



**Emilia Keränen**  
**Krista Kesälahti**  
**Niina Korkiakoski**

Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan  
ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK) / Sairaanhoitaja (AMK) -diakonissa  
Opinnäytetyö 2019

# **KIPUPOTILAAN KOKEMUKSIA KIVUSTA JA SEN HOIDOSTA**

---

## TIIVISTELMÄ

Emilia Keränen

Krista Kesälahti

Niina Korkiakoski

Kipupotilaan kokemuksia kivusta ja sen hoidosta

s.37 ja 2 liitettä

Kevät 2019

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Terveysalan AMK –tutkinto

Sairaanhoitaja (AMK) / Sairaanhoitaja (AMK) -diakonissa

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kokemuksia kivunhoidosta perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyö tehtiin vertailevaa laadullista tutkimusmenetelmää noudattamalla yhteistyössä Oulunkaaren kuntayhtymän Iin hoito-osaston kanssa. Potilasryhmä koostui pitkäaikaikipupotilaista. Kaikilla osallistuneilla oli käytössään kipulaastari. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kivun hoitotyötä.

Tulosten mukaan potilaiden ja hoitajien arvioinnit potilaan kivusta ja sen hoidosta olivat samankaltaiset. Potilaiden ja hoitajien arvioinnit poikkesivat yksittäisissä tilanteissa. Hoitaja oli arvioinut kipua joissakin tilanteissa voimakkaampana kuin potilas.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, miten hoitajat onnistuvat arvioimaan kipua muiden kuin kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kohdalla.

Asiasanat: kivunhoito, kivun arviointi, pitkäaikaikipu, verbaalinen kipumittari

## ABSTRACT

Emilia Keränen

Krista Kesälähti

Niina Korkiakoski

Chronic pain patients' experiences about pain management

37 pages, 2 appendices

May 2019

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor of Health Care

Registered Nurse / Registered Nurse – deaconess

The purpose of this thesis was to find out patients' experiences about primary health care. Patients who were involved with the survey, suffered from chronic pain. The thesis used the comparative quality research. It was made in collaboration with the department of primary health care of Oulu Arc Subregion in Ii, Finland. All patients had a pain relief patch as treatment. The aim of the thesis was to develop pain management.

Based on the results, patients and nurses estimated the patient's pain and pain management quite similarly. The estimations between nurses and patients were different only in single cases, such as in one case where the nurse had estimated the patient's pain more painful than the patient him/herself.

In the future, it would be interesting to find out how nurses manage to estimate the pain of non-chronic patients.

Keywords: pain management, pain assessment, chronic pain, verbal rating scale

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	4
2 KIPUPOTILAS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA .....	5
2.1 Kivun arviointi.....	6
2.2 Kipupotilaan hoitotyö.....	9
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	13
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	14
4.1 Opinnäytetyön menetelmän valinta.....	14
4.2 Opinnäytetyön aineiston keruu ja analyysi.....	15
5 PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA OLEVIENTEN POTILAIEN KIPU.....	18
5.1 Potilaiden kokemus kipu .....	18
5.2 Potilaiden kipu hoitajien arvioimana.....	20
5.3 Tulosten vertailua aiempien tutkimusten pohjalta.....	22
6 POHDINTA .....	25
6.1 Opinnäytetyön eettisyys .....	27
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	29
LÄHTEET.....	32
LIITE 1. Tiedote tutkimuksesta .....	35
LIITE 2. Kyselylomake .....	37

## 1 JOHDANTO

Keskeisenä asiana kivunhoidossa ovat erilaiset hoitomenetelmät. Hoitomenetelmien tarkoituksena on potilaan kivun lievittäminen. Hoitomenetelmien valinnassa hoitohenkilökunta pohtii eri hoitojen hyötyjä ja haittoja potilaalle. Kivun hoidon eri menetelmät auttavat hoitajia toimimaan hoitotyössä eettisesti ja lainsäädännön mukaan. (Apponen & Haanpää 2018.) Kipua voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa lääkehoidon, fysikaalisten hoitojen, sosiaalisen tuen ja kuntoutuksen avulla. Potilaan kuunteleminen, kivun säännöllinen seuraaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen liittyvät osaltaan kokonaisvaltaiseen kivunhoitoon. Hoidon tavoitteet asetetaan realistisiksi. Hoidon ollessa tasapainossa tulisi potilaan pystyä elämään normaalia elämää. (Kuusisto 2017; Tilvis, 2016.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Oulunkaaren kuntayhtymään kuuluvan Iin hoito-osaston kanssa. Hoito-osastolla hoidetaan pääsääntöisesti akuutteja potilaita. Potilasryhmänä ovat lyhytaikaiset potilaat. Osastolle saavutaan erikoissairaanhoidosta, lääkärin vastaanotolta tai kotoa. Osastohoidon tarkoituksena on potilaiden kuntoutuminen. (Oulunkaari i.a.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kipulaastaria käyttävien potilaan kivunhoidon onnistumista perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tavoite oli kehittää kivunarviointia ja kivun hoitotyötä perusterveydenhuollossa.

## 2 KIPUPOTILAS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Pitkäkestoisesta kivusta kärsivien potilaiden hoito tapahtuu ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. Laadukkaan kivunhoidon onnistumiseksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee tehdä yhteistyötä. Hoitosuhde ja moniammatillisen työryhmän toteuttaminen pitkäaikaiskivunhoidossa ovat tärkeimpiä asioita. Ne ovat pääasiassa perusterveydenhuollon vastuulla. (Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys, 26; Hamunen 2018.)

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) on laatinut kivulle määritelmän. Heidän mukaan ihmisen kokemaa aistimusta tai tunnetta voidaan luokitella kivuksi. Aistimus tai tunne koetaan usein vastenmielisenä. Kivuaistimus syntyy hermoimpulssien aiheuttaessa ärsyksen. Aivoissa ärsyke koetaan kipuna. Aiemmat kokemukset kivusta ja kulttuurista vaikuttavat kivun aistimiseen. Ärsyke ilmenee ihmisillä erilaisina aistimuksina. Yleisesti ihmiset kokevat kivun epämiellyttävänä ja pelottavana tunteena. Kivun tarkoituksena on suojata ihmistä erilaisilta vaurioilta ja vaaroilta. Kipu voidaan jakaa akuuttiin tai krooniseen kipuun. Kipu luokitellaan krooniseksi sen jatkuessa kauemmin kuin kudonvaurion paranemisaikaa. Krooninen kipu ei suojaa samalla tavalla kuin akuutti kipu. Se on menettänyt kykynsä varoittaa. (Vainio & Kalso 2002, 94; Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2011, 152; Vainio 2004, 17-18.)

Krooninen kipu koostuu fysiologisesta ja psykologisesta osa-alueesta. Fysiologisesti sen on havaittu rajoittavan ihmisen toimintakykyä. Psykologisesti se aiheuttaa masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, toivottomuutta ja syyllisyyden tunnetta. Edellä mainitut tunteet voivat olla kivun aiheuttajia. Kipua voidaan hoitaa psykologisesti. Silloin on tärkeää saada potilaan huomio käännettyä kivusta positiivisiin asioihin. Niihin kuuluvat esimerkiksi potilaan kyvyt ja taidot. Tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa omasta kivusta ja sairaudesta, jolloin kivun voittaminen mahdollistuu. Samalla potilaan kokemaa avuttomuuden tunnetta vähenee. Tavoitteena on, että potilas kokee voittaneensa kivun. (Vainio & Kalso 2002, 190-191.)

Länsimaalaisen kulttuuriin kuuluva kristinusko ymmärretään osana kivun hoitotyötä. Se antaa merkityksen kivulle, kärsimykselle ja myötätuntoa kivusta kärsiviä kohtaan. Varhaiset kristityt ajattelivat kivun palkkiona, jonka he saavat tulevassa elämässä. Keskiajalla kristityille opetettiin kivun olevan lahja, mikä vie kristittyä lähemmäs Jumalaa. Monissa uskonnoissa kipu ja kärsimys ajatellaan pahojen henkien aiheuttamaksi. (Vainio 2004, 19-20, Vainio & Kalso 2002, 28-29.)

Hengellinen hoitotyö kuuluu osaksi kivun hoitotyötä. Hengellisessä hoitamisessa, spiritual care, huomioidaan potilas kokonaisvaltaisesti. Siihen kuuluvat emotionaalisen tuen antaminen, kuunteleminen, kysymyksiin vastaaminen ja auttaminen. Hengellinen ihminen kaipaa Jumalaa tai abstraktia toista elämäänsä. (Myllylä 2004, 40-41.) On tärkeää nähdä potilas kokonaisuutena. Potilaan kokonaisvaltainen hoitotyö kattaa psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen ja hengellisen osa-alueen. (Gothoni & Jantunen 2010, 97.)

## 2.1 Kivun arviointi

Kivun arvioimisen perustana on potilaan oma kokemus kivusta. Se on henkilökohtainen kokemus, joka määräytyy koetun tilanteen mukaan. Toisen ihmisen on vaikea tietää koettua kipua. (Vainio 2004, 39-40.) Kivusta kärsivä potilas tutkitaan ennen hoidon aloittamista perusteellisesti. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kivun syntymekanismi, kiputyypit ja mahdollinen sairaus. Ennen hoidon aloittamista selvitetään potilaan esitiedot, psykososiaaliset taustatekijät ja kivun alkuajankohta ja siihen liittyvät taustatekijät. Aiemmat sairauskertomukset on hyvä olla saatavilla. (Valvira, Kivun hoito.)

Kipua pitäisi kysyä ja arvioida toistuvasti ensimmäisten vuorokausien ajan sen alkamisesta. Säännöllinen ja toistuva arviointi ja potilaan oman arvion kysyminen antavat tarkempaa tietoa hoitajille, mikä mahdollistaa yksilöllisen hoidon alusta asti. Se takaa paremman onnistumisen hoidolle. Kivun arvioinnissa tulee muistaa yksilölliset kokemukset ja tuntemukset kivun voimakkuudesta. Kipua olisi hyvä arvioida myös eri tilanteissa, kuten levossa ja liikkeessä. Kivun voimakkuus voi vaihdella eri tilanteissa huomattavasti. Kivun voimakkuus tulee suhteuttaa arviointitilanteeseen. (Salomäki & Laurila 2014.)

Potilaat toimivat yksilöllisesti kivun kanssa, mikä pitää muistaa kivun arvioimisessa. Osa potilaista ei halua tuoda kipua esille hoitajille, mihin voi liittyä haluttomuus jakaa omaa kipuaan tai tietämättömyys kivun hoidon mahdollisuuksista ja kipulääkityksestä. Toiset potilaat jakavat helpommin kipunsa hoitajien kanssa. Siihen voi liittyä tunneperäisiä syitä kuten pelko. Aina syy ei kuitenkaan ole tunneperäinen, vaan syy voi olla kliininen. Näissä tapauksissa kyse voi olla riittämättömästä kipulääkityksestä, voimistuvasta kivusta tai elimistössä tapahtuvasta nopeasta aineenvaihdunnasta. (Salomäki & Laurila 2014.)

Potilasta tarkkailemalla ja havainnoimalla pystytään arvioimaan kipua. Kipua pystytään havainnoimaan kasvoista. Kasvojen erilaiset ilmeet, kuten pelokas, surullinen tai irvistävä ilme, kertovat kivusta. Liikehdintä ja ääntely ovat myös hyviä merkkejä, joista kipua on luotettava arvioida. Liikkeet voivat olla joko rauhattomia tai potilas voi olla täysin liikkumatta ja jäykistynyt. Edellä mainittujen merkkien avulla hoitohenkilökunta pystyy arvioimaan kipua myös niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät itse pysty kertomaan kivustaan. (Hoikka 2013.) Muistisairaiden kohdalla hoitajan havainnointi ja arviointi ovat tärkeitä kivun arvioinnissa. Hoitajan tulisi huomioida potilaan yleistä olemusta, ilmeitä ja eleitä. Toimintakyvyssä tapahtuva lasku voi olla kivun aiheuttamaa. Muistisairaiden potilaiden kivun arviointiin on kehitetty PAINAD-mittari. Sen avulla hoitohenkilökunnan on helpompaa arvioida potilaan kipua. Mittarin avulla havainnoidaan potilaan hengitystä, ääntelyä, ilmeitä ja eleitä sekä reaktiota puheelle. (Hallikainen & Nukari 2017, 156.)

Iäkkäillä ihmisillä kivun hoitoon kiinnitetään huomiota. Nykyään iäkkäillä ihmisillä pyritään tunnistamaan kroonista kipua paremmin. Uusissa hoitosuhteissa potilailta tulisi automaattisesti tutkia kroonisen kivun mahdollisuus. Kivun tutkimisen pitäisi olla säännöllistä kaikkien potilaiden kohdalla. Kipujen syyt selvitetään ja uuden akuutin kivun hoito aloitetaan heti. Kipulääkitykseen kiinnitetään huomiota. Lääkkeiden sopivuus iäkkäille selvitetään ja ennakoitaan haittavaikutukset. (Tilvis 2016.)

Kipua pystytään mittaamaan, kun potilas kuvailee numeroin tai sanoin kipuaan. Kipuas-teikkojen ja -mittareiden tarkoituksena on selvittää kivun voimakkuutta. Kipusanastot antavat lisätietoa kivusta. Niiden avulla saadaan selville kivun tunnepuolta. Hoitovasteen seuraamista helpottaa säännöllinen kivun mittaaminen ja arviointi kipumittarilla tai -asteikolla. Hoitovasteen lisäksi toimintakyvyn arvioiminen on tärkeää, jotta hoidosta saadaan kokonaisvaltainen kuva. (Vainio & Kalso 2002, 41; Vainio 2004, 40-41.)



Saman potilaan hoidossa tulisi käyttää vain yhtä kipumittaria, jotta tulos pysyisi verrattavissa koko hoitojakson ajan. Kipumittarin olisi hyvä olla potilaan äidinkielellä. Silloin mittaustuloksesta saadaan mahdollisimman tarkka. (Kliger, Stahl, Haddad, Suzan, Adler & Eisenberg 2015; Yazbek, Stewart & Bentley 2018.)

VAS-kipumittari, Visual Analogue Scale, on visuaalinen jana. Yleensä se esitetään vaakasuorana janana. Toisesta kulmasta lähtevä puna-valkoinen kiila nousee kohti vastakkaisista kulmaa. Potilas näyttää kipunsa osoittamalla janalta kohtaa, joka vastaa potilaan kokemaa kipua. (Salomäki & Laurila 2014; Kivun hoito. Valvira 2017.) VAS-kipumittarista on kehitetty erilaisia versioita. Niiden tarkoituksena on helpottaa kipumittareiden käyttöä kliinisessä työssä. VRS-asteikko on yksi VAS-asteikosta kehitetty sanallinen asteikko visuaalisen tilalle. Vuonna 1975 on luotu ensimmäinen verbaalinen kipumittari. Suomenkielinen verbaalinen kipumittari on tehty sen pohjalta. Sanallisen mittarin avulla saadaan tarkempaa tietoa potilaan kivusta. (Vainio & Kalso 2002, 41.)

Verbaalista-asteikkoa löytyy kahdenlaista. Kalson ja Vainion (2002) esittelemä VRS-asteikko tuli useammissa lähteissä vastaan kuin Kangasmäen ja Pudas-Tähkän (2010) esittelemä asteikko.

VRS (Verbaalinen asteikko):

- Ei kipua = 0
- Lievä kipu = 1
- Kohtalainen kipu = 2
- Voimakas kipu = 3
- Sietämätön kipu = 4

(Vainio & Kalso 2002, 41).

VRS (Verbaalinen asteikko)

- Ei kipua
- Lievä kipu
- Kohtalainen kipu

-Melko kova kipu

-Sietämätön kipu

(Kangasmäki & Pudas-Tähkä 2010).

VRS –asteikolla kipu arvioidaan sanallisesti, mutta se voidaan muuttaa vastaamaan numeraalista arviointia. Jokaista sanaa vastaa numeraalinen arvo. (Vainio & Kalso 2002, 41.) Verbaalisen kipumittarin avulla saadaan arvioitua kipulääkityksen vaikutusta erityisen hyvin verrattuna muihin kipumittareihin. Akuutin kivun arvioinnissa se ei toimi yhtä hyvin kuin numeerinen kipumittari. (Bijur, Silver & Gallanger 2003.)

## 2.2 Kipupotilaan hoitotyö

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan ajan tasalla olevan tiedon käyttöä potilaan hoitotyössä ja hänen terveyttään koskevassa päätöksenteossa. Näyttöön perustuvan hoidon tavoitteena on ottaa käyttöön tutkittu tieto. Sitä on tarkoitus käyttää potilaan edun mukaisesti. Hoitohenkilökunta arvioi potilaskohtaisesti kivun hoitotyön menetelmien hyödyt ja haitat. Potilaan toiveet ja tilanne otetaan huomioon. Näiden pohjalta valitaan yhdessä potilaan kanssa hänelle parhaiten soveltuva ratkaisu. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018.) Kivun hoitotyön tarkoituksena on lievittää potilaan kokemaa kipua. Lähtökohdaksi hoitotyölle asetetaan potilaan kokema kipu. Hoitotyön eri vaiheet ovat yhteneväisiä, joten potilaan kivun arviointi on jatkuvaa ja säännöllistä. Kivun arvioinnin pohjalta pystytään muuttamaan hoitotyön menetelmiä ja lääkehoitoa, jotta tavoitteet kivun hoidossa saavutetaan. Potilaan oma kokemus ja arvio hoidosta on tärkein mittari hoidon onnistumista arvioidessa. (Heikkinen, Kauppila, Murtola, Salanterä & Siltanen 2013, 5-6.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (A 298/2009) käydään läpi, että potilasasiakirjoihin kirjataan kivunhoitoon liittyvä päätöksenteko. Kivunhoidon suunnittelu, toteuttaminen, seuranta, arviointi ja vaikutukset tulee olla näkyvillä potilasasiakirjoissa. (Finlex, asetus.)

Lainsäädäntö ja eettiset ohjeet ohjaavat hoitohenkilökuntaa toimimaan kivun hoidossa (Haanpää 2009). Potilaslaki (17.8.1992/785) edellyttää, että potilaalla on oikeus hyvään kivunhoitoon. Hänen yksilölliset tarpeensa ja yksityisyys huomioidaan hoidossa, kuten äidinkieli, vakaumus ja kulttuuri. (Finlex, potilaslaki.) Terveystieteiden tutkimuskeskus

(30.12.2010/1326) on tehty edistämään terveyttä ja hyvinvointia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon piirissä. Laki edellyttää hoitohenkilökuntaa toimimaan kivun hoidossa laadukkaasti, turvallisesti ja oikeudenmukaisesti. Potilaalle ei saa tulla hoidosta haittaa, joka voisi pitkittää paranemisprosessia. Käytettyjen hoitomenetelmien tulee perustua näyttöön. (Finlex, terveydenhuoltolaki.)

Potilaalle laaditaan hoidon alkuvaiheessa hoitosuunnitelma, jonka mukaan hoito etenee. Sen avulla hoitohenkilökunta pystyy seuraamaan potilaan tavoitteita hoidossa. Hoitosuunnitelma kertoo kivunhoidon syyn, käytettävät hoitomenetelmät, tulevat kuntoutukset ja mahdolliset tukitoimet, joihin potilas on oikeutettu. Hoitosuunnitelma on kokonaisvaltainen ja potilaskohtainen. Siinä huomioidaan potilaan aiemmat sairaudet. (Kivun hoito. Valvira 2017; Hamunen 2018.) Lääkintä- ja hoitoetiikka on kehitetty auttamaan hoitohenkilökuntaa. Sen tarkoituksena on suojata potilaita. Heitä ei saa asettaa eri arvoisiin asemiin hoitotyössä. Hoitoetiikan avulla turvataan jokaiselle potilaalle tarvittava hoito. Lääkintä- ja hoitoetiikka takaa potilaalle itsemääräämisoikeuden, ja potilaan elämän ja ihmisarvon kunnioittamisen hoitotyössä. (Apponen & Haanpää 2018.)

Kivun lääkkeetöntä hoitoa tulee toteuttaa ensisijaisesti mahdollisuuksien mukaan. Liikunta, terapeutit harjoittelut, fyysikaalisen hoidot ja psykologinen tukeminen ovat lääkkeettömiä hoitomuotoja, joita hyödynnetään kivun hoidossa. Hoitomuodot valitaan potilaskohtaisesti. Hoidon tarkoituksena on parantaa potilaan elämänlaatua, toimintakykyä ja mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa. (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017.) Jokaisella ihmisellä on oikeus saada tasa-arvoista hoitoa. Siihen liittyy elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja hyötyjen maksimoiminen hoidossa. Julkisen terveydenhuollon tulisi mahdollistaa ne. (Haanpää 2009.)

Potilaan hengellinen hoito ei saa rajoittua koskemaan ainoastaan diakoniatyötä. Potilaalla on oikeus hengelliseen hoitoon riippumatta hoitopaikastaan tai hoitohenkilökunnan koulutuksesta. Jokaisella sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisella on velvollisuus tarjota potilaalle hengellistä hoitoa, jos potilas tarvitsee sitä. Hoitohenkilökunta huomioi potilaan hengellisen turvallisuuden samalla tavalla kuin psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen. (Karvinen 2012.)

Potilaiden hengelliset tarpeet ovat osa kivunhoitoa ja kokonaisvaltaista hoitotyötä. Hengellisyys koostuu elämäntarkoituksen ja elämänhalun miettimisestä ja kuolemanjälkeisen elämän läpikäymisestä. Hengellinen kipu näyttäytyy potilailla erilaisina psyykkisinä oireina, kuten levottomuutena, ahdistuneisuutena ja ärtyneisyytenä. Hoitohenkilökunnalla on käytössä AVAUS –malli, jonka tarkoituksena on auttaa havaitsemaan potilaiden hengelliset tarpeet. AVAUS –malli koostuu arvoista ja vakaumuksesta, voimavaroista, hengellisten tarpeiden arviosta, ulkopuolisesta tuesta ja hengellisyyttä tukevasta hoitotyöstä. Mallin avulla jokainen kohta käydään potilaskohtaisesti läpi, jolloin saadaan selville potilaan hengelliset tarpeet aiempaa helpommin. (Karvinen 2012; Ikola & Kuuppelomäki 2000, 190-191.)

Toivo on yksi ihmisen perusvoimavaroista. Kivunhoidossa toivon pitää lähteä ihmisestä itsestään. Hoitohenkilökunta voi vahvistaa sitä vaikeuksien keskellä. Toivo auttaa potilasta ja läheisiä selviytymään uudesta elämäntilanteesta. Toivon ylläpitäminen on osa potilaan hengellistä hoitotyötä. Hoitosuhteen luominen potilaaseen tuo toivoa ja luottamusta. Potilaan on helpompi luottaa ja uskoa tulevaan. Hoitohenkilökunnan omalla toivolla on havaittu olevan positiivista vaikutusta potilaiden toivoon. Positiiviset ajatukset edistävät kivunhoidon tuloksia. (Kylmä 2012.)

Sielunhoito on osa kivun hoitotyötä, mikä on saanut alkunsa kristillisestä uskosta. Se on pyyteetöntä toisen auttamista. Sielunhoito on potilaan henkistä ja hengellistä auttamista. Sielunhoitoon kuuluu kuunteleminen ja keskusteluavun tarjoaminen sekä lähimmäisenrakkkaus. Potilas voi keskustella elämänongelmista ja jakaa omaa henkistä taakkaa toisen kanssa. Apu on luottamuksellista. (Räsänen 2005, 12, 23-26.)

Sielunhoitoon liittyy rukous, virsi, ehtoollinen ja rippi. Sen tavoitteena on saavuttaa ihmisrakkkaus, Jumalan hyvyys ihmistä kohtaan ja anteeksiantamisen taito. Sielunhoito kuuluu osaksi kivunhoitoa sekä toimii apukeinona elämän ongelmassa. Sielunhoidon tavoitteena on huomioida potilaan ruumiilliset, psyykkiset, hengelliset ja sosiaaliset tarpeet. Halu sielunhoitoon tulee lähteä potilaasta. Silloin hän hyväksyy tuen ja tarjotun avun. (Räsänen 2005, 23-27.)

Kipulääkitys aloitetaan tarvittaessa lääkkeettömän kivunhoidon tueksi. Sopiva kipulääkitys valitaan potilaskohtaisesti. Lääkehoidon valintaan vaikuttavat potilaan kipujen lisäksi perussairaudet, niiden riskitekijät ja aloitettavan kipulääkityksen kesto. Kaikkia kipulääkkeitä ei suositella käytettäväksi kroonisen kivun hoidossa, sillä lääkkeiden käyttö voi jatkua vuosien ajan. Kivunhoidon tavoitteena on lievittää potilaan kipua ja edistää elämänlaatua ja toimintakykyä. (Kipu. Käypä hoito -suositus, 2017). Iäkkäiden lääkehoidon aloitus ja lääkkeet valitaan potilaskohtaisesti. Lääkitys aloitetaan pienellä annostuksella. Sitä voidaan nostaa tai vaihtaa tarvittaessa, jotta vaste lääkitykselle saadaan. Vastetta seurataan jatkuvasti, jotta lääkitystä voidaan muuttaa ajoissa. Vaativissa kivun hoidoissa voidaan käyttää yhdistelmähoitoa, jolloin käytössä on useampia kipulääkkeitä. Lääkkeet otetaan käyttöön yksitellen. Potilaan ollessa kivuton, lääkehoitoa lähdetään purkamaan. Potilasta seurataan, jotta lääkitys voidaan tarvittaessa aloittaa mahdollisimman nopeasti uudelleen. (Tilvis 2016.)

Kivunhoidossa voidaan käyttää kipulaastareita. Niiden tarkoituksena on vapauttaa iholta verenkiertoon lääkeainetta, kuten fentanyyliä tai buprenorfiinia. Useimmat kipulaastarit sisältävät opioideja. Ne suositellaan annettavaksi ihon kautta, jolloin haittavaikutukset ovat pienemmät. Ihon kautta opioidit vaikuttavat pitkäaikaisesti ja tasaisemmin. Laastarimuotoinen hoito ei sovi kuitenkaan potilaan ensimmäiseksi opioidilääkitykseksi. Opioidilääkitystä testataan potilaalla ensin lyhytvaikutteisella opioidilla, jolloin saadaan selville mahdolliset haittavaikutukset ja vaste. Opioidien imeytyminen ja metabolia ovat yksilöllisiä, mikä tulee muistaa hoidon aloituksessa. (Kalso & Paakkari 2011; Tilvis 2016.)

Ennen opioidilääkityksen aloitusta tulee olla selvillä potilaan kivun syy, perussairaudet ja muu lääkitys. Psykososiaalinen tilanne ja perussairaudet voivat olla esteenä opioidilääkityksen aloituksessa. Perussairauksista esteinä voivat olla ummetus, keuhkosairaus tai kognitiiviset alenemat. Muissakin tapauksissa pitkäaikaiskivunhoidossa olisi hyvä selvittää ennen opioidilääkityksen aloitusta muut lääkehoidon vaihtoehdot ja lääkkeettömät hoitomuodot. Iäkkäillä ihmisillä opioidit vaikuttavat muita herkemmin keskushermostoon. Opioidien aiheuttamat haittavaikutukset voivat olla somaattisia tai psykosomaattisia oireita. Näitä ovat esimerkiksi riippuvuus, erilaiset hallusinaatiot ja painajaiset, masentuneisuus, ummetus ja virtsaretenttiota sekä hengityslama. (Nevantaus, Simojoki, Hamunen, Heiskanen & Kalso 2013; Tilvis 2016.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kipulaastaria käyttävien potilaiden kokeman kivunhoidon onnistumista perusterveydenhuollossa.

Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaukset seuraaviin kysymyksiin

1. Millaisena potilas kokee kivun?
2. Millaisena hoitajat arvioivat potilaan kivun?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kivunhoitotyötä perusterveydenhuollossa.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Opinnäytetyön menetelmän valinta

Opinnäytetyö toteutettiin yhdessä Oulunkaaren kuntayhtymän Iin hoito-osaston kanssa. Hoito-osaston toiminnan tarkoituksena on potilaan kuntoutuminen osastojaksolla. Potilaat saapuvat hoito-osastolle erikoissairaanhoidosta, päivystyksellisesti terveysaseman vastaanotolta ja sovitusti kotoa. (Oulunkaari i.a.)

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista vertailevaa menetelmää. Kvalitatiivisessa vertailevassa tutkimuksessa painotetaan asian kokonaisuutta. Tutkimus voi edetä kahdella tasolla yhtäaikaisesti, makro- ja mikrotasolla. Tarkoituksena on saada tuotua esille isompien kokonaisuuksien erot yksittäisillä asioilla, joista kokonaisuudet koostuvat. Tutkimuksessa kokonaisuutta ei lähdetä hajottamaan, vaan tarkoituksena on nostaa esille pienempiä muuttujia. Niiden avulla kokonaisuuksien erot ja yhteneväisyydet tuodaan esille. (Ragin 1987, 3-5.) Opinnäytetyössä kivunhoidon osaamista lähdettiin selvittämään hoito-osastolla. Kivunhoito jaettiin potilaiden ja hoitajien arvioihin, joiden avulla saatiin selville hoito-osaston taso kivunhoidossa.

Kvalitatiivisessa vertailevassa tutkimuksessa teoreettista pohjaa hyödynnetään tulkitsemisessä. Tällöin saadaan keskustelua havaintojen ja teorian välille. Vertailevassa tutkimuksessa pieni joukko tapauksia voi luoda pohjan empiiriselle yleistämiselle. Vertailevaa menetelmää voidaan käyttää määritelmän mukaan parhaiten tilanteissa, joissa tapausten määrä on pieni. (Ragin 1987, 10-13.) Opinnäytetyöhön vertaileva menetelmä sopii hyvin, sillä aineisto on pieni. Pieni aineisto johtuu hoito-osaston paikkamäärästä ja rajatusta potilasaineistosta.

Boolen ajatusmallia hyödynnetään vertailevassa laadullisessa tutkimuksessa. Siinä painotetaan tutkimukseen valittujen tapausten kokonaisuuksien vertailua. (Ragin 1987, 125-126.) Boolen algebraan kuuluvia totuustauluja hyödynnetään kvalitatiivisessa vertailevassa tutkimuksessa. Totuustaulukoon sijoitetaan saadut tiedot. Totuustaulukossa käytetään ainoastaan 1 ja 0, joiden avulla selvitetään tietojen yhteneväisyydet ja erot. (Ragin 1987, 85-88). Opinnäytetyöhön ei otettu suoraan mukaan totuustauluja. Raginin kirjassa

esitellyistä totuustauluista otettiin mallia osaan opinnäytetyön taulukoihin. Opinnäytetyössä taulukot pidettiin yhtä yksinkertaisina kuin totuustaulut.

Opinnäytetyön pohjana hyödynnettiin osaltaan laadullista menetelmää. Laadullisen menetelmän tarkoituksena on tuoda esille todellista elämää osallistujien avulla. Siihen kuuluvat yksilön näkemykset, tunteet ja mielipiteet. Samalla pyritään saamaan tutkimuskohdeesta kokonaisvaltainen. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160.) Laadullinen tutkimusote määräytyy analyysin pohjalta eikä aineiston keruumenetelmän perusteella (Tuomi & Sarajärvi 2002, 70).

#### 4.2 Opinnäytetyön aineiston keruu ja analyysi

Opinnäytetyössä käytettiin yhtenä aineistonkeruumenetelmänä strukturoitua kyselyä. Silloin kysymysten järjestys ja sanamuodot ovat ennen haastattelutilannetta määritelty. Niitä ei muuteta haastattelutilanteissa. Jokaisen osallistujan kohdalla lomake täytetään samassa järjestyksessä. Haastattelutilanteessa tutkija voi olla mukana halutessaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188-189, 203.) Lopullinen lomake laadittiin yhdessä hoito-osaston kanssa. Lomake oli kaikilla osallistuneilla samanlainen. Lomakkeesta tehtiin yksinkertainen, jotta hoitohenkilökunta ehtisi täyttää sitä säännöllisesti. Jokaisessa vuorossa kipua arvioidaan, jolloin hoidon tulokset ovat nähtävissä. Lomake sisälsi myös avoimen kysymyksen, johon hoitohenkilökunta pystyi tarvittaessa lisäämään tietoa. Esimerkiksi, jos potilaalla oli käytössä kipulaastarin lisäksi toinen kipulääkitys. Potilas pystyi halutessaan antamaan lisätietoa toimintakyvystään tai hengellisestä kivusta avoimessa kysymyksessä.

Hoito-osastolla käytiin tiedottamassa opinnäytetyöstä. Henkilökunnalle annettiin tietoa opinnäytetyön suunnitelman pohjalta. Hoitohenkilökunnalle esiteltiin kivun mittaaminen VRS-mittarilla ja lomakkeen täyttö. Heille annettiin saatekirje, jonka he jakoivat kyselyyn sopiville potilaille. Saatekirje antaa tietoa tutkimuksesta. Henkilö voi sen pohjalta miettiä osallistumisensa tutkimukseen. (Vilka 2015, 226.)



Opinnäytetyön aineiston keräsivät hoito-osaston hoitohenkilökunta kyselylomakkeen avulla. Osallistuneet potilaat olivat hoidossa perusterveydenhuollon hoito-osastolla. Heillä kivun hoitomuotona oli kipulaastari. Jokaisen kohdalla kipua arviointiin kolme kertaa vuorokaudessa yhdeksän päivän ajan.

Kyselylomakkeen tekemisessä hyödynnettiin skaaloihin perustuvia kysymystyypppejä. Kun kyseessä on skaaloihin eli asteikkoon perustuva kysymystyyppi, vastaajan tulee vastata kysymyksiin asteikon pohjalta. Asteikko antaa vaihtoehtoja yleensä 5 tai 7, joiden perusteella osallistuja vastaa onko hän kysyjän kanssa samaa vai eri mieltä. (Hirsjärvi, Remes & Sarajärvi 2007, 195.) Opinnäytetyössä skaala-asteikkoa sovellettiin. Periaatteena oli, että potilas vastaa ei kipua ja sietämätön kipu väliltä arvioiden kipuaan. Hoitajien arvioinnissa oli käytössä sama skaala-asteikko. Vaihtoehtoina oli ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, melko kova kipu ja sietämätön kipu. Vaihtoehdoille tehtiin lyhenteet, joita kyselyssä käytettiin. Työssä hyödynnettiin Kangasmäen ja Pudas-Tähkän (2010) verbaalista kipumittaria, joka oli 5-portainen. Lomakkeeseen (Liite2) potilaan tuli arvioida kivun lisäksi toimintakykynsä tutkimuksen alussa ja lopussa. Vaihtoehtoina toimintakyvylle oli heikko, kohtalainen tai hyvä. Toimintakyvyllä tarkoitettiin potilaan selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa.

Laadullista tutkimusta tehdessä voidaan tutkimusaineistoja hankkiessa hyödyntää haastatteluita, kyselyitä ja havainnointia. Tiedon etsiminen erilaisista dokumenteista on myös yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Edellä mainittuja menetelmiä voidaan käyttää tutkittavasta ongelmasta riippuen käyttäen erilaisina yhdistelminä, kuten rinnakkain tai vaihtoehtoisina menetelminä. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 73.)

Tärkeimpänä asiana on lähteä analysoimaan, tulkitsemaan ja tekemään johtopäätöksiä saadusta aineistosta. Analyysivaihe auttaa tutkijoita selvittämään vastaukset kysytyihin ongelmiin. Tarvittaessa voidaan ottaa yhteyttä osallistujaan, jos tietoja halutaan täydentää. (Hirsjärvi, Remes & Sarajärvi 2007, 216-218.) Aineistoa lähdettiin analysoimaan tammi-kuussa 2019, kun koko aineisto saatiin käyttöön. Aineisto koottiin käsiteläkarttoihin ja -luokkiin, joiden pohjalta tulokset analysoitiin. Käsiteläluokkien pohjalta tehtiin taulukoita, joista osa on mukana opinnäytetyössä. Niiden avulla tuloksia saatiin havainnollistettua.

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Siitä puhuttaessa tarkoitetaan yleisesti laadullista sisällönanalyysiä ja sisällön määrällistä erittelyä. Sisällönanalyysiä voidaan toteuttaa eri näkökulmista, joita ovat aineistolähtöinen, teoriaohjautuva ja teorialähtöinen. Niiden eroina on luokittelun perustuminen tutkimuksessa kerättyyn aineistoon tai jo olemassa olevaan teoriaan. Aineistoa lähdetään tarkastelemaan etsimällä eroja ja yhteneväisyyksiä. Tarkoituksena on saada aineistosta tiivistetty ja yleinen kuvaus. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, 100, 109-117.) Sisällönanalyysin tarkoituksena on tutkimusaineiston kuvaaminen sanallisesti, jolloin luodaan selkeä kuva tutkittavasta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105).

Opinnäytetyön tulosten analysoinnissa käytettiin deduktiivista päättelyä. Deduktiivisen päättelyn tarkoituksena on hyödyntää jo tunnettuja tosiasioita. Niiden pohjalta päättämällä päästään erilaisiin yksityiskohtiin. Tarkoituksena on säilyttää asioiden totuus. Deduktiivinen päättely tutkimuksissa käytettynä tarkoittaa, että teoriaa voidaan testata tutkimuksessa. (Tuomi 2007, 108-109.) Sisällönanalyysin teorialähtöinen menetelmä kytkeytyy deduktiiviseen päättelyyn ja analysointiin. Menetelmää käytettäessä tutkimuskysymyksillä on merkitys. Deduktiivisen analyysin tarkoituksena on löytää aineistosta tietoa, joka sopii analyysirunkoon. Analyysirunko tehdään aiemman tiedon pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95-97, 99-100, 116.)

## 5 PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA OLEVIEN POTILAIEN KIPU

Vastauksia saatiin yhteensä seitsemän. Miehiä oli kolme ja naisia neljä vastanneista. Hoito-osaston potilaista olivat mukana he, joiden kipulääkityksenä oli kipulaastari. Haastateltujen ikä vaihteli 53-93 vuoden välillä. Osallistuneiden potilaiden kipulaastarit olivat valittu yksilöllisesti. Ne vaihtelivat potilaskohtaisesti.

Lomakkeen lisäksi hoitohenkilökunta antoi lisätietoa kyselyyn osallistuneista potilaista. Osaan tuloksista oli vaikuttanut äkillinen akuuttikipu. Se huomioitiin tulosten analysointivaiheessa. Hengellisen kivun hoidon tarve ei noussut esille vastauksissa.

### 5.1 Potilaiden kokema kipu

Kyselyyn osallistuneiden potilaiden vastauksista koottiin taulukot. Taulukoiden tarkoituksen on tukea tutkimuskysymyksiin saatuja vastauksia. Niiden avulla vastauksista saatiin koottua selkeitä kokonaisuuksia.

TAULUKKO 1. Kivut 1. ja 9. vuorokaudella potilaiden arvioina.

Kivun voimakkuus	1.vrk aamu	1.vrk ilta	1.vrk yö	9.vrk aamu	9.vrk ilta	9.vrk yö
Ei kipua	1	1	5	2	3	2
Lievä kipu	1	2	1	1		2
Kohtalainen kipu	1	3	1	2	2	
Melko kova kipu						
Sietämätön kipu	1					

Kyselyn aikana potilaiden kokemassa kivussa ei ole tapahtunut selkeää muutosta. Useampi oli arvioinut kivun hieman lieventyneen tai pysyneen samalla tasolla lievänä kipuna. Osa potilaista oli arvioinut oman kipunsa lievittyneen selkeästi kyselyjakson aikana. Yksi

potilaista oli arvioinut kivun pysyneen kohtalaisena kipuna kyselyjakson ajan. Monien potilaiden kohdalla on selkeästi nähtävillä, että he kokevat kivun olevan lievimmällään yöaikaan. Ei kipua oli arvioitu yöaikaan eniten. Ilta- ja aamuvuorojen aikaan tehdyissä arvioinneissa ei näkynyt potilaiden vastauksissa samanlaista yhteneväisyyttä.

TAULUKKO 2. Kipujen voimakkuudet yhteensä potilailla.

Kivun voimakkuus	Aamu	Ilta	Yö	Yhteensä
Ei kipua	M=14 N=17	M=15 N=18	M=16 N=21	M=45 N=56 Yht.101
Lievä kipu	M=9 N=12	M=6 N=5	M=4 N=8	M=19 N=25 Yht.44
Kohtalainen kipu	M=0 N=5	M=4 N=11	M=1 N=1	M=5 N=17 Yht.22
Melko kova kipu	M=0 N=0	M=0 N=0	M=0 N=0	M=0 N=0 Yht.0
Sietämätön kipu	M=0 N=1	M=0 N=0	M=0 N=0	M=0 N=1 Yht.1

Taulukkoon 2. on koottu kaikkien yhdeksän päivän kyselyjakson aikana saadut vastaukset. Ei kipua vastauksia tuli selkeästi eniten, yhteensä 101. Seuraavaksi eniten vastattiin lievää kipua, jota vastattiin yhteensä 44 kertaa. Vastauksista saadaan selkeä kuva kivun voimakkuudesta yleisellä tasolla hoito-osastolla.

Miesten ja naisten välillä ei ollut selkeää eroa ei kipua ja lievässä kivussa. Niissä vastaukset olivat jakautuneet tasaisesti. Voimakkaampaa kipua naiset olivat arvioineet miehiä useammin. Naisten kohdalla yksi osallistuneista oli arvioinut kipunsa sietämättömäksi

kyselyn alussa. Kipu ei noussut sen jälkeen yli kohtalaisen kenenkään osallistujan kohdalla. Miesten kohdalla kipuarviot eivät nousseet yli kohtalaisen kivun.

Potilaat kokivat kipunsa yleisesti olevan hoitotasapainossa. Vastauksista suurin osa oli ei kipua tai lievä kipu. Muutamilla osallistuneilla kipu oli ajoittain kohtalaiseksi arvioitu, mutta hekin kokivat kipunsa suurimmaksi osaksi olevan lievällä tasolla. Tuloksista havaitaan, ettei sukupuolella näytä olevan suurta vaikutusta kivunarvioinnissa. Naiset ovat arvioineet useammin kohtalaista kipua kuin miehet. Lievän kivun ja ei kipua kohdalla ei havaittu samankaltaista eroa.

Kipulääkityksen voimakkuus ja vaikuttava-aine olivat potilaskohtaisia. Potilailla oli käytössä Norspan, Fentanyl ja Matrifen kipulaastareita. Niiden voimakkuudet olivat 5mikrog:sta 30mikrog:aan. Vaikuttavat lääkeaineet laastareissa olivat buprenorfiini ja fentanyl. Kipulaastarien valinnoissa ei ollut yhteyttä sukupuoleen tai ikään. Potilaiden kohdalla, jotka olivat arvioineet kipunsa kohtalaiseksi tai sitä kovemmakeksi, ei tarkoittanut automaattisesti voimakasta kipulaastaria. Potilaiden, joilla oli käytössä voimakkaita kipulaastareita, kohdalla kivun arviointi oli useimmiten ei kipua ja lievän kivun väliltä. Kipulaastareiden voimakkuuksille ei löydetty yhteyttä kivun voimakkuuteen.

Yleisesti kyselyyn osallistuneilla potilailla toimintakyky pysyi samana. Kolme kyselyyn osallistuneista koki toimintakykynsä kohtalaiseksi tutkimuksen alussa ja lopussa. Yhdellä osallistuneista toimintakyky oli hyvä alussa eikä se laskenut yhdeksän päivän aikana. Kolme osallistuneista koki toimintakykynsä heikoksi tutkimuksen alussa. Yhdellä toimintakyky nousi oman arvion mukaan hyväksi. Kahden potilaan kohdalla toimintakyky jäi heikoksi arvion mukaan. Toimintakyky ei ollut jäänyt arvioimatta keneltäkään osallistujalta.

## 5.2 Potilaiden kipu hoitajien arvioimana

Hoitajat olivat myös lähes joka kerta muistaneet arvioida kivun, yksittäisiä kertoja lukuun ottamatta. Arvioimatta jääneet kerrat olivat samoja kuin potilaiden kohdallakin, joten yhtään pelkästään potilaan tai hoitajan arvioimaa kertaa ei ollut.

TAULUKKO 3. Kivut 1. ja 9. vuorokaudella hoitajien arvioimana.

Kivun voimakkuus	1.vrk aamu	1.vrk ilta	1.vrk yö	9.vrk aamu	9.vrk ilta	9.vrk yö
Ei kipua	1	2	5	2	3	2
Lievä kipu	1	1	1	1		2
Kohtalainen kipu	1	3	1	2	2	
Melko kova kipu	1					
Sietämätön kipu						

Kivun voimakkuus on pysynyt samankaltaisena kyselyjakson ajan. Ensimmäisten ja viimeisten vuorokausien kipujen voimakkuudessa ei ole tapahtunut selkeää muutosta. Tämän pohjalta ei voida ottaa kantaa kivunhoidon onnistumisesta. Ensimmäisen vuorokauden aikana hoitajat olivat arvioineet yhteensä viisi kertaa kohtalaista kipua ja kerran melko kovaa kipua. Viimeisten vuorokausien aikana kohtalaista kipua oltiin arvioitu viisi kertaa kohtalaiseksi. Kipu ei noussut viimeisen vuorokauden aikana kohtalaista kipua korkeammaksi hoitajien arvioinneissa. Kivun arvioinneissa ei nähdä yhteyttä vuorokauden aikaan tai toisiin potilaisiin.

TAULUKKO 4. Kipujen voimakkuudet hoitajien arvioimina.

Kivun voimakkuus	Aamu	Ilta	Yö	Yhteensä
Ei kipua	M=18	M=18	M=15	M=51
	N=20	N=18	N=24	N=62
				Yht.113
Lievä kipu	M=5	M=4	M=5	M=14
	N=11	N=7	N=5	N=23
				Yht.37
Kohtalainen kipu	M=0	M=3	M=0	M=3
	N=3	N=9	N=1	N=13
				Yht.16

	M=0 N=1	M=0 N=0	M=0 N=0	M=0 N=1 Yht. 1
Melko kova kipu				
	M=0 N=0	M=0 N=0	M=0 N=0	M=0 N=0 Yht. 0
Sietämätön kipu				

Yllä olevaan taulukkoon on jaettu kivun voimakkuudet, vuorokauden aika ja sukupuoli, jonka mukaan laskettiin yhteen kivun voimakkuudet. Hoitajat olivat arvioineet potilaiden kipua melko kovan kivun ja ei kipua väliltä koko kyselyjakson aikana. Suurimmaksi osaksi hoitajien arvioinnit olivat ei kipua arviointi, joka oli valittu hoitajien toimesta yhteensä 113 kertaa. Ei kipua arvioinnit ovat jakautuneet tasaisesti jokaiselle vuorokauden ajalle. Kohtalaista kipua naisilla oli selkeästi enemmän, ja erityisesti ilta-aikaan. Naisten kipu oli muutenkin arvioitu voimakkaammaksi kuin miesten. Naisten kohdalla kipu nousi kerran melko kovaan kipuun. Miesten kohdalla kohtalainen kipu oli korkein. Se valittiin vain kolmesti koko kyselyjakson aikana.

Hoitajien kohdalla avoimeen kysymykseen ei tullut lisätietoa. Osasta lomakkeista annettiin lisätietoa suullisesti. Tilanteet liittyivät kivun arviointeihin.

### 5.3 Tulosten vertailua aiempien tutkimusten pohjalta

TAULUKKO 5. Kipujen voimakkuudet potilaiden ja hoitajien arvioimina.

Kivun voimakkuus	Aamu	Ilta	Yö	Yhteensä
Ei kipua	H=38	H=36	H=39	H=113
	P=31	P=33	P=37	P=101
Lievä kipu	H=16	H=11	H=10	H=37
	P=21	P=11	P=12	P=44
Kohtalainen kipu	H=3	H=12	H=1	H=16
	P=5	P=15	P=2	P=22

	H=1	H=0	H=0	H=1
Melko kova kipu	P=0	P=0	P=0	P=0
	H=0	H=0	H=0	H=0
Sietämätön kipu	P=1	P=0	P=0	P=1

Hoitajat olivat hieman useammin kaikkina vuorokauden aikoina arvioineet ei kipua kuin potilaat. Puolestaan lievän ja kohtalaisen kivun potilaat olivat valinneet useammin kuin hoitajat. Vastaukset ovat suurimmalta osaltaan hyvin samankaltaisia. Kohtalaista kipua – arviointeja tarkasteltaessa havaitaan vuorokauden ajan vaikuttavan hoitajilla ja potilailla vastauksien lukumäärään. Illalla on selkeästi eniten arvioitu kohtalaista kipua kummankin puolelta. Vastauksia tarkasteltaessa vuorokauden mukaan, huomataan kivun arviointien olevan hoitajien ja potilaiden kohdalla samankaltaiset. Aamulla tehdyissä arvioinneissa on eniten poikkeavuuksia. Siinä suurin ero on seitsemän, jota ei havaita muissa kohdissa. Kaikista vastauksista laskettuna suurin ero oli ei kipua kohdassa. Hoitajat olivat arvioineet 113 kertaa ja potilaat 101 kertaa. Muissa kohdissa erot olivat pienempiä. Ei kipua oli kuitenkin arvioitu selkeästi eniten potilaiden ja hoitajien osalta.

Potilaiden ja hoitajien kohdalla ei noussut lisätietoa, jota he olisivat halunneet tuoda esille opinnäytetyön tekijöille avoimessa kysymyksessä. Hengellinen kipu ei noussut esille lomakkeissa tai suullisessa tiedossa.

Hjermstad ym. kertovat tutkimustuloksissaan, joissa he vertailivat VAS-, VRS- ja NRS-kipumittareita, että VAS-mittarin havaittiin olevan kaikista herkin muutoksille (Hjermstad, Fayers, Haugen, Caraceni, Hanks, Loge, Fainsinger, Aass & Kaasa 2011). Opinnäytetyön haastatteluissa tuli esille samankaltainen huomio, kuin Hjermstad ym. tekemässä tutkimuksessa. VRS-asteikolla kipua mitattaessa välit ovat isohkoja, jolloin pienemmät muutokset kivun voimakkuudessa jäävät helpommin havaitsematta. Kivussa tapahtuneet selkeät muutokset tulevat esille, mutta pienemmät muutokset jäävät helposti huomioimatta. Chienin, Bagraithin, Khanin, Deenin ja Strongin tekemä tutkimus osoittaa VRS:n ja NRS:n vertailussa kummankin olevan kroonista kipua arvioitaessa luotettavia mittareita. Tutkimus on osoittanut niiden reagoivan hyvin kroonisen kivun muutok-



siin. (Chien, Bagraith, Khan, Deen & Strong 2013). Kyselyssä havaittiin kipuarvioinneissa muutoksia vuorokauden sisällä useammalla potilaalla, joka vahvistaa Chienin ym. tutkimuksen tulosta. Opinnäytetyön tuloksista voidaan havaita VRS-asteikon toimivan kroonisen kivun muutokseen hyvin.

Ferreira-Valente, Pais-Ribero ja Jensen osoittavat tutkimuksessaan VRS:n olevan heikompi toimimaan heti kivun muutokseen. Sen havaittiin sopivan hyvin potilaille, joilla ei ole akuuttia kipua. (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen 2011.) Hoito-osaston potilaista vain yhdellä oli akuuttia kipua kyselyjakson alussa kroonisen kivun lisäksi. Ferreira-Valenten ym. tutkimuksen tulokset ovat samankaltaiset kuin kyselyssä saatujen. Arvioinnit vaikuttavat luotettavilta, koska kyseessä ei ole akuutti kipu.

Rajendran, Soniyan ja Sureshin tekemässä tutkimuksessa osoitettiin useiden kipumittareiden olevan luotettavia ja soveltuvia kliiniseen käyttöön. Osa iäkkäistä potilaista osasi kertoa paremmin kipunsa, kun käytössä oli VRS-asteikko. (Rajendran, Soniya & Suresh 2015, 486-491.) Custodian, Maian ja Silvan tekemä tutkimus osoittaa, että VRS-asteikkoa voidaan käyttää iäkkäillä potilailla, joilla on kohtalaisia tai vaikeita kognitiivisia heikkouksia. Se antaa heidän kohdalla johdonmukaisia tuloksia kivun arvioimisesta. (Custodia, Maia & Silva 2015.) Tutkimusten perusteella sanallinen asteikko on iäkkäämpien helpompi ymmärtää. Hoito-osastolla olleista kyselyyn osallistuneista potilaista suurin osa oli iäkkäitä. Sen pohjalta voidaan ajatella mittarin olleen sopiva ympäristöön, jossa kysely toteutettiin. Kyselystä saaduista tuloksista havaittiin iäkkäiden potilaiden ymmärtäneen VRS-asteikon, eikä väärinkäsityksiä ollut tapahtunut. Opinnäytetyön kysely on yllä olevien tutkimusten kanssa samalla linjoilla, sillä kaikki osallistujat osasivat käyttää VRS-asteikkoa.

## 6 POHDINTA

Haastatteluissa saatujen tulosten perusteella perusterveydenhuoltoon kuuluvalla hoito-osastolla on tietoa kivun hoidosta. Kipua osataan hoitaa, eikä kivun hoidossa käytettävät lääkkeet aiheuta potilaiden toimintakyvyssä negatiivista muutosta. Tuloksia analysoitaessa pohdittiin, vaikuttiko potilaiden ja hoitajien samankaltaisiin arviointeihin hoitosuhteen luonne. Hoito-osastolla hoitajakson pituus voi olla pidempi kuin erikoissairaanhoidossa. Silloin hoitosuhteesta muodostuu läheisempi. Hoitosuhde pienen paikkakunnan hoito-osastolla voi olla läheinen myös sen vuoksi, että potilas ja hoitaja ovat esimerkiksi naapureita, sukulaisia tai ystäviä. Välttämättä pienellä paikkakunnalla ei ole mahdollista välttää tilanteita, joissa potilas ja hoitaja olisivat ennestään toisilleen tuntemattomia.

Hoitosuhteen ollessa läheisempi, hoitohenkilökunta tunnistaa potilaissa paremmin muutokset ja osaavat reagoida niihin. Hoito-osaston paikkamäärä voi vaikuttaa tulosten samankaltaisuuteen. Potilasmäärän ollessa pienempi tunnistaa hoitohenkilökunta paremmin potilaat. Läheinen hoitosuhde voi olla haitallinen joissakin tilanteissa. Hengellisen kivun poisjääminen vastauksista voi osaltaan johtua läheisestä hoitosuhteesta. Potilaat eivät välttämättä halua kertoa hoitajalle, joka voi olla heidän naapurinsa, tuttavansa tai sukulainen, omasta hengellisestä kivusta.

Hengellisen kivunhoidon tarpeita potilaat eivät nostaneet esille. On vaikea lähteä sanomaan selkeää johtopäätöstä, miksei hengellinen kivunhoitotyö noussut esille avoimessa kysymyksessä. Asiaa pohdittiin useaan otteeseen ja mietittiin erilaisista näkökulmista. Potilaat ja hoitajat eivät välttämättä olleet tiedostaneet kokonaisvaltaisessa hoitotyössä hengellisen hoitotyön osa-aluetta, minkä vuoksi se ei noussut esille kyselylomakkeessa. Potilaiden kohdalla on voinut olla tilanteita, joissa potilas ei ole ymmärtänyt hänen mahdollisuuttaan saada hengellistä kivunhoitoa, jonka vuoksi hän ei ole osannut pyytää tai kaivata sitä. Potilaat eivät ole välttämättä ymmärtäneet omaa hengellisen kivun hoidon tarvetta.

Hoitohenkilökunnalla voi olla tietämättömyyttä hengellisen hoitotyön osa-alueella. Se voi estää heitä tarjoamasta hengellistä kivunhoitoa. Heillä ei ole välttämättä koulutusta ja

tietoa hengellisen hoidon merkityksestä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Hengellisen kivun hoitotyön puuttuminen vastauksissa voi kertoa myös siitä, ettei hoitohenkilökunta tai potilaat osanneet yhdistää saamaansa hoitoa hengelliseen hoitoon. Osaltaan siihen voi vaikuttaa, etteivät potilaat ole kokeneet tarvetta tai halua tuoda esille muita hoitoonsa liittyviä asioita kuin kivun arvioinnin. Hengellisyyden poisjääminen tuloksista voi johtua myös potilasmateriaalista. Hoito-osastolla kyselyyn osallistuneet potilaat eivät olleet vakavasti sairaita. Heillä pääsääntöinen syy hoito-osastolla oli kuntoutuminen, jonka vuoksi he eivät kokeneet tarvetta hengelliselle hoidolle.

Tulosten pohdinnassa tuli esille kivun voimakkuuden lisääntyminen iltaisin. Esille nousi ajatus voisiko iltaisin oleva voimakkaampi kipu kertoa hengellisen hoidon tarpeesta. Potilaat ovat voineet iltaisin kaivata erilaista tukea, joka näkyy kivun voimakkuuden nousuna. Välttämättä potilaat ja hoitajat eivät ole osanneet yhdistää voimistunutta kipua hengelliseen kipuun. Näissä tilanteissa hengellisen kivun hoito on jäänyt uupumaan.

Hengellisyyden havaittiin olevan tärkeässä roolissa kivunhoidon onnistumisen kannalta teorialähteissä, mistä johtui, että hengellisyyden puuttuminen tuloksista aiheutti hämmennystä. Teoriaosuudessa suomenkieliset lähteet ovat lähempänä suomalaista kulttuuria ja kristinuskoa kuin ulkomaalainen kirjallisuus aiheesta. Rajaamalla lähteitä saatiin teoriaosuuden hengellinen hoitotyö ja hoitotyönkeinot suomalaiseen hoitotyöhön sopiviksi. Englannin kielisten lähteiden kanssa nousi esille eri uskontojen määritelmät kivusta. Havaittiin kivun määritelmän olevan riippuvainen uskonnosta ja kulttuurista, joten työhön rajattiin ainoastaan suomalaiseen kulttuuriin ja kristinuskoon kuuluva kivun hoitotyö.

Verbaalisen kipumittarin luotettavuutta ei ollut tukittu paljoa. Välillä aiheen rajaaminen olennaiseen aiheutti ongelmia, jottei teoriaosuudessa olisi liian laajalta alueelta teoriaa. Aiheen piti pysyä kivun tunnistamisessa, arvioimisessa ja hoidossa. Vähiten teoriaa löytyi kivun arvioimisesta VRS-kipumittaria hyödyntämällä. Työhön saatiin VRS-mittarista tietoa, mutta tutkimukset VRS-mittarista olivat haasteelliset löytää. Monessa tutkimuksessa mukana oli muita kipumittareita.

Tutkimuksen tulokset antavat lisätietoa kivunhoidon onnistumisesta hoito-osaston henkilökunnalle. Potilas otetaan osalliseksi kivunhoitoon, jolloin hoidosta saadaan kokonaisvaltainen ymmärrys. Kivun hoito perusterveydenhuollossa on yleistä. Muita tutkimuksia

etsiessä huomioitiin, että asiaa on tutkittu hyvin vähän Suomessa. Aiempia tutkimuksia pitkäaikaiskivusta löytyi ulkomaille tehdyistä tutkimuksista, joita hyödynnettiin opinnäytetyössä tulosten pohdinnassa.

Jatkotutkimuksena kivun arviointia voisi laajentaa koskemaan kipupotilaista myös muita kuin kipulaastaripotilaita. Jatkotutkimuksen voisi toteuttaa perusterveydenhuollossa samalla hoito-osastolla. Silloin tulokset olisivat vertailukelpoisia. Samalla hoitohenkilökunta näkisi painottuuko heidän osaamisensa krooniseen kivunhoitotyöhön. Tutkimus olisi hyvä tehdä VRS-kipumittarilla, joka antaisi mahdollisuuden verrata tuloksia. VRS-mittari on henkilökunnalle nyt tuttu mittari, joka olisi helppo ottaa heillä uudestaan käyttöön. Tutkimus antaisi laajemmalla otannalla tietoa hoito-osaston kivun hoidosta. Samalla kivunhoitotyötä voisi kehittää, jos siinä ilmenee hoito-osastolla puutteita.

## 6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tutkimuksessa on tärkeää pohtia tutkimuksen toteutusta eettisestä näkökulmasta. Eettisyys nousee esille tutkimusaiheen valinnassa. Aiheen valinnassa mietitään tutkimuksen syy. Tutkimusaiheen valinta ja tutkimuksen syy tulevat esille ja selkiytyvät eettisessä pohdinnassa. Tutkimuksessa saadut tulokset ja ratkaisut pohjautuvat eettisiin kantoihin. Tieteen etiikasta on kyse tilanteissa, joissa eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin työssään. Silloin etiikalla ja tutkimuksella on yhteys toisiinsa. (Vilkkä 2015, 41; Tuomi & Sarajärvi 2002, 122-123, 126-128.) Tutkimuksen eettisyyteen liittyy eettisten kysymysten lisäksi lainsäädäntö. Lainsäädäntö ohjaa tutkimuksen eettisyyttä ensisijaisesti. Terveystieteiden tutkimuksiin liittyviä lakeja ovat mm. Suomen perustuslaki, henkilötietolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (Kylmä & Juvakka 2007, 139-143.)

Tutkimusetiikka auttaa ratkaisemaan tutkimuksen eri vaiheissa esille nousevat eettiset ongelmat ja kysymykset. Aiheen valinnassa eettisiä asioita ovat tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksesta saatavan tiedon arvokkuus ja mahdolliset tutkimusongelmat. Valinnassa ei riitä ainoastaan kiinnostus ja uteliaisuus aihetta kohtaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 137-139, 143-145.)

Tutkimuksen tapahtuessa pienessä ympäristössä tulee muistaa tutkimuseettinen peruslähdekohta. Sen tarkoituksena on taata jokaiselle osallistujalle anonyymiyys. Silloin tulosten kohdalla tulee olla tarkka, ettei ihmisten henkilöllisyyttä voida tunnistaa, vaan tulokset pystytään raportoimaan luottamuksellisesti. Tulosten raportoinnissa tulee toimia kuitenkin rehellisesti ja tarkasti. Tutkittu ilmiö pitää tuoda esille mahdollisimman tarkasti osallistujien kokemuksen mukaan. Samalla tulee pitää huolta osallistujien yksityisyydestä. Vaara yksittäisen osallistujan tunnistamiseen nousee pienessä osallistujamäärässä ja suorilla lainauksilla osallistujien vastauksista käytettäessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 152, 153-155.)

Eettiseen toimintaan liittyy osaltaan tutkimukseen osallistujien kerääminen ja tiedottaminen tutkimuksesta. Kirjallinen tiedote on yksi väline, jolla saadaan osallistujille tietoa tutkimuksesta luotettavasti. Osallistujan tulee saada tietoon tutkimuksen tarkoitus, kesto ja mihin tutkittavaa tietoa hyödynnetään. Tutkimukseen liittyvät haitat ja hyödyt tulee olla osallistujan tiedossa ennen lopullista päätöstä osallistumisesta. Osallistujalle tulee tarjota mahdollisuus käydä yhdessä läpi yksityisyyden säilymiseen liittyvät asiat, kuten nimettömyyden ja yksityisyyden säilyminen. Vastuuhenkilöt ja roolit tutkimuksessa tulee olla kaikilla tiedossa. Osallistujan tulee antaa tietoinen suostumus osallistumisestaan tutkimukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 149-150.)

Opinnäytetyöhön liittyvä sopimus on tehty Diakonia-ammattikorkeakoulun ja Oulunkaaren kuntayhtymän kanssa. Sopimus on rajattu koskemaan Iin hoito-osastoa. Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi laitettiin opinnäytetyön suunnitelma. Tutkimuslupaa haettiin Oulun kaaren kuntayhtymän terveystalajohtajalta. Lupa myönnettiin marraskuussa 2018.

Opinnäytetyön tutkimushaastatteluun valikoitui aihe, joka herätti ajatuksia. Aihe koettiin merkitykselliseksi ja ajankohtaiseksi, josta haluttiin saada lisätietoa hoito-osaston näkökulmasta. Ennen tutkimusta mietittiin sopivaa aihetta ja yhteistyökumppania. Aihetta pohdittaessa mietittiin eettisiä kysymyksiä, joita kivun hoidosta voisi nousta esille. Kivun hoidon huomattiin olevan eettisesti hyvinkin haastava aihe. Useampaan kertaan teorian tietoa etsiessä lähteissä nousi esille kivun hoidon menetelmän valinta eettisesti. Kivun hoidon onnistuminen voi olla haastavaa, joka nostaa aina uusia kysymyksiä esille. Millainen

lääkitys on sopiva. Olisiko lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät eettisesti parempi vaihtoehto kuin lääkehoito. Nämä kysymykset tulivat useaan kertaan esille eri lähteistä. Aiempia tutkimuksia etsiessä eettisyys nousi esille. Mukaan otettavien tutkimusten kohdalla mietittiin niissä käytettyjä menetelmiä ja potilasryhmiä.

Opinnäytetyön kyselyn kohdalla eettiset kysymykset nousivat esille saatekirjettä ja kyselylomaketta tehdessä. Niiden kohdalla mietittiin sopivia sanavalintoja. Eettinen näkökulma huomioitiin tulosten analysoinnissa. Analysointivaiheen aikana potilaskohtaisia tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti. Kyselylomakkeissa olevan tiedon pohjalta osallistuneita ei voida tunnistaa. Lomakkeisiin kerättiin ainoastaan ikä, sukupuoli ja käytössä oleva kipulaastari. Huone merkittiin hoitohenkilökuntaa helpottamaan, jotta lomakkeet pysyvät henkilökohtaisina. Lomakkeet hävitettiin asianmukaisesti aineiston valmistuttua. Tulokset kirjoitettiin ylös siten, ettei kenenkään yksittäisen osallistujan henkilöllisyyttä pystytä tunnistamaan.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta miettiessä ei ole yhtenäistä käsitystä tutkimuksen luotettavuudesta, vaan sitä voidaan arvioida hyvinkin erilaisten luotettavuustarkasteluiden kautta. Laadullisen tutkimuksen toiminnassa, kuten kaikessa tutkimustoiminnassa, on tarkoitus pyrkiä välttämään virheitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131.)

Tutkimuksen luotettavuuden tarkoituksena on selvittää tiedon oikeellisuus. Luotettavuuden arviointi mahdollistaa tutkimuksessa saatujen tulosten hyödyntämisen. Laadulliselle tutkimukselle on kehitetty omat luotettavuuskriteerit, joiden avulla tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu tapahtuu. Näitä kriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Luovutus-kriteereiden tarkoituksena lisätä tutkimuksen luotettavuutta, kun tutkimusta tarkastellaan niiden kautta. Tutkijan tulee osoittaa tutkimuksen ja tulosten olevan osallistuneiden ajatuksia ja mielipiteitä. Tutkijan tulee osata antaa tarpeeksi tietoa tutkimuksesta, sen ympäristöstä, osallistujista ja lähtökohdasta lukijoille, jotta he ovat tietoisia tutkimukseen liittyvistä asioista. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan luotettavuuskriteereiden lisäksi tutkia luotettavuuden arvioinnin pohjalta. Kun kyseessä on luotettavuuden arviointi, tutkimusta arvioidaan sen kulun mukaan eri vaiheissa.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi sisältää tutkittavan asian ilmaisemisen, tutkimuksen merkityksen ja tarkoituksen, menetelmän kuvauksen, analyysin ja raportoinnin. Jokaisen kohdan yksilöllinen arviointi lisää tutkimuksen luotettavuutta. Joissain tilanteissa laadullista tutkimusta arvioidaan määrällisen tutkimuksen pohjalta. Kuitenkaan se ei ole tarkoituksena, sillä silloin tulokset voivat mitätöityä. Laadullisen tutkimuksen pieni osallistujamäärä ja yhteys teoriaan ovat piirteitä laadulliselle tutkimukselle. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-133.)

Opinnäytetyössä toteutetun tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimus eteni loogisesti. Ensin tutkimuksen aihe mietittiin ja esitettiin. Sen jälkeen tutkimuksen merkitystä ja tarkoitusta mietittiin ja lähdettiin pohtimaan. Kun tutkimuksen tarkoitus selvitettiin, voitiin menetelmä valita tutkimukseen sopivaksi. Menetelmäksi valikoitui vertaileva laadullinen tutkimus. Menetelmän avulla lähdettiin miettimään aineiston keräystä, ja päädyttiin aineistonkeruumenetelmässä kyselylomakkeeseen. Saatu aineisto analysoitiin ja tulokset koottiin taulukoiden avulla opinnäytetyöhön. Taulukoiden avulla tuloksista saatiin selkeitä, jotka lisäävät tutkimuksen luotettavuutta, kun ne ovat opinnäytetyössä nähtävillä.

Haastatteluista saatujen tulosten luotettavuus on hyvä. Hoitohenkilökunnalla on voinut sattua yksittäisiä kirjaamisvirheitä lomakkeeseen, mutta tuloksissa ei noussut esille suuria ristiriitoja. Isoja virheitä ei ole tullut. Tulosten luotettavuutta lisää se, että hoitajat tunsivat potilaat. Arvioinnit olivat täytetty lähes päivittäin jokaiselta, joka lisää tulosten luotettavuutta. Tuloksista voidaan tehdä tulkinta, jonka pohjalta VRS-mittaria on luotettava käyttää potilailla. He ymmärtävät asteikon samalla tavalla kuin hoitohenkilökunta. Hoito-osastolle voidaan suositella VRS-kipumittaria käytettäväksi kyselyssä saatujen tulosten perusteella.

VRS-mittarin asteikosta löytyi kahta tietoa. Kyselyyn otettiin mukaan VRS-asteikko, jossa vaihtoehdot olivat ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, melko kova kipu ja voimakas kipu. Käytetty asteikko valittiin yhteistyökumppanin toiveesta. Sen pohjalta tehtiin kyselylomake hoito-osastolle. Myöhemmin teoreettista viitekehystä etsiessä vastaan tuli useamman kerran eri VRS-asteikko. Työn edetessä pohdittiin VRS-mittarin luotettavuutta ja päädyttiin valitun VRS-mittarin olevan luotettava. VRS-mittareissa oli yksi eroavaisuus. Osassa mittareista melko kova kipu oli korvattu voimakkaalla kivulla.

Teoriaosuudessa luotettavuuteen vaikuttivat lähteet. Suomenkielisiä lähteitä löytyi eri tietokannoista ja kirjallisuudesta. Erilaiset oppaat olivat myös hyviä lähteitä, joista sai tietoa erilaisista kivunhoitomenetelmistä. Englanniksi lähteitä oli myös saatavilla, mutta niissä luotettavuuteen vaikuttivat mahdolliset käännösvirheet. Opinnäytetyössä on käytetty monia lähteitä eri tietokannoista sekä tutkimuksia, jotka mahdollistavat luotettavan teoriapohjan. Useasta eri lähteestä löytyvä samankaltainen tieto kuvaa sen olevan luotettavaa. Aiemmin tehdyissä tutkimustuloksissa tuli ristiriitaista tietoa vastaan, jolloin arvioitiin tutkimusten luotettavuutta. Tutkimuksista luotettiin niihin, joista löytyi hyvin tietoa. Osa tutkimuksista päätettiin jättää pois niiden alkuperäismaan tai niissä käytettyiden lähteiden perusteella.



## LÄHTEET

- Apponen, E. & Haanpää, M. 2018. Lääkintä- ja hoitoetiikka. Kipu ja yhteiskunta. Kipu. Duodecim Oppiportti. Saatavilla 2.1.2019.  
<http://www.oppoportti.fi/op/kip05021/do>
- A298/2009. Sosiaali- ja ministeriön asetus potilasasiakirjoista. Saatavilla 14.3.2018.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Bijur, P-S. & Wendy - Gallagher, J. 2003: Reliability of Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. Acad Emer Medi. 8 (12):1153–1157
- Bjälle, J. G.; Haug, E.; Sand O.; Sjaastad, Ø. V. & Toverud, K. C. 2011. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Chien, C.-W., Bagraith, K. S., Khan, A., Deen, M. & Strong, J. 2013. Comparative Responsiveness of Verbal and Numerical Rating Scales to Measure Pain Intensity in Patients With Chronic Pain. Journal of Pain. Vol 14(12), pp.1653-1662
- Custodia, AC., Maia, FO. & Silva RC. 2015. Pain evaluation scales for elderly patients with dementia. Review artickle. Sao Paulo. Saatavilla 2.1.2019  
<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n4/1806-0013-rdor-16-04-0288.pdf>
- Ferreira- Valente, A. M., Pais-Riberoi, L. J., Jensen, P. M. 2011. Validity of four pain intensity rating scale. Pain. Vol.152(10), p.2399-2404.
- Gothoni, R & Jantunen, E. 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. Tampere: Juvenes Print.
- Haanpää, M. 2009. Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka. Kipu ja yhteiskunta. Kipu. Oppiportti. Duodecim. Saatavilla 2.9.2018.  
<http://www.oppoportti.fi/op/kip04900/do>
- Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017. Kivun arviointi ja hoito. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Duodecim. Tallinna: Printon.
- Hamunen, K. 2018. Kivunhoidon palvelujärjestelmä. Kipu ja yhteiskunta. Kipu. Oppiportti. Duodecim. Saatavilla 18.2.2019  
<https://www.oppoportti.fi/op/kip05122/do>
- Heikkinen, K., Kauppila, M. Murtola, L-M., Salanterä, S. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö -Hoitotyön suositus. Hotus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 1.12.2018.  
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kivunhoito-hs-lyh.pdf>

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Painos.  
Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hoikka, A. 2013. Kivun arviointi. Anestesiahoitotyön käsikirja. Sairaanhoidajan tietokannat. Duodecim. Saatavilla 2.10.2018.  
[http://www.terveysportti.fi/anna.diak.fi:2048/dtk/shk/kotip\\_haku=kipumittri](http://www.terveysportti.fi/anna.diak.fi:2048/dtk/shk/kotip_haku=kipumittri)
- Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttöön perustuva toiminta. Saatavilla 2.10.2018  
<http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- Ikola, T. & Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan hengellinen tuki. Teoksessa Erikson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.). 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kalso, E. & Paakkari, P. 2011. Laastareilla kipua vastaan. Lääkärilehti. 21/2011. Vsk. 66. 1762-1765
- Kangasmäki, E. & Pudas- Tähkä, S-M. 2010. Kipumittarit. Kivun arviointi. Terveysportti. Saatavilla 2.11.2018  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/kotip\\_artikkeli=tht00247&p\\_haku=kipumittarit](http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/kotip_artikkeli=tht00247&p_haku=kipumittarit)
- Karvinen, I. 2012. Kuinka kartoittaa asiakkaan ja potilaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita. Teoksessa Karvinen, I., Kylmä, J., Ojanen, E., Pietikäinen, J. & Vaskilampi, T. 2012. Henki ja toivo hoitotyössä. Klaava Media/ Andalys Oy.
- Kipu. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 1.12.2018  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>
- Kliger, M., Stahl, S., Haddad, M., Suzan, E., Adler, R. & Eisenberg, E. 2015. Measuring the Intensity of Chronic Pain: Are the Visual Analogue Scale and the Verbal Rating Scale Interchangeable? Pain Practise. Vol.15(6), pp.538-547.
- Kuusisto, P. 2017. Kroonisen kivun hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Saatavilla 2.3.2019  
[https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=kivun%20hoito](https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kivun%20hoito)
- Kylmä, J. 2012. Toivo voimavarana hoitavassa työssä. Teoksessa Karvinen, I., Kylmä, J., Ojanen, E., Pietikäinen, J. & Vaskilampi, T. 2012. Henki ja toivo hoitotyössä. Klaava Media/ Andalys Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- L1326/2010. Terveystutkimuslaki. Saatavilla 31.3.2019  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla 14.3.2018  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Myllylä, M. 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun Yliopisto, Oulu. Saatavilla 11.3.2019  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514273567.pdf>
- Nevantaus, J., Simojoki, K., Hamunen, K., Heiskanen, T. & Kalso, E. 2013. Opioidit pitkäaikaisen kivun hoidossa. Lääkärilehti. 50-52/2013. Vsk. 68, s.3329-3353.
- Oulunkaari. Terveyspalvelut. Osastohoito. Saatavilla 2.2.2019  
<https://www.oulunkaari.com/terveyspalvelut/osastohoito/>
- Ragin, C. Charles. 1987. The Comparative method. University of California Press Brekeley and Los Angeles, California.
- Rajendran, G. Soniya, S. & Suresh S. Gender based comparison of impact of dental pain on the quality of life among out patients of a private dental college in Tamil Nadu. Journal of Indian Association of Public Health Dentistry. 01 January 2015. Vol. 13(4). p.486-491.
- Räsänen, J. 2005. Sielunhoito selviytymisen tukena sairaudessa ja kriiseissä: kyselytutkimus terveydenhuollon potilaille ja työntekijöille. Kirkon tutkimuskeskus. Tampere. Saatavilla 1.3.2019.  
[http://sakasti.evl.fi/julkaisut.nsf/7C6AE1A102CE4517C2257E2E0012D41A/\\$FILE/7\\_rasanen.pdf](http://sakasti.evl.fi/julkaisut.nsf/7C6AE1A102CE4517C2257E2E0012D41A/$FILE/7_rasanen.pdf)
- Salomäki, T. & Laurila, P. 2014. Kivun voimakkuuden arviointi. Anestesiologia ja teho hoito. Oppiportti Duodecim. Saatavilla 30.3.2019.  
[https://www.oppiportti.fi/op/ajt00519/do?p\\_haku=kivun%20arvi](https://www.oppiportti.fi/op/ajt00519/do?p_haku=kivun%20arvi)
- Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Kroonisen kivun hoito-opas.
- Tilvis, R. 2016. Geriatria. Vanhusten kivun hoito. Oppiportti Duodecim. Saatavilla 2.1.2019  
<http://www.oppiportti.fi/op/ger02805/do>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Vainio, A. & Kalso, E. 2002. Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Valvira. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Hyvä ammatinharjoittaminen. Lääkehoito. Kivun hoito. Saatavilla 2.12.2018  
<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>
- Yazbek, M., Stewart, A. V. & Bentley, A. 2018. The South African Journal of Physiotherapy. Vol 74(1)

LIITE 1. Tiedote tutkimuksesta

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Saate 1.10.2018

## **TIEDOTE TUTKIMUKSESTA**

**Tutkimus** – Potilaan antama arvio kivun voimakkuudesta käytettäessä verbaalista mittaria

### **Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan potilaiden kokemuksia kivusta ja kivunhoidon onnistumisesta perusterveydenhuollon piirissä. Te soveltuisitte tutkimukseen, koska teillä on käytössänne kipulaastari. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä. Pehdyttyänne tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suullinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tämän tutkimuksen tekevät Diakonia ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja ja sairaanhoitaja-diakonissa opiskelijat opinnäytetyönään. Oulunkaaren kuntayhtymä on antanut opinnäytetyön tekemiseen suostumuksen.

### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla saamaanne hoitoon. Mikäli keskeytätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia kivunhoidosta ja tuoda esille kipupotilaiden kokemukset kivusta ja kokonaisvaltaisen hoidon onnistumisesta perusterveydenhuollon piirissä, jotta kipua osattaisiin arvioida ja hoitaa paremmin. Tutkimukseen valitaan potilaita, joilla on kivunhoitoon käytössään jokin kipulaastari.

### **Tutkimuksen kulku**

Tutkimuksen aikana kipuanne arvioidaan kolme kertaa vuorokaudessa verbaalista kipumittaria käyttäen.

Kipukyselyyn vastataan anonyymisti ja vastaukset jäävät vain tutkijoiden tietoon eli tutkijat eivät tee kirjauksia potilaskertomukseen eivätkä lue potilaskertomuksia. Tutkimus ei vaadi teiltä muita toimenpiteitä, eikä velvoita hoitojaksonne päätyttyä mihinkään.

Keräämme tietoa Teistä vain kivunhoidon lomakkeelle, josta henkilöllisyydenne ei käy ilmi. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luotamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla.

**Lisätiedot**

Pyydämme Teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä hoitohenkilökunnalle.

## LIITE 2. Kyselylomake

HUONE: \_\_\_\_\_ SUKUPUOLI: \_\_\_\_\_ IKÄ: \_\_\_\_\_

KÄYTÖSSÄ OLEVA LÄÄKE JA VAHVUUS: \_\_\_\_\_

**KIVUN ARVIOINTI 3X VRK (sekä potilaan oma, että hoitajan tekemä arvio)  
MERKITSE KIRJAIN LYHENTEIN.****VRS-asteikko**

- ei kipua (**EK**)
- lievä kipu (**LK**)
- kohtalainen kipu (**KK**)
- melko kova kipu (**MKK**)
- sietämätön kipu (**SK**)

<b>PVÄ</b>	<b>AAMU</b>		<b>ILTA</b>		<b>YÖ</b>	
	P	H	P	H	P	H
	P	H	P	H	P	H
	P	H	P	H	P	H
	P	H	P	H	P	H
	P	H	P	H	P	H
	P	H	P	H	P	H
	P	H	P	H	P	H
	P	H	P	H	P	H
	P	H	P	H	P	H

(P= potilas / H= hoitaja)

**POTILAAN OMA ARVIO TOIMINTAKYVYSTÄ TUTKIMUKSEN ALUSSA  
JA LOPUSSA:**

- 1) HEIKKO      KOHTALAINEN      HYVÄ  
2) HEIKKO      KOHTALAINEN      HYVÄ

MUUTAHUOMIOITAVAA (muu kipulääkitys/lääkkeetön hoitomenetelmät/kokonaisvaltainen hoito):

---



---



---