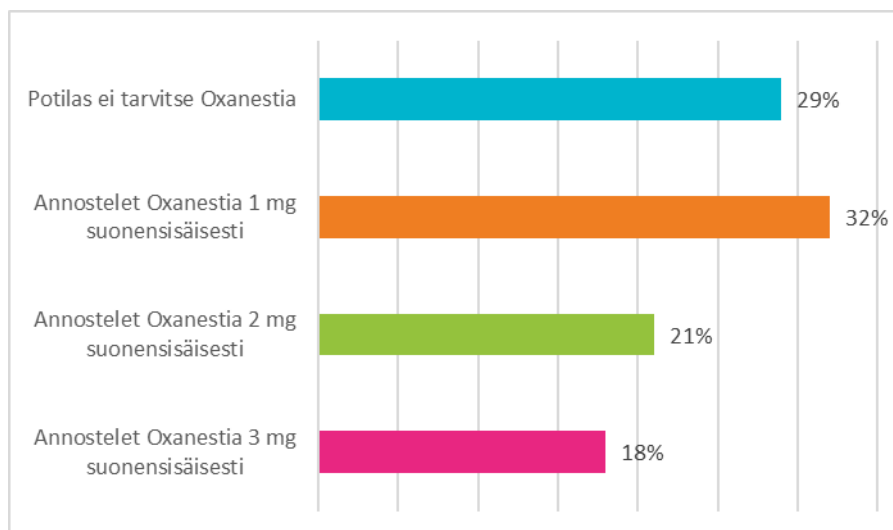
Kuviossa 2 on kuvattu vastaajien ($n=34$) arvioinnit Antin kivusta asteikolla 0-10. Vastaajien tuli merkitä se numero, joka heidän mielestään kuvaa kipuaasteikossa Antin kipua. Hieman yli puolet vastaajista osasi merkitä kipuaasteikolle oikean numeron 8. Vastaajista viisi arvioi Antin kivun lieväksi tai hänet kokonaan kivuttomaksi, valitsemalla kipuaasteikolla arvon kaksi tai vähemmän.



KUVIO 2. Hoitajien arvio Antti- potilaan kivusta asteikolla 0-10 ($n=34$).

Antti- casea jatkettiin ohjeistamalla hoitajia seuraavasti: "Yllä oleva tutkimuksesi on tehty kaksi tuntia sen jälkeen, kun Antti oli saanut suonensisäisesti (i.v) 2mg Oxanestia. Puolen tunnin välein lääkkeen annon jälkeen tehtävissä seurannoissa kipua vaihteli välillä 6-8 ja hänellä ei ollut kliinisesti merkittävää hengitysvajautta, sedaatiota tai muita ei-toivottuja sivuvaikutuksia. Hänen mielestään asteikolla numero 2 merkitsee siedettävää kipua. Hoitavan lääkärin ohje kivunhoitoon on "Oxanestia 1-3 mg i.v. tarvittaessa joka tunti kivunlievitykseen".

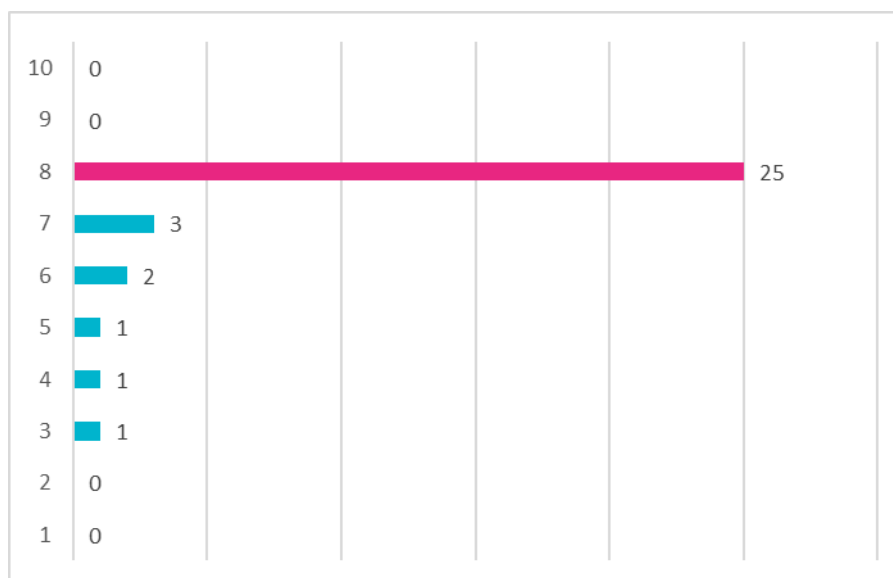
Hoitajia pyydettiin valitsemaan annos (KUVIO 3), minkä verran he antaisivat potilaalle Oxanestia. Vajaa kolmasosa vastaajista ei olisi antanut potilaalle Oxanestia lainkaan, kun lähes viidesosa annostelisi Oxanestia potilaalle maksimiannoksella eli 3 mg.



KUVIO 3. Antti- potilaalle annosteltavan Oxanestin määrä vastaajien mukaan ($n=34$)

Toisessa casessa potilaana oli 25 –vuotias Roope ja ensimmäistä päivää osastolla vatsan alueen leikkauksen jälkeen. Hoitajan mennessä potilashuoneeseen Roope makasi hiljaa ja irtisti kääntyessään sängyssään. Hoitajan tutkimukset kertoivat seuraavaa: verenpaine 120/80, pulssi 80, hengitystaajuus 18. Asteikolla 0-10 (0 = ei kipua, 10 = pahin mahdollinen kipu) Roope arvioi kipunsa numerolla 8.

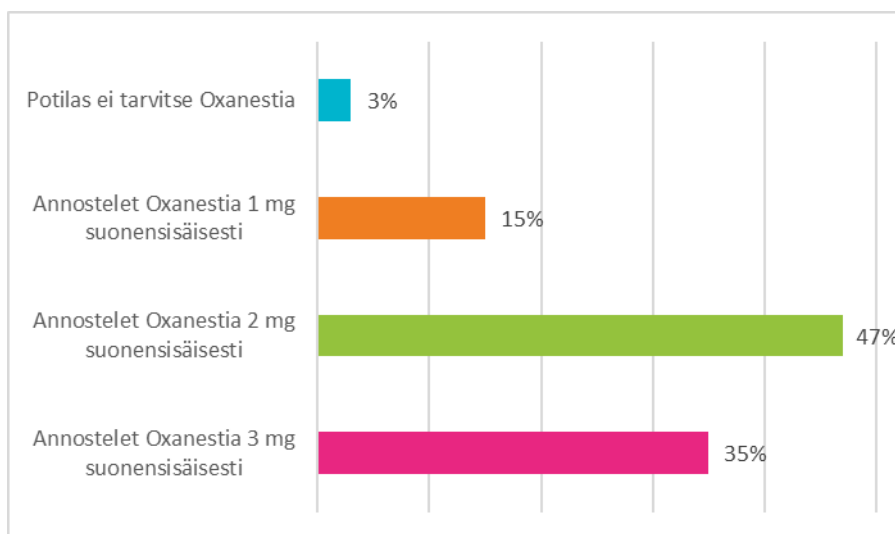
Kuviossa 4 on kuvattu vastaajien ($n=34$) arvioinnit Roopen kivusta asteikolla 0-10. Kolmeneljäsosaa vastaajista (25) osasi merkitä potilastietoihin oikean numeron kipuaasteikolle 8. Huomattavaa on, että kukaan vastaajista ei arvioinut Roopea kivuttomaksi, tai hänen kokemaansa kipua lieväksi.



KUVIO 4. Hoitajien arviot Roope- potilaan kivusta asteikolla 0-10 ($n=34$).

Roope- potilaan casea jatkettiin samalla ohjeistuksella, kuin Antti- potilaan ohjeistusta: ”Yllä oleva tutkimuksesi on tehty kaksi tuntia sen jälkeen, kun Roope on saanut suonensisäisesti 2 mg Oxanestia. Puolen tunnin välein lääkkeen annon jälkeen tehtävissä seurannoissa kipu vaihteli välillä 6-8 ja

hänellä ei ole ollut kliinisesti merkittävää hengitysvajasta, sedaatiota tai muita ei-toivottuja sivuvaikutuksia. Hänen mielestään asteikolla numero 2 merkitsee siedettävää kipua. Hoitavan lääkärin ohje kivunhoitoon on "Oxanestia 1-3 mg i.v. tarvittaessa joka tunti kivunlievitykseen".



KUVIO 5. Roope- potilaalle annosteltavan Oxanestin määrä vastaajien mukaan ($n=34$)

Hoitajia pyydettiin valitsemaan annos (KUVIO 5), minkä verran he antaisivat Roopelle Oxanestia. Lähes puolet vastaajista olisi annostellut Oxanestin annostuksella 2mg ja yli kolmasosa vastaajista olisi antanut Oxanestia maksimiannoksen 3mg.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kyselytutkimuksen avulla selvittää hoitajien tietoutta, taitoja ja asenteita kivunhoidosta. Lisäksi tarkoituksena oli tuottaa tilaajataholle helposti käytettävä kyselypohja, jonka avulla voidaan selvittää osastojen koulutustarvetta kivunhoidolle. Kysely tuottaa kohdennettua informaatiota koulutustarpeen laadusta ja tarvittaessa sitä on myös helppo muokata kulloistakin tarvetta vastaavaksi. Tähän tavoitteeseen pääsimme mielestämme hyvin, vaikka vastausprosentti jäikin alhaisemmaksi kuin tavoitteemme oli.

Opinnäytetyön tekoprosessissa teoriaosuuden ja kyselypohjan tuottaminen sujui kohtalaisen vaivattomasti, mutta suurimmaksi haasteeksi muodostui vastausten saaminen kyselytutkimuksen kohteena olevilta hoitajilta. Aloitimme vastausten keräämisen kyselyymme jo elokuussa 2019, mutta jouduimme erinäisten ongelmien, kuten vastaajien vähäisyyden vuoksi, jatkamaan vastausaikaa aina joulukuulle 2019 saakka. Tähän osasimme ennakkoon varautua ja huomioimme asian jo opinnäytetyömme suunnitteluvaiheessa. Vaikka tutkittuamme muita opinnäytetöitä huomasimme pienemmänkin otoksen riittäneen kvantitatiivisen tutkimuksen aineistoksi, halusimme kuitenkin riittävän laajan otoksen edustamaan isompaa joukkoa.

8.1 Tulosten tarkastelu

Kivunhoidon tietämystä selvittäviä kysymyksiä olivat 1-21, 24, 25, 27, 28, 29, eli suurin osa kyselystämme käsitteli jollain tavalla hoitajien tiedollista osaamista kivusta ja sen hoidosta. Vaikka vastausten perusteella hoitajien tietämys kivunhoidosta on pääosin hyvällä tasolla, silti ainoastaan kolmeen kysymykseen (9, 17 ja 25) kaikki vastaajat ($n=34$) olivat vastanneet oikein. Muissa kysymyksissä oli hajontaa vastauksissa havaittavissa.

Parhaiten hoitajilla tietoa oli kivunhoidon perusteita käsittelevissä kysymyksissä. Myös kivunhoidon yksilöllisyyttä, monipuolisia hoitomuotoja ja eri menetelmiä käsittelevät kysymykset olivat suurimmalla osalla vastaajista hyvin hallussa. Esimerkiksi 97% ($n=33$) vastaajista oli sitä mieltä, että eri tavoin vaikuttavien kipulääkkeiden (esim. NSAID ja opioidi) yhdistäminen voi auttaa kivunhallinnassa ja vähentää sivuvaikutuksia verrattuna vain yhden kipulääkkeen käyttöön. Usein useampia eri tavoin vaikuttavia kipulääkkeitä yhdistelemällä voidaan päästä pienempiin annoksiin ja sitä kautta parempaan hyötysuhteeseen varsinkin kapean terapeuttisen leveyden omaavilla lääkkeillä. Kivun lääkahoito tulisi aina suunnitella yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti potilaan mukaan. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017.)

Joukossa oli myös spesifistä tietoa vaativia kysymyksiä, kuten NSAID- lääkkeen tehosta luun metastaaseista johtuviin kipuihin. Vastaajista 74% ($n=25$) tiesi, että NSAID- lääkityksellä hoitovaste on huono tässä tapauksessa. NSAID-lääkkeiden haittavaikutusten vuoksi niitä suositellaan käytettävän vain lyhyitä aikoja kerrallaan. Tässä tapauksessa kivunlievityksen taso kyseisillä lääkkeillä on kyseenalainen. (Kalso 2018, 177–182.)

Haastetta vastaajille toi opiaatteihin liittyvät kysymykset, joiden vastauksissa oli selkeästi paljon hajontaa. Vastaajista vain viidesosa tiesi, että Oxanestin huippuvaikutukseen vaadittava aika on 5-10 minuuttia (Duodecim lääketietokanta, s.a.). Lisäksi alle puolet vastaajista tiesi, millaisia fyysisiä vieroitusoireita opioidien käytön äkillisestä lopettamisesta seuraa. Tämän kysymyksen 28 kohdalla pohdimme, onko kysymys ymmärretty oikein tai luettu huolella. Oikeana vastauksena tässä oli ”äkillisestä opioidin lopettamisesta seuraava fyysinen riippuvuus näkyy potilaassa hikoiluna, haukotteluna, ripulointina ja kiihtyneisyytenä”. Muita äkilliseen käytön lopettamiseen liittyviä vieroitusoireita ovat esimerkiksi ahdistus, kouristukset ja sydämentykytys. Tämän vuoksi opioidien käyttö tulisikin lopettaa porrastetusti (Kalso 2018, 189–190.) Tästä voidaan tehdä se päätelmä, että opiaatteihin liittyvää kokonaisvaltaista tietoa ja koulutusta kivunhoidossa tulisi lisätä.

Hoitajien taitoa kivunhoidossa selvittäviä kysymyksiä olivat 8, 24, 25, 26, 30 ja 31. Rajanveto tietojen ja taitojen välille oli haastavaa, koska molemmissa alueissa oli paljon toisiinsa liittyviä yhtymäkohtia. Kuitenkin pohdimme tutkimuksessamme hoitajien taitoja siitä näkökulmasta, miten he pystyvät toteuttamaan kivunhoitoa olemassa olevan tietopohjan perusteella.

Vastauksista voidaan päätellä se, että potilaan oman asiantuntijuuden hyödyntämisen tärkeys tunnustetaan hyvin. 100% ($n=34$) vastaajista oli sitä mieltä, että potilas on itse oman kipunsa tärkein arvioija. Lisäksi 97% ($n=33$) vastaajista rohkaisisi potilasta turvautumaan muihin kivunhoidon menetelmiin ennen opioidien käyttöä. Ensisijaisesti kivunhoidossa tulisi suosia lääkkeettömiä kivunhoidon muotoja, koska ne ovat olennainen peruspilari kivunhoidossa. WHO:n porrasteisen kivunhoidon teorian mukaan, opioidipohjaiset kipulääkkeet eivät ole ensisijaisesti suositeltavia, vaan aluksi suositetaan käytettäväksi mietoja kipulääkkeitä kivun intensiteettiä silmällä pitäen (Rautava-Nurmi ym. 2015, 88).

Kulttuurisuusnäkökulman yksilöllisyyden tunnisti 88% ($n=30$) vastaajista. Potilaan yksilöllinen arviointi on tärkeää, jotta kulttuurien vaikutukset voidaan määrittää. On tutkimuksia, jotka osoittavat kipuherkkyydessä olevan eroja eri etnisen taustan omaavien henkilöiden välillä. Jotta kipua voidaan hoitaa kokonaisvaltaisesti, on otettava huomioon myös potilaan kulttuuristausta (Vainio 2018, 34).

Monivalintakysymyksessä 24, tutkittiin vaihtoehtoja kivunhoitomenetelmien hyödyllisyydestä, 50% ($n=17$) vastasi kaikkien vaihtoehtojen olevan oikein, 53% ($n=18$) ibuprofeenin ja 44% ($n=15$) fysioterapian. Virheellinen vaihtoehto isosorbinimononitraatin hyödyllisyydestä sai sekin 3% ($n=1$) vastauksista. Tässä mietimme, oliko kysymys ymmärretty oikein, sillä hajontaa vastauksissa oli jonkin verran.

Lopuksi oli kaksi potilastapausta, joissa potilailla oli vatsan alueen leikkauksen jälkeen samat vitaali-toiminnot, kivunmittaustulokset (8 asteikolla 0-10) ja lääkärin ohjeistus kipulääkitykseen. Eroa oli potilaan ulkoisessa olemuksessa. Ensimmäinen potilas hymyilee, juttelee ja vitsailee, jälkimmäinen

irivistää. Molemmissa tapauksissa tulisi potilaan kipua hoitaa lääkärin määräämällä maksimiannostuksella, mutta potilaan olemuksessa oli selkeästi vaikutusta siihen, miten hoitajat olisivat käytännössä kipua hoitaneet.

Ensimmäisessä tapauksessa alle viidesosa vastaajista valitsi oikean vaihtoehdon ”annostelet Oxanesttia 3 mg suonensisäisesti”. Antilla kipu on kuitenkin seurannoissa asteikolla 6-8, eikä hänellä esiinny ei-toivottuja sivuvaikutuksia. Tämän vuoksi kivunlievitys on suotavaa toteuttaa lääkärin määräämällä maksimiannoksella, siitäkin huolimatta, että potilas hymyilee, jutustelee ja vitsailee.

Myös toisessa tapauksessa on suositeltavaa annostella Oxanest lääkärin ohjeen mukaisesti maksimiannoksella. Tämä vaihtoehdon valitsi noin kolmasosassa vastaajista, kuitenkin melkein kaksi kertaa useammin kuin potilaan kohdalla, joka hymyilee ja juttelee. Tulosten perusteella voidaan havaita, että kipulääkettä annetaan mieluummin vähemmän kuin ohjeen mukainen maksimi kerta-annos on.

Kysymyksistä 2, 6, 8, 15, 22, 23, 24, 25, 26, 30 ja 31 pystyttiin päättämään myös hoitajien asenteita kivunhoitoon liittyen. Yleisesti ottaen voitiin todeta, että asenteissa ei hirveästi ole eroavaisuuksia ja potilaan oman tilansa tietämystä kipulääkityksen tarpeen arvioinnissa uskalletaan hyödyntää. Vastaajista 94% ($n=32$) oli sitä mieltä, että todennäköisin syy potilaan pyytämälle kipulääkeannoksen nostolle on hänen itsensä kokema lisääntynyt kipu. Vastaajista 85% ($n=29$) annostelisi kivunhoitoon tarkoitetun lääkkeen aivan oikein ympäri vuorokauden säännöllisesti, varsinkin pitkäaikaisessa kivunhoidossa. Tällöin suositellaan pitkäkestoisia valmisteita ja lisäksi huomioitava, että hoitovaste saattaa tulla vasta pidemmän ajan kuluttua lääkeaineesta riippuen (Suomalainen lääkäris seura Duodecim 2017).

Kysyttäessä mielipidettä olettamukseen, että kipu ei yleensä ole voimakasta, jos potilaan huomion pystyy kääntämään siitä pois. 82% ($n=28$) vastaajista tunnisti tämän olevan virheellisen väittämän ja tässä on mielestämme kyse osaksi asenteesta. Laadukasta hoitotyötä toteutettaessa on muistettava, että kipua tunteva potilas on kokemansa kivun paras asiantuntija ja on ainoa, joka tietää miltä kipu käytännössä tuntuu. Lääkäri ja hoitaja ovat kivun arvioimisessa toissijaisessa asemassa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 87–89.)

Opioidien käyttöä potilailla, joilla ennestään huumausaineongelma, rajoittaisi 68% ($n=23$) vastaajista ja 85% ($n=29$) oli sitä mieltä, että kipupotilaalla voi olla ennestään alkoholi/huumausaineongelmaa. Opioidiriippuvuus ja lääkeriippuvuus liittyvät läheisesti alkoholin ja huumausaineiden käyttöön ja niistä on muodostunut enemmässä määrin ongelma myös kipupotilailla, joiden hoitoon opioideja käytetään. (Kalso 2009, 16.)

Potilaan ulkoisen olemuksen vaikutus hänen saamaansa kivunhoitoon tuli myös asennetta käsittelevissä vastauksissa selkeästi esille (kysymykset 30 ja 31). Jos potilas oli ulospäin hymyilevä ja kommunikoi normaalisti, hänelle olisi annettu kipulääke pienemmällä annoksella mitä potilaalle, jonka

olemus oli tuskainen. Tämä siitä huolimatta, että vitaalielintoiminnot ja kipumittarin tulokset olivat samat. Sama havainto tuli esille myös kivun voimakkuuden merkkäamisessa kipuasteikolle

Jaoteltiinpa vastaukset sitten tietoihin, taitoihin tai asenteisiin, vastausten perusteella havainnoimme, että koulutustarvetta kivunhoidossa on usealla osa-alueella. Vaikka perustiedot kivun hoidosta vaikuttivat kyselyyn vastanneilla olevan hyvin hallussa, nousi erityisesti esille kysymykset, joissa oikeiden vastausten osuus oli alle 70% ($n=24$) ja jopa tämän alle. Kysymysten 6, 10, 21, 27, 28 ja 29 vastausten perusteella voidaan todeta, että monipuolista opioidien käyttöön liittyvää koulutustarvetta on.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys ja luotettavuus merkitsee tapaa, jolla suhtaudumme työhömmme, kyselylomakkeen kysymysten asetteluun sekä yhteistyötahoihimme. Eettisestä näkökulmasta työmme tavoitteena on ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuuden korostaminen. Tästä näkökulmasta ajateltuna suhtaudumme löytämiimme lähteisiin lähdekriittisesti ja käytämme vain tutkitusti luotettavia lähteitä. (Savonia Reppu 2018.)

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta parantaa se, että otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Tutkimusprosessin kokonaisluotettavuutta voidaan parantaa useilla keinoilla. Näihin keinoihin kuuluu esimerkiksi oikean otantamenetelmän ja tietojen keräämistavan valinta sekä kysymysten muotoilu juuri kyseessä olevaa tutkimusta palvelevaksi ja kohderyhmään sopivaksi. Lisäksi olemme parantaneet kokonaisluotettavuutta tutkimalla sitä, mitä oli tarkoituskin tutkia sekä perustelemalla, miksi olemme valinneet juuri tietyn tutkimusjoukon. (Vilkkä 2007, 152.)

Opinnäytetyömme teimme rehellisyyden periaatetta noudattaen. Tämä koskee aineiston kokoamista ja työstämistä sekä lähteiden käyttöä. Plagiointi ei kuulu opinnäytetyöhömmme millään tavoin. Opinnäytetyötä tehdessämme huomioimme myös ammattikorkeakouluille laaditun tutkimus- ja kehittämistyön eettisen ohjeistuksen. Lähteitä käsiteltäessä huomioimme tekijänoikeudet sekä tekijänoikeuslain (404/1961). Mahdolliset suorat lainaukset ja viittaukset ja lähdeviitteet merkitsimme työhömmme asianmukaisesti, käyttämällä lainausmerkkejä tai kursiiivia Savonian ohjeen mukaisesti. Huomioimme tekijänoikeuslain myös, käyttämissämme kuvissa tai muissa mahdollisissa materiaaleissa. (Savonia Reppu 2018.)

Eettisyys näkyi myös saatekirjeessä, jossa vastaajalle kerrottiin anonymiteetin säilymisestä aina raportointivaiheeseen saakka (Vilkkä 2007, 164). Kysely saatekirjeineen jaettiin osastonhoitajalle ja hän jakoi kyselyn linkin eteenpäin osaston työntekijöille. Kaikki vastaukset käsiteltiin anonymisti ja vastauksia säilytettiin vain niiden käsittelyyn tarvittava aika. Kyselymme tarkoituksena ei ollut kyseenalaistaa tai väheksyä kenenkään vastaajan tietämystä, vaan selvittää esimerkiksi millainen koulutustarve hoitajilla on kivunhoidon suhteen. Ennen kyselyn toteuttamista huomioimme myös tarvittavat tutkimuslupa-asiat kuntoon.

Tutkimuksessamme käytimme tutkimusmenetelmänä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena on saada mahdollisimman luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa (Kananen 2011, 118). Kyselyn reliabiliteetti eli pysyvyys (Kananen 2011, 119) on korkea, koska kyselyn vastaajien säilyessä samana saadaan eri mittauskerroilla samat vastaukset. Toisaalta näiden samojen vastaajien tietouden kasvu esimerkiksi mahdollisten koulutusten myötä näkyy luultavasti myös muutoksina vastaavanlaisen kyselyn vastauksissa. Vastaajajoukon muuttuessa myös vastaukset muuttuvat, koska vastaukset ovat täysin riippuvaisia vastaajien taitotasosta. Kyselyn tulosten ulkoinen validiteetti eli yleistettävyyys (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 196) on useista eri osastoista

sekä organisaatioista johtuen ainakin Pohjois-Savon alueella vähintäänkin kohtalaisen hyvällä tasolla. Yhden maantieteellisen alueen sisällä suoritettun tutkimuksen tuloksia ei välttämättä voi yleistää koskemaan koko maan kivunhoidon osaamisen tason tilannetta. Kuitenkin katsomme kyselymme vastaavan tilaajan tarpeisiin, koska sen tarkoituksena on ensisijaisesti selvittää kivunhoidon osaamisen taso Kuopion yliopistollisen sairaalan sisällä.

Kyselyn ulkoista validiteettia uhkaa esimerkiksi niin kutsuttu Hawthornen efekti, eli tutkittavan käyttäytymisen muutos, kun hän tiedostaa olevansa tutkimuksen kohteena (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 196). Tutkittava voisi esimerkiksi teoriassa erikseen opiskella kyselyä varten, joka taas osaltaan vääristäisi kyselyn tuloksia. Muutoin kuin tulosten luotettavuuden kannalta tämä olisi hyvä asia, koska tällöin tutkittavan tietous kivunhoidosta lisääntyisi.

Vastausten laatuun ja luotettavuuteen on voinut vaikuttaa moni eri asia, esimerkiksi vastaajien kiire, vireystila tai kysymysten huolimaton lukeminen. Laatuun ja luotettavuuteen voi vaikuttaa myös mahdolliset ”hupivastajat”, jotka eivät välttämättä ole vastanneet kysymyksiin parhaan tietonsa mukaan. Taustamuuttujia kyselyssä emme käyttäneet, joten vastausten perusteella emme voi arvioida minkä verran kyselyyn vastanneen hoitajan koulutustausta on vastauksiin vaikuttanut. Taustamuuttujista esimerkiksi vastaajan ikää tai sukupuolta emme pitäneet olennaisena tietona liittyen kivun hoidon osaamiseen.

Lähdekriittisyyttä noudatimme kaikessa tutkimukseemme käytetyssä lähdemateriaalissa. Pyrimme siihen, että käyttämämme tieto oli ajantasaista, asianmukaista ja riittävän kattavaa sekä tutkittuun tietoon pohjautuvaa. Opinnäytetyöhömmä tuotimme asiasisällön referoimalla hyväksymistämme lähteistä. Lisäksi kiinnitimme huomiota kieliasuun ja helppolukuisuuteen.

Tutkimusaiheen valitsimme hyvän tieteellisen käytännön huomioiden. Valitsimme aiheen, joka on mielestämme ajankohtainen myös tulevaisuudessa. Aihevalinta on mielestämme eettisesti hyväksyttävä, koska se tuottaa hyötyä paitsi tilaajataholle, myös potilasryhmille, jotka kokevat kipua. Tutkimustulokset tulemme esittämään keväällä 2020 Savonia-ammattikorkeakoulun hyvinvointikonferenssissa.

8.3 Ammatillinen kasvu

Valitsimme aiheen koska koimme että kipu ja kivunhoito on mielestämme liian vähän käsitelty aihe hoitotyössä. Halusimme myös syventää omaa ammatillista osaamistamme tällä osa-alueella. Aiheen valintaan vaikutti myös se, että tilaajallamme on selkeästi tarve tämänkaltaiseen työhön. Mielestämme on myös tärkeää herättää keskustelua kivunhoidosta ja siihen liittyvästä koulutuksen tarpeesta. Toivomme että tulevaisuudessa kivunhoito huomioitaisiin paremmin osana potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Tämän kautta olisi mahdollista saada esimerkiksi säästöjä terveydenhuollossa, kun kipua hoidettaisiin alusta saakka kokonaisvaltaisesti eikä vaivoja päästettäisi pitkittymään.

Saimme myös paljon teoriatietoa kivunhoidosta, jota pystymme hyödyntämään omassa työssämme sairaanhoitajina sekä jakamaan asiantuntijuuttamme eteenpäin sekä ammatillisille toimijoille että asiakkaillemme sairaanhoitajan ammattikohtaisten kompetenssien mukaisesti. Pystymme tulevaisuudessa näin ollen entistä paremmin perustamaan oman toimintamme tutkittuun näyttöön ja tekemään päätöksiä objektiivisesti sen perusteella. Oman oppimisprosessin suhteen yksi tärkeimmistä asioista oli ymmärtää, miten kokonaisvaltaista hoitotyön osaamista hyvä ja laadukas kivunhoito vaatii. Tätä ymmärrystä voimme soveltaa esimerkiksi sairaanhoitajan ammattikohtaisten kompetenssien johtajuus ja yrittäjäyys -kohtaan, jossa mainitaan asiakkaan kokonaishoidon koordinointi vastuun mukaisesti.

Oma asenteemme kivunhoitoa kohtaan muuttui sitä mukaa, mitä enemmän tietoa keräsimme. Esimerkiksi ammattikohtaisista kompetensseista asiakaslähtöisyyden näkökulma potilaasta oman kipunsa parhaana asiantuntijana vahvistui, ja saimme myös teorian tiedosta eväitä potilaan yksilölliseen kohtaamiseen aktiivisena toimijana tämän omien voimavarojen puitteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö ja eri ammattiryhmien kuten hoitajien ja fysioterapeuttien moniammatillisen yhteistyön tärkeys tuli myös kohtuullisen tutuksi kivunhoidon saralla. Eettistä ajattelua vaati jo kyselyn toteuttaminen itsessään. Ymmärtämällä kivun taustoja ja sen hoitoa paremmin pystymme toimimaan asiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä edistävällä tavalla. Olemme opinnäytetyötä tehdessämme huomioineet kivunhoidon vaikutukset sosiaali- ja terveystalouden yleiseen laatuun.

Opinnäytetyöprosessia toivomme pystyvämme hyödyntämään tulevaisuudessa työelämässä. Mielestämme olemme kehittyneet ja oppineet hallitsemaan isompaa projektia. Opinnäytetyömme tekeminen on opettanut meitä ajankäytön hallinnassa, aikataulujen noudattamisessa, organisoimisessa ja suunnitelmallisuudessa. Vaikka aloitimme prosessin tekemisen mielestämme ajoissa, niin silti ajoittain aikataulumme tuntui venyvän. Kolmen vuorotyössä olevan, perheellisen opiskelijan on yllättävän haastavaa löytää kaikille sopiva ajankohta. Tavoitteisiimme pääsimme noudattamalla tarkasti suunnitelmaamme ja aikatauluamme. Tietoisesti olemme pitäneet välissä taukoja, jolloin emme ole opinnäytetyötämme tehneet. Taukojen avulla olemme löytäneet uusia näkökulmia ja saaneet motivaatiota tehdä työstä mahdollisimman hyvä.

Valitsemamme tutkimusmenetelmä ei ollut meille entuudestaan kovinkaan tuttu. Prosessin aikana opimme kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen perusasioita. Työmme ohjaajalta saimme hyvin tukea ja uusia näkökulmia työmme tekemiseen. Määrällisen tutkimuksen menetelmätyöpajat osoittautuivat erittäin hyödyllisiksi, etenkin kyselyaineiston tulosten esittämisen osalta.

Muista taitopajoista saimme käytännön vinkkejä kieliasuun, lähteiden merkitsemiseen ja aiheen rajaamiseen. Itse kyselyssä hyödynsimme Webropol -työkalua, johon tutustuimme tutkin-oivallan-kehittämisen -kurssilla. Koska tutkimuksemme edellytyksenä oli anonymiteetti ja vastaajajoukkoon kuului monta eri osastoa eri puolilta Pohjois-Savoa, havaitsimme sen olevan parhaiten käyttööme sopiva.

Onnistunutta työssämme oli kokonaisuus sekä aiheen rajaaminen niin, että se noudatti mahdollisimman tarkasti tilaajamme toiveita sekä alkuperäistä "Knowledge and attitudes survey regarding pain" (Ferrell ja McGaffery 2014) -kyselyä soveltuvilta osin. Aiheen rajaaminen tilaajan toiveiden mukaiseksi oli helppoa, koska meillä oli alusta saakka selkeä kohderyhmä. Esimerkiksi lasten kivunhoidosta saa tehtyä kokonaan oman vastaavanlaisen opinnäytetyön. Aiherajauksen jälkeen teorian tiedon etsiminen sujui helposti. Lähdekriittisyys piti kuitenkin huomioida, jotta tieto olisi mahdollisimman ajantasaista ja luotettavaa. Haastetta toi kivunhoidon asenteisiin liittyvän teorian tiedon löytäminen, sillä aihetta ei ole käsitelty kovinkaan paljoa. Teoriaosuuden teimme valmiiksi ennen opinnäytetyön toiminnallista osuutta.

Tyytyväisiä olimme opinnäytetyössämme prosessin kokonaisuuteen ja yhteistyön sujuvuuteen yhteistyötahojen kanssa. Myös oma keskinäinen työskentelymme oli sujuvaa ja vastuuta kantavaa. Vastausprosentista olisimme toivoneet suurempaa, mutta toisaalta lähdimme testaamaan kyselypat-teriston toimivuutta käytännössä ja tässä pääsimme tavoitteeseemme.

Toivomme, että opinnäytetyömme on hyödyllinen tilaajallemme sekä hoitoalalla työskenteleville. Mielestämme jokaisen hoitajan tulisi kehittää omaa ammattitaitoaan kokonaisvaltaisesti myös kivunhoidon osa-alueella, sillä uutta ja tutkittua tietoa tulee jatkuvasti lisää. Hoitajan ajantasainen tietämys edistää myös työyhteisön tietämystä kivunhoidosta ja auttaa potilasta saamaan mahdollisimman hyvää hoitoa.

8.4 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat

Opinnäytetyömme antoi tilaajallemme hänen tarvitsemaansa informaatiota kivunhoidon tasosta sekä osasto-, organisaatio- että maakuntatasolla. Aluksi kyselyä ja sen tuloksia voidaan hyödyntää kartoittaessa koulutustarpeita koskien kohderyhmää. Myöhemmin sitä voidaan soveltaa myös muissa terveydenhuollon ympäristöissä, joissa kivunhoito on osa toimintaa. Tilaajamme mukaan käytännön työssä on havaittavissa isojakin eroja kivunhoidon tietämyksessä koskien hoidon toteutusta, hoidon syytä sekä kirjaamista etenkin kipua arvioidessa. Eroja on niin yksilötasolla kuin esimerkiksi osasto-kohtaisestikin.

Hoitajien kiputietouden lisäksi työmme tarkoituksena oli testata, onko kyselymme toimiva ja saako sen avulla koulutustarpeen riittävän helposti selville. Mielestämme pääsimme tähän tavoitteeseen ja kysymyssarja osoittautui toimivaksi kokonaisuudeksi. Vastausten perusteella voi suunnitella yksittäisiä tietoiskuja tai useampia aiheita käsitteleviä kokonaisuuksia, joilla kivunhoidon tietoutta voi hoito-henkilökunnan keskuudessa lisätä.

Jatkossa tutkimusta voisi syventää huomioimalla vastaajien taustatiedot, esimerkiksi ammattiryhmän, jolloin koulutusta saisi yksilöityä tarkemmin. Jatkoa ajatellen kyselyä voi muokata kulloiseenkin kohderyhmään sopivaksi, esimerkiksi lapsia tai vanhuksia hoitaville osastoille, tai viedä vaikkapa hoitokoteihin. Mahdollista on myös tehdä lyhyempi kysymyssarja tai lisätä esimerkiksi avoin kysymys, jossa kartoittaan, millaista koulutusta vastaajat toivoisivat saavansa kivunhoitoon liittyen.

Jo suunnitelmavaiheessa huomioimme kyselyn riskinä mahdollisen vastaajakadon, jolloin kyselyn otanta voi jäädä suppeaksi. Saatekirjeen sisältöä kannattaa jatkossa vielä muokata, jotta aihe ja siihen vastaamisen tärkeys ja mielekkyys tulevat ymmärretyiksi. Kyselyn voisi toteuttaa esimerkiksi osastotunnin yhteydessä, jolloin vastaajat saisivat rauhallisen tilaisuuden kyselyyn vastaamiseen. Paperisten kyselylomakkeiden käytön mahdollisuus tulee huomioida, koska sillä osaltaan voisi olla vaikutusta vastausprosenttiin. Tässä opinnäytetyössä paperisia kyselylomakkeita ei käytetty osastojen sijaintien ja anonymiteetin säilymisen vuoksi.

Muita kehitysideoita ovat kivun hoitamisen tärkeyden ymmärrettävyyden lisääminen hoitotyötä tekevien keskuudessa ja asiakkaalta saadun palautteen huomioiminen, sillä asiakas on paras asiantuntija myös siinä, millaisena hän on hoidon kokenut. Asiakkaan näkökulmasta laadukas ja onnistunut kivunhoito on yksi osa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Oikein toteutettuna kivunhoito tukee myös potilaan kuntoutumista esimerkiksi leikkauksen jälkeen. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna laadukas ja onnistunut kivunhoito voi lyhentää potilaan toipumisaikaa sekä sairausloman pituutta, synnyttäen näin ollen säästöjä.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AHONEN, Jouni 2015. Iäkkäiden lääkityksen haasteet [luento]. Itä-Suomen yliopisto. [Viitattu 2019-02-08.] Saatavissa: <http://www.oppi.uef.fi/opk/video/kkoukkaar/iakkaiden-laakehoidon-haasteet-aducate2015/html5.html>

ALAMURSULA, Sirkka 2013. Kivunhoito-oppaan laatiminen hoitotyöntekijöille. Savonia- ammattikorkeakoulu, sosiaali –terveys –ja liikunta-ala. Opinnäytetyö. [Viitattu 2018-12-12.] Saatavissa:

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70585/Alamursula_Sirkka.pdf?sequence=1&isAllowed=y

AL KHALAILEH, Murad ja AL QADIRE, Mohammad 2013. Pain management in Jordan: nursing students' knowledge and attitude [verkkajulkaisu]. Mark Allen Publishing. [Viitattu 2019-09-18.] Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/Mohammad_Qadire/publication/258954206_Pain_management_in_Jordan_Nursing_students%27_knowledge_and_attitude/links/00b4952ad8b77cd56e000000/Pain-management-in-Jordan-Nursing-students-knowledge-and-attitude.pdf

ALMAZROOA, Adnan, BUCKNALL, Tracey, EID, Thurayya ja MANIAS, Elizabeth 2014. Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain in Saudi Arabia [verkkajulkaisu]. American Society for Pain Management Nursing. [Viitattu 2019-09-18.] Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904214001015?via%3Dihub>

BOREN, Heljä ja NUORALA, Sanna 2015. Kipu, se on kuitenkin aina läsnä. Centria- ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2018-12-12.] Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101596/boren_helja_nuorala_sanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

BURCH, Vidyamala 2012. Mielekkäästi irti kivusta ja sairaudesta: Tietoisien läsnäolon menetelmä kärsimyksestä vapautumiseen. Helsinki: Basam Books Oy

COWEN, Ruth, STASIOWSKA, M. K., LAYCOCK, Helen ja BANTEL, Carsten 2015. Assessing pain objectively: The use of physiological markers [verkkajulkaisu]. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. [Viitattu 2019-01-19.] Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/anae.13018>

DUODECIM Terveysportti. [verkkojulkaisu]. Duodecim Lääketietokanta. [Viitattu 2019-12-05.] Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/laake/haku/oksikodoni/29117/spc>

ELOMAA, Minna, SIPIÄ, Reetta 2018. Psykologiset menetelmät. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 253-259.

FERRELL, Betty ja MCGAFFERY, Margo 2014. Knowledge and attitudes survey regarding pain. [verkkojulkaisu]. City of Hope. [Viitattu 2018-11-28.] Saatavissa: <https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14.pdf>

FORMISTO, Kirsi 2017. Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2018-12-12.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100904/GRADU-1491826398.pdf?sequence=1>

GROMMI, Salla 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitettuihin potilaisiin. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2019-02-01.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150461/urn_nbn_fi_uef-20150461.pdf

HAANPÄÄ, Maija, POHJOLAINEN, Timo, JÄÄSKELÄINEN, Satu 2018. Stimulaatiomenetelmät. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 231-241.

HAMUNEN, Katri, KARLSSON Hasse, VAINIO, Anneli 2018. Kiputilojen luokittelu. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 128-135.

HEDMAN, Pekka, HÄNNINEN, Minna 2010. Hyvä kivun hoitotyön kirjaaminen. Turun ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201104053916>

HEINO, Satu, LARKOVUO, Marja, LUOKKAKALLIO, Jaana, PELTOLA, Helena ja SCHMANDT, Sanna s.a. Kivun hoito [verkkojulkaisu]. Helsingin yliopiston koulutus- ja kehittämisspalvelut HY+ ja Opetushallitus: Lääkehoidon perusteet. [Viitattu 2019-08-02.]

Saatavissa: <https://sites.google.com/site/laeaekehoidonperusteet/asiakkaan-ohjaaminen/kivun-hoito>

INSTITUTE OF MEDICINE 2011. Relieving pain in America [verkkokirja]. The National Academies Press. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK91497/pdf/Bookshelf_NBK91497.pdf

KALSO, Eija 2009. Käytännön opioidihoito. Julkaisussa: KALSO, Eija, PAAKKARI, Pirkko, FORSELL, Marja (toim.) 2009. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. 2. uudistettu painos. Tampere: Lääkelaitos, 10-17.

KALSO, Eija 2018. Kivun lääkehoito. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 177-221.

KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli 2018. Lukijalle. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 5.

KALSO, Eija ja KONTINEN, Vesa 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-84.

KANANEN, Jorma 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

KANANEN, Jorma 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

KANKKUNEN, Päivi, VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KARLSSON, Hasse 2018. Psykiatria kipupotilaan tutkimuksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 260-266.

KARTTUNEN, Niina ja SURAKKA, Veli-Matti 2016. Yleisimpien lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö [verkkojulkaisu]. A-klinikkasäätiö: Päihdelinkki.fi. [Viitattu 2019-01-17.] Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/yleisimpien-laakkeiden-ja-alkoholin-yhteiskaytto>

KIVELÄ, Sirkka-Liisa ja RÄIHÄ, Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito [verkkojulkaisu]. Fimea.fi. [Viitattu 2019-01-19.] Saatavissa: https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf

KOSKINEN, Tiina, PUIRAVA, Alli, SALIMÄKI, Johanna, PUIRAVA, Pauli, OJALA, Raimo 2012. Lääketietoa ammattilaisille. 2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-02-08.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. L 28.6.1994/559. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-02-08.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

LATINA, Roberto, MAURO, Lucia, MITELLO, Lucia, D'ANGELO, Daniela, CAPUTO, Libera, GRAZIA DE MARINIS, Maria, SANSONI, Julita, FABRIANI, Loredana ja BAGLIO, Giovanni 2015. Attitude and Knowledge of Pain Management Among Italian Nurses in Hospital Settings [verkkojulkaisu]. Pain Management Nursing. [Viitattu 2019-09-25.] Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S152490421500168X>

MIRANDA, Helena 2016. Ota kipu haltuun. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.

NURMINEN, Marja-Leena 2011. Lääkehoito. 10. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

NÄPÄRÄ, Liisa 2017. Tutkimuskysymyksen muodostaminen [verkkojulkaisu]. Spoken Oy. [Viitattu 2019-12-29.] Saatavissa: <https://www.spoken.fi/tutkimuskysymyksen-muodostaminen/>

OJALA, Tapio 2015. The Essence of the Experience of Chronic Pain - A Phenomenological Study [väitöskirja]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 2019-12-29.] Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/45325/978-951-39-6060-5_vai-tos_21022015.pdf

POHJOLAINEN Timo 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 242-252.

PÄTÄRI, Jenni 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. [Viitattu 2019-02-01.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140446/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf

RAIVIO, Minna 2018. Iäkkään potilaan hallittu lääkehoito. Lääkärin käsikirja [verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 2019-01-19.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00546

RAUTAVA-NURMI, Hanna, WESTERGÅRD, Airi, HENTTONEN, Tarja, OJALA, Mirja ja VUORINEN, Sinikka 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

RAUTIAINEN, Hillevi 2002. Kivun arviointi ja mittaus [verkkodokumentti]. Pohjois-Karjalan Ensihoitajat Ry. [Viitattu 2019-10-28.] Saatavissa: https://www.pokehot.net/@Bin/170783/Hillevi_Rautiainen.PDF

SAANO, Susanna ja TAAM-UKKONEN, Minna 2016. Lääkehoidon käsikirja. 1.–5. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

SAIRAANHOITAJALIITTO 2014. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajaliitto. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

SALANTERÄ, Sanna 2012. Asenteet kivun hoidossa. Kipuviesti [digilehti] 1/2012, 43. [Viitattu 2019-10-15.] Saatavissa: <https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/9584b4eb466d4a699048ff6ee9c73672/1571148146/application/pdf/256062/Kipuviesti%201-2012.pdf>

SAVONIA REPPU 2018. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus [verkkojulkaisu]. Savonia.fi. [Viitattu 2018-12-07.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/eettisyys-ja-luotettavuus.aspx>

SCHREIBER, Judith A., CANTRELL, Donita, MOE, Krista A., HENCH, Jeanine, MCKINNEY, Emily, LEWIS, C. Preston, WEIR, Amy ja BROCKOPP, Dorothy 2014. Improving Knowledge, Assessment, and Attitudes Related to Pain Management: Evaluation of an Intervention [verkkojulkaisu]. Pain Management Nursing. [Viitattu 2019-02-07.] Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23419934>

SUOMALAINEN LÄÄKÄRISEURA DUODECIM 2017. Kipu. Käypä hoito -suositus [verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 2019-01-11, 2019-01-19, 2019-09-18, 2019-12-11] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50103>

SUOMALAINEN LÄÄKÄRISEURA DUODECIM 2019a. Lääketieteen sanasto. Patofysiologia [verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 2019-10-28.] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02519

SUOMEN KIPU RY 2014. Kivun kasvot [verkkodokumentti]. Suomen Kipu ry. [Viitattu 2019-02-22.] Saatavissa: <https://www.youtube.com/watch?v=i2ys8JDzS5M>

SUOMEN VIRALLINEN TILASTO 2018. Väestöennuste [verkkojulkaisu]. Tilastokeskus. [Viitattu 2019-02-08.] Saatavissa: https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html

SWIFT, Amelia 2018. Understanding the effect of pain and how the human body responds [verkkojulkaisu]. Nursing times. [Viitattu 2019-01-19.] Saatavissa: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/pain-management/understanding-the-effect-of-pain-and-how-the-human-body-responds/7023422.article>

TERVEYSKYLÄ. 2018. Lääkeryhmät pitkäaikaisen kivun hoidossa [verkkojulkaisu]. Terveyskylä.fi. [Viitattu 2019-10-03.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitkaaikainen-kipu/pitkaaikaisen-kivun-laakehoito/laaikeryhmat-pitkaaikaisen-kivun-hoidossa>

TERVEYSKYLÄ. 2019. Opi arvioimaan kipua [verkkojulkaisu]. Terveyskylä.fi. [Viitattu 2019-01-13.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 2016. Opioid Abuse in Chronic Pain — Misconceptions and Mitigation Strategies [verkkojulkaisu]. Nejm.org. [Viitattu 2019-02-07.] Saatavissa: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1507771>

TÄHTINEN, Juhana, LAAKKONEN, Eero ja BROBERG, Mari 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos.

VAD, Vijay 2012. Eroon kivusta. Jyväskylä: Docendo Oy.

VAINIO, Anneli 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

VAINIO, Anneli 2018. Kipu ja kulttuuri. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 31-38.

VAINIO, Anneli 2018. Kipu ja taiteet. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija, HAMUNEN, Katri, KONTINEN, Vesa, VAINIO, Anneli (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 39-48.

VALVIRA 2015. Kivun hoito [verkkojulkaisu]. Valvira.fi. [Viitattu 2019-08-02.] Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

VARTIAINEN, Pekka 2018. Health-related quality of life in patients with chronic pain [väitöskirja]. Helsinki: Helsingin yliopisto. [Viitattu 2019-12-29.] Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/242263/pekka%20vartiainen%20PhD%20Thesis.pdf>

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa, Määrällisen tutkimuksen perusteet [verkkojulkaisu]. Tampub.uta.fi [Viitattu 2019-11-03.] Saatavissa: https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98723/Tutki-ja-mittaa_2007.pdf

WESTERLUND, Tarja. 2009. Thermal, circulatory, and neuromuscular responses to whole-body cryotherapy [väitöskirja]. Oulu: Oulun yliopisto. [Viitattu 2020-01-22.] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-951-42-9043-5>

LIITE 1: KYSELYLOMAKE JA VASTAUKSET

1. Elintoiminnot ovat aina potilaan kivun luotettava mittari.

Oikein / **Väärin**

2. Kipu ei yleensä ole voimakasta, jos potilaan huomion pystyy kääntämään siitä pois.

Oikein/ **Väärin**

3. NSAID-lääkkeet EIVÄT ole tehokas kivunhoitomuoto kivulioiden luussa sijaitsevien metastaasien hoidossa.

Oikein/ Väärin

4. Eri tavoin vaikuttavien kipulääkkeiden (esim. NSAID ja opioidi) yhdistäminen voi auttaa kivunhallinnassa ja vähentää sivuvaikutuksia verrattuna vain yhden kipulääkkeen käyttöön.

Oikein/Väärin

5. Kivunlievityksen kesto käytettäessä annostuksena 1-2 milligrammaa Oxanesttia on yleensä 4-5 tuntia.

Oikein/ **Väärin**

6. Opioideja ei tulisi käyttää kivunhoidossa potilailla, joilla on taustaa lääkkeiden väärinkäytöstä.

Oikein/ Väärin

7. Ikäihmisillä on huono sietokyky opioidien suhteen.

Oikein/ Väärin

8. Potilaita tulisi rohkaista turvautumaan muihin kivunhoidon menetelmiin ennen opioidien käyttöä.

Oikein/Väärin

9. Opioidisen kipulääkkeen aloitusannoksen jälkeen seuraavat annokset pitäisi säätää yksilöllisesti potilaan vasteen mukaan.

Oikein/ Väärin

10. Jos potilaan kivun lähde on tuntematon, opioideja ei pitäisi käyttää tutkimuksen aikana koska tämä voi estää oikean diagnoosin.

Oikein/**Väärin**

11. Epileptisiä kohtauksia estävät lääkkeet kuten gabapentiini (Neurontin) tuottavat optimaalisen kivunlievityksen kerta-annoksen jälkeen.

Oikein/ **Väärin**

12. Bentsodiatsepiinit eivät ole tehokkaita kipulääkkeitä ja niitä suositellaan vain harvoin kivunhoitoon.

Oikein/ Väärin

13. Lääke/opioidiriippuvuus määritellään krooniseksi neurobiologiseksi taudiksi, jonka oirekuvaukseen kuuluu vähintään yksi seuraavista; lääkkeiden käytön hallinnan menetys, pakonomainen käyttö, käytön jatkaminen haittavaikutuksista huolimatta, riippuvuus.

Oikein/ Väärin

14. Termi "vastaavuus" tarkoittaa suurin piirtein yhtäläistä kivunlievitystä ja sitä käytetään, kun viitataan keskenään samantasoisien kivunlievityksen tarjoaviin annoksiin eri kipulääkkeissä.

Oikein/ Väärin

15. Kipupotilailla voi olla ennestään alkoholiin tai huumausaineisiin liittyvä ongelma

Oikein/ Väärin

16. Mikä/mitkä seuraavista on opioidi?

- a. Panadol
- b. Panacod**
- c. Propofoli
- d. Pantoprazol

17. Mikä seuraavista on kipulääke?

- a. **Tramadoli**
- b. Trombiini
- c. Tamsulosiini

18. Pitkäaikaisesta/kroonisesta kivusta kärsivälle potilaalle opioidien suositeltu antoreitti on
- suonensisäisesti
 - lihaksensisäisesti
 - subkutaanisesti
 - oraalisesti**
 - rektaalisesti
19. Äkillisistä ja kovista, kuten traumasta tai postoperatiivisista kivuista kärsivälle potilaalle opioidien suositeltu antoreitti on
- suonensisäisesti**
 - lihaksensisäisesti
 - subkutaanisesti
 - oraalisesti
 - rektaalisesti
20. Mikä seuraavista kipulääkkeistä on paras vaihtoehto pitkittyneen keskivaikean tai vaikean kivun hoitoon syöpäpotilailla?
- kodeiini
 - oksikodonihydrokloridi**
 - petidiini
 - tramadoli
21. 10 mg oksikodonia p.o. vastaa kutakuinkin
- 5 mg morfiinia p.o.
 - 10 mg morfiinia p.o.
 - 20 mg morfiinia p.o.**
 - 50 mg morfiinia p.o.
22. Kivunhoitoon käytettäviä kipulääkkeitä tulisi antaa
- ympäri vuorokauden säännöllisesti**
 - vain kun potilas pyytää lääkettä
 - vain kun hoitaja toteaa, että potilas tuntee keskivaikeaa tai vaikeaa kipua
23. Todennäköisin syy potilaan pyytämiin kipulääkkeen annoksen nostoihin on
- potilaan kokema lisääntyvä kipu**
 - potilaan kokema lisääntynyt levottomuus tai masennus
 - potilaan henkilökunnalta vaatima lisähuomio
 - potilaalle kehittynyt riippuvuus
24. Mikä/mitkä seuraavista ovat hyödyllisiä kivun hoidossa?
- ibuprofeeni**
 - isosorbidimononitraatti

- c. **fysioterapia**
- d. kaikki ylläolevista

25. Potilaan kivun tarkin arvioija on

- a. hoitava lääkäri
- b. potilaan omahoitaja
- c. **potilas itse**
- d. farmaseutti
- e. potilaan puoliso tai perhe

26. Mikä seuraavista kuvaa parhaita kulttuurillista lähestymistapaa kivunhoitoon?

- a. Suomessa kulttuurien vaikutukset eivät enää näy kansan monimuotoisuuden vuoksi
- b. Kulttuurien vaikutukset voidaan päätellä yksilön etnisyydestä (esim. aasialaiset ovat stoalaisia, italialaiset itsensä ilmaisevia jne.)
- c. **Potilaat pitäisi arvioida yksilöllisesti, jotta kulttuurien vaikutukset voidaan määrittää**
- d. Kulttuurien vaikutukset voidaan määritellä yksilön sosioekonomisen aseman perusteella (esim. työntekijät kokevat enemmän kipua kuin toimihenkilöt)

27. Suonensisäisesti annostellun Oxanestin huippuvaikutukseen vaadittava aika on

- a. 15 minuuttia
- b. 45 minuuttia
- c. **5- 10 minuuttia**
- d. 2 – 7 minuuttia

28. Äkillisestä opioidin lopettamisesta seuraava fyysinen riippuvuus näyttäytyy

- a. **potilaan hikoiluna, haukotteluna, ripulointina ja kiihtyneisyytenä**
- b. lääkkeiden käytön hallinnan menettämisenä, pakonomaisena käyttönä sekä himona
- c. suurempien annosten tarpeena saman vaikutuksen saavuttamiseksi
- d. a ja b ovat oikein

29. Mikä seuraavista väittämistä on totta liittyen opioidien aiheuttamaan hengityslamaan?

- a. Yleisempää muutamia öitä leikkauksen jälkeen johtuen opioidien kertymisestä elimistöön
- b. **Obstruktiivinen uniapnea on merkittävä riskitekijä**
- c. Tapahtuu yleisemmin potilaille, jotka saavat jo isoja annoksia opioideja ennen leikkausta
- d. Voidaan helposti todeta käyttämällä jaksottaista pulssioksimetriä

Caset: Alla on kaksi potilastapausta. Molempien potilaiden kohdalla sinun tulee tehdä päätöksiä liittyen kipuun ja lääkitykseen. Valitse yksi vastaus jokaiseen kysymykseen.

30. Potilas A

Antti on 25-vuotias ja ensimmäistä päivää osastolla vatsan alueen leikkauksen jälkeen. Mennessäsi potilas-huoneeseen hän hymyilee sinulle ja jatkaa vieraansa kanssa juttelua ja vitsailua. Tutkimuksesi kertovat seuraavaa:

Verenpaine 120/80

Pulssi 80

Hengitystaajuus 18

Asteikolla 0-10 (0 = ei kipua, 10 = pahin mahdollinen kipu) hän arvioi kipunsa numerolla 8.

- a. Sinun tulee merkitä potilastietoihin potilaan kipu alla olevalle asteikolle. Ympyröi numero, joka kuvaa tutkimuksesi perusteella Antin kipua.

0 1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10

Ei kipua Pahin mahdollinen kipu

- b. Yllä oleva tutkimuksesi on tehty kaksi tuntia sen jälkeen, kun Antti on saanut suonensisäisesti 2 mg Oxanestia. Puolen tunnin välein infuusion jälkeen tehtävissä seurannoissa kipu vaihteli välillä 6-8 ja hänellä ei ole ollut kliinisesti merkittävää hengitysvajasta, sedaatiota tai muita ei-toivottuja sivuvaikutuksia. Hänen mielestään asteikolla numero 2 merkitsee siedettävää kipua. Hoitavan lääkärin ohje kivunhoitoon on "Oxanestia 1-3 mg i.v tarvittaessa joka tunti kivunlievitykseen". Valitse mielestäsi oikea vaihtoehto.

1. Potilas ei tarvitse Oxanestia.
2. Annostelet Oxanestia 1 mg suonensisäisesti
3. Annostelet Oxanestia 2 mg suonensisäisesti
4. **Annostelet Oxanestia 3 mg suonensisäisesti**

31. Roope on 25-vuotias ja ensimmäistä päivää osastolla vatsan alueen leikkauksen jälkeen. Mennessäsi potilashuoneeseen hän makaa hiljaa ja irvistää kääntyessään sängyssään. Tutkimuksesi kertovat seuraavaa:

Verenpaine 120/80

Pulssi 80

Hengitystaajuus 18

Asteikolla 0-10 (0 = ei kipua, 10 = pahin mahdollinen kipu) hän arvioi kipunsa numerolla 8.

- a. Sinun tulee merkitä potilastietoihin potilaan kipu alla olevalle asteikolle. Ympyröi numero, joka kuvaa tutkimuksesi perusteella Roopen kipua.

0 1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10

Ei kipua Pahin mahdollinen kipu

- b. Yllä oleva tutkimuksesi on tehty kaksi tuntia sen jälkeen, kun Roope on saanut suonensisäisesti 2 mg Oxanestia. Puolen tunnin välein infuusion jälkeen tehtävissä seurannoissa kipu vaihteli välillä 6-8 ja hänellä ei ole ollut kliinisesti merkittävää hengitysvajasta, sedaatiota tai muita ei-toivottuja sivuvaikutuksia. Hänen mielestään asteikolla numero 2 merkitsee siedettävää kipua. Hoitavan lääkärin ohje kivunhoitoon on "Oxanestia 1-3 mg i.v tarvittaessa joka tunti kivunlievitykseen". Valitse mielestäsi oikea vaihtoehto.

1. Potilas ei tarvitse Oxanestia
2. Annostelet Oxanestia 1 mg suonensisäisesti
3. Annostelet Oxanestia 2 mg suonensisäisesti

4. Annostelet Oxanestia 3 mg suonensisäisesti

OIKEAT VASTAUKSET

1. Väärin	16. B	CASET
2. Väärin	17. A	30. 4
3. Oikein	18. D	31. 4.
4. Oikein	19. A	
5. Väärin	20. B	
6. Oikein	21. C	
7. Oikein	22. A	
8. Oikein	23. A	
9. Oikein	24. A JA C	
10. Väärin	25. C	
11. Väärin	26. C	
12. Oikein	27. C	
13. Oikein	28. A	
14. Oikein	29. B	
15. Oikein		

LIITE 2: SAATEKIRJE

Hei!

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Savonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin (KYS) APS –hoitajan kanssa yhteistyössä opinnäytetyötä kivun hoidosta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on edistää potilaiden kivun hoitoa, sekä selvittää hoitajien koulutustarvetta kivun hoitoon liittyvissä asioissa.

Tarkoituksenamme on kyselytutkimuksen avulla kerätä tietoa hoitajien tiedoista, taidoista sekä asenteista kipuun ja kivun hoitamiseen liittyen. Kyselyn tulosten pohjalta APS –hoitaja saa tietoa hoitajien kivun hoidon osaamisesta tällä hetkellä, sekä miten kivun hoitamista ja siihen liittyvää koulutusta tulisi kehittää tulevaisuudessa.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen tutkimuslupa ja kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen tapahtuu sähköisesti Webropol –alustan kautta, eikä yksittäistä vastaajaa voi kyselyvastausten perusteella tunnistaa.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10-15 minuuttia ja vastaamista voi jatkaa tarvittaessa myöhemmin. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, eikä sido mihinkään.

Toivomme teidän vastaavan kyselyymme **30.11.2019** mennessä.

Kiitos osallistumisestanne, yhteistyöterveisin

Harri Hyvönen

Anne-Mari Rytönen

Tomi Tikkanen