



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Potilaiden sitoutuminen kipulääkkeiden käyttöön

Kirjallisuuskatsaus

Murtomäki, Mimmi
Nojonen, Janina

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Potilaiden sitoutuminen kipulääkkeiden käyttöön
Kirjallisuuskatsaus

Murtomäki, Mimmi
Nojonen, Janina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2015

Janina Nojonen, Mimmi Murtomäki

Kirjallisuuskatsaus potilaan sitoutumisesta kipulääkkeiden käyttöön

Vuosi 2015 Sivumäärä 49

Opinnäytetyö toteutettiin Laurea- Ammattikorkeakoulun sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön yhteistyöhankkeena. Hanke toteutettiin Kätilöopiston sairaalan Naistentautien- ja äitiyspoliklinikalle, jonka alaisuudessa päivystyspoliikklinikka toimii. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Päivystyspoliikklinikalle tulee useita soittoja potilailta, jotka eivät ole toteuttaneet suunniteltua kipulääkehoitoa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa keinoja, jotka voivat edistää potilaan sitoutumista kipulääkehoitoon. Työn tavoitteena on antaa Kätilöopiston sairaalan naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle uutta näyttöön perustuvaa tietoa potilaan sitoutumisesta kivunhoitoon.

Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus on toteutettu mukailen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Aineisto on kerätty viidestä eri viitetietokannasta sekä harmaasta hausta. Kaksi ovat suomalaisia (Medic ja Melinda), kolme kansainvälisiä (PubMed, Ebsco, sekä ProQuest). Analysoitavaan aineistoon on valittu neljä tutkimusta, jotka on julkaistu vuosina 2009 - 2013. Kirjallisuuskatsauksen aineisto on analysoitu teemoittelua käyttäen.

Kirjallisuuskatsauksen keskeisissä tuloksissa tulee esille potilaan omien asenteiden, pelkojen, uskomuksien sekä sosiaalisten paineiden merkitys kipulääkehoidon sitoutumiseen. Hoitotyön asiantuntijan osaaminen potilaan sitouttamisessa kipulääkehoitoon on merkittävä. Yksilöllinen kohtaaminen, avoin keskustelu, positiivinen asenne sekä potilaan pelkojen ymmärtäminen vaikuttaa kipulääkehoidon sitoutumiseen positiivisesti. Potilaan sitoutumattomuus voidaan välttää avoimen sekä tasavertaisen keskustelun avulla.

Asiasanat: hoitoon sitoutuminen, lääkehoito, kivunhoito, omahoito, kirjallisuuskatsaus

Janina Nojonen, Mimmi Murtomäki

Literature review of patient´s adherence to drug therapy

Year	2015	Pages	49
------	------	-------	----

This bachelor's thesis was carried out as a joint project with Laurea University of Applied Sciences, The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) and Helsinki University Central Hospital (HUH). The purpose of this thesis was to identify ways that can improve patient adherence to drug therapy. The need for this information came from practical work; numerous calls to the Maternity Outpatient clinic indicating that patients were not following their drug therapy and overloading the nursing staff. The goal of the thesis is to provide new information for patient adherence to medication for Kätilöopisto Maternity hospital's Gynecological and Maternity Outpatient Clinic's nursing staff.

This thesis was carried out as a literature review using a systematic literature review methodology. The data was collected from five different reference databases, as well as from gray literature research. Two of the reference databases were Finnish (Medic and Melinda) and three were international (PubMed, Ebsco and ProQuest). From these databases, four studies, between the years 2009-2013, were chosen for further analysis. The studies were analyzed using the thematic analysis method.

The key results of this thesis show that the patient's own attitudes, fears, beliefs and social pressures impact the patient's adherence to drug therapy. The skills and experience of the nursing staff play a significant role in patient adherence to drug therapy. By taking into account the individual needs of the patient, openly discussing the treatment with the patient, having a positive attitude and understanding the patient's fears, the success rate for patient adherence to drug therapy can be improved.

Keywords: adherence, drug therapy, pain management, self-management, literature review

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.....	7
3	Projektiyhteistyö.....	7
3.1	Projektiympäristö.....	8
3.2	Potilaan hoitopolku kättilöopiston sairaalassa.....	8
4	Tietoperustan kuvaus.....	11
4.1	Kivun määrittely.....	11
4.2	Kivun lääkkeellinen hoito.....	12
4.3	Kivun lääkkeettömät hoitokeinot.....	12
4.4	Hoitoon sitoutuminen.....	13
4.5	Hoitoon sitoutumista edistävät ja estävät tekijät.....	15
4.6	Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.....	16
5	Kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	26
5.1	Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu.....	27
5.2	Aineiston käsittely ja kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi.....	32
6	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	33
6.1	Kipulääkehoitoon sitoutuminen potilaan näkökulmasta.....	33
6.2	Kipulääkehoitoon sitoutuminen hoitotyön asiantuntijan näkökulmasta.....	34
7	Arviointi.....	36
7.1	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	36
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	37
7.3	Ammatillinen kehittyminen prosessissa tutkimusten valinta.....	39
	Lähteet.....	41
	Liitteet.....	44

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on potilaan sitouttaminen kipulääkkeiden eli analgeettien käyttöön. Työ kartoittaa aikaisempaa tutkimustietoa potilaan kivunhoidon sitoutumisesta. Opinnäytetyön aihe on saatu HYKS:in Kätilöopiston naistentautien päivystyspoliklinikalta. Opinnäytetyön tutkimusongelma on käytännön työssä syntynyt haaste. Päivystyspoliklinikalle tulee useita soittoja potilailta, jotka kertovat kärsivänsä kivusta. Kysyttäessä potilaat eivät ole käyttäneet suositeltuja kipulääke ohjeita. Soitot kuormittavat hoitohenkilökuntaa. Terveystenhuollon kustannukset kasvavat, jos potilas joutuu kipujen vuoksi hakeutumaan uudelleen päivystykseen. Opinnäytetyön tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen avulla tuoda Kätilöopiston naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle uutta näyttöön perustuvaa tietoa potilaan kivunhoitoon sitoutumisesta. Kirjallisuuskatsauksessa selvitetään mitkä eri tekijät vaikuttavat kipulääkehoitoon sitoutumiseen, tai sen epäonnistumiseen. Opinnäytetyöllä pyritään löytämään keinoja, joilla potilaan hoitoon sitoutumista voidaan tukea. Akuutin vaiheen kivunhoito on merkittävä osa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Hoitotyössä kipu on läsnä jokapäiväisessä potilastyössä. Potilaan kipulääkehoitoon sitoutuminen ja kivun hoito on aiheena ajankohtainen.

Monissa sairauksissa tai komplikaatioiden hallinnassa lääkehoito on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkehoidolla ei voida saavuttaa parasta hoitotulosta, jos potilas ei itse ole sitoutunut hoitoon. Hoitoon sitoutumattomuus voi johtaa vakaviin seurauksiin potilasturvallisuudessa, huonontaa potilaan elämänlaatua ja lisätä terveydenhuollon kustannuksia. (Sulosaari 2010, 40.) Ohjeiden mukaista lääkehoitoa toteuttaa vain 50 % potilaista. Annoksia otetaan epäsäännöllisesti tai liikaa ja esimerkiksi raskauden ehkäisyyn tarkoitetut lääkehoidot jäävät usein ottamatta. Lääkehoitoon sitoutumisella on merkittävä vaikutus potilaan hyvinvointiin. (Pitkälä & Savikko 2007, 501-502.)

Opinnäytetyö on tehty Laurean suunnitteleman Learning by Developing opetussuunnitelman mukaisesti. Laurea Ammattikorkeakoulussa on kehitetty korkeakoulumainen, uusi luova toimintamalli Learning by Developing (LbD). LbD:n mukaan oppiminen perustuu autenttisuuteen, kokemuksellisuuteen, tutkimuksellisuuteen, kumppanuuteen sekä luovuuteen. Lähtökohtana on hakea ratkaisua aitoihin työelämän ongelmatilanteisiin sekä uudistaa työelämän käytäntöjä kehittämishankkeissa. Prosessi edellyttää opettajien, opiskelijoiden sekä työelämän yhteistyötä. Parhaimmillaan tuotetaan uutta tutkimustietoa, jossa näkyy ammatillinen osaaminen. Oppimisella on selkeä kohde. Opiskelija saa omalla työllään kehittää työelämää, tuottaa uutta tietoa ja oppia prosessin myötä myös itse. (Kallioinen 2009, 12-13.) Yhteistyöhankkeen tarkoituksena on kehittää hoitotyön laatua, hoitotyön ammatillisia kvalifikaatioita ja kehittämishankkeessa oppimista. (Liljeblad 2009, 2.)

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus, joka voi ja saakin muuttua tutkimuksen edetessä. Tarkoitus ohjaa työtä ja ilmentää tutkimuksen laajuuden. Tutkimuksen tarkoitusta voidaan kuvailla neljän piirteen perusteella: tarkoitus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. Tutkimuksen tarkoituksia voi olla yksi tai useampia. (Tuomi 2007, 126 & Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2014, 137-138.) Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa keinoja, jotka voivat edistää potilaan sitoutumista kipulääkehoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen avulla tuoda Kätilöopiston sairaalan naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle uutta näyttöön perustuvaa tietoa potilaan kivunhoidon sitoutumisesta. Opinnäytetyö tehdään kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusten perusteella tuodaan esille tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan sitoutumiseen. Näitä tekijöitä hoitotyön asiantuntijat voivat käyttää apunaan työelämässä. Opinnäytetyö on jatkoa aikaisemmalle opinnäytetyölle, joka oli gynekologisen leikkauspotilaan kivun arviointi ja kirjaaminen - systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

Opinnäytetyössä tekijät etsivät vastausta kysymykseen:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat potilaan kivun hoitotyön sitoutumiseen ohjeiden mukaisessa kipulääkkeiden käytössä?

3 Projektiyhteistyö

Opinnäytetyö on osa Laurean ja HUS:n HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanketta. Yhteistyökumppaneina on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) HYKS- sairaanhoitoalueen Kätilöopiston sairaala. Hanke pohjautuu Naistentautien- ja äitiyspoliklinikalle, jonka alaisuudessa päivystyspoliklinikka toimii. Opinnäytetyö keskittyy päivystyspoliklinikan potilaisiin. Työelämäpohjainen hanke kokoaa yhteen moniammatillisen työryhmän. Hankkeessa ovat mukana opettajat, opiskelijat sekä työelämän edustajat. Opinnäytetyötä työstettäessä jokaisella on omat roolit, näin voidaan viedä hanketta eteenpäin eri asiantuntijoiden osaamistiedolla. Yhdessä kaikki ovat vastuussa kyseisestä hankkeesta sekä tutkimuksesta (Kallioinen 2009, 16). Opinnäytetyön projektiryhmään kuuluvat Kätilöopiston naistentautien poliklinikalta osastonhoitaja Rauni Heija sekä sairaanhoitaja Pirkko Rasimus. Rasimus toimii poliklinikan kipuvastaavana. Laurea Tikkurilan ammattikorkeakoulun osalta projektiryhmään kuuluu ohjaava lehtori Marja Tanskanen sekä kirjallisuuskatsauksen tekijät Janina Nojonen ja Mimmi Murtomäki.

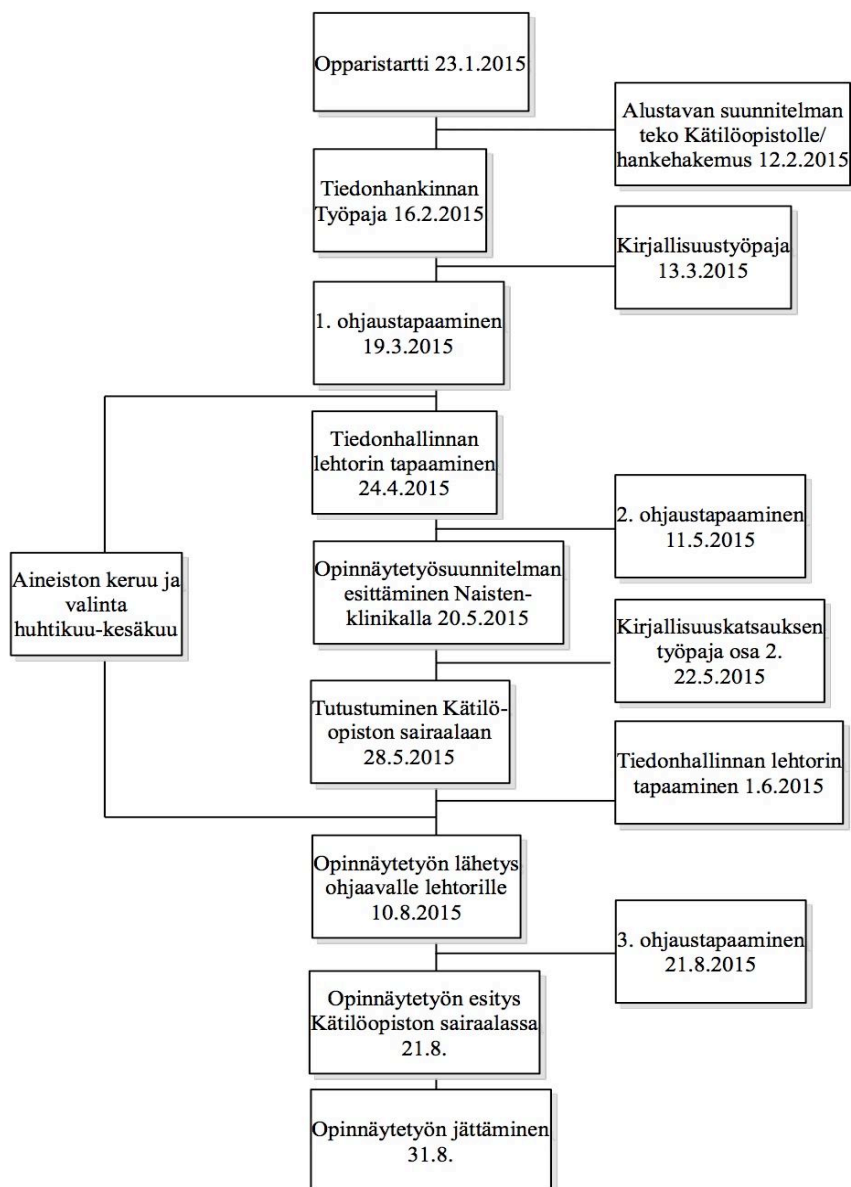
3.1 Projektitympäristö

Kätilöopiston sairaala on Suomen suurin synnytyssairaala. Se on osa Helsingin yliopistollista sairaalaa (HYKS). Synnyttäjien lisäksi sairaalassa hoidetaan naistentautien potilaita sekä lapsia vastasyntyneiden osastolla ja lastenpsykiatrian yksiköissä. Kätilöopiston sairaalassa toimii Naistentautien- ja äitiyspoliklinikka ja sen alaisuudessa ympäri vuorokauden avoinna oleva päivystyspoliklinikka. Siellä hoidetaan päivystyksellistä hoitoa tarvitsevia naistentautipotilaita sekä raskaana olevia 22 raskausviikkoon saakka. Päivystykseen tuleva potilas tarvitsee lähetteen. (Naistentautien- ja äitiyspoliklinikka.) Naistentautien ajanvarausvastaanotolle hakeudutaan tutkimuksiin ja hoitoon erilaisten gynekologisten sairauksien muun muassa vuotohäiriöiden, alavatsakipujen, kasvaimien tai papa-muutoksen vuoksi. Potilaat tarvitsevat lääkärin lähetteen, jonka perusteella he saavat ajan kirjeitse. (Naistentautien vastaanotot.) Naistentautien osasto 8:lle tullaan hoitoon ajanvarauksen tai päivystyspoliklinikan kautta. Osastolla hoidetaan leikkaus-, tulehdus-, keskenmeno- ja raskaudenkeskeytyspotilaita sekä päivystyspotilaita. Naistentautien päivystys toimii klo 22-07 vuodeosaston yhteydessä. Seksuaalineuvonnan vastaanotto (lähetteellä) on tiistaisin ja torstaisin. (Naistentautien osasto 8.)

3.2 Potilaan hoitopolku kätilöopiston sairaalassa

Opinnäytetyön tekijät kävivät tutustumassa 28.5.2015 Kätilöopiston sairaalan Naistentautien päivystyspoliklinikalla ja osastolla 8 päivystyspotilaiden hoitopolkuun. Kätilöopiston naistentautien poliklinikalla oli rauhallinen ilmapiiri. Opinnäytetyön tekijöiden näkökulmasta kivunhoitoon ja sen arviointiin oli panostettu. Naistentautien päivystyspoliklinikka sijaitsee Kätilöopiston sairaalan ensimmäisessä kerroksessa. Poliklinikalla on 10 huonetta, kaksi syöpäpotilaille tarkoitettua vastaanottohuonetta sekä kaksi päivystyshuonetta ja tarkkailuhuone, jossa on neljä potilassänkyä. Poliklinikalla työskentelee osastonhoitaja, sihteereitä, perushoitajia, sairaanhoitajia, anestesia lääkäri, seniorilääkäri, erikoislääkäri, sairaalalääkäri sekä lähetehoitajia. Lähetehoitajat ja jononhoitajat ovat eriasteisia sairaanhoitajia, perushoitajia tai kätilöitä. Poliklinikalla työskentelee myös sairaanhoitaja, joka on erikoistunut kipuvastaavaksi. Potilaille lähetetään kotiin ennen vastaanottokäyntiä esitietolomake, lääkelista, suostumus tai kielto potilastietojen luovuttamiseen/hankkimiseen sekä Kanta-arkiston tiedotteet. Potilaat saavat myös tietoa tulevista toimenpiteistä esimerkiksi kohdunpoistosta tähytysleikkauksena, leikkauspotilaan fysioterapiaohjeen, tietoa kivun arvioinnista leikkauksen jälkeen, potilasmaksutiedotteen tai ravitsemusohjeen. (Rasimus 2015.) Potilaan hoitopolku riippuu potilaan terveydentilasta ja sen vaatimasta hoidosta. Potilaan hoitopolku on monivaiheinen ja mukana on monia eri ammattiryhmiä jo ennen potilaan poliklinikalle saapumista.

Potilas saa lähetteen Kätilöopiston sairaalaan omalta terveysasemalta tai yksityiseltä lääkäriltä. Lähetteen saapuu lähetehoitajalle, joka kirjaa saapuneet lähetetiedot potilastietojärjestelmään ja seniorilääkäri päättää kiireellisyyden. Kiireellisyysluokkia on neljä: päivystys, ajanvaraus viikon sisään, ajanvaraus yhden kuukauden sisään sekä ensimmäinen käynti kolmen kuukauden sisällä. Lähetehoitaja vastaa lähetetiedoista sekä ajanvarauksesta ja hän lähettää ajanvarauskirjeen liitteineen potilaalle. Osastonsihtööri valmistelee potilaspaperit vastaanotolle, ja hoitaja sekä lääkäri tutustuvat potilaan tietoihin. Monivaiheisen alkuprosessin jälkeen potilas ilmoittautuu vastaanotolle. Lääkäri tutkii potilaan ja arvioi leikkaustarpeen sekä sen, onko potilaalla päivystyskirurginen vai suunniteltu leikkaustarve. Lääkäri arvioi myös onko tarvetta konsultaatioon tai ennakkokäynnille, jossa käydään läpi tulevaa toimenpidettä. Lääkärin kanssa samassa huoneessa on aina hoitaja, joka tilaa tarvittavat laboratoriotutkimukset. Potilas ohjataan tarvittaessa jonohoitajalle, joka antaa toimenpideajan potilaalle. Potilas tapaa myös tarvittaessa anestesia­lääkärin. Hoitaja kirjaa tarkan hoitosuunnitelman, samoin kuin lääkäri sanelee potilaasta. Potilaan hoitopolku jatkuu moniammatillisen tiimin yhteistyöllä. Naistentautien päivystys­poliklinikan tavallisimpiin potilasryhmiin kuuluvat vuoto tai kipu raskaudenaikana (h 6-22), alavatsakipu, vuoto­ongelmat, toimenpiteiden jälkeiset ongelmat, raskaudenkeskeytys, leikkauspotilas esimerkiksi myooma, keskenmenopotilas tai lähetteellä mikä tahansa gynekologisen ongelman omaava potilas esimerkiksi primaari herpes. (Rasimus 2015.)



Kuvio 1. Opinnäytetyön aikataulu

4 Tietoperustan kuvaus

4.1 Kivun määrittely

Kipu mielletään epämiellyttäväksi ja pelottavaksi kokemukseksi. Kivun tunteminen on yksilöllistä ja sen kokemiseen vaikuttavat potilaan omat kokemukset, mieliala, muistikuvat ja pelot. Kipuaisti on tärkein aisti hengissä pysymisen kannalta. Kipu voi olla merkki kudonsvauriosta, jota ei pidä olla huomioimatta. Aivoissa kuten muuallakin elimistössä, kulkee hermoimpulsseja. Hermoimpulssit lähtevät hermopäätteistä, joissa on kipureseptoreita. Kipureseptoreita pitkin lähtee hermosäikeitä, jotka välittävät kipuimpulsseja kehosta keskushermostoon. Hermosäikeet voidaan luokitella kahteen pääluokkaan niiden nopeutensa vuoksi. Hermosäikeitä ovat A-delta-säikeet sekä C-säikeet, joiden johtonopeudet ovat 0,5 -30 m/s. Näiden kahden säikeiden ero on selkeä. A-delta säikeet varoittavat välittömästä, terävästä uhkaavasta kudostuhosta. C-säikeet varoittavat kivusta hitaammin ja erilaiset ärsykkeet aktivoivat niitä. On esitetty väitteitä, että C-säikeet voivat välittää kipua pitkäaikaisissa kiputiloissa säikeiden hitaan aktivaation vuoksi. Säikeiden myötä hermoimpulssi siirtyy selkäytimen kautta eri osiin aivorunkoa. Keskushermostossa aivot voivat joko ottaa kivun vastaan, vaimentaa tai voimistaa kipuaistimusta. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie, Toverund 2011, 152-155 & Taam-Ukkonen, Saano 2014, 323 & Forss 2006, 13.) Kipua siedetään eri tavoin. Aivot tulkitsevat monia ärsykeitä kipuna; niitä voivat olla erilaiset lämpötilat tai kemialliset ja mekaaniset ärsykkeet. Ihmisen aisteista kipuaisti on ainoa, joka aktivoi sympaattista hermostoa samalla tavalla kuin pelko. Sympaattisen hermoston käynnistyttyä potilaan verenpaine nousee ja syke nopeutuu. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie, Toverund 2011, 152-155 & Taam-Ukkonen, Saano 2014, 323 & Forss 2006, 13.) Kipu voidaan jaotella eri tavoin. Opinnäytetyössä kipu on jaoteltu akuuttiin sekä krooniseen kipuun.

Akuutti kipu määritellään kestoltaan alle kolmen kuukauden mittaiseksi. Akuutin kivun tarkoituksena on suojata elimistöä estämällä lisävaurioiden syntymistä ja ilmoittamalla kudonsvauriosta. Akuutille kivulle on selvä syy, jonka tunnistamisen jälkeen kipu voidaan hoitaa. (Kalso, Elomaa, Estlander, Granström 2009, 104-106 & Kalso, Vainio 2002, 86-87.) Opinnäytetyö painottuu akuuttiin kipuun, sen hoitoon ja ohjaukseen. Akuutin kivun ja kroonisen kivun selvä erotustapa on kivun kesto. Krooninen kipu on kestoltaan yli kolme kuukautta. Kudoksen paranemisaika voi kestää odotettua pidempään, eli kipu pitkittyy ja kroonistuu. (Kalso & Vainio 2002, 87-88.) Kroonisessa kivussa kivun säätelyjärjestelmä on häiriintynyt. Kudonsvauriota ei pysty havaitsemaan eivätkä synn mukaiset kivunhoitomenetelmät enää auta. (Taam-Ukkonen, Saano 2014, 323.) Toistaiseksi tutkimusten perusteella ei ole saatu selvyyttä siihen, miksi kipu kroonistuu ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat (Forss 2006, 14). Oletettavaa on, että akuutin kudonsvaurion laajuus ja akuutin

kivun voimakkuus, leikkauskomplikaatiot ja potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat ennen leikkausta vaikuttavat altistavasti kivun kroonistumiselle. (Kalso & Vainio 2002, 88.) Kivun kokeminen on subjektiivista, minkä vuoksi kivun arviointi on haasteellista. Hoitotyössä kivun arviointiin on saatavilla erilaisia kipumittareita. Mittarit perustuvat potilaan kuvaukseen kivun luonteesta ja voimakkuudesta. Täsmällisiä keinoja kivun tunnistamiseen tai arvioimiseen ei ole, joten tämän vuoksi kipu voi jäädä huomaamatta. (Forss 2006, 13.)

4.2 Kivun lääkkeellinen hoito

Kivunlievitys on tarpeen aina, jos kivun syytä ei pystytä poistamaan. Potilaan diagnoosi määrittelee lääkehoidon tarpeellisuuden. Potilas itse on ensisijainen tiedon antaja kokemastaan kivusta. Kivun hoitoon voidaan käyttää erilaisia lievityskeinoja. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjälje & Toverund 2011, 154-155 & Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Torniainen 2006, 102-103.) Lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja on tarjolla, mutta opinnäytetyössä painotetaan lääkkeellistä kivunhoitoa. Lääkehoidon suunnittelussa hoitotyön asiantuntijan asema on tärkeä. Hoitotyön asiantuntija kerää tietoa potilaan aikaisemmasta lääkkeiden käytöstä ennen lääkemääräysten toteuttamista. Hän myös havainnoi potilaan vointia, muutoksia ja keskustelee lääkärin kanssa ennen lääkehoidon aloittamista. Aikaisemmista lääkehoidon käyttökokemuksista on tärkeä tietää. Kokemukset vaikuttavat uuteen kipulääkehoitoon joko myönteisellä tai kielteisellä tavalla. Potilaan aikaisempi myönteinen kokemus lääkehoidosta auttaa potilasta sitoutumaan kipulääkehoitoon uudestaan. Lääkehoidon seuranta on kivunhoidon kulmakivi. Kipulääkkeen vastetta ja haittavaikutusten seuranta on toteutettava. Potilaan on hyvä itse seurata kivun voimakkuutta ja raportoida siitä hoitotyön asiantuntijalle. Potilaan ollessa sairaalassa myös hoitotyön asiantuntija osallistuu kivun arviointiin seuraamalla potilaan kliinistä tilaa kuten vitaalielintoimintoja ja käyttämällä erilaisia kivun arviointimenetelmiä. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Torniainen 2006, 102-103 & Taam-Ukkonen, Saano 2014, 323.)

4.3 Kivun lääkkeettömät hoitokeinot

Kipua voidaan hoitaa kipulääkkeiden lisäksi lääkkeettömillä hoitokeinoilla. Lääketieteessä kivunlievitykseen on käytetty apuna musiikkia; tutkimuksissa ei kuitenkaan ole pystytty osoittamaan musiikin vaikutusmekanismeja kivunlievitykseen. Tutkijat Roy, Peretz & Rainville ovat tehneet tutkimuksen koskien musiikin vaikutuksia kivunhoidossa. Tutkijoiden tarkoituksena oli kartoittaa musiikin vaikutuksia lämpö- ja kipuaistiin. Tutkimuksessa osallistujat kuuntelivat miellyttävää ja epämiellyttävää musiikkia. Tutkimuksen tulosten perusteella miellyttävä musiikki kohottaa potilaan vireystilaa vähentämällä vihaisuutta ja ahdistuneisuutta ja lisäämällä onnellisuutta ja rauhallisuutta (Roy, Peretz & Rainville 2008, 140.) Musiikki voi mahdollisesti vähentää ahdistusta, lievittää kipua sekä parantaa

potilastyytyväisyyttä. Musiikin vaikutuksesta on vähän näyttöä, mutta käytännössä on todettu musiikin myönteinen vaikutus potilaiden hoitoon. Musiikin tarjoaminen potilaille voi mahdollisesti vähentää opiaattien tarvetta ja siten vähentää niiden haittavaikutuksia. (Richards, Johnson, Sparks & Emerson 2007, 9,11.) Miellyttävä musiikki vähentää sekä kivun voimakkuutta että epämiellyttävyyttä. Tutkimuksen tulosten mukaan miellyttävä musiikki on halpa, yksinkertainen, turvallinen sekä tehokas kivunhoitomuoto. Tulokset edellyttävät musiikin sisällyttämistä yhdeksi kivunlievityskeinoksi. (Roy, Peretz & Rainville 2008, 140.)

4.4 Hoitoon sitoutuminen

Käsite ”hoitomyönteisyys” on esiintynyt eri tutkimusten perusteella jo 1950-1970-luvuilla lääketieteellisissä julkaisuissa. Tutkija Hentinen on määritellyt hoitoon sitoutumisen käsitteen Suomessa vuonna 1984. (Kyngäs, Hentinen 2009, 16-17.) Tämän jälkeen käsitettä on muokattu, mutta peruslinja on pysynyt samana. Hoitoon sitoutuminen on alun perin tarkoittanut potilaan kuuliaisuutta sekä kykyä noudattaa annettuja ohjeita. Tällöin potilasta on pidetty vain passiivisena vastaanottajana, eikä hoidon suunnittelun osallisena. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä 2009, 1-8.) Lääkärit ovat arvioineet että 10 % heidän omista potilaistaan on hoitoon sitoutumattomia, vaikka todellisuudessa määrä on 40-60 % (Pitkälä, Savikko 2007, 501). Lääkehoidon sitoutuminen on yleisesti korkeampi akuutin vaivan omavilla potilailla. Kroonisen vaivan potilailla sitoutuminen heikentyy huomattavasti ensimmäisen kuuden kuukauden jälkeen. (Osterberg, Blaschke 2005, 487.)

Aikaisemman tottumuksen mukaan hoitotyön asiantuntija on tehnyt hoitosuunnitelman valmiiksi ja kertonut sen potilaalle. Hoitotyön asiantuntija on tämän jälkeen odottanut potilaan toimivan ohjeiden mukaan. Nykyään ajatellaan, että potilaan sekä asiantuntijan aseman on oltava tasavertainen. (Enlund, Kastarinen, Hämeen-Anttila 2013, 659 & Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä 2009, 1 & Pitkälä, Savikko 2007, 502-503.) Asiantuntija-auktoriteetin olisi syytä muuttua potilaan tasavertaiseksi valmentajaksi tai yhteistyökumppaniksi. Avoimessa ilmapiirissä voidaan neuvotella potilaan kannalta paras hoitomuoto. Hoitotyön asiantuntijan on pyrittävä tukemaan potilaan voimaantumista, motivaatiota, autonomiaa sekä tunnetta, että potilas pystyy sitoutumaan itsehoitoon. (Routasalo ym. 2009, 1.)

Hoitomyönteisyyttä määriteltäessä, käytettiin yleisesti sanaa ”compliance”, mikä tarkoittaa määräysten mukaista. Sanalla on negatiivinen kaiku ja potilaan odotetaan tottelevan hoitotyön asiantuntijan määräyksiä. Potilas joutuu syyllistetyn asemaan, jos ei pysty noudattamaan annettuja ohjeita. ”Adherence” tarkoittaa hoitoon sitoutumista, noudattamista sekä kannatusta. Potilaan omaa roolia korostetaan päätösten tekemisessä. Potilas itse päättää noudattaako ohjeistuksia vai ei. Syyllistäminen ei ole osana

terminologiassa. "Adherence" termi poisti alkuperäisen sanan "compliance". Hoitoon sitoutumisen termi ei painottanut tarpeeksi potilaan omaa päätösvaltaa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Käyttöön otettiin uusi termi "concordance". Concordance tarkoittaa sopusointua ja yhdenmukaisuutta. Alkujaan termi määriteltiin uudeksi lähestymistavaksi lääkkeiden määräämiseen ja niiden käytön ohjaukseen. (Kaufman, Birks 2009, 51.) Sopimus saavutetaan potilaan sekä hoitotyön asiantuntijan välisessä neuvottelussa. Potilaskeskeinen lähestymistapa, potilaan kunnioittaminen ja potilaan uskomisen on sitoutumisen peruste. (Pitkälä, Savikko 2007, 502-503.) Potilas itse määrittelee koska ja miten hänelle on hyvä ottaa lääkkeitä. Tässä yhteydessä hoitotyön asiantuntija ymmärtää ja myöntää potilaalle oikeuden tehdä valinnan lääkityksen ottamisesta. Konkordanssin perusajatuksena on, että hoitotyöntekijällä on yhtä paljon opittavaa kuin potilaalla. Tämä saavutetaan keskustelulla potilaan kanssa sairauden kokemisesta ja potilaan arvoista. Nämä tekijät luovat pohjan lääkehoidon mieltymyksille ja toivomuksille sen toteutuksessa. (Kaufman, Birks 2009, 51-55.)

Monille potilaille hoitoon sitoutumattomuus on rationaalinen reaktio heidän henkilökohtaiseen käsitykseensä omasta sairauden kuvasta ja sairauden hoitamisesta. Potilaan näkemyksen huomioiminen ja hoitovaihtoehtoista neuvottelemisen antaa arvokkaan panoksen keskusteluun. Lääkehoitoa aloitettaessa tilanteen tulisi olla neuvottelutilanne potilaan ja hoitotyön asiantuntijan välillä. Voidaan olettaa, että saavuttamalla konkordanssin, sitoutuminen parantuu. Termi konkordanssi sivuuttaa monia vaikeuksia mitä hoitotyön asiantuntija kohtaa päivittäin. Potilas voi valita lääkkeettömän keinon tai lääkkeen, joka ei hänelle sovi tai on hänelle itselleen haitaksi. Käytännössä konkordanssia ei voi käyttää jokaisessa kliinisessä kohtaamisessa, se olisi hyvin epätodennäköistä. Potilaat voivat olla vastaanottotilanteessa hyvin passiivisia oman hoidon suunnittelussa. Terminä adherence eli sitoutuminen toimii käytännön työssä paremmin. Hoitoon sitoutuminen painottaa potilaan oikeutta valita hoitotyön asiantuntijan suositusten sekä potilaan oman mieltymyksen väliltä. Potilas ei joudu syyllisen asemaan, vaikka päättäisi olla toteuttamatta suositusta. Potilaat eroavat suuresti toisistaan, ideat ja asenteet hoitoa ja omaa sairautta kohtaan vaihtelevat. (Kaufman, Birks 2009, 51.) Vastaanottotilanteessa potilaan ajatukset käydään läpi. Hoitotyön asiantuntija tuo oman tietotaidon ja mahdolliset hoitomuodot esiin. (Sulosaari 2010, 41 & Kaufman, Birks 2009, 51.) Potilaiden on tiedettävä miten lääkkeet toimivat ja miten lääkehoito vaikuttaa potilaan tilaan nyt ja lähitulevaisuudessa. Haittavaikutukset ja negatiiviset seuraukset lääkehoidosta on myös selitettävä potilaalle. Useimmissa tapauksissa lääkkeen hyödyistä kerrotaan useammin kuin haittavaikutuksista. Kertomatta jättäminen tarvittavista tiedoista voi aiheuttaa potilaalle epävarmuutta diagnoosista sekä määrätystä lääkkeitä. Potilaiden tulisi muistaa ja ymmärtää kerrottu tieto. On helpompi antaa tietoa pienissä määrissä kerrallaan ja tarkistaa, että potilas ymmärtää annetut ohjeet ennen kuin siirtyy eteenpäin. (Kaufman, Birks 2009, 51-55.) Monien potilaiden mielestä lääkkeet ovat epäluonnollisia, jopa haitallisia aineita joita lääkärit määräävät liikaa. Henkilökohtaisen

moraalin kannalta on jopa tavoiteltavaa käyttää mahdollisimman vähän lääkkeitä. Tämä tuo potilaiden mielestä vastuuntuntoa omahoitoon. On väitetty, että potilaan hoitoon sitoutumisen tukeminen vaikuttaa kansanterveyteen huomattavasti paremmin, kuin mikään lääkehoidon kehittämisen innovaatio. (Pitkälä, Savikko 2007, 501.)

4.5 Hoitoon sitoutumista edistävät ja estävät tekijät

Hoitoon sitoutuminen on moniolotteinen käsite, joka voidaan jakaa viiteen ulottuvuuteen: sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, terveydenhuollon järjestämiseen liittyvät tekijät, taudin ominaispiirteet, taudin hoito sekä potilaaseen liittyvät tekijät. (Taam-Ukkonen, Saano 2014, 158 & Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Torniainen 2006, 158.) Näiden kaikkien eri ulottuvuuksien avulla saadaan potilasta sitoutettua hoitoon ja edistämään sitä. Sosiaaliset ja taloudelliset tekijät kuten perheen tuki tai sen puute, työllisyystilanne ja lääkkeiden hinta vaikuttavat sitoutuneisuuteen. Myös potilaan kulttuuristausta sekä uskomukset lääkehoidosta vaikuttavat. Sosiaaliin tekijöihin kuuluu myös ikä. Keskinuoren hoitoon sitoutumattomuus voi johtua auktoriteetista. Terveydenhuollon järjestelmä on oma ulottuvuutensa: hoitohenkilökunnan vähyys, puutteellinen osaaminen ja ohjauksen riittämättömyys heijastuu potilaan sitoutumiseen. Terveyspalveluiden saatavuus ei aina ole helppoa. Potilailla voi olla paljon kysyttävää vastaanotolla, mutta vastaanottoaika on usein lyhyt. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Torniainen 2006, 158-159 & Taam-Ukkonen, Saano 2014, 158.)

Hoito-ohjeiden noudattaminen voi olla haastavaa, jos oireita ei tunne tai näe päällisin puolin. Sitoutuneisuuteen vaikuttaa sairauden edenneisyys eikä enää vaivauduta ottamaan lääkkeitä, koska lopputulos on jo tiedossa. Hoitoon liittyvät tekijät kuten hoidon monimutkaisuus, pitkä hoidon kesto ja jatkuvat muutokset vaikuttavat negatiivisesti potilaaseen. Potilasta tulee motivoida jatkamaan hoitoa, vaikka haluttua tulosta ei heti saavuttaisi. Voi kestää aikaa ennen kuin oikea hoitotasapaino löytyy. Helppo lääkehoidon toteutettavuus, tutut ympäristöt sekä arjen sujuvuus lisäävät motivaatiota. Potilaasta johtuvia tekijöitä on useita, ne ovat aina subjektiivisia ja riippuvat henkilön taustoista. Jos potilaalla on ollut aikaisempia positiivisia kokemuksia lääkehoidon onnistumisesta, on hoitoon sitouttaminen helpompaa. Pelko voi vaikuttaa motivoivasti tai päinvastoin, riippuen pelon voimakkuudesta sekä syystä. Usko hoidon tehoon ja onnistumiseen ovat tärkeässä roolissa. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Torniainen 2006, 158-159 & Taam-Ukkonen, Saano 2014, 158 & Kyngäs, Hentinen 2008, 30.)

4.6 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Opinnäytetyöhön valikoitui neljä tutkimusta. Kolme tutkimuksista oli englanninkielisiä ja yksi oli suomenkielinen. Opinnäytetyöhön otettiin mukaan kansainvälisiä tutkimuksia, jotta saadaan kattava käsitys globaalista tilanteesta kipulääkehoitoon sitoutumisessa. Gatti, Jacobson, Gazmararian, Schmotzer & Kripalani ovat tehneet tutkimuksen vuonna 2009 aiheesta relationships between beliefs about medications and adherence. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia uskomuksia lääkähoidosta, terveystietämystä ja itse raportoitua lääkähoidon sitoutumista. Yli 90 miljoonalla amerikkalaisella on vaikeuksia ymmärtää terveystietoa. Yleisesti ottaen ikä, koulutustaso, rotu tai etninen ryhmä vaikuttavat terveystietämyksiin ja -tavoitteisiin. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaiden uskomukset ovat vahvasti yhteydessä lääkähoidon sitoutumiseen. Aikaisempien tutkimusten mukaan noin 20 % lääkähoidon sitoutumattomuudesta johtuu potilaiden negatiivisista käsityksistä lääkähoidosta. Potilaat pohtivat lääkähoidon tarpeellisuutta sekä huolenaiheena ovat mahdolliset lääkähoidosta johtuvat haittavaikutukset. Gatti, Jacobson, Gazmararian, Schmotzer & Kripalani tutkivat terveystietämysten, lääkähoidon uskomusten ja lääkähoidon sitoutumisen välisiä suhteita väestössä, jossa oli puutteita terveystiedossa. He suorittivat tutkimuksen Yhdysvalloissa, Georgian osavaltion pääkaupungissa Atlantan terveydenhuollossa. Tutkimukseen otettiin mukaan Grady Memorial sairaalan (GMH) kaksi avohoidon apteekkia. Sairaala palvelee vähävaraisia potilaita. Tutkimuksessa kolmantena toimi DeKalb Grady terveyskeskuksen apteekki (DHC). Tutkimuksen alustavana sisäänottokriteerinä GMH:n apteekissa toimi potilaiden parilliset vuoronumerot. DHC:n apteekin avohoitopotilaiden alustavana sisäänottokriteerinä oli lääkeresepti. Toisina sisäänottokriteereinä oli potilaiden vuoronumeron kutsuun vastaaminen, potilaalta löytyi puhelinnumero, he olivat vähintään 18-vuotiaita, hakivat itselleen määrätyn reseptin, käyttivät GMH- tai DHC-apteekkeja ensisijaisena apteekkinaan, asiakkuus oli kestänyt vähintään kuusi kuukautta, potilaat puhuivat mielellään englantia, potilailla ei ollut näkörajoitteita ja pystyivät läpäisemään mini-cog testin. Mini-cog testaa kognitiivista vajaatoimintaa. Näiden sisäänottokriteerien jälkeen potilaat vielä haastateltiin kasvotusten. (Gatti ym. 2009, 658.)

Lääkähoidon sitoutumista mitattiin käyttämällä MMAS-8 (Morisky 8-item Medication Adherence Scale) mallia. MMAS-8:lla mitataan tietoista ja tiedostamatonta hoitoon sitoutumista. Malli tarkastelee hoitoon sitoutumista kahdeksan pisteen arvioinnilla. Pisteiden ollessa nolasta kahteen, on hoitoon sitoutumisen aste hyvä. Potilaan saadessa testistä yli kaksi pistettä, se kertoo alhaisesta sitoutumisesta. Potilaiden terveystietämysten tasoa arvioitiin REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) kaavakkeella. REALM pisteytys on 0-66. Pisteiden ollessa alle 60, lääketieto on alle lukiotason. Pisteiden ylittäessä 60, lääketieto ylittää lukiotason. Potilaiden uskomuksia lääkähoidosta kohtaan tutkittiin BMQ (The

Beliefs about Medicine Questionnaire) kyselylomakkeella. Kyselyssä pääkohdat koostuvat kahdesta eri aiheesta: lääkehoidon huolista sekä lääkehoidon tarpeellisuudesta. BMQ kokonaispistemäärä on 18-90. Korkein pistemäärä tarkoittaa että potilaalla on vahva negatiivinen käsitys lääkehoidosta. Potilaiden masennusta arvioitiin MOS SF-12 (Medical Outcomes Survey 12-item) asteikon avulla. Arviointina käytettiin avointa kysymystä. "Kuinka paljon olet tuntenut masennusta tai alakuloisuutta viimeisen neljän viikon aikana". SEAMS (Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale) mittaria käytettiin mittaamaan potilaiden pystyvyyttä omiin kykyihin. Mittarin pisteytys vaihtelee 13-39 välillä. Mitä suuremmat pisteet potilas saa, sen parempi potilaan itsestyyvyys on lääkehoitoa kohtaan. Aluksi tutkimukseen osallistui 459 apteekin potilasta. Kaikkien vaiheiden jälkeen tutkimukseen jäi potilaita 275. Osallistuneista 86,2 % oli afroamerikkalaisia, naisia oli 73,1 %, 63,7 prosentilla kotitalouden tulot olivat vähemmän kuin 10 000 dollaria vuodessa, keski-ikä osallistuneille oli 53,9 vuotta. REALM pisteyksen mukaan vain 40,3 % potilaista pystyi lukemaan lukiotasolla. Potilaiden raportoinnin mukaan 72 prosentilla on vähintään lukiotasoinen koulutus. 53 % tutkimuksen potilaista MMAS-8 oli alle kaksi pistettä. 53,1 % raportoi, että he unohtavat joskus ottaa lääkkeensä. 35 % potilaista raportoi, että he unohtavat ottaa lääkkeensä mukaan matkustaessa. 78 % potilaista raportoi, että he ottivat kaikki lääkkeensä päivää ennen haastattelua. 26,5 % potilaista raportoi lopettaneensa lääkityksensä kesken kun haittavaikutuksia ilmeni. 26,2 % potilaista lopetti lääkityksensä, kun he tunsivat oireiden olevan hallinnassa. Lisäksi 33,8 % potilaista koki henkilökohtaisen lääkehoidon suunnitelmansa olevan sekava. (Gatti ym. 2009, 658-659.)

Tutkijoiden Gatti ym. tutkimuksen mukaan sitoutumiseen vaikuttivat ikä, kotona asuvien henkilöiden määrä, diabetes, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, masennuksen oireet sekä luotto omiin kykyihin lääkehoidossa. Tämän tutkimuksen perusteella potilaiden negatiiviset uskomukset ja alhainen lääkehoidon sitoutuminen eivät olleet yhteydessä toisiinsa. Tätä tutkimustulosta ei voida yleistää koskemaan kaikkia tilanteita. Pelko lääkeriippuvuudesta sekä lääkkeiden liiallisesta määräämisestä olivat yhteydessä potilaiden negatiivisiin käsityksiin. Myös haittavaikutusten esiintyminen hyvän sitoutumisen aikana voi johtaa negatiivisiin käsityksiin lääkehoitoa kohtaan. Tutkimuksessa ei tullut ilmi, että potilaiden terveystietämyksen taso olisi ollut sidoksissa hoitoon sitoutumiseen. Terveystietämyksen tason on osattava vastaanotoilla tunnistaa potilaiden negatiivisia uskomuksia lääkehoidosta ja auttaa oivaltamaan kuinka pitää sairaus hallinnassa, minkä avulla lääkehoitoon sitoutumista voidaan kehittää. Potilaita tulee opastaa sitoutumisen tärkeydestä valittuun hoitoon. On huomattu, että hoitoon sitoutumattomuuden aste on korkeampi afroamerikkalaisten keskuudessa. Tutkimuksen kohderyhmä koostui pääosin afroamerikkalaisista, minkä vuoksi tässä tutkimuksessa hoitoon sitoutumattomuuteen johtava käytös on suurempi. Tulevaisuudessa tulee puuttua koko kansakunnan negatiivisiin uskomuksiin lääkeriippuvuudesta ja lääkkeiden liiallisesta määräämisestä sekä lääkkeiden

aiheuttamiin haittavaikutuksiin. Puuttumalla edellä mainittuihin tekijöihin, pyritään parantamaan hoitoon sitoutumista koko kansakunnassa. Tutkimuksen tuloksissa olisi syytä huomioida luotettavuuteen liittyvä tekijä. Potilaat olivat itse ilmoittaneet hoitoon sitoutumisen asteen. Kuitenkin potilaiden itse ilmoitettu tieto on usein täsmällinen mittari hoitoon sitoutumiselle. Potilaiden hoitoon sitoutumisen suhde voi olla vääristynyt sosiaalisten paineiden vuoksi. Tutkimuksen johtopäätöksissä ilmeni, että heikoiten lääkehoitoon sitoutuivat alle 65-vuotiaat, potilaat, joilla oli negatiivisia uskomuksia lääkehoitoa kohtaan sekä potilaat, jotka eivät luottaneet omiin kykyihinsä. (Gatti ym. 2009, 659-663.)

Rejeh & Vaismoradi ovat tehneet tutkimuksen vuonna 2009 aiheesta perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata leikkauspotilaiden näkökulmia ja kokemuksia koskien kivunhoitoa. Markkinoilla on olemassa monia kivunlievityksen keinoja, mutta silti leikkauksen jälkeistä kipua esiintyy. Hoitotyön asiantuntijoiden suuri kliininen ongelma on kivun arviointi ja hoito leikkauksen jälkeen. Kirurgisten potilaiden haasteena on leikkauksen jälkeinen kipu, sillä se vaikuttaa potilaan peruselintoimintoihin kuten sydämeen, hengitykseen ja hormonitoimintaan. Leikkauksen jälkeinen akuutti kipu tulee hoitaa asianmukaisesti, sillä hoitamaton akuutti kipu kehittyy usein krooniseksi. Tehoton kivunhoito leikkauksen jälkeen aiheuttaa sekä konkreettisia että aineettomia kustannuksia. Hoitamattoman kivun vuoksi potilaan oleskeluaika sairaalassa pitenee, mikä aiheuttaa lisääntyneitä terveydenhuollon kustannuksia, lääkkeiden käytön lisääntymistä ja potilaan sairasloman pitenemistä. Aineettomia kustannuksia ovat potilaan henkinen järkyttyminen ja tyytymättömyys. Rejeh & Vaismoradin suorittaman tutkimuksen otanta koostui 20 leikkauspotilaasta. Potilaista 13 oli naisia ja loput miehiä. Kaikille tutkimukseen osallistuneille potilaille oli tehty vatsan alueen leikkaus kirurgisilla osastoilla kahdessa Teheranin opetussairaalassa Iranissa. Leikkauksaika oli elektiivinen eli ennalta sovittu. Osastonhoitajat kirurgisilta vuodeosastoilta seuloivat potilaat sisäänottokriteereiden avulla. Sisäänottokriteereinä olivat se, että potilaiden tuli olla yli 20-vuotiaita ja halukkaita osallistumaan tutkimukseen, sekä se, että lääketieteellistä vasta-aihetta tutkimukseen osallistumiselle ei ollut. Tutkimukseen haluttiin eri-ikäisiä potilaita kummastakin sukupuolesta ja erilaisilla koulutustaustoilla. Näin tutkijat saivat mahdollisimman suuren kirjon potilaiden kokemuksista koskien kivunhoitoa. Potilaiden ikähaarukka oli 22-67-vuotta ja keski-ikä 43 vuotta. Osallistujista 13 potilasta oli suorittanut toisen asteen koulutuksen, kolmella oli akateeminen tutkinto, kaksi oli saanut suoritettua epätäydellisen keskiasteen tutkinnon ja kaksi oli lukutaidottomia. (Rejeh ym. 2009, 67-68.)

Rejeh & Vaismoradin tutkimus on suoritettu laadullisella menetelmällä. Tiedonkeruu ja tiedon analysointi on suoritettu käyttämällä sisällönanalyysia. Laadullinen tutkimusmenetelmä antaa hyvät mahdollisuudet kuvata yksityiskohtaisemmin leikkauspotilaiden näkökulmia kivunhoidosta. Tutkimukseen osallistujien autonomia, luottamuksellisuus sekä nimettömyys

on otettu huomioon tutkimusta tehdessä, mikä varmistaa tutkimuksen eettisyyden. Osallistujille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, luonteesta sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkimukseen suostuneilta osallistujilta pyydettiin suostumus haastatteluiden nauhoituksiin. Osallistujien puolistrukturoidut haastattelut suoritettiin kasvotusten. Haastattelut aloitettiin vapailla kysymyksillä, minkä jälkeen jatkettiin täydentävillä kysymyksillä. Haastattelut kestivät 60-90 minuuttia, riippuen potilaan yleisvoinnista. Haastattelut suoritettiin 48-72 tunnin kuluttua leikkauksesta. Ehtona haastattelun suorittamiselle oli, että potilaan tila olisi vakaa. Potilaita kannustettiin kertomaan kivunhoitoon liittyvistä tilanteista tai yleisti kivunhoidosta. Tutkimuksen tiedonkeruun jälkeen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Haastattelut suoritettiin käyttämällä Farsin kieltä ja sen jälkeen ne käännettiin englanniksi. Tutkijat analysoivat datan tunnistamalla ja luokittelemalla teemoja potilaiden vastauksista. Tietojen analysoinnin aikana kolme teemaa nousi haastatteluista esille. Teemat koskivat potilaiden käsityksiä kivunhoidon tavoitteista, potilaiden näkemyksiä hoitajien roolista kivunhoidossa ja viimeiseksi vuorovaikutusta kivunhoidossa. Osallistujilla oli eriäviä mielipiteitä kivunhoidon tavoitteista. Potilaat, joilla oli epäasianmukaisia uskomuksia kivusta ja opioidikipulääkkeistä, saivat riittämätöntä kivunlievitystä. Osallistajat kuvailivat kivun eri tavoin. Jotkut kuvailivat kivun olevan ikävä ongelma, jotkut kertoivat kivun olevan pahempi kuin mitä olivat odottaneet ja jotkut kokivat kivun tunteen olevan hyödyllinen kokemus. Kuitenkin suurin osa osallistujista uskoi kivun olevan väistämätöntä minkä tahansa leikkauksen jälkeen. Suurin osa potilaista koki kivun olevan pahin 24 tuntia leikkauksen jälkeen. Potilaat kertoivat kivusta ja odottivat hoitajilta nopeaa kivunlievitystä. Jälkeenpäin kysyttäessä kivuista, potilaat vastasivat olevansa tyytyväisiä saamaansa kivunlievitykseen vaikka raportoivat samanaikaisesti heillä olevan edelleen kipuja. (Rejeh ym. 2009, 68-69.)

Tutkijoiden Rejeh ym. tutkimuksen mukaan kaikki osallistajat olivat samaa mieltä hoitajan roolista kivunhoidossa. Potilaat sanoivat, että heille tuli turvallisuuden tunne kun he saivat soittokellon lähelle ja potilaiden hälytyksiin vastattiin nopeasti. Potilaat odottivat, että heitä kohdeltaisiin yksilöllisinä henkilöinä, mutta kaikki potilaat eivät saaneet tällaista kokemusta hoitajien kiireiden vuoksi. Potilaat tunsivat, että he ovat vain yksi monien muiden potilaiden joukossa ja heitä kohdeltiin kuin esineitä eikä ihmisiä. Monet potilaat sanoivat, että hoitajien positiivinen asenne vaikutti siihen, kuinka potilaiden kipu tunnistettiin ja hoidettiin. Kun potilaat eivät saaneet riittävää kivunlievitystä, he uskoivat sen johtuvan hoitajien riittämättömästä tiedosta kivunhoidosta. Osallistujien mielestä kommunikointi on tärkeässä roolissa kivunhoidossa. Potilaat kokivat, ettei heillä ole vaihtoehtoja vaikuttaa kivunhoitoon. Potilaat uskoivat, että hoitajien huonot kommunikointitaidot olivat yhteydessä huonoon kivunhoitoon. Hoitajat unohtivat antaa potilaille itselleen informaatiota sen hetkisestä tilasta, kipulääkityksestä ja lääkityksen annostuksesta. Potilaat ajattelivat että ne hoitajat, jotka olivat perehtyneitä kivunhoitoon, selittivät hyvin potilaille kivunhoidon tarkoituksen,

antoivat lääkkeitä tietoa ja kertoivat syitä leikkauksen jälkeiselle kivunhoidolle. Potilaiden haavoittuvuutta ja stressiä pystyttiin vähentämään antamalla informaatiota kivusta ja kivunhoidon menetelmistä. Kulttuurin nähtiin olevan suuressa roolissa kivunhoidossa ja kivun tuntemisessa. Monet uskoivat, että heidän tulee kärsiä lievää kipua. Tämä saattaa johtua siitä, että potilaat eivät tiedä mikä luetaan hyväksi kivunlievitykseksi. Lääkehoidon viivästykset vaikuttivat potilaiden tuntemukseen siitä, että heidän tulisi kärsiä kivusta. Hoitotyön asiantuntijoiden ajan puute sekä kova työtaakka on mainittu yleisimmäksi syyksi huonolle kommunikaatiolle potilaiden ja hoitajien välillä sekä huonolle kivun tunnistamiselle ja kivun hoidolle. Potilaat toivat myös esille huolia lääkkeiden sivuvaikutuksista. Tutkimuksessa miehet näkivät itsensä heikkoina, jos he olisivat valitelleet kivusta. Muutamat potilaat myönsivät myös miettineensä kuolemaa kärsiessään kovasta kivusta. Tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon kun hoitotyön asiantuntija otti potilaan huomioon tasavertaisena ihmisenä. (Rejeh ym. 2009, 69-71.)

Tutkijoiden Rejeh ym. tutkimukseen osallistuneet potilaat kertoivat olevansa huolissaan lääkkeiden sivuvaikutuksista ja tämän vuoksi haluavansa mielummin sietää kipua. Tutkimuksen mukaan hoitajien keskeinen rooli oli auttaa potilaita asettamaan realistisia tavoitteita kivunhoidossa. Potilaat täsmensivät, että kivunhoidon tavoitteena oli lievittää kipua jonkin verran, mutta tarkoituksena ei ole saada poistettua kipua kokonaan. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että suurin osa osallistujista sai hoitajilta riittämätöntä informaatiota kivunhoidosta. Tämä tutkimus saattaa rajoittaa sovellettavuutta toisiin tutkimuksiin spesifien rajausten, muun muassa maan sekä potilaiden leikkaustyyppin, vuoksi. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaiden tuomat näkökulmat auttavat hoitajia edistämään hoitotyön laatua, kivun tunnistamista ja kivunhoidon keinoja. Tutkimus toi esille potilaiden ja hoitajien keskeisen kommunikoinnin tärkeyden. Keskustelun avulla hoitajat saavat enemmän tietoa potilaiden aikaisemmista kokemuksista kivusta ja tietävät miten potilaat suhtautuvat kipuun. (Rejeh ym. 2009, 71-72.)

Butow & Sharpe ovat kirjoittaneet vuonna 2013 tutkimuksen aiheesta the impact of communication on adherence in pain management, eli kommunikaation vaikutuksesta hoitoon sitoutumiseen kivunhoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Tutkimuksessa on käytetty kuuttakymmentäyhtä (61) tutkimuslähdettä. Tutkimukset ajoittuvat vuosille 1976 - 2012. Butow ja Sharpe julkaisivat tutkimuksensa vuonna 2013 Sydneyssä, Australiassa. Australian väestö koostuu 23 miljoonasta ihmisestä. Vuonna 2013 on Australiassa raportoitu olevan arviolta 3.2 miljoonaa ihmistä jotka kärsivät kivusta. Määrän arvellaan kasvavan vuoteen 2050 mennessä jopa viiteen miljoonaan asti. On haastavaa tukea potilaita niin kroonisessa kuin akuutissa kivussa. Kipu on yksilöllinen kokemus, jota on vaikea mitata objektiivisesti. Tutkimuksessa on tullut ilmi, että lääkärin positiivinen asenne kivunhoidossa vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin laskevasti.

Lääkärin tai muun hoitotyön asiantuntijan toteuttaessa parhaita mahdollista toimintatapaa, voi hoito olla tehotonta jos potilas ei ole sitoutunut suositeltuun hoitoon. (Butow & Sharpe 2013, 101-102.)

The National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) on tehnyt linjauksen, että hoitoon sitoutuminen edellyttää lääkärin ja potilaan keskinäistä sopimusta lääkärin suosituksista. Kaikki määritelmät olettavat sitoutumisen olevan dynaaminen prosessi pikemminkin kuin vain tulos. Hoitotyön asiantuntijan on tärkeää ymmärtää tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa potilaan lääkeshoidon sitoutuneisuuteen. Hoitoon sitoutumattomuutta ja potilaan maailmankatsomusta on huomioitava ja keskustelun tulisi aina olla tuomitsematonta. Butow & Sharpen tutkimuksen mukaan akuutin vaivan omaavat potilaat sitoutuvat hoitoonsa paremmin. Tutkittua tietoa kivunhoidon sitoutumisesta on vähän. Silti on selvää näyttöä siitä, että hoitoon - niin lääkehoitoon kuin kivunhallinnan interventioihinkin - sitoutumattomuus on yleistä. Useita malleja on sovellettu hoitoon sitoutumattomuuteen, jotta aihetta ymmärrettäisiin kokonaisvaltaisemmin. Muutamia malleja kuten Health belief model (HBM) sekä Theory of planned behavior (TPB) on käytetty tässä tutkimuksessa. HBM ennustaa terveyskäyttäytymistä, potilaan alttiutta terveysongelmille sekä yksilötasolla iän, sukupuolen, sosiaalisen aseman kautta sitä kuinka potilas sitoutuu hoitoon. TPB-malli ennustaa kuinka sosiaaliset odotukset ja ympäristö vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen. Tutkimuksen mukaan kipuun liittyvät tunteet voivat edesauttaa tai haitata potilasta sitoutumaan hoitoon. Potilas voi pelätä ja stressata kivun kokemista niin paljon, että liikakäyttää annettuja lääkkeitä. Potilaat yrittävät tällä keinolla suoraan vähentää kivun esiintymistä, mutta eivät yritä parantaa omaa terveyttään. Potilaan ja lääkärin välille syntyy parempi hoitosuhde, kun keskustellaan potilaan uskomuksista, asenteesta, itsepystyvyydestä, sosiaalisista normeista sekä tunteista kipulääkehoitoa kohtaan. (Butow & Sharpe 2013, 102-103.)

Butow & Sharpen tekemän tutkimuksen mukaan potilailla voi olla pelkoja kipulääkkeiden käytöstä. Dokumentoituja esteitä kipulääkkeiden noudattamattomuuteen on useita. Näitä ovat riippuvuus, sivuvaikutukset, toleranssin kasvu, lääkevastaisuus, usko lääkkeiden vaikuttamattomuuteen, halu sietää kipua ja halu siihen, että lääkärit keskittyisivät sairauden hoitamiseen. Potilaat haluavat esittää muille omaa voimakkuuttaan; heidän mielestään kipu on välttämätöntä ja sitä ei pysty kontrolloimaan. Lisäksi voi olla pelkoa siitä, että kipulääkkeet peittävät diagnostisesti merkittäviä kipuja. Kulttuuriset erot vaikuttavat lääkehoidon sitoutuneisuuteen. Tutkimuksen perusteella kivun kesto ja kivun intensiivisyys eivät olleet ennustettavia tekijöitä hoidon sitoutumattomuuteen. Hoitoon sitoutumattomia ovat todennäköisimmin potilaat, joilla on huono hoitosuhde hoitavaan lääkäriin tai jotka olivat huolestuneita lääkkeiden sivuvaikutuksista. Kommunikointi nähtiin edistävänä tekijänä hoitoon sitoutumisessa. Tutkimuksen mukaan 19 % potilaista, joiden lääkäri kommunikoi huonosti potilaan kanssa, olivat hoitoon sitoutumattomia. Hoitoon sitoutuneiden määrä oli

1,62 kertaa korkeampi potilailla, joiden lääkäri oli harjoittanut kommunikointitaitoja. (Butow & Sharpe 2013, 103-106.)

Tutkijoiden Butow & Sharpen tekemän tutkimuksen mukaan kommunikointiin tarkoitetut mallit ovat harvassa. Yleisesti ottaen hyvä potilas-lääkärisuhde ratkaisee hoidon sitoutuneisuuden. Potilaskeskeinen hoito on tärkeää; tällöin potilas saa kertoa kokemuksistaan, prioriteeteistaan ja näkemyksistään, ja niitä kunnioitetaan. NICE on tehnyt suuntaviivat optimaaliselle kommunikaatiolle, jolla lisätään potilaiden sitoutumista yleisellä tasolla. Nämä ovat tuomitsemattomuus, avoin lähestyminen kysyttäessä sitoutuneisuudesta, sekä hoitoon sitoutumattomuuden yleisyyden ja hoitoon sitoutumattomuuteen vaikuttavien esteiden tunnistaminen. Potilaille tulee tarjota suullista sekä kirjallista näyttöön perustuvaa tietoa ilman ammattisanastoa. Tieto tulee räätälöidä jokaisen potilaan tarpeisiin. Potilaskeskeinen lähestymistapa päätöksineen ei aina välttämättä ole linjassa lääketieteellisten suositusten kanssa. Tutkimuksessa kerrotaan että hoitotyön ammattilaisten vastakaiku potilaiden tunteisiin voi vaikuttaa kivunhoidon sitoutumiseen. Tutkimuksessa naiset, joilla oli kovia kuukautiskipuja ja jotka kokivat positiivisen ja lämpimän vastaanoton lääkärillä, olivat todennäköisesti positiivisempia kivunhoidon suhteen. Naiset, joilla lääkärin vastaanotto oli kylmä ja virallinen, kokivat epävarmuutta kivunhoidon suhteen. (Butow & Sharpe 2013, 104-105.)

Butow & Sharpen tekemän tutkimuksen mukaan lääkärin ja potilaan väliselle kommunikaatiolle on tehty esimerkkiehdotus. Malliehdotukseen kuuluu kuusi tekijää, jotka edistävät hoitoon sitoutumista: potilas-lääkäri hoitosuhteen edistäminen, potilaan informaation lisääminen, merkityksellisen tiedon tarjoaminen olemassa olevista oireista, potilaan päätöksentekokyvyn helpottaminen, terveystietämisen vahvistaminen sekä hoidon vasteen seuraaminen. Hoitoon sitoutuminen on laiminlyöty aihe kivunhoidossa. Interventioiden vaikuttavuudesta on tehty lukematon määrä tutkimuksia. Harvoissa tutkimuksissa on kuitenkin saatu selville sitoutumattomuuden numeraalisia lukuja, syitä sitoutumattomuudelle tai keinoja, joilla voitaisiin kehittää hoitoon sitoutumista. Tutkimuksessa nousee esille kaksi päätekijää, jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen: kommunikaatio lääkärin sekä hoitotyöntekijän ja potilaan välillä, ja lääkärin empaattinen kyky ymmärtää syyt hoitoon sitoutumattomuudelle ja osata käsitellä niitä. Tutkimukset vahvistavat, että kommunikaation harjoittelu on yksi tapa parantaa potilaan tuloksia hoitoon sitoutumisessa. (Butow & Sharpe 2013, 105-106.)

Sulosaari, Teuri, Soini, Pekonen, Ojanperä, Alanko, Juuti, Tuderman & Leppä ovat tehneet tutkimuksen vuonna 2010 aiheesta sairaanhoitaja lääkehoidon ohjaajana ja lääketiedon käyttäjänä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien antamaa lääkehoidon ohjauksen laatua ja sen sisältöä, sekä kokemuksia sairaanhoitajien roolista

moniammatillisessa työryhmässä. Tarkoituksena on myös tutkia sairaanhoitajien lääketietoon käytettäviä lähteitä; sitä miten niitä käytetään, lähteiden luotettavuuden arviointia sekä lähteiden käytettävyyttä tulevaisuudessa. (Sulosaari, Teuri, Soini, Pekonen, Ojanperä, Alanko, Juuti, Tuderman & Leppä 2010, 22.) Lääkehoidon ohjaus sekä lääketiedon antaminen on tärkeässä roolissa potilaan sitouttamisessa lääkehoitoon. Ohjaus toteutetaan moniammatillisesti. Potilaiden oma osallistuminen lääkehoitoon edellyttää, että potilaalle on annettu ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa hänen lääkityksestään. Potilaiden näkökulman esille tuominen on tärkeää, jotta osataan kehittää lääketietoa. Potilaan lääkehoitoon liittyvän ohjauksen ja keskustelun tulee perustua yksilöllisiin tarpeisiin. Sairaanhoitajien osaamisesta lääkehoidon ohjauksessa sekä lääkehoidon sitoutumisen edistämässä löytyy tutkittua tietoa niukasti. Tutkimustulosten avulla pystytään kartoittamaan lääkehoidon ongelma-alueet. Kotona toteutuvan lääkehoidon edistäminen voi edellyttää kirjallista ohjausmateriaalia, hoitajan ja potilaan välistä hoitosuhdetta, puhelimitse tapahtuvaa seuranta, lääkehoidon yksinkertaistamista sekä erilaisia lääkkeenotosta muistuttajia. (Sulosaari ym. 2010, 12-13, 17-18.)

Tutkijoiden Sulosaari ym. tutkimuksessa oli kolme tutkimuskysymystä, joista jokaisessa oli tarkentavia kysymyksiä. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: 1. Millaista on sairaanhoitajan toteuttama lääkehoidon ohjaus. 1.1 Miten sairaanhoitajat arvioivat toteuttamansa lääkehoidon ohjauksen laatua. 1.2 Mitä sairaanhoitajien toteuttama lääkehoidon ohjaus sisältää. 1.3 Mitä menetelmiä sairaanhoitajat käyttävät lääkehoidon ohjauksessa. 2. Miten sairaanhoitajat edistävät lääkehoitoon sitoutumista. 2.1. Miten sairaanhoitajat arvioivat ja edistävät potilaiden lääkehoitoon sitoutumista. 2.2. Millainen rooli sairaanhoitajalla on moniammatillisessa ryhmässä, joka vastaa potilaiden lääkehoidosta. 3. Millaisia lääketiedon lähteitä sairaanhoitajat käyttävät. 3.1. Mitä lääketiedon lähteitä sairaanhoitajat käyttävät. 3.2. Millaista lääketietoa sairaanhoitajat käyttävät. 3.3. Miten sairaanhoitajat arvioivat lääketiedon lähteiden käytettävyyttä. 3.4 Miten sairaanhoitajat arvioivat käyttämiensä lääketiedon lähteiden laatua. 3.4 Millainen lääketiedon lähde palvelisi sairaanhoitajia tulevaisuudessa. Tutkimus on kuvaileva poikkileikkaustutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin kahdella survey- kyselytutkimuksella, teemahaastatteluilta sekä mukana olleiden asiantuntijoiden avulla. Tutkimuksen koko kohderyhmä koostui yhden eteläsuomalaisen perusterveydenhuollon organisaation sekä erikoissairaanhoidon sairaanhoitajista. (Sulosaari ym. 2010, 22-25.)

Tutkijoiden Sulosaari ym. tekemässä tutkimuksessa lääkehoidon ohjauksesta ja lääkehoitoon sitoutumisen edistämisestä tehtiin kaksi erillistä tutkimusta. Tutkimukset suoritettiin kyselylomakkeella sekä teemahaastattelulla. Tutkimuksessa haastateltiin eteläsuomalaisia sairaanhoitajia yhdestä perusterveydenhuollon sairaalasta sekä yhdestä erikoissairaanhoidon sairaalasta. Tutkimukseen osallistui perusterveydenhuollosta kuusi yksikköä ja

erikoissairaanhoidosta 12 yksikköä. Kyselylomake testattiin vuonna 2011 ennen varsinaista toteutusta. Kysely tehtiin elektronisesti ja se lähetettiin sähköpostitse 328 sairaanhoitajalle, joista 116 vastasi (vastausprosentti 36 %). Kyselyssä oli 47 kohtaa, jotka sisälsivät vastaajien taustatiedot sekä kaksi avointa kysymystä. Teemahaastatteluita suoritettiin kolme. Yksi ryhmähaastattelu, yksi parihaastattelu sekä yksi yksilöhaastattelu. Yhteensä haastatteluihin osallistui kuusi sairaanhoitajaa. Sähköisen kyselylomakkeen vastaajat olivat 23-62-vuotiaita. Vastanneista 72 % työskenteli erikoissairaanhoidossa ja 28 % perusterveydenhuollossa. Lääkehoidon ohjausta toteutti 55 % vastanneista päivittäin, loput vastanneista toteutti lääkehoidon ohjausta harvemmin kuin päivittäin. Yksi sairaanhoitaja ei toteuttanut lainkaan lääkehoidon ohjausta työssään. Kyselyn mukaan lääkehoitoa toteutetaan tilastollisesti enemmän erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa hoitajat myös ohjasivat potilaita enemmän lääkehoidossa perusterveydenhuoltoon verrattuna. Kyselyn mukaan yhtenä sairaanhoitajan tehtävänä on ohjata potilaita lääkehoidossa. Sairaanhoitajien mielestä heidän antamansa lääkehoidon ohjaus on luotettavaa, tasa-arvoista sekä potilaslähtöistä. Ohjauksessa panostettiin potilaskeskeisyyteen. Tietoa annettiin suullisilla sekä kirjallisilla menetelmillä. Sairaanhoitajilla ei ollut heidän mielestään vankkaa farmakologista tietoa eikä lääkkeiden ominaisuuksiin oltu perehdytty riittävästi ennen potilasohjausta. Sairaanhoitajat ohjaavat potilaita lääkehoidon käytössä, eli lääkkeen oikean ottamisen ja antoreitin sekä lääkkeen vaikuttavuuden kestossa. Potilas on lääkehoitoon sitoutunut kun hän osallistuu omaan lääkehoitoonsa ja noudattaa annettuja ohjeita. Edellytys potilaan hoitoon sitoutumiselle on se, että hän itse ymmärtää lääkehoidon merkityksen sairautensa hoidossa ja pystyy tuomaan esille hoitoon liittyvät tekijät. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa potilaan sairaus, pelot, sosiaalinen verkosto, kotiolot, taloudelliset tekijät, media, lääkkeiden haittavaikutukset ja annostelutiheys. Sairaanhoitajasta vaikuttavat tekijät ovat potilaan kanssa käytävissä oleva aika, resurssipula, hoitajien osaamiseen liittyvät tekijät sekä asenne potilaan tukemiseen ja ohjaamiseen. Potilaiden hoitoon sitoutumista arvioitiin käyttämällä erilaisia mittauksia, seurantakäyntejä, esittämällä kysymyksiä, keskustelemalla sekä seuraamalla potilaan lääkkeiden käyttöä ja yhteydenottoja hoitoyksikköön. (Sulosaari ym. 2010, 25-26, 32-48.)

Tutkijoiden Sulosaari ym. tutkimuksessa tutkittiin myös lääketiedon käyttämistä sairaanhoitajien näkökulmasta. Aiheeseen liittyen tehtiin kaksi erillistä tutkimusta, jotka tehtiin kyselylomakkeella sekä teemahaastattelulla. Perusterveydenhuollosta tutkimukseen osallistui kuusi yksikköä ja erikoissairaanhoidosta 11 yksikköä. Kyselylomake oli sama kuin lääkehoidon ohjausta ja lääkehoitoon sitoutumisen edistämistä tutkittaessa. Elektroninen kyselylomake lähetettiin sähköpostitse 221 sairaanhoitajalle, joista 94 vastasi kyselyyn (vastausprosentti 43 %). Vastaajien keski-ikä oli 41,5 vuotta. Vastanneista 71 % työskenteli erikoissairaanhoidossa ja 29 % työskenteli perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa työskentelevistä 92,5 % toteutti lääkehoitoa päivittäin kun vastaava osuus

perusterveydenhuollossa oli noin 70 %. Kyselyn tulosten mukaan sairaanhoitajat käyttivät lääketiedon lähteinä eniten kollegoita, lääkäreitä, Pharmaca Fennican paperista ja elektronista versiota, lääkepakkauksen pakkausselostetta ja Terveysportin muita lääketietokantoja. Aineiston perusteella erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajat hyödynsivät tiedonlähteenä osastofarmaseuttia ja perusterveydenhuollossa tietoa pyydettiin apteekista ja sairaala-apteekista. Sairaanhoitajia myös haastateltiin kyseisestä aiheesta ja haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Yksi haastattelu toteutettiin erikoissairaanhoidossa ja toinen perusterveydenhuollossa. Molempiin haastatteluihin osallistui neljä sairaanhoitajaa. Haastatteluaineiston perusteella sairaanhoitajat hakivat tietoa lääkkeen tarkoituksesta, lääkkeen käyttökuntoon saattamisesta, annostelusta, antoajoista, antotiheydestä, rinnakkaislääkkeistä, erityislupavalmisteista ja mahdollisista yhteisvaikutuksista. Lääketietoa kerättiin asiantuntijapaneelista, johon osallistui viisi sairaanhoitajaa. Osallistujat olivat perusterveydenhuollosta sekä erikoissairaanhoidon yksiköistä. (Sulosaari ym. 2010, 26-31, 49-53.)

Sulosaari ym. tekemän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat käyttivät lääketiedon lähteinä esimerkiksi osastofarmaseuttia sekä lääkäreitä, joita pidettiin luotettavina lähteinä. Sairaanhoitajat toivoivat enemmän farmaseutteja osastoille. Sairaanhoitajat kyseenalaistivat lääketietoa vain harvoin. Epäselvissä lääkemääräyksissä määräys tarkastettiin lääkäriltä tai otettiin yhteyttä yksikköön jossa lääke oli määrätty. Sairaanhoitajat pitivät tärkeinä, että lääketieto löytyisi paperisena ja elektronisena versiona. Sairaanhoitajat toivoivat, että heille olisi tulevaisuudessa kohdennettua lääketietoa, esimerkiksi lääkkeiden käyttökuntoon saattamisesta ei ole saatavilla riittävästi tietoa. Sairaanhoitajat toivoivat myös, että lääketiedon haussa voisi käyttää uusinta teknologiaa, esimerkiksi tablettia. Toiveena oli, että haittavaikutuksista sekä potilaan seurannan tarpeesta olisi enemmän tietoa, lisäksi lääketiedon toivottiin löytyvän nopeasti. Potilasohjauksesta kaivattiin myös enemmän tietoa. (Sulosaari ym. 2010, 65, 60-62.)

Vastausprosentti jäi tutkijoiden Sulosaari ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa melko pieneksi (36 % ja 43 %). Kaikki vastaajat kuitenkin edustivat sairaanhoitajan erilaisia toiminta-alueita. Kokonaistuloksia tulisi arvioiva suuntaa-antavina. Lääketiedon lähteissä käytettiin kansainvälisiä internet-lähteitä ja asiantuntijaryhmän asiantuntemusta. Nämä tekijät lisäävät kyselylomakkeiden luotettavuutta. Kyselylomakkeet esitettiin luotettavuuden kohentamiseksi. Tutkimuseettisiä arvoja käytettiin tutkimuksessa. Anonymiteetistä huolehdittiin vastauksia analysoitaessa. Tutkimuksen sairaanhoitajat arvioivat laadukkaan ja potilaslähtöisen lääkehoidon toteutuvan. Ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja potilaan sekä omaisten tarpeiden huomioimista. Tutkimuksen tuloksissa lääkehoidon ohjaus oli monipuolista. Lääketiedon lähteitä sekä kustannuksia ei juuri mainittu potilaan ohjauksessa. Sairaanhoitajat kokivat lääkehoidon ohjauksen kuuluvan työnkuvaan ja pitivät omaa rooliaan

ohjauksessa tärkeäksi. Joissain kansainvälisissä tutkimuksissa tulokset ovat olleet toisensuuntaisia. Sulosaari ym. tekemän tutkimuksen perusteella ohjaus on tärkeä osa lääkehoidon sitoutumisen edistämisessä. Sairaanhoitajat käyttävät useita eri menetelmiä lääkehoidon sitoutumisen arvioimisessa ja tukemisessa. Sairaanhoitajat toimivat aina potilaan eduksi. Lääkärin määräykset voivat usein olla potilaalle vaikeita ymmärtää, tällöin sairaanhoitaja ohjeistaa potilasta maallikkokielellä. Tutkimustuloksissa todetaan sairaanhoitajien käyttävän yksilöllisiä suullisia sekä kirjallisia tapoja potilaan lääkehoidon ohjauksessa sekä sitoutumisen edistämisessä, verrattuna muihin tutkimuksessa esille tulleisiin menetelmiin. Tutkijoiden Sulosaari ym. tekemän tutkimuksen sekä aikaisempien tutkimusten perusteella sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen sekä potilaan ohjaus vaatii syventämistä. Koulutusta lisäämällä edistetään potilaiden lääketurvallisuutta sekä potilaan sitoutumista lääkehoitoon. Erilaisten menetelmien kehittäminen potilasohjauksessa edistää lääketurvallisuutta sekä sitoutumista. Potilaan parhaimman hoidon sekä hoitotuloksen saavuttaminen edellyttää sairaanhoitajan roolin kehittämistä lääkehoidon ohjauksessa. Tutkimuksia on suhteellisen vähän lääkehoidon ohjauksesta ja sitoutumisen edistämisen vaikuttavuudesta. (Sulosaari ym. 2010, 66-69.)

5 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Opinnäytetyö toteutettiin systemoidun kirjallisuuskatsauksen vaiheita mukaillen. Kirjallisuuskatsauksia voidaan toteuttaa kolmella eri menetelmällä. Perinteisestä kirjallisuuskatsauksesta puhutaan yleiskielellä katsauksena (review). Perinteisen kirjallisuuskatsauksen lisäksi on käytössä systemoitu katsaus (systematic review) sekä meta-analyysi (meta-analysis). (Tuomi 2007, 82-83.) Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykseen pyritään saamaan vastaus analysoimalla relevanttia tutkimusmateriaalia käyttäen systemaattista lähestymistapaa (Aveyard 2010, 5-6). Opinnäytetyön tekijät ovat käyttäneet opinnäytetyössä pääosin perinteistä kirjallisuuskatsausta sekä systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen. Tutkimuksen ongelmanasettelu on tehty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan. Metodina kirjallisuuskatsauksessa käytetään soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Opinnäytetyössä on rajattu sisäänotto sekä poissulkukriteerit, joilla tutkimukset on hyväksytty analyysiin (taulukko 1.). Tulosten yhteenvedossa keskeiset kipulääkehoidon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät on rajattu tutkimusaineistossa esiintyneiden tekijöiden mukaan. Opinnäytetyössä tulokset jaotellaan teemoittelulla.

Kirjallisuuskatsaus tarkoittaa kahden tai useamman tutkimuksen yhteentuumista. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kartoittaa mitä tutkittua tietoa kyseisestä aiheesta on jo olemassa. Katsaus tiivistää jo olemassa olevaa tutkimusmateriaalia helpommin luettavaan muotoon. Lukijan ei tarvitse etsiä jokaista artikkelia yksitellen. Sosiaali- ja terveysalalla

näyttöön perustuvia tutkimuksia on paljon. Alalla työskentelevän velvollisuus on päivittää omaa ammattitaitoa lukemalla tutkimuksia. Lukijan edun mukaisesti tutkimuksessa yhdistyy monien tutkimusten tulokset. Työ on monipuolinen ja avaa näkökulmia useasta eri perspektiivistä. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on vastata tutkimusongelmaan käyttämällä näyttöön perustuvaa kirjallisuutta. (Aveyard 2010, 5-6 & Johansson 2007, 3 & Tuomi 2007, 82-83.)

Opinnäytetyö on toteutettu mukailen systemaattista kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tarkin kirjallisuuskatsauksen menetelmä (Aveyard 2010, 5-6). Olemassa olevan teorian tiedon huolellinen arviointi on tärkeää, jotta katsaus sisältää vain asiatekstiä (Tuomi 2007, 82-83). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tehdään aina järjestelmällisesti. Prosessi tulee kuvata tarkasti, jotta voidaan osoittaa tulokset relevanteiksi. Tulokset ja haut pystytään toistamaan uudelleen selkeän prosessin myötä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkijat ovat etukäteen tutustuneet jo olemassa olevaan kirjallisuuteen. Saadun tiedon perusteella tutkimuskysymykset pystytään määrittelemään täsmällisesti aiheeseen sopien. Tutkimuskysymyksiä suositellaan olevan yhdestä kolmeen. Tutkijat valitsevat tutkimusmenetelmän. Tiedonkeruun aloittamiseksi tulee valita hakutermit ja tietokannat. (Johansson 2007, 4-7.) Tutkimusten valintaa varten tulee etukäteen olla laadittuna tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Rajauksen avulla saadaan luotettavia tutkimustuloksia. Sisäänotto- ja poissulkukriteereillä pyritään fokuoimaan tutkija etsimään tutkimuskysymykseen vastausta. (Aveyard 2010, 71 & Metsämuuronen 2006, 37-38.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sisältää katsauksen suunnittelun, haut, tiedon analysoinnin sekä johtopäätösten ja suositusten esittämisen (Johansson 2007, 4-7). Kirjallisuuskatsauksen ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen erona ilmenee tutkittavan asian rakenne. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tehdään tutkittavasta asiasta johtopäätöksiä ja suosituksia. Perinteinen kirjallisuuskatsaus tiivistää jo aikaisemmista tutkimuksista löydettävät tulokset. (Tuomi 2007, 83.)

5.1 Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu

Ennen aineiston keruuta on tiedettävä katsauksen muoto, tutkimuskysymys sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimuskysymyksestä sekä tutkimuksen tarkoituksesta riippuen valitaan aineistonkeruumenetelmät. Tämän jälkeen vuorossa on kirjallisuuden valinta. Tutkimukseen voidaan valita valmiita aineistoja tai kerätä tutkimustietoa itse. Kun tutkimustietoa kerätään itse, on kyseessä haastattelu, kysely, havainnointi tai omaelämäkerrat. Valmiita aineistoja voidaan hakea elektronisista viitetietokannoista, tutkimusten lähdeluetteloista, manuaalisella haulla, tai ottamalla yhteyttä kirjoittajiin. (Aveyard 2010, 74 & Tuomi 2007, 136-137.) Vaikeasti löydettävistä tutkimuksista käytetään yleisnimitystä harmaa haku. Harmaa haku on esimerkiksi tieteellisen tutkimuksen lähdeluettelosta löytyvää kirjallisuutta. Harmaasta

hausta löydettyjen tutkimusten tulee täyttää tieteellisten tutkimusten yleiset kriteerit. (Airio 2000, 12 & Mäkelä, Varonen, Teperi 1999.) Opinnäytetyön aineiston keruu on tehty huhtikuun ja kesäkuun 2015 aikana. Tiedonhaku tehtiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheita mukailten. Tiedonhankintaan käytettiin opiskelijoille suunnattuja maksuttomia tietokantoja. Käytössä olivat suomalaiset sekä ulkomaalaiset aineistotietokannat. Opinnäytetyössä on käytetty viittä tietokantaa. Tietokannat ovat PubMed, Medic, Melinda, Ebsco (Cinahl ja Academic) sekä ProQuest. Opinnäytetyössä on käytetty myös niin sanottua harmaata tiedonhakuja. Opinnäytetyössä viitataan harmaalla haululla Google Scholar tietokantaan sekä tutkimusten lähdeluetteloon. Opinnäytetyössä aineistohauissa on käytetty yksittäisiä hakusanoja, sanojen yhdistelmiä sekä eri katkaisumerkkejä. Aineistohaku on suoritettu opinnäytetyön tekijöiden asettaman tutkimuskysymyksen pohjalta.

Kirjallisuuskatsaus alkaa aihepiirin rajauksella. Tutkittua tietoa on määrällisesti paljon, joten sisäänotto- ja poissulkukriteerit on tärkeä määrittellä varhaisessa vaiheessa. (Metsämuuronen 2006, 37-38.) Sisäänotto- ja poissulkukriteerit määritellään tutkimuksen tavoitteen mukaisesti ennen kuin aineistohakuja tehdään (Aveyard 2014, 74). Taulukossa 1. on määritelty opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Kehittyneissä maissa tehdyt ihmistutkimukset	Kehitysmaissa tehdyt ihmistutkimukset
Julkaisut ovat suomeksi tai englanniksi	Julkaisut muilla kuin suomen tai englannin kielellä
Tutkimukset on julkaistu vuosina 2005-2015	Ei ennen 2005 tulleet tutkimuksia
Tutkimuksiin osallistuneet ovat iältään vähintään 16 vuotta ja enimmäisiältään 65 vuotta	Tutkimukseen osallistuneet ovat alle 16-vuotiaita, tai vanhusväestöä
Tutkittavat edustavat pääosin naissukupuolta	Tutkittu vain miehiä tai yli 50 % tutkittavista on miehiä
Ilmaiset ja kokonaan nähtävissä olevat tutkimukset	Ei opinnäytetöitä, ei maksullisia viitetietokantoja

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Opinnäytetyön aineiston keruu aloitettiin miettimällä opinnäytetyön aiheesta sopivia hakusanoja suomeksi ja englanniksi. Tutkimukset haettiin tietokannoista käyttämällä taulukossa 1. määriteltyjä sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Tämän jälkeen tutkimukset on käyty läpi otsikon ja tiivistelmän tasolla. Lukiessa on kiinnitetty huomiota aineiston soveltuvuutta tutkimuskysymykseen. Tutkimukset, jotka ovat täyttäneet edellä mainitut kriteerit, ovat päätyneet lopulliseen opinnäytetyöhön käytettäväksi. Viidestä tietokannasta sekä harmaasta hausta tehtyjen hakujen ja kaksivaiheisen valintaprosessin jälkeen hakutulokseksi saatiin seitsemän tutkimusta sekä kolme tutkimusartikkelia, joita käytettiin opinnäytetyön teoriaosuuteen. Tarkemman analyysin jälkeen kolme tutkimusta jätettiin pois niiden soveltumattomuuden vuoksi, joten lopulliseen tutkimusanalyysiin valikoitui neljä tutkimusta. Opinnäytetyön tekijät lukivat opinnäytetyöhön valitut tutkimukset huolellisesti ja kriittisesti. Tutkimukset luettiin kiinnittäen huomiota opinnäytetyön tutkimuskysymykseen ja sen vastaavuuteen. Tutkimuksia analysoitaessa opinnäytetyön tekijät käyttivät sovitusti tutkimustaulukkoa.

Pubmed on maksuton englanninkielinen tietokanta. Tietokantaa ylläpitää ja kehittää National Center for Biotechnology Information (NCBI). Pubmed kattaa yli 24 miljoonaa sitaattia biolääketieteen kirjallisuudesta MEDLINE:sta, life science -lehdistä sekä online-kirjoista. PubMedin sitaatit ja tiivistelmät kattavat bio-, käyttäytymis-, kemian- ja biotekniikan tieteet. (NCBI 2015.) Medic on suomalainen viitetietokanta, jota tuottaa Meilahden kampuskirjasto Terkko. Medic julkaisee terveystieteellisiä julkaisuja. (Terkko Navigator/Medic.) Melinda on Suomen kaikkien kirjastojen yhteistietokanta. Siihen kuuluu aineistoja muun muassa yliopiston-, eduskunnan-, sekä ammattikorkeakoulun kirjastoista. (Tampereen Yliopisto 2014.) Ebsco yhdistää kaksi eri tietokantaa, Cinachl- ja Academic-tietokannat. Ebsco mahdollistaa tiedonhaun englannin kielellä ja se on ilmainen Laurea ammattikorkeakoulun opiskelijoille. Ebsco kannustaa opiskelijoita tutkimustieteelliseen kehittävään toimintaan. (Ebsco 2015.) ProQuest on englanninkielinen tietokanta, jossa on valittavana seitsemän eri aihealuetta. Valittavana on 11 eri tietokantaa Health & Medicinen kautta. Opinnäytetyössä kaikki muut aihealueet ovat poissuljettuja paitsi Health & Medicine. (ProQuest Help 2015.)

Pubmed-tietokannasta haku suoritettiin englanniksi käyttämällä hakusanoina patient attitudes AND medicine OR drug therapy AND pain management. Rajauksena free full text, vuodet 2005-2015, humans, female, adult 19-44 and middle aged 45-64. Tuloksena 22, joista otsikon tasolla hyväksytyjä 2. Tutkielman tiivistelmän perusteella hyväksyttiin 0. Toisen haun hakusanoina käytettiin patient attitudes AND acute pain management AND pain drug therapy. Rajaukset olivat free full text, 2005-2015, humans, female, adult 19-44 and middle aged 45-64. Tuloksena 6, joista otsikon tasolla hyväksytyjä 1. Tutkielman tiivistelmän perusteella hyväksyttiin 0.

Medic-tietokannasta tutkimusartikkeleita haettiin kolmella eri haullla. Ensimmäinen haku tehtiin hakusanoin lääkehoi* AND sitout* OR asen*, asiasanahaullla. Rajauksena vuodet 2005-2015. Tuloksena 83, joista otsikon tasolla hyväksyttiin 8. Tutkielman tiivistelmän perusteella hyväksyttiin 4 ja lopulliseen työhön hyväksyttiin 4. Toisena hakusanana käytettiin potilasohj* AND lääkeh* sitout*, asiasanahaullla. Rajauksena vuodet 2005-2015. Tuloksena 30, joista otsikon tasolla hyväksyttiin 1. Tutkielman tiivistelmän perusteella hyväksyttiin 0. Lopulliseen työhön ei päätynt yhtään hakua. Viimeisinä hakusanoina käytettiin lääkehoi* kivunhoi* AND sitout* asen*. Tuloksena 69, joista 6 hyväksyttiin otsikon tasolla, joista 4 jo aikaisemmin esille tulleita. Tutkielman tiivistelmän perusteella hyväksyttiin 1. Lopulliseen työhön valittiin 1.

Tiedonhaku Melinda-tietokannasta tehtiin käyttämällä hakusanoja lääkehoi? OR kivunhoi? (asiasana) AND sitout? OR asen? (asiasana). Rajauksena vuodet 2005-2015. Tuloksia 24, joista 3 hyväksyttiin otsikon tasolla, 1 aikaisemmin tullut. Tutkielman tiivistelmän perusteella hyväksyttiin 1. Lopulliseen työhön hyväksyttiin 1. Ebsco (Cinachl ja Academic) tietokannasta haku suoritettiin englanniksi hakusanoilla patient attitudes AND drug therapy OR medicine. Ainoastaan Academic journals ja fulltext, vuodet 2005-2015. Tuloksena 233, joista otsikon tasolla hyväksyttiin 10. Tiivistelmän perusteella valittu 2. Lopulliseen työhön valittiin 2.

Proquest (Database Health and Medicine) tietokannasta englanniksi hakusanoin patient attitudes AND drug therapy OR pain management. Rajauksena vuodet 2005-2015, scholarly journals, full text. Tuloksena 111, joista otsikon tasolla hyväksyttiin 6. Tutkielman tiivistelmän perusteella hyväksytyjä 1. Toinen haku tehtiin käyttämällä hakusanoja patient adherence AND drug therapy AND acute pain. Rajauksena vuodet 2005-2015, full text, scholarly journals, english and finnish, ainoastaan tieteelliset julkaisut sekä kokoteksti. Tuloksena 60, joista otsikon tasolla hyväksyttiin 3. Tutkielma tiivistelmän perusteella hyväksytyjä 0. Lopulliseen työhön hyväksytyjä 0. Google Shcolar on tutkijoiden käytössä oleva tietokanta tieteellisiin tutkimuksiin. Aineistoa löytyy useista eri tieteenaloista sekä monista lähteistä muun muassa akateemisten julkaisijoiden, yliopistojen ja järjestöjen tutkimuksia sekä artikkeleita. Kaikista hakutuloksista löytyy bibliografiset tiedot eli tekijät ja lähdeluettelo. (Hirsjärvi yms. 2012, 94.) Haku tehtiin käyttämällä hakusanaa improving medication adherence. Lopulliseen työhön hyväksyttiin 4.

TIETOKANNAT	HAKUSANAT	RAJAUKSET	VIITTEET	OTSIKON TASOLLA HYVÄKSYTYT	TIIVISTELMÄN PERUSTELLA VALITUT	HYVÄKSYTYT
PubMed	1. Patient attitudes AND medicine OR drug therapy AND pain management	2005-2015 Ihmiset Naiset Adult 19-44 Middle aged 45-64 Free full text	22	2	0	0
	2. Patient attitudes AND acute pain management AND pain drug therapy	2005-2015 Ihmiset Naiset Adult 19-44 Middle aged 45-64 Free full text	6	1	0	0
MEDIC	1. Lääkehoi* AND sitout* OR asen* (asiasanahaku)	2005-2015	83	8	4	4
	2. Potilasohj* AND lääkeh* sitout* (asiasanahaku)	2005-2015	30	1	0	0
	3. Lääkehoi* Kivunhoi* AND Sitout* Asen*	2005-2015	69	6, joista 4 aikaisemmin tulleita	1	1
MELINDA	1. Lääkehoi? OR kivunhoi? (asiasana) AND sitout? OR asen? (asiasana)	2005-2015	24	3, joista 1 aikaisemmin tulleita	1	1
EBSCO (CINACHL & ACADEMIC)	1. Patient attitudes AND drug therapy OR medicine	2005-2015 Academic journals Fulltext	233	10	2	2
PROQUEST (Database Health and medicine)	1. Patient attitudes AND drug therapy OR pain management	2005-2015 scholarly journals fulltext	111	6	1	1
	2. Patient adherence AND drug therapy AND acute pain	2005-2015, full text, scholarly journals, english and finnish.	60	3	0	0
Google scholar	1. Improving medication adherence	harmaa haku	4	1	1	5

Taulukko 2. Tiedonhaun kuvaus

5.2 Aineiston käsittely ja kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi

Laadullisen aineiston tavallisimmat analyysimenetelmät ovat teemoittelu, tyypittely, sisällönanalyysi, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2014, 224). Opinnäytetyön tutkimukset on analysoitu sisällönanalyysin vaiheita mukaillen. Teemoittelua on käytetty tarkempana analyysimenetelmänä. Sisällönanalyysia käytetään analysoitaessa laadullisia tutkimuksia. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla analysoidaan dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja, ja tutkimuksia tiivistetään. Sisällönanalyysia käytetään aina, kun tutkimustuloksia analysoidaan. Sisällönanalyysia voidaan tehdä kaikista tekstimuodoista ja tutkittavat tekstit voivat olla lähes mitä tahansa - kirjoja, litterointeja tai keskusteluita. Dokumentteja voidaan analysoida objektiivisesti sekä systemaattisesti. Sisällönanalyysissä omat johtopäätökset eivät kuulu tutkittavan tiedon purkuun. Sisällönanalyysillä muodostetaan tutkittavasta aiheesta tiivistetty kokonaisuus, joka tuo tulokset laajempaan kontekstiin. Hajanaisesta aineistosta tehdään selkeä ja mielekäs kokonaisuus, kuitenkin kadottamatta sisällön informaatiota. Tutkimusaineiston sisältö pirstaloidaan ensin osiin jonka jälkeen aineisto käsitteellistetään ja lopuksi aineisto kootaan tiiviiseen ja loogiseen muotoon. Sisällönanalyysistä puhutaan joskus myös sisällön erittelynä. Sisällön erittely tarkoittaa kvantitatiivista dokumenttien analyysia, jossa kuvataan määrällisesti jotakin tekstin sisältöä. Sisällön erittely ja sisällönanalyysi ovat toisilleen synonyymejä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91,103-108.)

Tutkimusongelmaan saadaan vastaus parhaiten valitsemalla työhön sellainen analyysitapa, joka tuo vastaukset esiin parhaiten (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2014, 224). Kirjallisuuskatsauksessa on mukailtu sisällönanalyysimenetelmää, mutta teemoittelua käytetään sisällön purkamisessa osiin. Tutkimusten sisältö tuodaan tekstiin sisällönanalyysimenetelmällä lähes loppuun asti. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet eri tekijät ja nämä osa-alueet tuodaan teemoittelulla esiin. Teemoittelu tarkoittaa tutkimusaineiston pilkkomista osiin analysoitavan aineiston keskeisten teemojen mukaisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 & Eskola, Suoranta 1998, 175-176, 179.) Laadullinen aineisto pilkotaan eri aihepiirien mukaan. Tämä mahdollistaa tiettyjen teemojen esiintuomisen tutkimusaineistosta, jolloin aineistosta etsitään varsinaiset aiheet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93 & Eskola, Suoranta 1998, 179.) Aiheita pystyy muodostamaan kahdella tavalla: aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisen teemoittelun ideana on etsiä tutkittavan aiheen haastatteluista tai kirjoitelmista yhdistäviä tai erottavia tekijöitä. Teorialähtöinen teemoittelu pohjautuu tiettyyn viitekehykseen tai teoriaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Ennen varsinaisten teemojen etsimistä aineisto voidaan ryhmitellä. Aineiston pilkkominen teemahaastattelun jälkeen on helppoa, sillä teemat muodostavat jo itsessään jäsenyyksen aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Järjestettäessä aineistoa teeman mukaan kustakin teemasta poimitaan teeman alle ne asiat, jotka kuvailevat kyseistä teemaa/pääluokkaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkija esittää teemojen käsittelyn yhteydessä sitaatteja, jotka antavat aineistolle luotettavuutta. Sitaattien avulla todistetaan lukijalle, että tutkija on käyttänyt aineistoa työssään. Sitaattien käyttämisessä tutkijan on oltava kriittinen. Sitaattien käyttämistä suositellaan kun se nähdään tarpeellisena havainnollistamaan asiaa yhdessä asiatekstin kanssa. Tutkimusraportti on laadullinen kun se sisältää sopivassa määrässä asiatekstiä ja sitaatteja. Tutkimusraporteissa, joissa kuvataan tutkittavien kokemuksia tai ilmiötä, on mahdollista käyttää pitkiä sitaatteja. Teemoja voi muodostaa eri tavoilla ja niitä voidaan avata taulukoiden tai otsikoiden avulla. Eri jaotteluilla voidaan muodostaa yhdistäviä ryhmiä tai tekijöitä. Teemoja voi nimetä tekstin kuvauksen perusteella tai niitä voi kuvailla tutkijan keksimän mielikuvituksen otsikon avulla. Otsikot kuitenkin kuvailevat teeman sisältämiä ryhmiä tai tekijöitä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

6 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

6.1 Kipulääkehoitoon sitoutuminen potilaan näkökulmasta

Tilastotietoa kivunhoidosta sekä kivunhallinnan sitoutumisen eri muodoista löytyy vähän. Sitoutumattomuus on yleisempää kuin kuvitellaan. (Butow & Shape 2013, 102-103.) Gatti ym. mukaan negatiiviset uskomukset johtavat todennäköisesti alhaiseen lääkehoitoon sitoutumiseen. Potilaiden pelko lääkeriippuvuudesta sekä lääkkeiden liiallisesta määräämisestä johtaa negatiivisiin uskomuksiin. (Gatti ym. 2009, 659-663.) Rejeh ym. & Gatti ym. tutkimustulosten mukaan lääkkeiden haittavaikutuksista johtuvat negatiiviset uskomukset vaikuttavat lääkehoitoon sitoutumiseen. Osa potilaista halusi sietää kipua haittavaikutusten pelossa. Vaikka potilas oli aluksi sitoutunut hoitoon, hänen sitoutumisensa aleni kun haittavaikutuksia ilmeni. (Rejeh ym. 2009, 69-71 & Gatti ym. 2009, 659-663.) Osa potilaista ei halunnut valittaa kivusta (Rejeh ym. 2009, 69 & Butow, Sharpe 2013, 103). Gatti ym. tutkimuksen mukaan 26,5 % potilaista lopetti lääkityksen heti haittavaikutusten ilmetessä. 33,8 % potilaista kertoi lääkehoidon suunnitelmansa olleen sekava. Oireiden ollessa hallinnassa 26,2 % potilaista lopetti lääkityksen. Tutkimuksessa käytettiin The Beliefs about Medicine Questionnaire (BMQ) kyselylomaketta tutkimaan potilaiden uskomuksia lääkehoidosta. (Gatti ym. 2009, 658-659.) Kipulääkkeiden käyttöön löytyy useita esteitä. Lääkeriippuvuus, sivuvaikutukset, toleranssin kasvu, lääkevastaisuus, lääkkeiden tehottomuus, halu sietää kipua, halu siihen, että lääkäri keskittyisi sairauden hoitamiseen kipulääkkeiden määräämisen sijaan, sekä potilaan ymmärtämättömyys kipulääkkeiden käyttötarkoituksesta. Potilaat pelkäävät kipulääkkeiden peittävän diagnostisesti merkittäviä kipuja. (Butow, Sharpe 2013, 103-106 & Sulosaari ym. 2010, 32-48.) Tutkimuksen Butow & Sharpen mukaan potilaat kokivat pelkoa kipua kohtaan. Tunne voi edesauttaa tai haitata hoitoon sitoutumisessa.

Potilaan pelko ja stressi kipua kohtaan saattoivat vaikuttaa potilaan lääkkeiden liialliseen käyttöön. (Butow & Sharpe 2013, 102-103). Potilaiden hoitoon sitoutuminen voi vääristyä myös sosiaalisten paineiden vuoksi (Gatti ym. 2009, 659-663). Tutkimuksessa Gatti ym. käytettiin Morinsky Medication Adherence Scale (MMAS-8) mittaria hoidon sitoutumisen arvioimiseksi. Potilaiden itse ilmoitettu tieto on usein täsmällistä. Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) mittaria käytettiin mittaamaan potilaiden omia kykyjä lääkeshoidossa. Alle 65- vuotiailla sekä potilailla, jotka eivät luottaneet omiin kykyihinsä, oli alhainen hoitoon sitoutuminen. (Gatti ym. 2009, 659-663.) Hoitoon sitoutumattomuutta pyritään ymmärtämään paremmin. Butow & Sharpen tutkimuksessa on esitelty Health belief model (HBM) sekä Theory of planned behavior (TPB). HBM ennustaa potilaan terveyskäyttäytymistä, alttiutta terveysongelmille sekä sitoutumista hoitoon. TPB-malli ennustaa, kuinka sosiaaliset odotukset ja ympäristö vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen. (Butow & Sharpe 2013, 102-103.)

Tutkimustulosten valossa voidaan todentaa potilaiden mielipiteiden eriävän kipulääkehoidon tavoitteiden suhteen. Osa Rejeh ym. tutkimuksen potilaista uskoivat, että kipua ei tulisi kokea ollenkaan. Nämä potilaat kokivat siksi saavansa riittämätöntä kivunlievitystä. Osa potilaista kuvaili kivun ikäväksi kokemukseksi sekä koki kivun olevan odotettua pahempi. Osa kertoi kivun tuntemisen olevan hyödyllinen kokemus. (Rejeh ym. 2009, 68-69.) Osa potilaista ajatteli kivun olevan väistämätöntä. (Rejeh ym. 2009, 68-69 & Butow, Sharpe 2013, 103-106). Rejeh ym. mukaan osa potilaista, jotka olivat saaneet kipulääkkeitä, koki heillä olevan edelleen kipuja. He olivat kuitenkin tyytyväisiä saamaansa kivunlievitykseen. Potilaiden mielestä kipua ei ollut tarkoitus poistaa kokonaan, vaan lievittää sitä. (Rejeh ym. 2009, 69.) Kivun intensiivisyys tai kivun kesto ei ollut ennustava tekijä hoitoon sitoutumisessa. (Butow & Sharpe 2013, 103-106.) Rejeh ym. & Butow, Sharpen mukaan potilaiden kulttuuriset erot vaikuttavat kivun kokemiseen ja kivunhoitoon. Kulttuuristen erojen todettiin vaikuttavan lääkehoidon sitoutumiseen. (Butow & Sharpe 2013, 103-106 & Rejeh ym. 2009, 69-71.) Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa potilaan sairaus, pelot, sosiaalinen verkosto, kotiolot, taloudelliset tekijät, media, lääkkeiden haittavaikutukset ja annostelutiheys. (Suloari ym. 2010, 25-26, 32-48.)

6.2 Kipulääkehoitoon sitoutuminen hoitotyön asiantuntijan näkökulmasta

Potilaat odottivat hoitotyön asiantuntijalta nopeaa kivunlievitystä osastohoidossa. Hoitotyön asiantuntijan tasavertainen sekä yksilöllinen huomioiminen kivunhoidossa sai potilaat tuntemaan tyytyväisyyttä. (Rejeh ym. 2009, 68-71.) Etelä-Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan lääkehoitoa sekä lääkehoidon ohjausta toteutettiin 92,5 % erikoissairaanhoidossa, kun perusterveydenhuollossa vastaava lukema on 70 %. Sairaanhoitajien mielestä heidän antamansa lääkehoidon ohjaus on luotettavaa, tasa-arvoista sekä potilaslähtöistä.

Potilaskeskeisyyden koettiin olevan tärkeää. (Sulosaari ym. 2010, 33-34) Antamalla potilaalle tietoa kivusta ja kivunhoidon menetelmistä voidaan Rejeh ym. (2009, 71) tutkimuksen mukaan vähentää potilaan haavoittuvuutta sekä stressiä. Potilaille tulee tarjota suullista sekä kirjallista näyttöön perustuvaa tietoa ilman ammattisanastoa (Sulosaari ym. 2010, 67). Tieto tulee räätälöidä jokaisen potilaan tarpeisiin. Hyvä hoitosuhde hoitotyön asiantuntijan sekä potilaan välillä on tärkeä osa potilaan hoitoon sitoutumisessa. Hyvä hoitosuhde syntyy kommunikaatiosta. Vastaanotolla keskustellaan potilaan uskomuksista, asenteesta, itsepystyvyydestä, sosiaalisesta asemasta, sekä tunteista kipulääkehoitoa kohtaan. Hoitotyön asiantuntijan tulisi osata tunnistaa potilaan mahdolliset negatiiviset uskomukset ja puuttua niihin. Hoitotyöntekijän on hyvä muistuttaa, kuinka tärkeää hoitoon sitoutuminen on. Hoitoon sitoutuminen on potilaalle helpompaa, kun hoitotyön asiantuntija kertoo kivunhoidolle realistiset tavoitteet. (Butow & Sharpe 2013, 102-105 & Gatti ym. 2009, 659-663 & Rejeh ym. 2009, 71) Rejeh ym. & Butow, Sharpen tutkimuksen tulokset osoittavat että potilaiden tuomat näkökulmat auttavat hoitotyöntekijöitä edistämään hoitotyön laatua, kivun tunnistamista sekä kivunhoidon keinoja. Avoimen keskustelun avulla saadaan enemmän tietoa potilaiden kokemuksista ja suhtautumisesta kipuun. Potilaan hoitoon sitoutumattomuutta olisi tärkeä ymmärtää. Potilaan kanssa keskustelun tulisi aina olla suvaitsevaista. (Rejeh ym. 2009, 71-72 & Butow, Sharpe 2013, 102-103.)

Butow & Sharpe sekä Rejeh ym. mainitsevat tutkimuksessa hoitotyön asiantuntijan positiivisen asenteen vaikuttavan potilaiden kivun tunnistamiseen ja hoitoon. Positiivinen asenne vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin laskevasti. (Butow & Sharpe 2013, 101-102 & Rejeh ym. 2009, 70 & Sulosaari ym. 2010, 46.) Hoitotyön asiantuntijoiden kiire ja työtaakka on yleinen syy huonolle kommunikaatiolle. Kiireen vuoksi kipu tunnistetaan ja hoidetaan huonommin. Terveydenhuollon resurssipula vaikuttaa osaltaan myös potilaan tukemiseen ja ohjaamiseen. (Sulosaari ym. 2010, 46 & Rejeh ym. 2009, 71-72.) Hoitoon sitoutumattomia ovat todennäköisimmin potilaat, joilla on huono hoitosuhde hoitavaan lääkäriin. Butow & Sharpen tutkimuksen mukaan 19 % potilaista on hoitoon sitoutumattomia, koska kommunikointi lääkärin kanssa toimi huonosti. Hoitoon sitoutuneiden määrä on tutkimuksessa 1,62 kertaa korkeampi potilailla, joiden lääkäri oli harjoittanut kommunikointitaitoja. (Butow & Sharpe 2013, 103-106.)

Sulosaari ym. (2010, 41) tutkimuksessa potilaiden hoitoon sitoutumisen arvioinnissa käytettiin erilaisia menetelmiä: seurantakäynnit, kysymykset, keskustelu, lääkkeiden käytön seuraaminen sekä yhteydenotot hoitoyksikköön. Gatti ym. (2009, 658-659) käyttivät tutkimuksessa lääkehoidon sitoutumisen mittarina MMAS-8. Hoitoon sitoutuminen sekä lääkehoidon ohjaus on laiminlyöty aihe kivunhoidossa, aihe vaatii tarkempaa analyysiä tulevaisuudessa (Butow, Sharpe 2013, 106 & Sulosaari ym. 2010, 66). Sulosaaren tutkimuksen mukaan hoitotyön asiantuntijan lääkehoidon osaaminen sekä potilaan ohjaus vaatii

syventämistä (Sulosaari ym. 2010, 68). Hoitotyön asiantuntijat toivovat että lääketiedon haussa voisi käyttää uusinta teknologiaa, esimerkiksi tabletteja (Sulosaari ym. 2010, 60-61). Vaikka hoitotyön asiantuntija toimisi parhaalla mahdollisella tavalla, ei se takaa potilaan sitoutumista hoitoon. (Butow & Sharpe 2013, 102.)

7 Arviointi

7.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa keinoja, jotka voivat edistää potilaan sitoutumista kipulääkehoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli kirjallisuuskatsauksen avulla tuoda Kätilöopiston sairaalan Naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle uutta näyttöön perustuvaa tietoa potilaan kivunhoidon sitoutumisesta. Hoitotyön asiantuntijan näkökulmasta katsottuna potilaan sitouttaminen voi olla haastavaa. Terveystieteiden julkisen sektorin resurssit ovat pienet, jolloin potilaan yksilölliseen kohtaamiseen jää vähemmän aikaa. (Sulosaari ym. 2010, 46.) Tutkimustulosten varjossa voidaan todeta potilaan omien asenteiden, pelkojen, uskomusten sekä sosiaalisten paineiden vaikuttavan lääkehoidon sitoutumiseen (Gatti ym. 2009, 659-663). Vastaanotolla olisi hyvä keskustella avoimesti edellä mainituista asioista potilaan kanssa ennen kipulääkehoidon aloitusta. Hoitotyön asiantuntijan antama yksilöllinen ohjaus vaikuttaa potilaan sitoutumiseen. Tutkimuksissa tuli selkeästi esille, että kommunikoinnilla ja potilaan tasavertaisella huomioimisella on yhteys potilaan asenteisiin kipulääkehoitoa kohtaan. (Sulosaari ym. 2010, 67 & Butow, Sharpe 2013, 102-105 & Gatti ym. 2009, 659-663 & Rejeh ym. 2009, 71.) Opinnäytetyön tutkimuksissa käytettiin kansainvälisiä sekä suomalaisia tutkimuksia. Tutkimukset oli tehty Yhdysvalloissa, Australiassa, Iranissa sekä Suomessa. Useissa eri maissa tehtyjen tutkimusten yhdistäminen opinnäytetyöhön toi laajempaa näkemystä kipulääkehoitoon sitoutumisesta. Kipulääkehoidon sitoutumattomuus on maailmanlaajuisista ja samat ongelmat ovat läsnä kaikkialla. Suomi on monikulttuurinen maa, jossa useat eri kansalaisuuden kohtaavat. Tämän vuoksi on hyvä yhdistää muiden maiden tutkimustuloksia Suomalaisiin tutkimuksiin. Hoitoon sitoutuminen on laiminlyöty aihe kivunhoidossa, aihe vaatii tarkempaa analyysiä tulevaisuudessa (Butow & Sharpe 2013, 103).

Opinnäytetyön tekijät ovat työssään itse kohdanneet potilaita, jotka eivät aina ole sitoutuneet suositeltuun kipulääkehoitoon. Opinnäytetyön aihe oli kiinnostava. Lääkehoitoon sitoutuminen ja sitouttaminen ovat osa ammatillista haastetta. Aihe on ajankohtainen ja siinä on jokaisen hoitotyön asiantuntijan hyvä kehittyä. Potilaan haastattelutilanteessa voi huomata potilaan olevan hyvin vastahakoinen lääkkeellisiin keinoihin, jolloin potilasta voisi ohjata kokeilemaan lääkkeettömiä keinoja. Jatkotutkimusaiheena olisi aiheellista tutkia

akuutin kivun lääkkeettömiä hoitokeinoja. Lääkkeettömien sekä lääkkeellisten hoitokeinojen tehokas yhdistäminen voisi tuoda potilaille yksilöllistä kivunlievitystä.

Tutkimusten valitseminen oli aluksi haastavaa. Tutkimukset käsittelivät osaltaan pitkäaikaissairaiden lääkettä. Tiedonhallinnan lehtorilta saatu apu tutkimusaineiston haussa ei lisännyt akuutista kipulääkehoidosta kertovia tutkimuksia. Jokaiseen tietokantaan tehtiin monta hakua. Tutkimuksen analyysissä tulleet tulokset palvelevat päivystyspoliklinikan hoitotyön asiantuntijoita potilaiden kipulääkehoidon ohjauksessa. Kätilöopiston sairaalan päivystyspoliklinikalla on jo aikaisemmin panostettu kivun hoitoon ja sen tunnistamiseen. Tutkimustulokset lisäävät potilaiden näkökulmaa kivunhoidon suunnittelussa. Tutkimuksessa Gatti ym. käytettiin hoidon sitoutumisen mittarina MMAS-8, sekä potilaiden uskomuksia lääkettä kohtaan mitattiin BMQ-mittaria käyttäen (Gatti ym. 2009, 658-659). Olisi mielenkiintoista tutkia mittareiden soveltuvuutta suomalaisessa sairaalassa ennaltaehkäisevästi hoidon sitoutumisen arvioinnissa.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettinen ajattelu on osa opinnäytetyön arvoja. Opinnäytetyön eettinen näkökulma pohjautuu koko yhteisön käsitykseen siitä mikä on oikein ja mikä väärin. Tutkijoiden ammattietiikka muuttuu tutkimusetiikaksi. Tähän kuuluvat kaikki eettiset periaatteet, arvot, normit ja hyveet joita tutkijat harjoittavat ammatissaan. Tutkimusetiikan laadun varmistamiseksi on Suomessa perustettu vuonna 1991 tutkimuseettinen neuvottelukunta. Neuvottelukunta on laatinut eettiset ohjeet tutkijoille, jotta tutkimusten luotettavuus ja uskottavuus voitaisiin taata. Tähän liittyvät rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus, muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen, tutkimuksen asianmukainen suunnittelu, toteutus ja raportointi. Lähdekriittisyys, tutkimusten läpinäkyvyys sekä tutkimusten helppo uudelleen hakeminen lisää työn uskottavuutta. Luotettavuutta ja eettisyyttä voidaan arvioida eri mittarein. Etiikka ja sen tietoinen toteuttaminen on mukana tutkimuksen suunnittelusta tutkimuksen julkaisuun asti. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2012, 231-232 & Kuula 2011, 21-24, 34-35 & Hirvonen 2006, 31 & Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 360-363 & Tuomi, Sarajärvi 2009, 132-133.) Tuomi & Sarajärvi (2009, 127) kertovat, että työn johdonmukaisuus kuvaa eettisesti hyvää tutkimusta. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt tutkimushankkeille linjauksen, jossa keskustelu on avointa ja oikeudet, velvollisuudet sekä aineistoa koskevat käytänteet ovat kaikille tiedossa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Opinnäytetyö on tehty osana hanketta. Hankkeen osapuolet ovat kaikki olleet hyvässä yhteistyössä ja työstä on keskusteltu avoimesti. Hankkeen kaikki osapuolet ovat olleet tietoisia työn etenemisestä sekä aikatauluista. Yhteistyö on ollut sujuvaa ja miellyttävää.

”Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla”

- (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6).

Tutkijalla on vastuu oman työn luotettavuudesta. Aineiston kasaaminen, käsittely sekä työn arkistointi liittyy vahvasti tutkimuksen luotettavuuteen sekä tarkastettavuuteen. (Kuula 2011, 24.) Toisten tutkijoiden vähätteleminen ei kuulu eettisesti hyvään työhön (Tuomi 2007, 146). Eettisten ohjeiden piittaamattomuus tai epärehellinen toiminta on raskain tutkimusetiikan ja tutkijan ammattietiikan loukkaus (Hirvonen 2006, 31). Niin sanottua harmaata kirjallisuutta voi olla vaikea löytää. Harmaan kirjallisuuden tutkimukset voivat olla sellaisia tutkimuksia, joiden tulokset eivät olleet miellyttäviä, tai tuloksia ei ollut saatu. Tutkimuksia haettaessa on muistettava sisäänotto- sekä poissulkukriteerit. Ilman tarkkoja hakukriteereitä tutkimus ei välttämättä vastaa tutkimuskysymykseen tai tutkimusongelmaan. Tutkimustietokannat antavat relevantteja vastauksia tutkimuskysymykseen. Yleisellä haulilla tehty sana tai lause voi tuottaa tuhansia epätarkkoja vastauksia tutkimuskysymykseen. (Aveyard 2010, 73-75.) Opinnäytetyössä on käytetty harmaata kirjallisuutta, mikä lisää työssä käytettävien lähteiden laajuutta. Opinnäytetyössä on rajattu tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 1.). Kriteerit lisäävät työn luotettavuutta, koska tällöin tutkimuskysymykseen on saatu täsmällisiä tutkimusvastauksia opinnäytetyöhön.

Tuomen & Sarajärven mukaan työssä on tärkeää huomioida puolueettomuus. Tutkija on tutkimusta tehdessään kuitenkin väistämättä puolueellinen työn tuloksille, koska on itse luonut tutkimuksen rakenteen. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 135-136.) Opinnäytetyön tekijät ovat työssä pysyneet objektiivisena. Tutkimustulosten kuvailu on rehellistä. Tulosten teemoittelusta on karsittu pois sellaisia tekijöitä, joita on ilmennyt vain yhdessä tutkimuksessa. Opinnäytetyöstä on luotu kompakti tietopaketti potilaiden sekä hoitohenkilökunnan vaikutuksista potilaan kipulääkehoidon sitoutumisen prosessissa. Luotettavuutta parantaa ohjaavan opettajan osallistuminen opinnäytetyön ohjaukseen. Opinnäytteet opionoidaan, eli arvioidaan. Opinnäytetyö on toteutettu kahden opiskelijan yhteistyöllä. Opinnäytetyö on tehty suunnittelusta asti kahdestaan, täten työssä ei näy kirjoittajan vaihtuminen ja työ luo lukijalle miellyttävän lukukokemuksen. Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat kaikki materiaalit, jolloin työn luotettavuus ja eettisyys lisääntyi. Hoitotyötä ohjaa vahvasti eettiset arvot; sama pätee opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tekijät toimivat näiden arvojen mukaan. Opinnäytetyö on rehellinen ja sen tarkoituksena ei ole muuttaa tutkimusten tuloksia. Tulokset tuodaan esille sellaisina kuin ne ovat, vaikka ne eivät aina ole miellyttäviä. Opinnäytetyö on tehty huolellisesti, työssä ei ole plagiointia. Opinnäytetyö on avoin, se tehtiin yhteistyössä työelämän kanssa. Opinnäytetyöhön ei tarvittu tutkimuslupaa, koska kyseessä on kirjallisuuskatsaus.

Opinnäytetyön tiedonhaku oli systemaattista, mikä osaltaan varmistaa työn rehellisen ja luotettavan otteen. Ihmistieteet tutkivat ihmisten aikaansaamaa tunnetta tai todellisuutta esimerkiksi kulttuuria, yhteiskuntaa, historiaa ja ihmisen subjektiivisuutta. Ihmistieteiden tutkiminen ei tarkoita ihmisen tutkimista biologisena tai fysiologisena olentona. Tieteen metodille asetetut yleiset vaatimukset ovat julkisuus, kriittisyys, itsekorjaavuus ja objektiivisuus. Tulosten tulee olla julkisia. Tutkijan on kirjoitettava vain asiatekstiä. Tutkijan omat mielipiteet tulee jättää tutkimuksen ulkopuolelle. Uusien tutkimusten tekeminen itsekorjaa tutkimuksen virheitä ja puutteellisuutta. (Tuomi 2007, 90-91). Ihmistieteellisen tutkimuksen lähtökohtana on aiheuttaa tutkittavalle enemmän hyötyä kuin haittaa (Kuula 2014, 55). Ihmistieteellisen tutkimuksen kohde ja ala ovat hyvin kapeat verrattuna muihin tieteenaloihin. Ihmistieteisiin liittyvät tutkimusongelmat ratkaistaan käyttämällä ihmistieteille kehitettyjä tutkimusmenetelmiä. (Tuomi 2007, 91.)

7.3 Ammatillinen kehittyminen prosessissa tutkimusten valinta

Opinnäytetyön edetessä tekijöiden ammatillinen kehittyminen on kasvanut. Opinnäytetyön tekijöille koko prosessi on selkiytynyt työn edetessä. Opinnäytetyön prosessi on opettanut kuinka kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessi etenee ja kuinka tulokset raportoidaan. Opinnäytetyön alkumetreillä työn kokonaisuuden hahmottaminen oli haastavaa. Tutkimusten hakeminen oli opinnäytetyön tekijöille pitkä prosessi tiedonhaun lehtorin avusta huolimatta. Tutkimuksia löytyi opinnäytetyöhön aluksi seitsemän. Tutkimukset olivat suurin osa englanninkielisiä, joten kääntäminen vei aikaa. Lopulta tutkimuksista karsiutui kolme pois, niiden sopimattomuuden vuoksi. Aluksi tutkimukset vaikuttivat työhön sopivalta, mutta kääntämisen jälkeen tuli ilmi, että tutkimuksissa puhuttiin lähinnä muista lääkkehoidoista, ei täsmällisesti tai ollenkaan kipulääkehoidosta.

Opinnäytetyön tekijät tunsivat ennestään toisensa koulun kautta. Parityöskentely oli helppoa, kummatkin tunsivat toisen tekijän vahvuudet ja heikkoudet, joka paransi opinnäytetyön hahmottamista ja lisäsi luotettavuutta. Opinnäytetyön on tehty alusta loppuun asti parityöskentelynä. Työtä ei ole jaettu osiin, vaan yhdessä tekeminen oli opinnäytetyön tekijöille alusta asti selvää. Opinnäytetyön luotettavuus ja sujuva luettavuus säilyy koko työn läpi. Kahdestaan tekemisessä oli kuitenkin omat haasteensa opinnäytetyön tekemisen aikana. Aikataulutus tuotti ajoittain vaikeuksia kesätöiden sekä harjoittelun yhteensovittamisen vuoksi. Yhdessä tekemisestä ei kuitenkaan tingitty, vaan kumpikin opinnäytetyön tekijöistä oli valmiita joustamaan aikataulutuksen suhteen. Molemmat olivat motivoituneet vahvasti yhteistyöhankkeeseen ja löytämään vastauksen tutkimusongelmaan. Yhteistyö kättilöopiston päivystyspoliikklinikan yhteyshenkilöiden kanssa sujui moitteettomasti. Yhteistyö oli tiivistä ja potilaan hoitopolun läpikäyminen päivystyksessä avasi potilaan asemaa hoidon kulusta. Opinnäytetyön tekijöil-

le Kätilöopiston sairaala ei ollut aikaisemmin tuttu. Myös hoitotyön asiantuntijan asema organisaatiossa tuli selkeämmin esille.

Työyhteisöltä saadun palautteen perusteella hankkeen jäsenet ovat olleet tyytyväisiä prosessiin sekä tutkimuksen laatuun. Käytännön työhön on saatu opinnäytetyön perusteella lisättyä potilaan kohtaamisen ja kipulääkehoidon sitoutumisen työkaluja. Opinnäytetyössä saatiin vastaus esitettyyn tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyön tekijät oppivat tutkimusten lukemisen sekä analysoinnin aikana paljon potilaan kohtaamisesta kipulääkehoidon ohjauksessa. Potilaan kanssa avoin keskustelu on tärkeää kipulääkehoidon sitoutumisessa. Opinnäytetyön tekijät myös ymmärsivät että kaikki potilaat eivät halua lääkettä. Tulevina hoitotyön asiantuntijoina tekijät pystyvät ohjaamaan potilasta lääkeshoidon rinnalla myös lääkkeettömien hoitokeinojen käyttöön.

Lähteet

Airio, E. 2000. Sähköisen tiedejulkaisemisen ja tiedejulkaisujen verkkokaupan kehittyminen Suomessa. Tampereen yliopiston kirjaston julkaisuja. Sarja A. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Aveyard, H. 2010. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide. Second edition. England: Open University Press.

Butow, P., Sharpe, L. 2013. The impact of communication on adherence in pain management. Pain ®. Volume 154. Australia: University of Sydney.

Ebsco. Who we serve. 2015. Viitattu 4.5.2015.
<https://www.ebsco.com/who-we-serve/schools>

Eskola, J., Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Tampere: Vastapaino.

Forss, N. 2006. Onko kipu korvien välissä? Kipuviesti 2. Pääkirjoitus. 13-16.

Gatti, M., Jacobson, K., Gazmararian, J., Schmotzer, B., Kripalani, S. 2009. Relationships between beliefs about medications and adherence. American Journal of Health- System Pharmacy. Vol 66.

Hirvonen, A. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S., Sorvali, I. (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Tietolipas 211. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 31.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset-huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto, 3, 4-7.

Kalso, E., Vainio, A. 2002. Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M., Granström, V. Akuutti ja krooninen kipu. 2011. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Vainio, A. (toim.) 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kallioinen, O. 2009. Opettajuuden haasteita LbD-toimintamallin arjessa. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Rajalahti, E. (toim.) Opettajuus learning by developing - Toimintamallissa. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja B•31. Helsinki: Edita Prima, 12-13, 16.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mäkelä, M., Varonen, H., Teperi, J. 1999. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 112(21). Viitattu 9.8.2015.
http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo60413&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=#s2

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Osa kaksi. 4. painos. Vajaakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Naistentautien- ja äitiyspoliklinikka. HUS. Viitattu 23.6.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/katiloopiston-sairaala/poliklinikat/Naistentautien-poliklinikka/Sivut/default.aspx>

Naistentautien vastaanotot. HUS. Viitattu 23.6.2015.
http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/katiloopiston-sairaala/poliklinikat/Naistentautien-poliklinikka/Naistentautien_vastaanotot/Sivut/default.aspx

Naistentautien osasto 8. HUS. Viitattu 23.6.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/katiloopiston-sairaala/osastot/osasto-8/Sivut/default.aspx>

NBCI. PubMed Help. 2015. Viitattu 6.8.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.FAQs>

Osterberg, L., Blaschke, T. 2005. Adherence to medication. The New England Journal of Medicine, 353. 487-97.

Pitkälä, K., Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 123(5). 501-502.

ProQuest Help. 2015. Overview. ProQuest LLC. Viitattu 9.8.2015.
http://search.proquest.com/nelli.laurea.fi/help/academic/webframe.html?Basic_Search.html

Rasmus, P. 2015. Sairaanhoitaja, kipuvastaava. Potilaan hoitopolkuun tutustuminen. Helsinki: Kättilöopiston päivystyspoliklinikka.

Rejeh, N., Vaismoradi, M. 2009. Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. Nursing and Health Sciences. Volume 12. Iran: Blackwell Publishing Asia Pty Ltd. Tehran University of Medical Sciences. **TARKISTA**

Richards, T., Johnson, J., Sparks, A., Emerson, H. 2007. The effect of music therapy on patients' perception and manifestation of pain, anxiety, and patient satisfaction. MEDSURG Nursing—Vol. 16/No.1. 7-14.

Roy, M., Peretz, I., Rainville, P. 2008. Emotional valence contributes to music-induced analgesia. Pain. Volume 134. Canada: University of Montreal.

Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., Bjålie, J., Toverud, K. 2011. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkköjulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 31.7.2015.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Sulosaari, V. 2010. Vain otettu lääke tehoaa. Sairaanhoitaja- Sjuksköterskan. 5/2010. Vol 83. 40-41.

Sulosaari, V., Teuri, R., Soini, T., Pekonen, A., Ojanperä, K., Alanko., H., Juuti, H., Tuderman, P & Leppä, E. 2010. Sairaanhoidaja lääkehoidon ohjaajana ja lääketiedon käyttäjänä. MONI - lääke- hankkeen tuloksia. Tampere: Suomen yliopistopaino- Juvenes Print Oy.

Liitteet

Liite 1. Tutkimustaulukko

Tutkimus:	Tutkimuksen tarkoitus:	Tutkimusmenetelmät:	Keskeiset tulokset:	Tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyvät kysymykset
<p>Gatti, M., Jacobson, K., Gazmararian, J., Schmotzer, B., Kripalani, S. 2009. Relationships between beliefs about medications and adherence. American Journal of Health- System Pharmacy. Vol 66.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia uskomuksia lääkähoidosta, terveystietämystä ja itse raportoitua lääkähoidon sitoutumista.</p>	<p>Tutkimus suoritettiin Yhdysvalloissa, Georgian osavaltion pääkaupungissa Atlantan terveydenhuollossa. Tutkimukseen otettiin mukaan Grady Memorial sairaalan kaksi avohoidon apteekkia. Tutkimuksessa kolmantena toimi DeKalb Grady terveystieteiden keskuksen apteekki. Tutkimukseen osallistui 27 potilasta. Potilaat haastateltiin kasvotusten 50 minuutin ajan. Potilaat myös seulottiin käyttämällä MMAS-8, BMQ, REALM, MOS SF12, SEAMS lomakkeita.</p>	<p>Keskeiset tulokset koskevat potilaiden uskomuksia lääkähoidosta. Potilaiden negatiiviset kokemukset esimerkiksi haittavaikutusten kokemisesta vaikuttavat mahdollisesti tulevaan lääkähoidon sitoutumiseen. Potilaat uskovat, että heille määrätään liikaa lääkitystä ja he pelkäävät lääkeriippuvuutta. Heikon ja hyvän sitoutumisen välisiä eroja oli iässä, kotona asuvien henkilöiden</p>	<p>Tutkimuksessa oli alustavat sisääntokriteerit, jonka jälkeen tutkimusryhmää vielä rajattiin tarkemmilla sisääntokriteereillä. Luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä oli potilaiden itse ilmoittama hoitoon sitoutumisen aste.</p>

			<p>määrässä, sairautena diabetes, rasva- aineenvaihdunn an häiriöt, masennuksen oireet sekä potilaiden luotto omaan kykyihin. Tutkimuksessa ei tullut ilmi, että potilaiden terveystietämyk sen taso olisi ollut sidoksissa hoitoon sitoutumiseen. Terveystietämyk on asiantuntijoiden on osattava vastaanotoilla tunnistaa potilaiden negatiivisia uskomuksia lääkehoidosta ja auttaa oivaltamaan kuinka pitää sairaus hallinnassa, näillä menetelmillä voidaan lääkehoitoon sitoutumista kehittää.</p>	
--	--	--	--	--

			Potilaita tulee opastaa sitoutumisen tärkeydestä valittuun hoitoon.	
Rejeh, N., Vaismoradi, M. 2009. Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. Nursing and Health Science. Volume 12.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata leikkauspotilaiden näkökulmia ja kokemuksia koskien kivunhoitoa.	Tutkimus oli tehty kirurgisilla vuodeosastoilla kahdessa Teheranin opeussairaalassa Iranissa. Tutkimukseen osallistui 20 leikkauspotilaasta. Kaikille tutkimukseen osallistuneille potilaille oli tehty vatsan-alueen leikkaus. Leikkaus oli elektiivinen. Tutkimus oli suoritettu laadullisella menetelmällä. Tiedonkeruu ja tiedon analysointi on suoritettu käyttämällä sisällönanalyysia. Potilaat haastateltiin kasvotusten. Haastattelut aloitettiin vapailla kysymyksillä ja	Potilaiden haastatteluista nousi kolme teemaa. Teemat koskivat potilaiden käsityksiä kivunhoidon tavoitteista, potilaiden näkemyksiä hoitajien roolista kivunhoidossa ja vuorovaikutuksesta kivunhoidossa. Potilaat kertoivat olevansa huolissaan lääkkeiden sivuvaikutuksista ja tämän vuoksi halusivat mieluiten sietää kipua. Hoitajien roolina oli auttaa potilaita asettamaan realistisia tavoitteita kivunhoidossa.	Sisäänottokriteerien avulla potilasryhmä rajattiin. Tutkimuksen osallistujien itsemäärmisoikeus, luottamuksellisuus sekä nimettömyys on otettu huomioon tutkimusta tehdessä. Tämä varmistaa tutkimuksen eettisyyden. Tutkimuksen tulokset saattaa rajoittaa sovellettavuutta toisiin tutkimuksiin, esimerkiksi potilaiden rajatun leikkaustyyppin vuoksi.

		tämän jälkeen jatkettiin täydentävillä kysymyksillä. Haastattelut suoritettiin 48-72-tunnin kuluttua leikkauksen jälkeen.	Potilaiden mielestä kivunhoidon tavoitteena on lievittää kipua jonkin verran, mutta tarkoituksena ei ole saada kokonaan kivutonta tilaa. Tutkimuksen tulokset osoittivat että suurin osa osallistujista sai hoitajilta riittämätöntä informaatiota kivunhoidosta. Tutkimus toi esille potilaiden ja hoitajien keskeisen kommunikoinnin tärkeyden.	
Butow, P., Sharpe, L. 2013. The impact of communication on adherence in pain management. Pain (laita pieni r-kirjain). Volume 154.	Tarkoituksena on tutkia kuinka hoitotyöntekijän ja potilaan välinen kommunikointi sekä potilaan hoitoon sitoutumattomuuteen käytettävien yksilölliset menetöt vaikuttavat	Tutkimuksessa on 61 tutkimusta jotka ajoittuvat vuosille 1976-2012. Kirjallisuuskatsaus.	Tutkimuksesta nousi ylös kaksi pääteemaa. Lääkärin sekä potilaan välinen kommunikaation tärkeys, sekä sitoutumattomuuden syiden ymmärtämisen tärkeys ja niiden käsittely. Tutkimus	Tutkimuksessa on käytetty tutkimuksia jotka ajoittuvat vuosille 1972-2012, tämä voi olla luotettavuuteen vaikuttava tekijä. Tutkimus on kirjallisuuskatsaus.

	hoitoon sitoutumiseen.		vahvistaa, että kommunikoinnin harjoittamisen parantaa potilaiden sitoutumista lääkahoitoon.	
Sulosaari, V., Teuri, R., Soini, T., Pekonen, A., Ojanperä, K., Alanko., H., Juuti, H., Tuderman, P & Leppä, E. 2010. Sairaanhoidaja lääkehoidon ohjaajana ja lääketiedon käyttäjänä. MONI - lääke- hankkeen tuloksia. Tampere: Suomen yliopistopaino- Juvenes Print Oy.	Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien antamaa lääkehoidon ohjauksen laatua ja sen sisältöä sekä kokemuksia sairaanhoitajien roolista moniammatillisessa työryhmässä. Tarkoituksena on myös tutkia sairaanhoitajien lääketietoon käytettäviä lähteitä, niiden käyttöä, lähteiden luotettavuuden arviointia sekä lähteiden käytettävyyttä tulevaisuudessa.	Tutkimus on kuvaileva poikkileikkaustutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin kahdella survey-kyselytutkimuksella, teemahaastattelulla sekä mukana olleiden asiantuntijoiden avulla. Tutkimuksen kokoyryhmä koostui yhden eteläsuomalaisen perusterveydenhuollon organisaation sekä erikoissairaanhoidon sairaanhoitajista.	Tutkimuksen sairaanhoitajat arvioivat laadukkaan ja potilaslähtöisen lääkehoidon toteutuvan. Tutkimuksen tuloksissa lääkehoidon ohjaus oli monipuolista. Sairaanhoidajat kokivat lääkehoidon ohjauksen kuuluvan työnkuvaan ja pitivät omaa rooliaan ohjauksessa tärkeäksi. Sairaanhoidajat käyttävät useita eri menetelmiä lääkehoidon sitoutumisen arvioimisessa ja tukemisessa. Koulutusta lisäämällä edistetään	Vastausprosentti jäi tutkimuksessa jäi melko pieneksi. Kokonaistuloksia tulisi arvioiva suunta-antavina. Lääketiedon lähteissä käytettiin kansainvälisiä internet lähteitä ja asiantuntiryhmän asiantuntemusta. Nämä tekijät lisäävät kyselylomakkeiden luotettavuutta. Kyselylomakkeet esitettiin. Tutkimuseettisiä arvoja käytettiin tutkimuksessa. Anonyymiteetistä huolehdittiin vastauksia analysoitaessa.

			potilaiden lääketurvallisuutta sekä potilaan sitoutumista lääkehoitoon.	
--	--	--	---	--