



KROONINEN KIPU

**- kroonista kipua sairastavien kokemuksia
kivunhallinnasta ja hoitotyön ammattilaisilta
saamastaan avusta**

Tuomas Piippo

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

PIIPPO, TUOMAS:

Krooninen kipu – kroonista kipua sairastavien kokemuksia kivunhallinnasta ja hoitotyön ammattilaisilta saamastaan avusta

Opinnäytetyö 56 s., liitteet 11 s.
Huhtikuu 2011

Tämän työn tarkoituksena on kuvata kroonista kipua sairastavien kokemuksia elämästä kroonisen kivun kanssa, heidän kokemuksia kroonisen kivun lääkkeellisestä ja ei-lääkkeellisestä hoidosta sekä hoitotyön ammattilaisten antamasta avusta ja ohjauksesta kroonisen kivun hoidossa. Tavoitteena työssä on antaa tietoa hoitotyön ammattilaisille sekä lääkkeellisistä että ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä sekä tuoda esille kipupotilaiden kokemukset näistä asioista. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millaisia kokemuksia kroonista kipua sairastavilla on elämästä kroonisen kivun kanssa, miten kipupotilaat ovat kokeneet hoitotyön ammattilaisten antaman avun kroonisen kivun hoidossa, millaisia kokemuksia kroonista kipua sairastavilla on ei-lääkkeellisistä ja lääkkeellisistä hoitomenetelmistä.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Suomen Kipu ry:n kanssa ja yhdistyksen Tampereen aluejaoston kanssa. Opinnäytetyön menetelmä oli kvantitatiivinen ja tiedonkeruussa käytettiin kyselylomaketta. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä ja muut kysymykset SPSS-ohjelmalla tilastollisin menetelmin. Kyselyyn vastasi yhteensä 19 henkilöä.

Opinnäytteen tulosten perusteella kroonista kipua sairastavilla on useita kipulääkkeitä käytössä, joiden sivuvaikutukset häirtasivat elämää kroonisen kivun tuomien haittojen lisäksi. Monet olivat kokeilleet tai käyttivät erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä usein myös yhdessä lääkehoidon kanssa. Tulosten perusteella useat saivat apua erilaisista fysikaalisista hoitomuodoista, erityisesti kylmä- ja lämpöhoidoista. Suurin osa kroonista kipua sairastavista koki hoitotyön ammattilaisten antaman ohjauksen lääkehoidosta ja lääkkeettömistä hoitomuodoista vaihtelevaksi tai puutteelliseksi. Lisäksi hoitotyön ammattilaisten antama tuki koettiin puutteelliseksi tai jopa huonoksi.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kivunhoidossa ja kivunhoidon kehittämisessä sekä hoitoalan opiskelijoiden ammattitaidon kehittämisen tukena. Jatkossa voisi tutkia, millaiset ovat sairaanhoitajan valmiudet kohdata, ohjata, tukea ja auttaa kroonista kipua sairastavaa eri terveydenhuollon yksiköissä ja millaisia menetelmiä kivunhoidossa ja arvioinnissa terveydenhuollon eri yksiköissä käytetään. Toisekseen voisi valtakunnallisesti selvittää, ovatko ammattikorkeakoulujen nykyiset opinto-ohjelmat sisällöltään riittävät perustaksi kroonista kipua sairastavan hoitotyölle.

Asiasanat: kipu, potilaslähtöinen hoitotyö, kivunarviointi, kivunhoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

PIIPPO, TUOMAS:

Chronic pain – experiences on pain management, support and guidance given by nurses

Bachelor's thesis 56 pages, attachments 11 pages.

April 2011

The purpose of this thesis was to describe and help to understand the life of patients suffering from chronic pain, their experiences on both pharmacological and non-pharmacological pain relieving methods and their experiences on help and guidance given by nurses on chronic pain. The tasks of this study were to find out what sort of experiences do the patients suffering from chronic pain have on life, how the patients have experienced the help and guidance given by nurses and what sort of experiences patients have on both pharmacological and non-pharmacological pain relieving methods. The goal of this study was to give information on the subjects described and to bring forward the patients' experiences to develop nursing in pain management.

This study was made with quantitative method. The data collection was made by using a question form. The form included multiple choice questions and open questions. Multiple choice questions were analyzed by using statistical software SPSS and the data of open questions using qualitative content analysis. This thesis was made in cooperation with Suomen Kipu association.

The results of this thesis brought out that the patients had tried out several different non-pharmacological pain relieving methods, they had several pain medicines in use which also caused adverse effects affecting the quality of patients' life. Several participants got help from physical pain relieving methods such as heat and cold treatments. Many patients described that the help and guidance they had gotten from nurses on pharmacological and non-pharmacological pain relieving methods was insufficient. Also the support given by nurses was experienced either insufficient or even bad.

The results of this thesis can be used to develop nursing methods in chronic pain care. In future it would be interesting to do a research on the preparedness of nurses to nurse patients suffering from chronic pain in different units of healthcare. A second suggestion is to investigate nationwide whether the study programs of the universities of applied sciences are sufficient enough or not to provide preparedness to take care of patients suffering from chronic pain.

Key words: chronic pain, pain management, non-pharmacological pain relieving

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Kipu	8
2.1.1 Kivun fysiologinen tausta	9
2.1.2 Akuutti ja krooninen kipu sekä kiputyypit	12
2.2 Potilaslähtöinen hoitotyö.....	13
2.3 Kroonista kipua sairastavan hoitotyö.....	14
2.3.1 Kroonisen kivun vaikutukset elämään	16
2.3.2 Hoitotyön keinot kivun arvioinnissa	18
2.3.3 Lääkkeelliset menetelmät kivunhoidossa.....	21
2.3.4 Ei-lääkkeelliset menetelmät kivunhoidossa.....	23
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	27
5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	28
5.1 Kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä.....	28
5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	28
5.3 Aineiston analysointi.....	30
6 TULOKSET	31
6.1 Vastaaajien taustatiedot	31
6.2 Kiputausta	32
6.3 Lääkkeelliset kivunhallintamenetelmät	37
6.4 Ei-lääkkeelliset kivunhallintamenetelmät	40
6.5 Hoitotyön ammattilaisten antama ohjaus, tuki ja tiedonantaminen	44
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	47
7.1 Tulosten tarkastelua	47
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	50
7.3 Pohdinta	52
7.4 Jatkotutkimusehdotukset	53
LÄHTEET	54

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

1 JOHDANTO

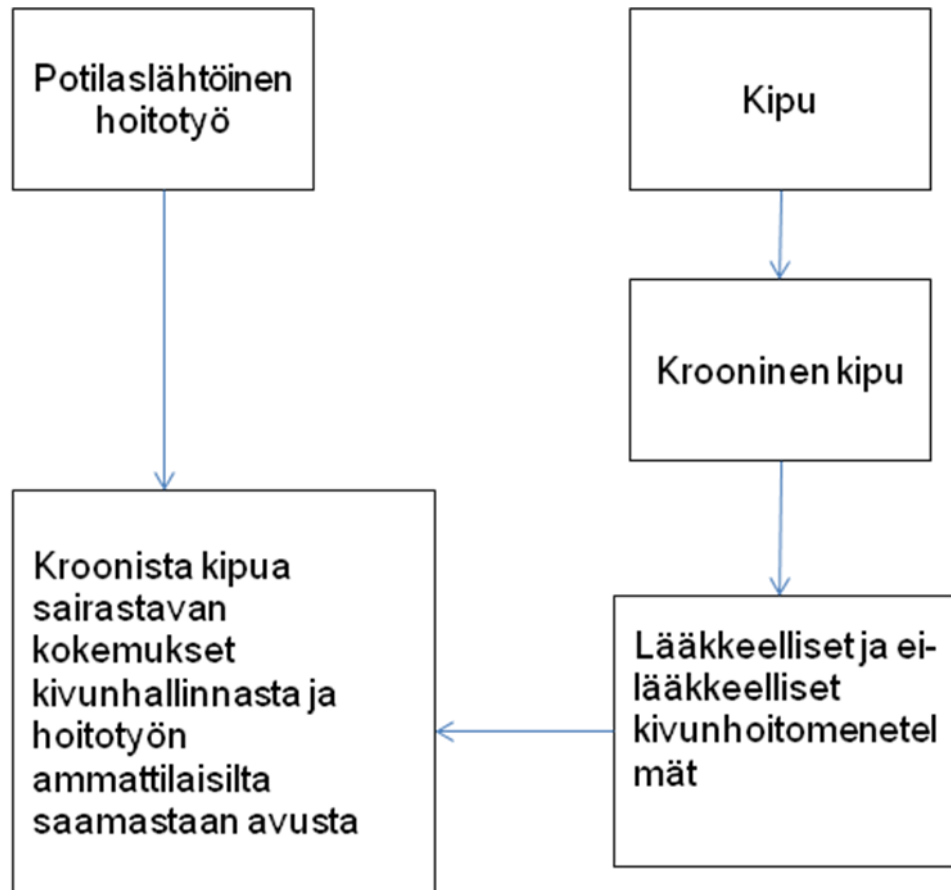
Akuutti kipu varoittaa elimistöä uhkaavasta kudოსvauriosta, on väliaikaista ja paranee ajallaan. Kun kipu kestää yli normaalin kudosten paranemisajan, kivusta tulee krooninen. Tällöin kivusta tulee myös sairaus, joka vaikuttaa potilaan elämänlaatuun hyvin monella eri tasolla. Kroonisen kivun hoidon kulmakivenä on monialainen ryhmätyö, jossa potilas on kipunsa asiantuntija. (Vainio 2003, 64; Vartti-Sailo 2000, 34–35). Kokonaisvaltaisessa kivunhoidossa on tärkeää huomioida kaikki mahdolliset kivunhoitomenetelmät, joista potilaat kokevat saavansa apua päivittäisen elämänlaatunsa parantamiseen. Kroonisen kivun hoidon tavoitteena on kivun lievittämisen, unen ja mielialan paranemisen, rentoutumisen ja kivunhallintatekniikoiden oppimisen, paremman elämänlaadun ja kipuvaiheiden harvenemisen lisäksi hyödyttömien lääketieteellisten tutkimusten ja hoitoyritysten vähentäminen. (Elomaa & Estlander 2009, 109–110; Vainio 2003, 64.)

Vuonna 2008 Suomen ammattikorkeakouluissa tehtiin kivun hoitoa käsitteleviä opinnäytetöitä runsaasti (n=659). Näistä suurin osa keskittyi perioperatiivisen kivun hoitoon (38 %) ja eri-ikäisten lasten kivun hoitoon (23,4 %). Pitkään jatkuneen kivun hoitotyötä koskevia opinnäytetöitä oli vain 6,9 %. Kroonisen kivun hoitotyötä käsitteleville opinnäytetoille on siis sijaa. (Kauppila, Kiuru, Koukkula, Nikula, Onkinen, Ratinen & Rintala-Salminen 2008, 32–33.)

Ennen sairaanhoidon opintojani olen opiskellut vyöhyketerapiaa ja perehtynyt akunpunktioon. Tämän vuoksi olen kiinnostunut myös ei-lääkellisten vaihtoehtojen mahdollisuuksista kivunhoidossa. Lisäksi lähipiirissäni oleva kipupotilas, hänen elämäntarinansa ja kokemuksensa ovat vaikuttaneet opinnäytetyöni aiheen valintaan. Opinnäytetyössäni tuon esille erilaisia lääkkeellisiä ja ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä sekä kroonista kipua sairastavien kokemuksia niistä ja kokemuksia hoitotyön ammattilaisten antamasta avusta.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeiset käsitteet työssäni ovat kipu, potilaslähtöinen hoitotyö ja kivunarviointi sekä kivunhoito.



KUVIO 1. Teoreettisten lähtökohtien keskeiset käsitteet.

2.1 Kipu

Kipu on luonteeltaan moniulotteinen ilmiö, jolle on erilaisia määritelmiä. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for the Study of Pain) määritelmässä kipu on epämiellyttävä sensorinen I. tuntoaistiin perustuva tai emotionaalinen I. tunneperäinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio tai jota kuvataan samoin tavoin. Toisaalta hoitotyössä McCaffrey & Paseron mukaan kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän. Kipu on sekä fysiologinen ilmiö että aisti- ja tunnekokemus. (Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 7-16: Vainio 2004, 17–18.)

Kipua on tarkasteltava kokonaisuutena, joka koostuu erilaisista kipuaspekteista, jotka vaikuttavat kipukokemukseen. Näitä kivun aspekteja ovat psyykkinen, kulttuurinen, sosiaalinen, hengellinen ja yhteisöllinen kipu. Lähemmin tarkasteltuna psyykkinen kipu on kaikkea sitä mikä pelottaa, ahdistaa, huolestuttaa ja aiheuttaa henkistä tuskaa. Vallitseva kulttuuri, jossa yksilö elää, vaikuttaa kivun ilmaisuun ja kipukokemuksen muodostumiseen. Kulttuuri voi olla kipuherkkä ja kulttuurin sallivuus kivun ilmaisuun voi vaihdella. Sosiaalinen kipu merkitsee yhteisön luomaa kipua. Osa sairauksista on sosiaalisesti hyväksyttävämpiä, kun sitä vastoin osa sairauksista voi aiheuttaa paheksuntaa sulkien sairaan yhteisön ulkopuolelle. Hengellinen kipu merkitsee myös olemassaolon kipua, joka edelleen viittaa kuolemanpelkoon ja ahdistukseen toivottoman tulevaisuuden edessä. Yhteisöllinen kipu taasen on koko kansakunnan kipua, joka ilmenee esimerkiksi suuronnettomuuksissa. (Sailo & Varti 2000, 37.)

Karkeasti kipu luokitellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. IASP on luonut 1980-luvulla kroonisen kivun luokittelujärjestelmän, jota on sittemmin vuosina 1994–1995 uudistettu. Tässä luokittelujärjestelmässä jaottelu on tehty sekä etiologisten ja anatomisten elinsysteemien mukaisten ryhmittelyiden että kivun kestoon ja intensiteettiin perustuvien ryhmittelyiden mukaan. Hieman samaan tapaan ryhmittely on tehty kansainvälisessä tautiluokituksessa ICD-10:ssä. Kuitenkin IASP:n jaottelu on enemmän kuvaileva, kuin kiputilojen mekanismeista lähtevä. Näiden lisäksi psykiatrian diagnoosiluokittelussa DSM-

IV sisältää samoja luokkia kuin ICD-10, mutta sisältää myös sellaisia kiputiloja, joiden elimellistä taustaa ei ole voitu osoittaa. Potilaan näkökulmasta DSM-IV:n mukaisen luokittelun diagnoosi voi olla vaikea hyväksyä, diagnoosi viittaa mielenterveydelliseen häiriöön. On myös muistettava, että saman diagnoosin saaneet potilaat eivät ole samanlaisia, vaan sama sairaus ja oire voi saada hyvin erilaisia merkityssisältöjä eri ihmisten kohdalla. Kivun subjektiivinen kokeminen ja ilmaisu ovat aina yksilöllistä. (Estlander 2003, 21–29; Vainio 2003, 150–152.)

2.1.1 Kivun fysiologinen tausta

Aistimuksena kipu poikkeaa muista aistimuksista siinä, että sen tehtävä on puolustuksellinen. Kipu on hälytin, joka varoittaa vaarasta ja kivun kokemiseen liittyy ensisijaisesti sen epämiellyttävä piirre. Toisaalta kivun aistimisesta seuraa usein muitakin tunnekokemuksia. Esimerkiksi tapaturmien kohdalla äkilliseen kipuun liittyy pelko tapaturman seuraamuksista, jolloin tunnottomuuden jälkeinen kiputunnon palautuminen voi olla helpottava kokemus. (Granström 2010, 14–17.)

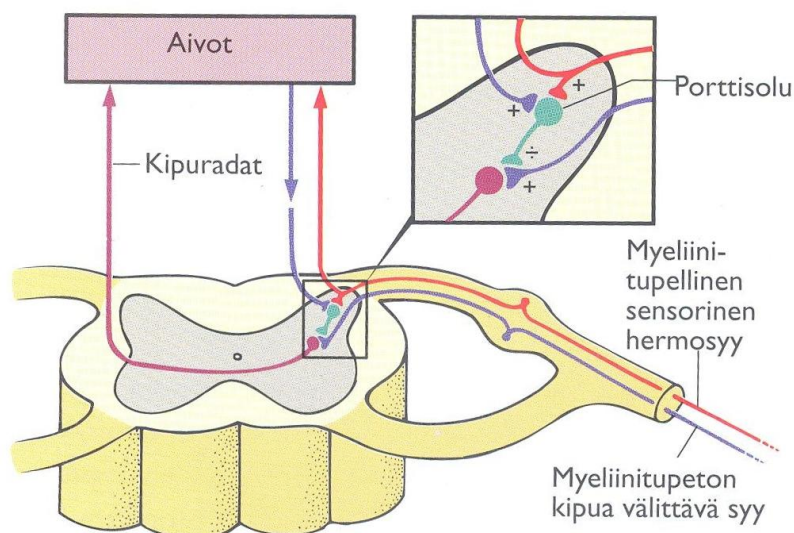
Fysiologiaa tarkastellessa kivun aistiminen alkaa stimuluksen jälkeen kudoksissa. Perifeeristen kudosten tuntohermosyyt ovat rakenteeltaan erilaisia. Päätyyppejä ovat A-syyt, jotka ovat myeliinitupillisia ja C-syyt, jotka ovat myeliinitupittomia. Kipua välittää osa ohuemmista A β -syistä, jotka välittävät myös tarkempia kosketustuntoaistimuksia ja asentotuntoa. Valtaosa kipuhermoista on kuitenkin C-syitä, jotka ovat hyvin ohuita ja niiden johtumisnopeus on noin 1 m/s. A β -syiden johtumisnopeus on 2-30 m/s ja nopeutensa puolesta ne ovat erityisesti aktiivisia kipuun liittyvässä väistämisrefleksissä. Näiden syiden välittämä kipu myös paikantuu tarkemmin kuin C-syiden välittämänä. C-syyt taasen aiheuttavat lihastonuksen kasvua ja aktivaatiota autonomisessa hermostossa. Varsinainen kivun aistiminen tapahtuu aivokuorella, minne sekä kosketus- että kipuradat nousevat talamuksen kautta primaariselle ja sekundaariselle tuntoaivokuorelle. (Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 151–154; Hagelberg 2006).

Nosiseptoreita I. kudosisvaurioärsykkeille herkkiä vapaita hermopäätteitä esiintyy runsaasti luukalvoilla, iholla, sidekudoksessa sekä sisäelimiä ympäröivissä kalvoissa. Ne reagoivat mekaaniseen, kemialliseen ja lämpö- sekä kylmä-ärsytykseen. Useimmat hermopäätteet myös aktivoituvat epäsuorasti vaurioituneissa kudoksissa vapautuvien kemiallisen aineiden kuten prostaglandiinin, histamiinin ja bradykiniinin vaikutuksesta. Nosiseptorit määrittelevät kudoksen kyvyn tuottaa kipuaistimuksen. Ne ovat tuovia I. primarisia afferentteja hermoja, joiden päätteet reagoivat tiettyntyyppisiin ärsykkeisiin. Näiden afferenttien hermojen soomat sijaitsevat selkäytimen takajuuriganlioissa. Primaarisista afferenteista hermosyistä suurin osa saapuu selkäyttimeen takajuuren kautta. Suurin osa etujuuressa kulkevista aksoneista on efferenttejä motoneuroneja sekä sympaattisen hermoston preganglionaarisia aksoneja. Etujuuren aksoneista arviolta 30 % on myeliinitupittomia eli todennäköisesti afferentteja nosiseptiivisiä hermosoluja. (Arstila, Björkvist, Hänninen & Nienstedt 2002, 483–486; Haug et al 2007, 151–154).

Kipuaistimus stimuluksesta subjektiiviseen tuntemukseen voidaan tapahtumasarjana pääpiirteissään jakaa neljään eri vaiheeseen: transduktioon, transmissioon, modulaatioon ja perseptioon. Aluksi nosiseptori aktivoituu kudokseen kohdistuvan ärsykkeen vaikutuksesta (transduktio), jonka jälkeen kipuviesti kulkeutuu hermosoluja pitkin keskushermoston niihin osiin, joiden aktivaatio johtaa kivun aistimiseen. Spinotalaamisia ratoja pitkin informaatio kulkeutuu talamuksen tumakkeisiin, josta edelleen etuaivokuorelle ja somatosensoriselle aivokuorelle (transmissio). Modulaatiossa I. kivun muuntelussa inhibitoriset radat estävät tai lisäävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Tähän voivat vaikuttaa mm. kipulääkkeet ja stressi. Perseptiossa kivun aistitaan subjektiivisena kokemuksena. (Haug et al 2007, 152–153; Kalso & Kontinen 2009, 77–101)

Tilanteesta riippuen kipukokemus vaihtelee, sillä ulkopuoliset neuronit voivat vaikuttaa kipuratojen synapseihin, vaikka kipuärsyke olisi samansuuruinen. Neuroneista vapautuvat inhibitoriset välittäjäaineet estävät kipuimpulssin välittymisen takasarven ensimmäisessä synapsissa. Sensoristen hermosyiden haarat muodostavat synapseja porttisolujen I. välineuronien kanssa, jotka ohjaavat synapsien läpäisevyyttä. Suuri impulssitiheys sensorisissa

hermosyissä stimuloi porttisoluja, jolloin impulssien välittyminen estyy (Kuva 1). Tämän vuoksi esimerkiksi naarmuuntuneen ihon puhaltaminen tai hierominen lieventää useimmiten kipua. Lisäksi aivot voivat vaikuttaa porttisoluihin selkäytimen laskevien hermoratojen kautta. Inhibitorisena välittäjäaineena porttisoluista vapautuu enkefaliinia, joka on opiaatti. (Haug et al 2007, 152–153).



KUVA 1. Selkäytimen takasarvi, kipuhermot ja kipusignaalin vaimeneminen porttisoluissa. Kuvalähde: Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2007. Ihmisen fysiologia. 1.-3. painos Helsinki. WSOY

Vaikka alkuperäinen vaurio olisi puhtaasti perifeerinen, neuropaattiseen kipuun liittyy muutoksia niin ääreis- kuin keskushermostossakin. Vaurio hermostossa saattaa aiheuttaa pysyviä rakenteellisia ja neurokemiallisia muutoksia hermosoluissa ja niiden ympäristössä. Hermovauriokipuun voi liittyä epänormaaleja tuntemuksia, hyperalgesiaa, allodyniaa, hyperpatiaa ja kipua. Hyperalgesia tarkoittaa herkistymistä kivulle, allodynia kipuaistimusta stimuluksesta, joka ei normaalisti aiheuta kipua ja hyperpatia epänormaalin voimakasta ja pitkäkestoista kipuaistimusta kipuärsykkeestä. (Kalso & Kontinen 2009, 77–101)

2.1.2 Akuutti ja krooninen kipu sekä kiputyypit

Akuutti kipu on lyhytaikaista, välitöntä, paikannettavaa ja äkillistä kipua. Akuutti kipu on elimistölle varoitus uhkaavasta vaarasta, joka voi olla kudonvaurio tai sen uhka. Hermojen ärsytys akuutissa kivussa palvelee biologista tarkoitusta, joka on kudosten paraneminen. Lisäksi akuutin kivun syy tiedetään ja sen oletetaan lievittyvän ajallaan asianmukaisella hoidolla. Akuuttia kipua ovat esimerkiksi vammojen, tulehdusten, leikkausten ja synnytyksen aiheuttama kipu. Akuutti kipu jaetaan vielä akuuttiin alle kuukauden kestäneeseen kipuun ja subakuuttiin alle kolme kuukautta kestäneeseen kipuun. (Pohjolainen & Salminen 2003, 57–58; Vainio 2003, 17–23).

Kun kipu on kestänyt yli 3 – 6 kuukautta tai yli kudosten normaalin paranemisen ajan, puhutaan kroonisesta kivusta. Jatkuva kipu saa aikaan muutoksia kipuradan toiminnassa. Kun muutoksia on tapahtunut, hermot välittävät kipuimpulsseja säätelystä huolimatta. Säätelyjärjestelmä herkistyy, kun selkäyttimeen tulee jatkuva ja voimakas kipu-impulssivirta, joka muuttaa selkäytimen toimintaa jopa laajentaen kipu-aluetta ja muuttaen kivun laatua. Tällöin ärsyke, joka ei normaalisti aiheuttaisi kipua, saattaa herkistyneessä ihossa muuttua kivuliaaksi. Krooninen kipu ei siis ole akuutin kivun ajallinen jatke. Krooninen kipu lääketieteessä jaotellaan kudonvauriokipuun I. nosiseptiiviseen, neuropaattiseen kipuun ja idiopaattiseen kipuun. (Kalso & Vainio 2006, 756–758; Vainio 2003, 17–23.)

Kudonvauriokipu kroonisena voi aiheutua mm. nivelsairauksista, osteoporoosista, iskeemisistä tiloista sekä syöpäsairauksiin liittyvistä luustoetäpesäkkeistä johtuen. Syöpä voi myös aiheuttaa paikallista tulehdusta, muuttaa kudosten verenkiertoa, painaa lähielimiä ja tukkia erinäisiä tiehyitä aiheuttaen kudonvauriokipua. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin liittyvät kivut voivat myös kroonistua. Neuropaattisessa I. hermovauriokivussa kudonalue on terve mutta kipuviestiä kuljettavassa järjestelmässä on vika. Useimmiten vika on kipuhermopäätteessä, selkäyttimeen kulkevissa A β - tai C – hermosäikeissä, selkäytimen takasarven releasemassa, selkäytimen nousevassa kipuradassa tai aivojen kipua aistivissa keskuksissa. Kipu poikkeaa kudonvauriokivusta sillä neuropaattinen kipu on epämiellyttävää, voimakasta ja sitä kuvataan polttavana,

sähköttävänä, kihelmöivänä tai pisteleivänä. Neuropaattisen kipuun liittyy erilaisia tuntomuutoksia tai tuntopuutoksia noudattaen joko selkäydinhermojen tai ääreishermostojen hermotusalueita. Idiopaattinen kipu tarkoittaa kiputilaa, joka on kestänyt vähintään kuusi kuukautta eikä potilaalla ole kipua selittäviä somaattisia kliinisiä löydöksiä tai löydösten ja potilaan kokemien kipuoireiden välillä on ristiriita. Idiopaattinen kipu voi tuntua aivan samalta kuin näkyvään vaurioon liittyvä kipu. Useiden tutkimusten, leikkaustoimenpiteiden ja kipulääkkeiden pitkäaikaishyöty jää usein vähäiseksi idiopaattista kipua sairastavien potilaiden kohdalla. Idiopaattisesta kivusta käytetään nykyisin myös termiä krooninen kipuoireyhtymä. (Hagelberg et al 2006, 79–82; Vainio 2003, 18–19.)

2.2 Potilaslähtöinen hoitotyö

Filosofialtaan hoitotyö pohjautuu humanismiin, joka uskoo ihmiseen ja inhimillisyyden kunnioittamiseen kaikissa tilanteissa. Hoitotyö on kokonaisvaltaista näkemystä hoitamisesta, joka kattaa inhimillisen elämänalueen, ihmisen perustarpeiden ja hänen ympäristönsä huomioon ottavat toiminnot. Hoitotyössä toimintojen pohjana ovat ammattitaidon osatekijät, joita ovat tiedot, taidot ja asenteet. (Hietanen & Rissanen 1996, 18–19.)

Aiemmin on puhuttu potilaskeskeisestä hoitotyöstä, joka joissakin lähteissä ilmenee synonyymina potilaslähtöiselle hoitotyölle. Potilaskeskeisessä hoitotyössä potilas on kuitenkin enemmän passiivisessa roolissa kuin potilaslähtöisessä hoitotyössä. Lähtökohdiltaan molemmissa hoitotyön malleissa korostuu asiantuntijan ja potilaan välinen vuorovaikutus. Kuitenkin potilaslähtöisessä hoitotyössä korostuu asiantuntijan ja potilaan välinen yhteistoiminnallinen suhde potilaan hoidon aikana. (Janhonen 1999, 27–34; Laaksonen & Voutilainen 1994, 20-36.)

Potilaslähtöinen hoitotyö Lorenczin (1991), Jonesin & Meleisin (1993) sekä Lindströmin (1995) mukaan tarkoittaa hoitoa, jossa potilas itse on mukana vaikuttamassa hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Hoitosuhteessa korostuu potilaan ja hoitajan yhteistyö. Lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että potilasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri on otettava huomioon hoitotyössä ja kohtelussa mahdollisuuksien mukaan ja potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, § 3, § 6; Latvala 1998, 23; Kaukkila et al. 1999, 3.)

Jos hoitaja toimii työssään potilaan edustajana tai potilas on vain passiivinen osallistuja, hoitotyö ei toteudu potilaslähtöisesti. Vaikka hoitaja on asiantuntija omassa työssään, potilaan tarpeet tulisi nähdä potilaan omasta näkökulmasta käsin, sillä potilas on oman itsensä ja elämänsä asiantuntija. Täten myös hoidon tavoitteet laaditaan aina potilaan tarpeiden ja voimavarojen pohjalta yhteistyössä potilaan kanssa. Toisaalta potilaan voi olla vaikea sairautensa vuoksi osallistua hoitoonsa ja määrätä itse hoidostaan. Hoitajalla on tärkeä tehtävä tukea potilasta itsemääräämiseen, omista oikeuksista huolehtimiseen sekä huolehtia potilaan tiedonsaannista. Lisäksi potilaslähtöisessä hoitotyössä merkittävää on yhteistyö potilaan läheisten kanssa, sillä he voivat olla merkittävä voimavara ja tuki potilaan selviytymisessä. Hoitajalta potilaslähtöinen hoitotyö vaatii ammattitaitoa ja herkkyyttä sekä rohkeutta tukea potilasta. Tämä edellyttää myös hoitajan hyvää itsetuntemusta ja omien voimavarojen tunnistamista. (Hyväri, Käräoja & Vaitiniemi 2004; Lahtinen & Lankinen 2009, 2-3)

2.3 Kroonista kipua sairastavan hoitotyö

Potilaan kivun hoidon tavoitteita suunniteltaessa on tärkeää arvioida niiden realistisuus yhdessä potilaan ja muun hoitoryhmän kanssa. Tavoite voi olla esimerkiksi se, että potilas tulee toimeen kipujensa kanssa siten, että elämä muutoin on mielekästä. Tietoinen oman persoonan käyttäminen on tärkeää hoitosuhteessa potilaan auttamismenetelmänä, sillä potilas tarvitsee hoitajan läsnäoloa. Lisäksi potilas-hoitajasuhteen laatu on tärkeä tekijä potilaan kivun hallinnassa ja perusta kaikille muille kivunlievitysmenetelmille. Hoitotyössä on

arvioitava millaisissa tarpeissa potilas apua tarvitsee, sillä kipu vaikuttaa ihmisen kykyyn tyydyttää perustarpeitaan. (Liimatainen 1995, 228–229.)

Kroonista kipua harvemmin kyetään parantamaan kokonaan ja täydelliseenkin kivunlievitykseen on mahdollista päästä vain harvoin. Näin ollen pitkäaikaisen kivun hoidon keskeinen tavoite on kivun lievityksen lisäksi potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen, jossa tulee huomioida potilaan elämäntilanne ja toimintaympäristö. Toimintakyky tarkoittaa potilaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta häneen kohdistuviin odotuksiin. Täten toimintakyky on hyvin yksilöllinen käsite. Arviointi perustuu potilaan esitietoihin, kliiniseen tutkimukseen sekä varsinaiseen toimintakyvyn arviointiin. Kivunhoitoon erikoistuneeseen työryhmään kuuluu yleensä mm. anestesiologi, neurologi, psykiatri, sairaanhoitaja, psykologeja, fysioterapeutteja sekä sosiaalityöntekijöitä. (Hagelberg et al 2006, 89–91; Vainio 2003, 26.)

Ammatissaan sairaanhoitaja tulee kohtaamaan kroonista kipua sairastavia potilaita kaikilla terveydenhuollon sektoreilla, joten jokaisella ammattihenkilöllä tulisi olla riittävät tiedot ja taidot kroonisesta kivusta ja moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvasta hoidosta. Hoitosuunnitelman tulee olla potilaan ymmärrettävissä ja sellainen, johon potilas voi sitoutua. Hoitosuunnitelmassa tulisi olla tavoitteet ja pitkäaikainen hoitosuhde on kroonisen kivun hoidossa keskeistä. Koska nykyään terveydenhuollossa toiminta on monin tavoin pirstaleista, on tärkeää, että kipupotilas voisi ottaa mahdollisimman paljon vastuuta oman hoitosuunnitelmansa ylläpidosta tai olla ainakin selvillä sen toteutumisesta. Kroonista kipua sairastavilla on tavanomaista, että heidän on vaikea ilmaista mitä he ajattelevat tai tarkoittavat. Kipupotilas saattaa myös suunnata keskustelukumppaniinsa, hoitajaan tai muuhun hoitavaan tahoon odotuksiaan, toiveitaan ja joskus piilevää aggressiivisuutta. Hoitavan henkilön olisi kyettävä tunnistamaan itsessään näitä tunteita, jolloin hoitaja voi päätellä potilaan tilasta monia asioita, joita tämä ei itse pysty kertomaan. (Granström 2010, 97–102; Hagelberg et al 2006, 178.)

2.3.1 Kroonisen kivun vaikutukset elämään

Alkuvaiheessa kipu aiheuttaa hätäännystä, sillä ihminen ei tiedä mikä on vialla. Kivun koetaan käyvän hermoille ja kykenemättömyys aiheuttaa turhautumista. Pitkään jatkunut kipu usein aiheuttaa unettomuutta tai masennusta ja toisaalta molempia yhtä aikaa. Psykykinen ja fyysinen stressi kytkeytyvät läheisesti unettomuuden ja masennuksen syntyyn. Kipukokemus on kokemuksena lähempänä muita havaintoja, kuten ihotuntoa kuin esimerkiksi masennusta tai pelkoa. Ilmiönä unettomuus poikkeaa näistä. Se voi johtua suoraan kivusta tai olla seurasta kivun tuottamasta stressistä tai kivun psykologisista vaikutuksista. Kipuun liittyvät huolet ja muut ajatukset estävät univalmiutta ja kipuun liittyvä stressi voi tuottaa fyysisen aktivaatiotilan. Toisinaan myös kivun tai masennuksen lääkehoito voi aiheuttaa unettomuutta. Unettomuus vaikeuttaa kipusairautta, sillä väsymys voimistaa kipukokemusta. Lisäksi väsymys ja uupumus voivat haitata myös kivun hoitoon osallistumista ja itsehoitoa. Fibromyalgiaa sairastavat nukkuvat usein huonoiten kuten myös nivel- ja selkävaurioista kärsivät. Krooninen kipu aiheuttaa menetyskokemuksia liikkumisessa, liikunnassa, osallistumisessa työhön tai opiskeluun, harrastuksiin ja perhe-elämään. (Eloranta 2002, 42; Fri 2010, 21–24; Granström 2009, 112–114.)

Elorannan (2002) tutkimuksessa ilmeni, että kipu myös muuttaa minää ja elämänasennetta. Arvot ja asioiden tärkeysjärjestys saavat uusia ulottuvuuksia. Osa haastateltavista kuvasi, että oli tullut itsekeskeisemmäksi sairauden myötä kun taas osa kuvasi, että oli alkanut rakastamaan itseään ja tuntemaan itsensä tarpeelliseksi. Sosiaalinen elämä alkoi myös rajoittua, sillä kaikki ystävät eivät osanneet suhtautua ymmärtäväisesti kipupotilaan tilanteeseen. Tutkimuksessa osalla haastateltavista vapaa-aika oli lisääntynyt mutta olivat joutuneet luopumaan heille tärkeistä harrastuksista ja etsimään sellaisia, joita ei kipu rajoittaisi. (Eloranta 2002, 43–48.)

Kipu ei ole vain henkilökohtainen asia, joka vaikuttaisi ainoastaan yksilön elämään. Krooninen kipu herättää usein syyllisyyden, avuttomuuden ja vihan tunteita perheenjäsenissä, sillä krooninen kipu rajoittaa elämää ja tuo mukanaan erilaisia menetyksiä. Kipu voi synnyttää kriisin perheessä niin

hankalaksi, että tarvitaan ulkopuolista apua. Vuorovaikutukselliset tapahtumat, jotka ovat tiedostettuja tai tiedostamattomia, voivat perheessä toimia kroonisen kivun kohdalla voimavaroina mutta toisaalta kuormittavina tekijöinä jopa kipukokemusta pitkittäen. Parhaimmillaan perheenjäsenet voivat oppia ymmärtämään vuorovaikutuksellisia asioita, itseään yksilöinä ja toimia toistensa tukena elämän eri tilanteissa. Krooninen kipu myös muuttaa perheenjäsenten rooleja ja useimmiten tämä muutos tapahtuu huomaamatta. Elorannan (2002) tutkimuksen tuloksissa tulee ilmi kipupotilaiden kokemuksista, että kotityöt siirtyivät kipupotilaalta aviopuolison hoidettavaksi ja naiset saattoivat kokea huolta parisuhteesta. Pitkittänyt kipu saattoi ajaa aviopuolisot eri makuuhuoneisiin. Tutkittavat toivat ilmi, että heidän kokemana kipu oli lähentänyt perhettä ja toisaalta hankaloittanut perhe-elämää sekoittamalla rooleja. Usein kipupotilas myös tahtoi säästää perhettä, kun taas perhe halusi säästää kipuilevaa potilasta. Kipupotilas voi toimia perheessä omien rajojensa ja kivun ääri rajoilla koki samanaikaisesti muut läheisensä itsekkäiksi ja ajattelemattomiksi, koska eivät ole huomioineet hänen kiputilannettaan. Ylihuolehtiva ote saattaa passivoittaa, hidastaa kuntoutumista ja täten edesauttaa vajaakuntoisuutta. (Eloranta 2002, 35–36; Saarinen 2009, 21–22.)

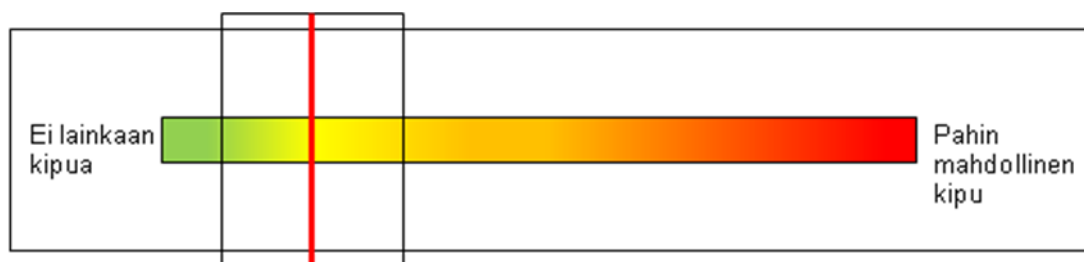
Asianmukaisen ja riittävän tiedon saaminen on myös edellytys läheisten ymmärrykselle kivusta ja sen hoidosta. Tällöin vähenee myös kipuilevan perheenjäsenen tarve selittää läheisilleen hoitomuotoja, omaa tilaansa ja läheisten tuki kuntouttavien toimenpiteiden ylläpitämisessä korostuu. Kipupotilaat usein toivovat läheisiltään vain vilpittöä läsnäoloa ja aitoa kuuntelemista. Toisinaan kroonisen kivun mukanaan tuoma väsymys, avuttomuus ja turhautuneisuus voivat aiheuttaa väärinymmärryksiä ja väärin tulkintoja myös hoitotyössä. Hoitotyön näkökulmasta kipupotilaan käyttäytymisen takana olevien ilmiöiden tunnistaminen helpottaa kokonaistilanteen ymmärtämistä. (Saarinen 2009, 22–23.)

Kipupotilailla on erilaisia selviytymiskeinoja kivun kanssa. Coping-keino tarkoittaa alkujaan kykyä selviytyä stressin kanssa. Kipupotilaan kivunkäsittelykeinot riippuvat siitä, miten voimakkaat kivut ovat, mitä hän itse ajattelee kivusta ja mitä kipu hänelle merkitsee. Pystyvyyksäitykset I. missä määrin henkilö uskoo itse pystyvänsä selviytymään kipujen kanssa vaikuttavat

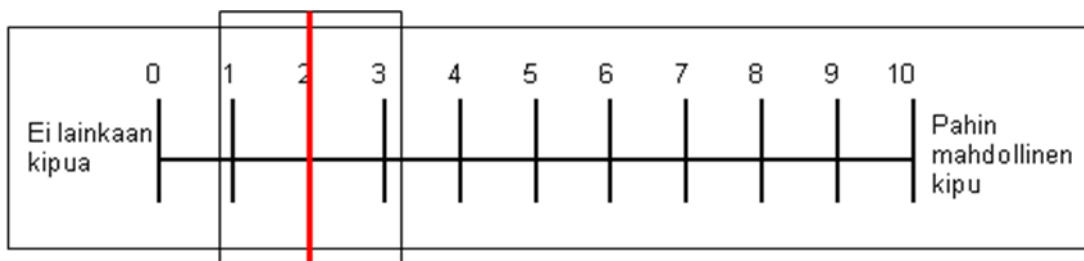
siihen, miten hän yrittää tulla kivun kanssa toimeen. Lisäksi coping-keinoihin vaikuttavat potilaan elämäntilanne ja tavoitteet. Konkreettisine keinoina ovat mm. huomion kiinnittäminen muualle, aktiivinen tekeminen, lääkkeiden ottaminen, kivusta puhuminen toiselle, vetäytyminen omiin oloihin, rukoileminen, toivominen ja itsensä rohkaiseminen. (Estlander 2003, 86–88.)

2.3.2 Hoitotyön keinot kivun arvioinnissa

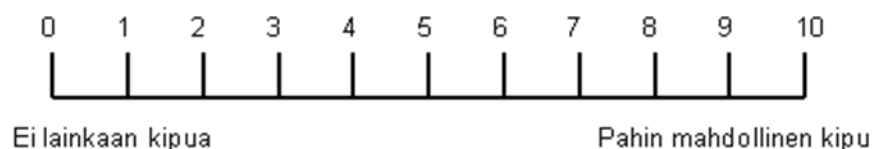
Kipua arvioidaan, sillä sen suoraan mittaaminen ei ole mahdollista. Kivun voimakkuutta arvioidaan sanallisesti tai erilaisten mittarien avulla. Yleisimpiä käytössä olevia mittareita ovat Visual Analogue Scale (VAS) i. kipujana (kuva 3 ja kuva 4) tai kipukiila, numeerinen kipumittari (kuva 5) i. Numerical Rating Scale (NRS) sekä sanallinen kipumittari i. Verbal Descriptor Scale (VDS). Kipujana on päistään avoin jana, jossa toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen sietämättömän voimakasta kipua. Janan toisella puolella on mitta-asteikko, jolla voidaan määrittää näytetty kipu numeraalisesti. Numeerinen kipumittari on asteikoltaan 0-10 tai 0-100 jossa 0 kuvaa kivutonta tilaa ja 10 tai 100 sietämättömän voimakasta kipua. Sanallisella arvioinnilla saadan selville kivun laatu, jolla voidaan päästä jopa toisinaan kivun syyn jäljille. Ongelma kipusanojen käytössä on niiden yksilöllisyys. (Hagelberg et al 2006, 83–90; Vainio 2003, 25.)



KUVA 2. VAS-kipujanana etupuoli, jossa potilas siirtää poikkiviivan osoittamaan kokemaansa kivun voimakkuutta.



KUVA 3. VAS-kipujanana takaoasa, josta potilaan kokemus kivusta saadaan numeraaliseen muotoon.



KUVA 4. Numeric Rating Scale (NRS) – mittari kivun arvioimiseen

Lasten käyttöön on kehitetty erilaisia kasvomitareita, joissa eri ilmeiset kasvot kuvaavat kivun voimakkuutta. Myös näkövammaisille on kehitetty kohokuvioinen kipukiila. Kipua tulisi arvioida levossa, liikkeessä, lievimmillään ja pahimmillaan. Koska kivun kokeminen on yksilöllistä, tulisi potilaan kipua verrata vain hänen omiin aiempiin kipukokemuksiin eikä toisten kipuun. (Hagelberg et al 2006, 83–90.)

Edellä kuvatut arviontimenetelmät ovat yksiulotteisia mittareita joiden lisäksi on olemassa moniulotteisia mittareita kivun arviointiin. Näissä selvitetään usein myös kivun sijaintia kehon kuvan avulla, johon voidaan myös merkitä kivun voimakkuus ja mahdollinen säteileminen. Kipupiirrosta voidaan käyttää kivun etiologian arvioimiseen. Erityisesti kroonisen kivun arvioinnissa ovat käytössä laajemmat kipukyselyt, jotka kartoittavat kipuhistorian erilaisten lomakkeiden ja kipupäiväkirjojen muodossa. Kroonisen kivun arvioinnissa ja hoidossa korostuu moniammatillisen työryhmän asiantuntemus, jossa potilas itse on kuitenkin oman kipunsa paras asiantuntija. (Kalso 2009, 181–183; Kouri & Salminen 2003, 341–344.)

Hoitotyön näkökulmasta kivunarvioinnissa on huomioitava sekä fysiologinen perusta että kipukäyttäytyminen ja näiden muutokset. Fysiologisen arvioinnin perustana ovat kivun aiheuttamat muutokset elimistössä. Näitä muutoksia ovat

mm. sydämen sykkeen nousu, verenpaineen nousu, hengitystaajuuden kasvaminen ja verensokerin nousu. Ongelmaksi muodostuu se, että kivun lisäksi peruselintoimintoihin vaikuttavat monet muut tekijät kuten potilaan lääkitys, sairaudet, tunnetila, toiminta ja hoitoympäristö. Fysiologisia suureita käytetäänkin enemmän tajuttoman tai tehohoidossa olevan potilaan akuutin kivun hoidossa. Kroonisen kivun kohdalla korostuu kipupotilaan kokonaistilanteen kartoittaminen ja arviointi, sekä kipukäyttäytymisen arviointi. Kipukäyttäytyminen voi olla negatiivista, jolloin kipukokemus pahenee tai positiivista, joka auttaa kipupotilasta toimimaan. (Hagelberg et al 2006, 76–80; Kroonisen kivun ensitieto-opas 2010, 40–43.)

Potilaan välittämät viestit, jotka ovat sekä verbaalisia että nonverbaalisia, ovat ensiarvoisen tärkeitä tietoja hänen tunnistaessaan ja ennakoidessaan kipua sekä siinä ilmeneviä muutoksia. Tämä edellyttää luontaisesti jatkuvaa ja kiinteää kanssakäymistä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitotyössä ensiarvoisen tärkeitä taitoja ovat havainnointi- ja vuorovaikutustaidot, jotka korostuvat myös kivunhoidossa arvioinnin kohdalla. Hoitajan oma tietoisuus kipukokemuksistaan ja asenteistaan kipua kohtaan ovat perustana myötäelämisen taidolle. Potilasta tulee kuunnella aktiivisesti, jotta selviää kipujen voimakkuus, luonne ja kesto. Kivun yli- tai aliarviointiin vaikuttavat ennakkoluulot, tiedon puute, kommunikaatiovaikeudet ja kyvyttömyys käyttää erilaisia kivun arviointimenetelmiä. Hoitotyössä suhtautuminen krooniseen kipupotilaaseen voi olla joko voimavaroja vapauttavaa tai niitä rajoittavaa. Esimerkiksi vain lääkehoitoon keskittyvä kivunarviointi on helposti voimavaroja rajoittavaa, kun taas muistakin menetelmistä kivunhoidossa kiinnostunut hoitaja vapauttaa potilaan voimavaroja. (Liimatainen 1995, 221–223)

Suomen kivuntutkimusyhdistys teetti vuonna 2003 kyselyn kipuhoitajien toimenkuvasta. Tutkimukseen osallistui 42 kipuhoitajaa otoskoon ollessa 53 (n=53). Vastaajista 59 % piti tärkeimpänä kivun arviointikeinona numeraalista asteikkoa I. NRS:ta. VAS-mittaria kannatti työssään 40 % ja potilaan sanallista kuvailua 30 %. Toiseksi tärkeimmäksi arviointimenetelmäksi koettiin sanallinen arviointi, jota lähes 90 % piti kolmen tärkeimmän menetelmän joukossa. Sen sijaan kipupäiväkirjan käyttö oli vastaajien keskuudessa vähiten käytetty. Näiden lisäksi kipuhoitajat käyttivät myös havainnointia (n=8) arvioidessaan

potilaan kipua. Kivun hoidon vaikuttavuutta arvioitaessa kivun arviointi ei yksin riitä vaan lisäksi tarvitaan kivun hoidon hyvä dokumentointi. Hyvinkään sairaalassa (2003) tehdyssä kyselyssä hoitajat kokivat kivunhoidossa vaikeimpina asioina kivun arvioinnin, potilaalle sopivan kipulääkkeen löytämisen ja riittämättömät määräykset. Kipumittarit koettiin 99 % hyödylliseksi mutta vain 34 % käytti kipumittaria aina potilaan kivun voimakkuuden arvioimiseen. (Hakala 2004, 25; Koivusalo 2006, 33–36.)

2.3.3 Lääkkeelliset menetelmät kivunhoidossa

Tulehduskipulääkkeet ovat eniten käytettyjä kipulääkkeitä, jotka soveltuvat lievien ja kohtalaisten kiputilojen hoitoon. Kipua lievittävä vaikutus säilyy pitkäaikaisessakin käytössä. Pitkäaikaiskäyttöön soveltuvat paremmin keskipitkä tai pitkävaikutteiset tulehduskipulääkkeet. Tulehduskipulääkkeillä on paljon sivuvaikutuksia, joista yleisimpiä ovat ruansulatuskanavan ärsytys, mikä ilmenee närästyksenä, pahoinvointina, vatsakipuina, oksenteluna. Keskushermoston kautta vaikuttavia lääkkeitä ovat euforisoivat analgeetit I. opioidit, jotka ovat voimakkaimpia kipulääkkeitä. Analgeettisen vaikutuksen lisäksi ne vähentävät ahdistuneisuutta, tuskaisuutta ja saavat aikaan euforian. (Nurminen 2006, 230-234.)

Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet ovat nosiseptiivisessä kivussa tehokkaita. Kroonisen kivun hoidossa pitkä vaikutusaika on hyväksi, joten annostelu 1-2 kertaa päivässä on hyvä. Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet eivät välttämättä lievitä tarpeeksi vaikeamuotoista nosiseptiivista kipua jolloin opioidit ovat tehokkaampia. Usein yhdistetään mieto tai keskivahva opioidi lääkitykseen. Toisaalta pieni annos vahvaa opioidia voi olla tehokkaampi kivunlievittäjä kuin iso annos mietoja tai keskivahvaa opioidia suuremmin sivuvaikutuksin. Vaikeat iskeemiset kivut, selkäkivut ja vanhusten pahat artroosi tai osteoporoosikivut ovat usein indikaatioita vahvan opioidin valinnalle. Muina lääkkeinä voidaan käyttää trisyklisiä masennuslääkkeitä. Puudutukset ovat myös tavanomaisia mutta subjektiivinen kivunlievitys kestää yleensä parista päivästä muutamaan viikkoon. (Heiskanen & Karjalainen 2006, 868–871.)

Neuropaattisen kivun hoidossa lääkehoidon vaste jää usein riittämättömäksi mikäli lääkkeen haittavaikutukset estävät annoksen nostamisen terapeuttille tasolle. Tällöin rinnalle liitetään usein toinen eri mekanismilla vaikuttava lääkeaine. Vuonna 2006 uusi lupaava lääkeaine on ollut duloksetiini, joka on SNaRI I. serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä, joka on kehitetty masennuksen hoitoon. Neuropaattisen kivun hoidossa trisykliset masennuslääkkeet ovat kulmakivi. Ne lievittävät jatkuvaa kipua, tuikkauskipuja, allodyniaa, parestesioita tai dysestesioita I. epämiellyttäviä outoja tuntemuksia. Lääkitys voidaan aloittaa pienillä annoksilla, jota nostetaan hiljalleen kunnes riittävä teho tai siedettävä maksimiannos on saavutettu. Epilepsialääkkeistä karbamatsepiini auttaa kolmoishermostopotilaista 70 %. Muissa neuropaattisissa kivuissa karbamatsepiini on myös tehokas, jos tuikkauskivut ovat ensisijainen kiusa. Noin kolmasosa neuropaattista kipua sairastavista hyötyy opioideista. (Hagelberg 2006, 43–44; Haanpää & Vuorinen 2006, 877–879.)

WHO:n julkaisemassa kivunhoidon lääkehoidon portaittainen malli soveltuu myös kroonista kipua sairastavien lääkehoidon perusmalliksi. Alimmassa portaassa sijaitsevat tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Seuraava porras pitää sisällään miedoimmat opioidit kuten tramadolin ja kodeiinin, jonka jälkeen seuraava porras sisältää buprenorfiinin. Kaikkein ylin porras sisältää vahvat euforisoivat opioidit kuten morfiinin ja oksikodonin. Voimakkaimpien opioidien sivuvaikutuksista yleisimpiä ovat pahoinvointi, oksentelu, ummetus ja pitkään käytettyä ilmenee toleranssin kehittyminen ja riippuvuus, joka ilmenee sekä psyykkisenä että fyysisenä. Psykylläkkeistä joillakin on kipua lievittävää vaikutusta kuten masennuslääkkeistä amitriptyliinillä ja doksepiinillä sekä psykoosilääkkeistä levomepromatsiinillä. Vaikutus perustuu kipukynnyksen nousemiseen. (Nurminen 2006, 234–247.)

Vuodeosastolla sairaanhoitajan merkitys kivunhoidossa korostuu kipulääkityksen suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Kipulääkityksen määrää potilasta hoitava lääkäri mutta toteutuksesta on vastuussa sairaanhoitaja. Olennaista lääkehoidon seurannassa on kivunarvioinnin ohella hoitovasteen seuranta sekä lääkkeen haittavaikutusten tunnistaminen. Haittavaikutusten kohdalla lääkkeen ottoajankohdalla voi olla suuri merkitys.

Potilasta voidaan motivoida sietämään alkuvaiheen haittavaikutukset, mikäli hänen kanssaan on yhdessä opeteltu kivun ja elämänlaadun arviointi sekä seuraamaan kipulääkityksen tehon vaikuttavuutta. Hoidolla tulee myös olla määritelty tavoite, jotta vaikutusta ja hoidon tehoa voidaan seurata. Kroonisen kivun hoitovasteen seurannassa tulee arvioida myös hoidon vaikutus potilaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Hoitotyössä kivun kirjaamisessa on vielä kehitettävää. Melko usein kipulääkkeiden kohdalla jää näkymättömiin mihin kipuun, kuinka voimakkaaseen kipuun, missä sijainneeseen, kuinka kauan kestäneeseen tai minkä laatuiseen kipuun kipulääke on annettu. Lisäksi potilaan siirtyessä sairaalasta ja osastolta toiseen olisi hyvä, että kirjaaminen olisi mahdollisimman vähän tulkinnanvaraista eikä erilaisia lyhenteitä käytettäisi. (Hagelberg et al 2006, 141–142; Kinnunen 2010, 84–85; Salanterä 2005, 36–37.)

2.3.4 Ei-lääkkeelliset menetelmät kivunhoidossa

Kroonisen kivun hoidossa pelkkä lääke ei aina riitä kipukierteen tai kivun katkaisemiseen eikä lääkehoito ole välttämättä kaikille mahdollinen hoitomuoto. Tämän vuoksi monet kipupotilaista hyötyvät myös muista lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Erilaisia fysikaalisia hoitomenetelmiä on käytetty kautta historian. Erityisesti kylmää ja lämpöä sekä hierontaa on käytetty vuosisatoja. Nykyisin fysikaaliset hoitomenetelmät luokitellaan lämpöhoitoihin, valohoitoihin, mekaanisiin hoitoihin, sähköisiin menetelmiin sekä vesihoitoihin. Näiden lisäksi käytetään biopalaute-hoitoa (biofeedback), jossa tietyistä elintoiminnoista annetaan palaute äänen tai visuaalisen signaalin välityksellä, jolloin potilas tämän avustuksella pyrkii säätelemään tahdonalaisesti elintoimintojaan. Tästä hoitomuodosta on ollut erityisesti lihasjännitysten kohdalla myönteisiä kokemuksia, jolloin lihasten rentoutuksen seuranta tehostuu. (Airaksinen 2003, 373–374; Vuento-Lammi 2010, 15–18.)

TNS:n eli transkutaanisen neurostimulaation ajatellaan vaikuttavan kivunsäätelyyn selkäytimen porttikontrollin kautta. Kun keskushermostoa ärsytetään sähköisesti, ärsykkeet estävät kipuärsykkeiden etenemisen selkäytimestä aivoihin. TNS-laite soveltuu itsehoitoon kotiloissa, sillä pienimmillään laite sopii taskuun. Hoitomuotona TNS soveltuu monenlaisiin kroonisiin kipuihin mutta ei sovellu raskaana oleville tai sydämen tahdistinta

käytävälle eikä tilanteissa, joissa hoitoalueella on ihorikkoja tai ihotulehdus. (Airaksinen 2003, 381–382; Vainio, 2003, 79–81.)

Rentoutus- ja meditaatio ovat tärkeitä menetelmiä kivunhoidossa. Huomion siirtäminen muualle ympäröivästä maailmasta ja sen runsaista vaikutteista omaan sisäiseen maailmaan on mahdollista meditaation ja rentoutusharjoitteiden avulla. Rentoutusharjoitteet vähentävät elimistön pakene- tai taistele-reaktiota ja lisäävät stressinsietokykyä. Meditaatiossa pyritään pysäyttämään mielen sisäinen dialogi, joka vallitsee mielessä valveilla ollessa. Osa näistä ajatuksista voi olla haitallisia virittäen negatiiviseen mielialaan tai turhiin pelkoihin. Joogassa on samankaltainen periaate kuin meditaatiossa eli huomion siirtäminen sisäiseen kokemukseen. Jooga on fyysisempi harjoitusmuoto, joka ei välttämättä sovellu kaikille. (Granström 2010, 120–123; Vainio 2003, 90.)

Akupunktio on vuosituhansia vanha kiinalaisen lääketieteen yksi ammatillisista menetelmistä, jota nykyisin harjoitetaan ympäri maailmaa. Ensimmäiset kirjalliset merkinnät akupunktiosta ovat kiinalaisen lääketieteen klassikossa Huading Neijingissa, joka on tiettävästi vuodelta 2697 ennen ajanlaskumme alkua. Alkujaan akupunktiossa käytettiin vain yhdeksää eri neulaa kun nykyisin käytetään useampia. Akupunktion teho kiinalaisen lääketieteen mukaan perustuu qi-energian l. elämänenergian kulun vapauttamiseen meridiaaneissa akupisteitä stimuloimalla. Meridiaanit ovat tämän filosofian mukaan elämänenergian kulkureittejä kehossa, jotka tukkeutuvat sairauksissa. Tällöin qi-energia vapaa virtaaminen estyy, jonka ajatellaan olevan sairauksien taustalla. Länsimaisessa lääketieteessä vallitsevan teorian mukaan akupunktio stimuloi elimistön omien kipua lievittävien aineiden, kuten endorfiinin tuotantoa, johon kipua lievittävä vaikutus perustuu. (Alphen & Aris 1995; Gascoigne 2001, 11,153; Pöntinen 1983, 11–13; Vercammen 1995, 183–189.)

Vyöhyketerapian historian katsotaan ulottuvan myös tuhansien vuosien taakse, joskin tunnetumpi hoitomuodosta tuli 1900-luvun alussa vaikuttaneen amerikkalaisen lääkärin William Fitzgeraldin myötä. Myöhemmin 1900-luvun puolivälissä Charles Ersdal kehitti vyöhyketerapiaa, josta edelleen on muodostunut omia koulukuntia. Ersdalilainen vyöhyketerapia painottuu

enemmän jalkapohjien heijastepisteisiin. Vyöhyketerapiasta käytetään myös nimitystä refleksologia, joka on suuntauksena omansa. Refleksologiassa käytetään myös muualla kuin jalkapohjissa olevia heijastepisteitä hoidossa. Vyöhyketerapiassa ja refleksologiassa terapeutti manipuloi ns. heijastepisteitä sormin tai erityisellä hoitopuikolla. Eri elinten ja kudosten katsotaan olevan yhteydessä mainittuihin heijastepisteisiin ja heijastepisteitä stimuloimalla sairastuneet elimet tai kudokset saadaan tasapainoon. Vyöhyketerapian teho perustuu myös samaiseen akupunktion vaikutusmekanismin teoriaan lääketieteen näkökulmasta. Tutkimuksissa vyöhyketerapian tai refleksologian tehoa on ollut vaikea osoittaa tieteellisesti päteväksi. (Barret 2004; Suomen vyöhyketerapeutit 2010)

Myös ravitsemus on tärkeä osa kipupotilaan ei-lääkkeellistä hoitotyötä. WHO:n vuonna 2003 julkaiseman ravitsemustottumuksien muutoksia koskevan raportin mukaan omega-3 rasvahappojen saanti on vähentynyt ja omega-6 rasvahappojen saanti lisääntynyt. Monitydyttämättömillä omega 3-rasvahapoilla on todettu olevan anti-inflammatorinen vaikutus ja nämä auttavat nivelkipuihin, aamuiseen jäykkyyteen ja NSAID-lääkkeiden käyttö vähentyy reumaattista artriittia sairastavilla. Oliiviöljy sisältää oleokantaalia, jolla on todettu olevan ibuprofeenin kaltainen vaikutus ja kasvisperäiset isoflavonoidit voimistavat anti-inflammatorista vaikutusta, joka perustuu lipoxygenaasin inhibitioon. Lipoxygenaasi (5-LOX) on tulehdusyhdisteitä tuottava entsyymi. Neuropaattiseen kipuun runsaasti antioksidantteja sisältävällä ravinnolla voi olla merkitystä. Rotilla ja hiirillä tehdyn tutkimusten mukaan soijapitoisen ruokavalion on todettu estävän neuropaattisen kivun kehittymisen hermovaurion jälkeen sekä vähentävän syöpäperäiseen kipuun liittyvää hyperalgesiaa. Norjan Haukelandin yliopistollisen sairaalan kipuklinikan potilaiden kohdalla on havaittu puutteellista ravitsemusta ja erikoisia ruokatottumuksia. Erityisesti D-vitamiinin puutos, epäsäännölliset ruoka-ajat, runsas tupakointi, kahvin ja kolajuomien runsas käyttö ovat yleisiä. Hoidon kehittämisen yhtenä kohteena mainitaan potilaiden yleisen terveyden edistäminen kiinnittämällä huomiota potilaiden ruokavalioon ja ruokatottumuksiin, unihygieniaan, liikunnan lisäämiseen sekä tupakoinnin vähentämiseen. (Bell 2009, 18–20; Kroonisen kivun ensitieto-opas 2010, 30–33.)

Sairaanhoitajan keskeinen tehtävä kipupotilaan hoidossa on potilaan kuunteleminen, kuntoutusryhmän yhteisten tavoitteiden mukaisesti toimiminen ja potilaan kuntoutusmotivaation vahvistaminen. Laitosmuotoisessa kuntoutuksessa sairaanhoitaja pitää huolta potilaiden perehdyttämisestä, yleisestä hyvinvoinnista sekä päivittäisen palautteen saannista ja arvioinnista. Sairaanhoitajan myönteisellä kuntoutusasenteella on potilaan kuntoutumisen kannalta huomattava merkitys. Keinot kipupotilaan elämänlaadun parantamiseksi ovat kaikki hyvät ja terveelliset elämäntavat liikunnasta ravitsemukseen, rentoutukseen, itsensä ja ajatusmaailmansa syvempään tunnistamiseen ja täten kivun- ja elämänhallinnan kehittämiseen. Sairaanhoitajan on autettava potilasta omaehtoiseen pohdintaan, mitä potilas haluaa elämältään ja mikä on juuri hänelle yksilönä hyvää elämää. Vaikka kipupotilas tekee suurimman osan selviytymistyöstä läheistensä kanssa, sairaanhoitaja voi tarjota heidän käyttöönsä tietonsa ja kokemuksensa ja täten olla selviytymistyössä tukena potilaalle ja hänen läheisilleen. (Hagelberg et al 2006, 172; Kinnunen 2010, 84–85.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tarkoituksena opinnäytetyössäni on tuottaa tietoa lääkkeellisistä ja ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä potilaslähtöisessä hoitotyössä sekä tuoda esille potilaiden kokemuksia elämästä kroonisen kivun kanssa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten potilaat ovat kokeneet hoitotyön ammattilaisten antaman tuen, ohjauksen ja tiedon antamisen lääkkeellisistä ja ei-lääkkeellisistä kivunlievityksen vaihtoehdoista.

Opinnäytetyön tehtävät ovat

1. Millaisia kokemuksia kroonista kipua sairastavilla on elämästä kroonisen kivun kanssa?
2. Millaisia kokemuksia kroonista kipua sairastavilla on ei-lääkkeellisistä ja lääkkeellisistä hoitomenetelmistä?
3. Miten kipupotilaat ovat kokeneet hoitotyön ammattilaisten antaman avun kroonisen kivun hoidossa?

Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön ammattilaisille kivunhoidon kehittämiseksi.

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä

Opinnäytetyön menetelmä on kvantitatiivinen, joka on omiaan vahvistamaan jo tutkittua tietoa sekä aiempaa teoretietoa. Kvantitatiivista menetelmää käytetään tilastollisessa tutkimuksessa, jossa aineiston keruussa käytetään tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Kvantitatiivinen menetelmä sopii suuremmille otantamäärille kuin kvalitatiivinen ja mittaamaan eri asioiden välistä yhteyttä paremmin kuin kvalitatiivinen menetelmä. Koska kvantitatiivinen menetelmä ei välttämättä kykene tuottamaan syvempää kokemuksellista tietoa, sisällytin menetelmässä käytettävään kyselylomakkeeseen myös avoimia kysymyksiä, joiden vastaukset analysoin sisällönanalyysilla. (Heikkilä 2005, 14–18; Hirsjärvi 2003, 130–133)

Peruslähtökohtana kvantitatiivisessa mittaamisessa on se, että mitattavaa kohdetta kyetään mittaamaan siten, että tuloksella on numeerinen sisältö. Mittaaminen ihmistieteissä on usein epäsuoraa, sillä tutkittava käsite, jota halutaan mitata, ei sellaisenaan ole mitattavissa, jolloin kyseessä on latenttimuuttuja. Intervallasteikossa tärkeitä ovat erot mitattavien asioiden välillä, eivät niiden suhteet absoluuttiseen asteikkoon. Ihmistieteissä likert-asteikkoa pidetään välimatka- eli intervallasteikkona. (Erätuuli & Yliluoma 1994, 36–40.)

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyöni kyselyn kohderyhmänä olivat kroonista kipua sairastavat henkilöt, jotka ovat lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien lisäksi kokeilleet ei-lääkkeellisiä kivunlievitysmenetelmiä.

Tutkimussuunnitelma on pohjana onnistuneelle mittarille, sillä lomakkeen tulisi mitata sitä, mitä tutkimussuunnitelmassa sanotaan mitattavan. Onnistunut mittari edellyttää mm. täsmällisesti määriteltyä asiaongelmaa, teoriaan ja

aiempiin tutkimuksiin perehtymistä, asioiden välisten riippuvuuksien pohtimista sekä avainkäsitteiden ja alakäsitteiden määrittelyä. (Vilkkä 2007, 62–70.) Aineiston keruuta varten tein kyselylomakkeen, joka sisälsi Likert-asteikollisia kysymyksiä (14 kpl), monivalintakysymyksiä (10 kpl) sekä avoimia kysymyksiä (5 kpl). Kyselylomakkeen kysymykset oli jaoteltu eri pääkohtien alle: 1) taustatiedot 2) kiputausta 3) lääkkeelliset kivunhallintamenetelmät 4) ei-lääkkeelliset kivunhallintamenetelmät sekä 5) hoitotyön ammattilaisten ohjaus, tuki ja tiedonantaminen. Taustatietojen keruuta varten tein kysymykset opinnäytetyötä varten. Kysymyksissä 3, 5, 21 käytin apuna Junnilan (1981) tutkimusta Akupunkturi kivunhoitomenetelmänä terveyskeskuksissa sekä Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) teosta Fysiatría. Kysymyksiä 6,7,8 ja 9 muotoiltaessa käytin apuna Maj-Britt Elorannan (2002) tutkimusta Krooninen kipu osana elämää. Muut kysymykset tein tätä opinnäytetyötä varten.

Opinnäytetyöni toteutui yhteistyössä Suomen Kipu ry:n kanssa ja erityisesti Tampereen aluejaoston kanssa. Opinnäytetyöstäni julkaistiin ilmoitus yhteystietoineen Suomen Kipu Ry:n internet-sivuilla, jota kautta halukkaat tutkimukseen osallistujat lähettivät yhteystietonsa sähköpostitse. Heille lähetettiin saatekirje (Liite 1) kyselylomakkeen (Liite 2) kera postitse postimaksulla varustetun palautuskuoren kera. Myös kahden eri paikkakunnan vertaistukiryhmissä jaettiin kyselylomakkeita halukkaille, jotka kerättiin vastausajan päätyttyä takaisin. Vertaistukiryhmiin kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 22 kappaletta. Aineiston keruu tapahtui maaliskuun 2011 aikana.

Yhdistyksen internet-sivulla olevan ilmoituksen kautta tutkimukseen osallistui yhteensä 8 henkilöä. Vertaistukiryhmiin jaetuista kyselylomakkeista palautui takaisin yhteensä 12 kappaletta. Yksi kyselylomakkeista täytyi hylätä, sillä vain toinen puoli lomakkeesta oli täytetty eikä lomaketta täten voitu ottaa huomioon aineistoa analysoitaessa. Täten kokonaisotannaksi muodostui 19 henkilöä (n=19). Tutkimussuunnitelmassa tavoiteltu osallistujamäärä tämän opinnäytetyön aikataulun puitteissa oli 10–20 vastaajaa, joten tähän suhteutettuna vastausmääräksi tuli 95 % tavoitellusta maksimista.

5.3 Aineiston analysointi

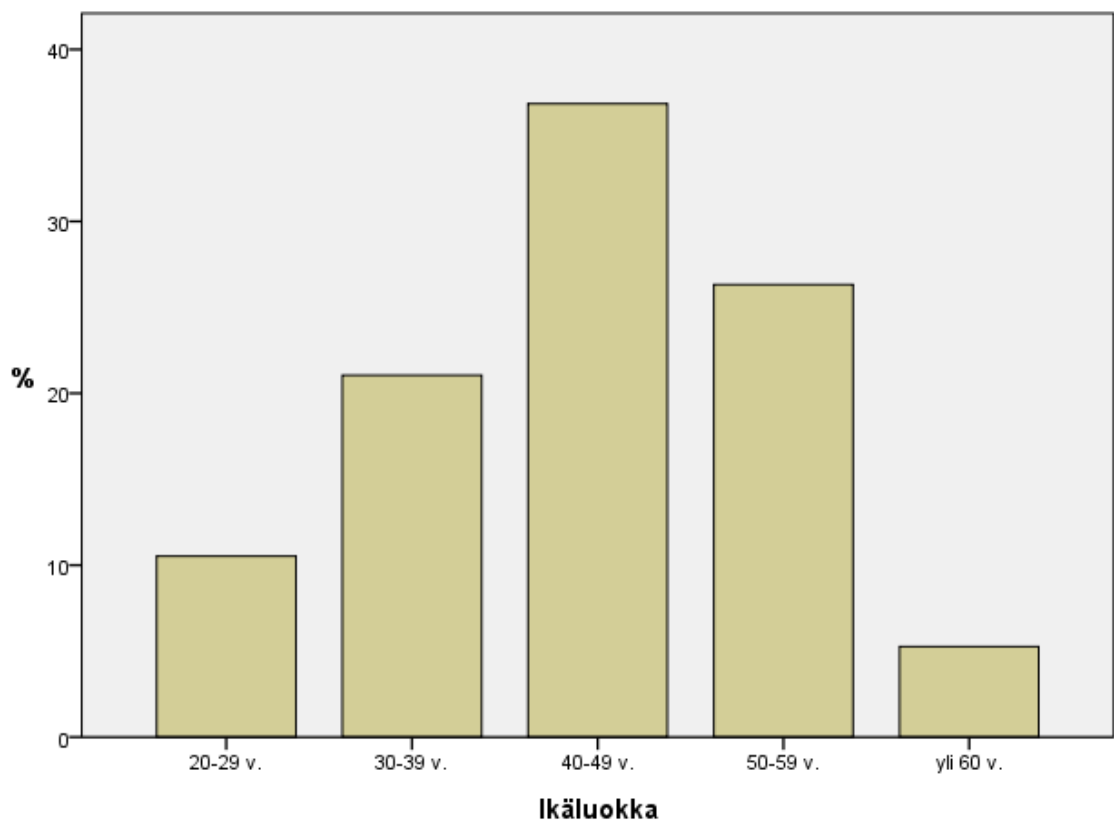
Kyselylomakkeiden tilastollinen osuus analysoitiin SPSS-ohjelmalla, joka on kehitetty helpottamaan tilastollista laskemista. SPSS-ohjelmalla saadaan melko monipuoliset tulostukset laskelmista. (Nummenmaa 2004, 17.) Taustamuuttujat, likert-asteikollisten kysymysten ja monivalintakysymysten vastaukset kuvattiin frekvenssien ja prosenttijakaumien avulla sekä taulukoita apuna käyttäen että graafisia pylväitä. Osaan kysymyksistä vastaaja sai valita useamman vaihtoehdon ja näiden kohdalla analysoitiin vastausten korrelaatio Spearmanin korrelaatiolla. Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin iän ja kivun keholla sijainnin välistä yhteyttä.

Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Tämä tarkoittaa tutkittavien ilmiöiden lyhyttä ja yleistävää kuvausta kerätystä aineistosta siten, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Aineisto luettiin läpi ja sen jälkeen pelkistettiin eli aineistosta koodattiin ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimusongelmaan. Ryhmittelyssä pelkistetyistä ilmaisuista yhdistetään ne asiat, jotka näyttävät tutkijan mielestä sopivan yhteen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Koska tässä opinnäytetyössä avoimet kysymykset tuottivat varsin selkeitä ja lyhyitä ilmaisuja, erillistä kategorisointia ei suoritettu vaan ilmaisut esitettiin sellaisinaan ja niistä etsittiin toistuvat ilmaisut, jotka muodostuivat pääryhmiksi.

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 36,8 % (n=7) oli ikäluokassa 40–49 vuotta, alle 20-vuotiaita ei ollenkaan ja yli 60-vuotiaita vastaajista oli 5,3 % (n=1). Loput vastaajista sijoittuivat melko tasaisesti ikävuosien 30–39 välille 21,1 % (n=4) sekä ikävuosien 50–59 26,3 % (n=5). Ikäluokan mediaani oli 40–49 vuotta. Naisia vastaajista oli suurin osa (94,7 %) ja miehiä vastaajista yksi (5,3 %). (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma.

6.2 Kiputausta

Vastaajista suurimmalla osalla kivut sijaitsivat niskassa 63,2 % (n=12), alaselän alueella 52,6 % (n=10), pään alueella 47,4 % (n=9) ja jaloissa 42,1 % (n=8). Vähiten kipua vastaajilla esiintyi yläraajoissa 10,5 % (n=2). (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Kivun esiintyminen kehossa.

		Vastauksia	Prosentilla
		N	vastaajista
Sijainti	Jaloissa	8	42,1%
	Yläselän alueella	7	36,8%
	Keskiselän alueella	5	26,3%
	Alaselän alueella	10	52,6%
	Hartioiden alueella	6	31,6%
	Yläraajoissa	2	10,5%
	Niskassa	12	63,2%
	Pään alueella	9	47,4%
	Polvissa	4	21,1%

Suurin osa vastaajista kuului ikäluokkaan 40–49 vuotta (n=7) ja tässä ikäluokassa yleisimmin kipu esiintyi alaselässä (85,7 %, n=6), niskassa (71,4 %, n=5), pään alueella (57,1 %, n=4) sekä jaloissa ja yläselässä (42,9 %, n=3). Toiseksi yleisimmässä ikäluokassa 50–59 vuotta (n= 5) vastauksista ilmeni sama vastaus, 60 % (n=3), kivun esiintymiselle jaloissa, yläselässä, alaselässä sekä niskassa. Ikäluokassa 30–39 (n=4) vuotta sama tulos 50 % (n=2) ilmeni kivun sijainnin suhteen keskiselässä, niskassa ja pään alueella. (Taulukko 2)

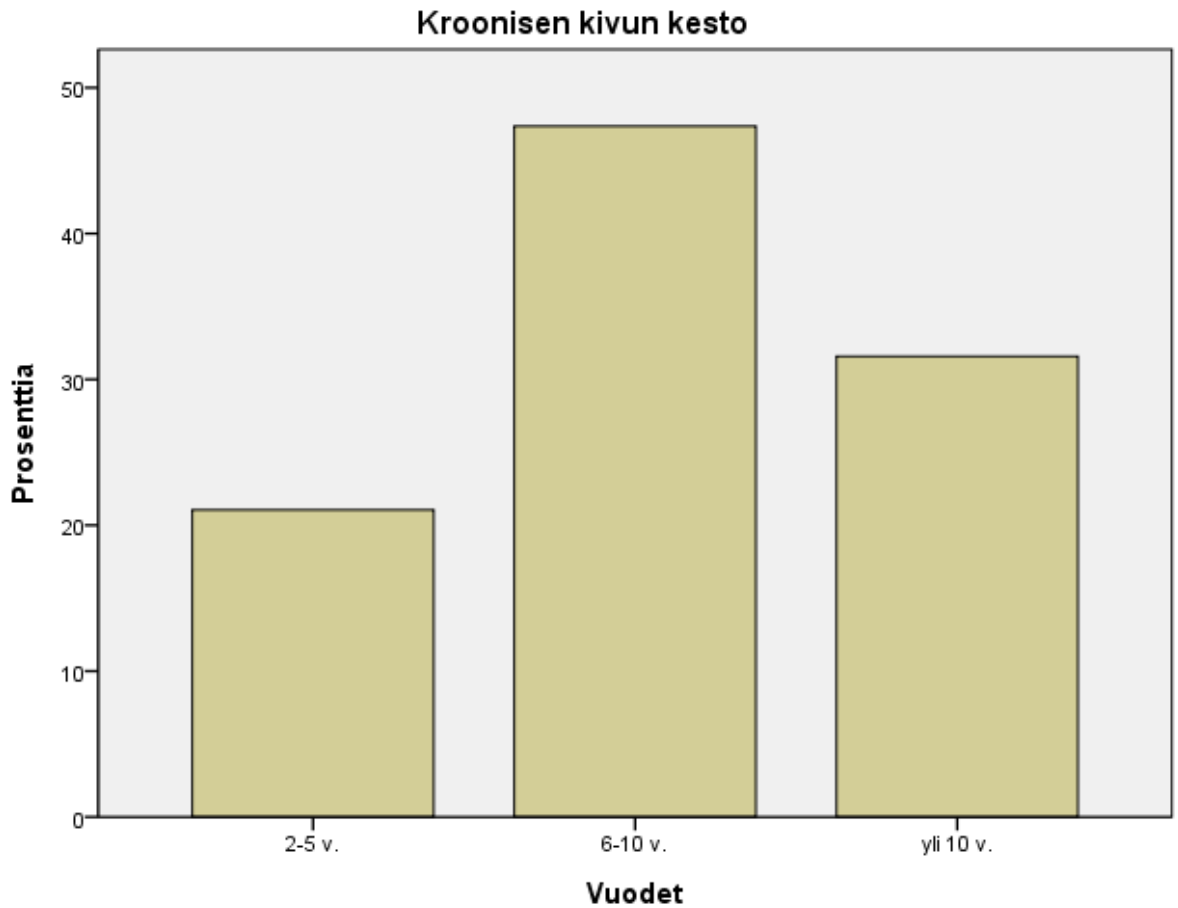
TAULUKKO 2. Kivun sijainti eri ikäluokissa.

		Ikäluokka					Yht.
		20-29 v.	30-39 v.	40-49 v.	50-59 v.	yli 60 v.	
Jaloissa	Vastanneita	1	1	3	3	0	8
Yläselässä	Vastanneita	0	1	3	3	0	7
Keskiselässä	Vastanneita	0	2	2	1	0	5
Alaselässä	Vastanneita	0	1	6	3	0	10
Hartioiden alueella	Vastanneita	1	1	2	2	0	6
Yläraajoissa	Vastanneita	0	1	0	1	0	2
Niskassa	Vastanneita	1	2	5	3	1	12
Pään alueella	Vastanneita	1	2	4	1	1	9
Polvilla	Vastanneita	0	0	2	2	0	4
Yhteensä	Vastanneita	2	4	7	5	1	19

Percentages and totals are based on respondents.

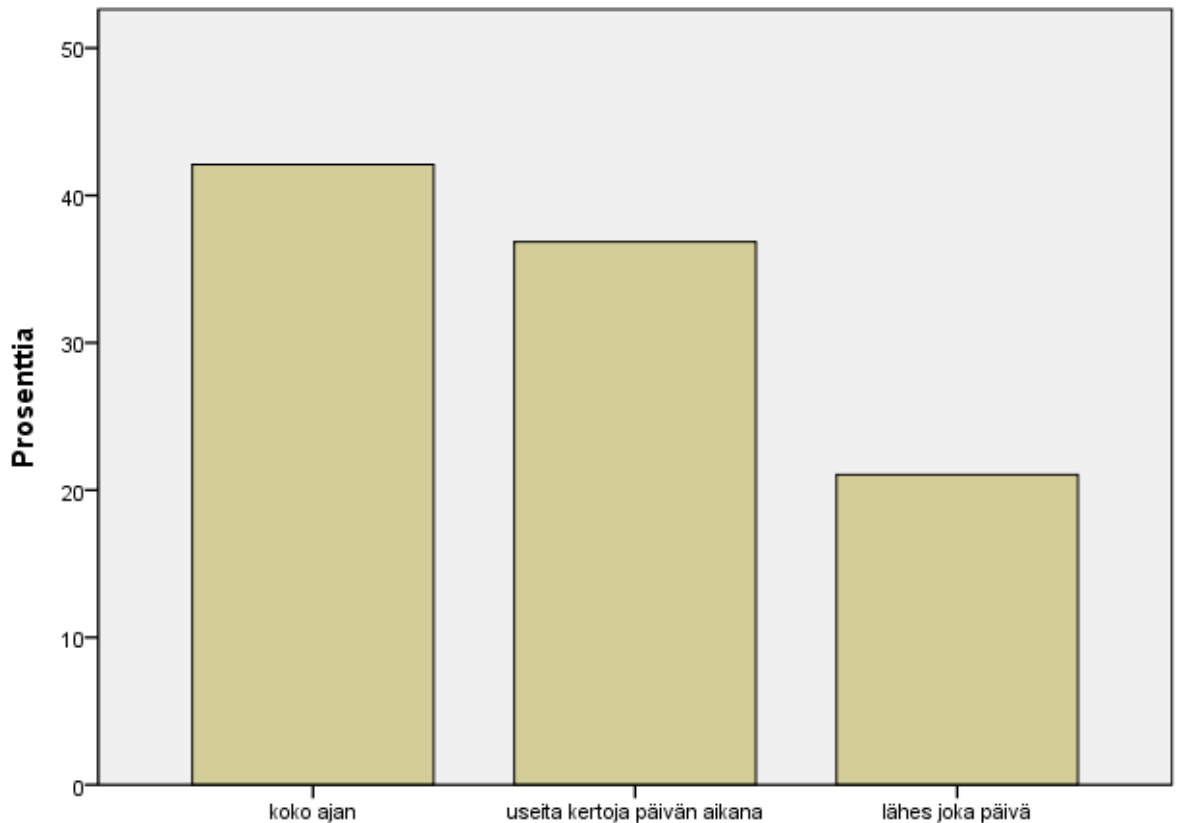
a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Kyselylomakkeessa kivun kestoa ei kysytty tarkasti vuosina vaan vastaaja sai valita tilannettaan kuvaavimman vastausvaihtoehdon vuosiryhmistä. Suurimmalla osalla vastaajista 47,4 % (n=9) krooninen kipu oli kestänyt 6-10 vuotta, toiseksi eniten yli kymmenen vuotta (31,6 %, n=6) ja kolmanneksi eniten 2-5 vuotta (21,1 %, n=4). Kenelläkään vastaajista krooninen kipu ei ollut niin tuore, että kipu olisi kestänyt alle kaksi vuotta. (Kuvio 3).



KUVIO 3. Vastaajien kroonisen kivun keston jakauma.

Vastaajista suurimmalla osalla kipua esiintyi jatkuvasti (42,1 %, n=8). Toiseksi eniten kipuja esiintyi useita kertoja päivän aikana (36,8 %, n=7) mikä antaa olettaa, että kivut pysyivät osan päivästä poissa. Vastaajista 21,1 % (n=4) vastasi kipua esiintyvän lähes joka päivä. Kukaan vastaajista ei kertonut kivun esiintyvän harvemmin kuin muutamia kertoja viikossa tai harvemmin kuin viikoittain. (Kuvio 4).



KUVIO 4. Kivun esiintyminen.

Vastaajista suurin osa koki kivun haitanneen elämää ennen avun hakemista erittäin merkittävästi (47,4 %, n=9), merkittävästi 42,1 % (n=8), melko merkittävästi 5,3 % (n=1) ja 5,3 % (n=1) ei osannut arvioida kivun elämää haittaamista haitan vaikutusta annetulla asteikolla, (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Vastaajien kokemus kivun elämää haittaamisesta ennen avun hakemista

	Vastaajia	Prosenttia vastanneista
En osaa sanoa	1	5,3
Melko merkittävästi	1	5,3
Merkittävästi	8	42,1
Erittäin merkittävästi	9	47,4
Yht.	19	100,0

Suurin osa vastaajista koki kivun haittaavan perhe-elämää erittäin merkittävästi 26,3 % (n=5), merkittävästi (42,1 %, n=8) ja melko merkittävästi 31,6 % (n=6). Kukaan vastaajista ei maininnut kivun haitanneen vähän tai ei ollenkaan. (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Vastaajien kokemus kivun perhe-elämä haittamisesta.

	Vastaajia	Prosenttia vastanneista
Melko merkittävästi	6	31,6
Merkittävästi	8	42,1
Erittäin merkittävästi	5	26,3
Yht.	19	100,0

Vapaa-ajan viettoja kuten harrasteita ja askareita kivun haittasi vastaajista erittäin merkittävästi 68,4 % (n=13), merkittävästi 21,1 % (n=4) ja melko merkittävästi 10,5 % (n=2). (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Vastaajien kokemus kivun vapaa-ajan viettoja haittaamisesta

	Vastaajia	Prosenttia vastanneista
Melko merkittävästi	2	10,5
Merkittävästi	4	21,1
Erittäin merkittävästi	13	68,4
Yht.	19	100,0

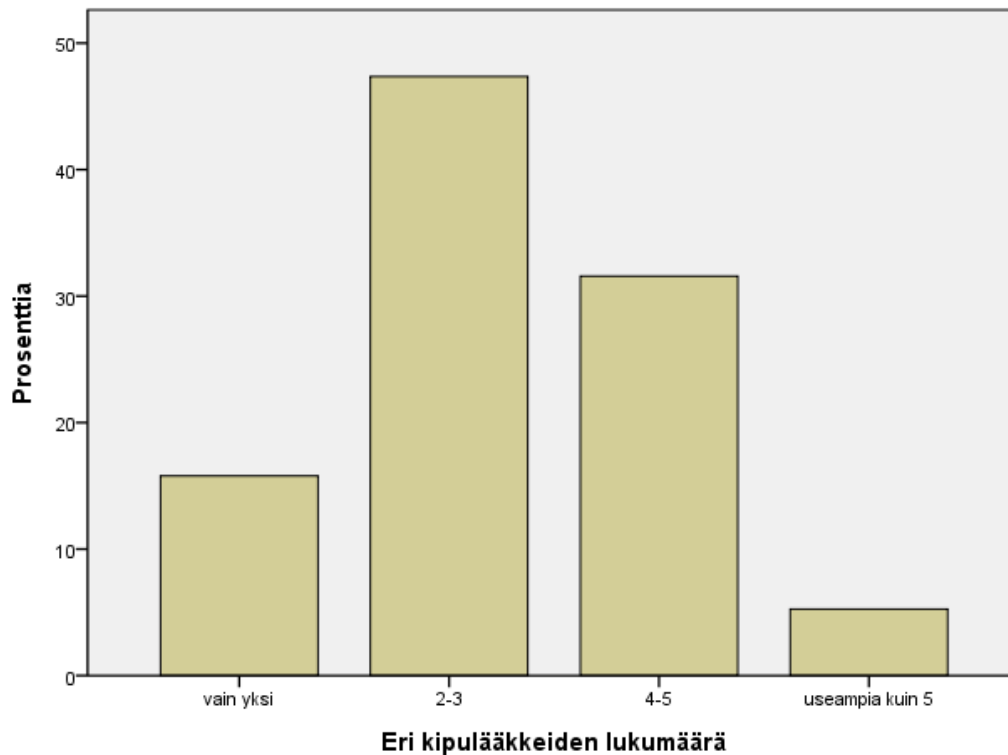
Vastaajista suurin osa vastasi kivun haittaavan työntekoa tai opiskelua erittäin merkittävästi (63,2 %, n=12), merkittävästi 31,6 % (n=6) ja melko merkittävästi 5,3 % (n=1) (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Vastaajien kokemus kivun haitasta työntekoon tai opiskeluun

	Vastaajia	Prosenttia vastanneista
Melko merkitsevästi	1	5,3
Merkitsevästi	6	31,6
Erittäin merkitsevästi	12	63,2
Yht.	19	100,0

6.3 Lääkkeelliset kivunhallintamenetelmät

Vastaajista enemmistöllä (89,5 %, n=17) on käytössään lääkärin määräämiä kipulääkkeitä säännöllisessä käytössä ja vähemmistöllä ei ollut (10,5 %, n=2). Suurin osa vastaajista (47,4 %, n=9) käytti 2-3 erilaista kipulääkettä, toiseksi eniten vastaajista käytti (31,6 %, n=6) 4-5 erilaista kipulääkettä ja vain yhtä kipulääkettä käytti 15,8 % (n=3). Vastaajista vain yksi vastasi käyttävänsä useampaa kuin viittä erilaista kipulääkettä (5,3 %, n=1). (Kuvio 5).



KUVIO 5. Vastaajien käytössä olevien kipulääkkeiden lukumääriä.

Vastaajista 47,4 % (n=9) joutuu ottamaan useammin kuin kerran päivässä tarvittaessa otettavaksi tarkoitettuja kipulääkkeitä, lähes joka päivä 21,1 % (n=4) vastaajista ja harvemmin kuin muutaman kerran viikossa 31,6 % (n=6). (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Tarvittaessa otettavien kipulääkkeiden tarve.

	Vastaajia	Prosenttia vastanneista
Useammin kuin kerran päivässä	9	47,4
Lähes joka päivä	4	21,1
Harvemmin kuin muutaman kerran viikossa	6	31,6
Yhteensä	19	100,0

Vastaajista 15,8 % (n=3) 5,3 % (n=1) koki saavansa lääkkeitä apua erittäin paljon apua, paljon apua koki saavansa 26,3 % (n=5), melko paljon 36,8 % (n=7), melko vähän 15,8 % (n=3), ja erittäin vähän 5,3 % (n=1). Lääkkeiden sivuvaikutukset haittasivat vastaajien elämää erittäin paljon 15,8 % (n=3), paljon 31,6 % (n=6), melko paljon 10,5 % (n=2), 15,8 % (n=3) ei osannut arvioida haittaa, 5,3 % (n=1), melko vähän 15,8 % (n=3), erittäin vähän tai ei ollenkaan 5,3 % (n=1). Hoitotyön ammattilaisilta riittävästi tietoa lääkkeiden käytöstä, vaikutuksista ja sivuvaikutuksista kroonista kipua sairastavat arvioivat saaneensa erittäin paljon 5,3 % (n=1), paljon 31,6 % (n=6), melko paljon 15,8 % (n=3), 26,3 % (n=5) ei osannut arvioida, melko vähän 15,8 % (n=3) ja erittäin vähän 5,3 % (n=1). (Taulukko 8).

TAULUKKO 8. Vastaajien kokemuksia kipulääkkeistä saamastaan avusta, sivuvaikutuksista ja saamastaan informaatiosta (%).

	En ollen- kaan	Erittäin vähän	Melko vähän	En osaa sanoa	Melko paljon	Paljon	Erittäin paljon
Koen saavani apua lääkkeistä	0	5,3	15,8	0	36,8	26,3	15,8
Lääkkeiden sivuvaikutukset haittaavat elämäni	5,3	5,3	15,8	15,8	10,5	31,6	15,8
Olen saanut hoitotyön ammattilaisilta riittävästi tietoa lääkkeiden käytöstä, vaikutuksista ja sivuvaikutuksista	0	5,3	15,8	26,3	15,8	31,6	5,3

Avoimeen kysymykseen lääkkeiden sivuvaikutuksista tuli runsaasti vastauksia ja vain kaksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Vastauksista oli erotettavissa sivuvaikutukset, jotka kohdistuivat 1) hermostoon, 2) ruuansulatuskanavaan ja 3) psyykeeseen. Mittarissa ei kysytty lääkeaineryhmiä mutta osa vastaajista toi ne esille avoimessa vastauksessa.

Ruuansulatuskanavaan kohdistuvat sivuvaikutukset olivat kaikkein yleisimpiä vastaajien keskuudessa, joista yleisimpiä olivat pahoinvointi ja erilaiset vatsaongelmat kivuista ummetukseen

"Vatsaongelmia, vatsa ei tahdo kestää niin suuria määriä lääkkeitä."

"Vatsakipua."

"Ummetusta."

"Huonovointisuus."

"Suolistoverenvuotoa tulehduskipulääkkeistä."

Hermostoon kohdistuvista sivuvaikutuksista yleisimpiä vastaajien keskuudessa olivat väsymys, sekavuus, päänsärky sekä humaltunut olo.

"...päänsärky."

"Tokkuraisuutta, väsymystä, yhdestä lääkkeestä myös unettomuutta."

"...humalan kaltainen olo."

"...tokkuraisuutta, keskittymis- ja tarkkaavaisuushäiriötä."

Psykyeseen kohdistuviksi haitoiksi kuvattiin mm. persoonan muutos, seksuaalitoimintojen häiriöt, muistiongelmia ja aloitekyvyttömyyttä.

"Haluttomuus seksissä..."

"Persoonan muutoksia..."

"Sekava olo, ei ymmärrä, hidas, oma maailma."

"... muistiongelmia lähimuistin kanssa, aloitekyvyttömyyttä."

"SSRI-lääkkeet orgasmin puuttuminen..."

6.4 Ei-lääkkeelliset kivunhallintamenetelmät

Vastaajista useimmat käyttivät samanaikaisesti useampaa kuin yhtä lääkkeetöntä kivunlievitysmenetelmää. Suurin osa vastaajista käytti fysioterapiaa (89,5 %, n=17), toiseksi eniten lämpö- ja kylmähoitoja (78,9 %, n=15), kolmanneksi eniten rentoutus- tai mielikuvaharjoituksia (73,7 %, n=14), neljänneksi eniten akupunktiota (68,4 %, n=13), (n=12), TENS:a 42,1 % (n=8), vyöhyketerapiaa 36,8 % (n=7) ja menetelmistä vähiten meditaatiota (10,5 %, n=2). Lisäksi muita menetelmiä käytti 63,2 % (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Lääkkeettömien menetelmien jakauma vastaajien keskuudessa

	Vastaajien lukumäärä	Prosenttia vastaajista
Lämpö-kylmähoidot	15	78,9%
Vyöhyketerapia	7	36,8%
Akupunktio	13	68,4%
Fysioterapia	17	89,5%
TENS	8	42,1%
Rentoutus- tai mielikuvaharjoitukset	14	73,7%
Meditaatio	2	10,5%
Jokin muu menetelmä	12	63,2%

Vastaajat kertoivat avoimessa vastauskohdassa käyttävänsä mittarissa lueteltujen lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien lisäksi muita fysikaalisiksi luokiteltavia menetelmiä sekä ruokavaliohoitoa. Yksi vastaajista myös mainitsi käyttävänsä kivunlievitykseen ainoastaan stimulaattorihoitoa.

”Hieronta”

”Uinti, asahi-jooga”

”Kundaliinijooga, akupainanta, magnesiumia, kalaöljy.”

”Piikkimatto, vähähiilihydraattinen ruokavalio, lisäravinteet.”

”Ruokavalio.”

”Jooga (astanga ja hatha), hieronta.”

Vastaajilta kysyttiin myös lääkkeettömien hoitomuotojen säännöllisestä käytöstä. Erilaiset fysikaaliset hoidot, rentoutusharjoitteet ja hieronta olivat useimmilla myös säännöllisessä käytössä. Osa kävi erinäisissä hoidossa ja osa vastaajista harjoitti kotona fysikaalisia hoitoja itsenäisesti.

”Rentoutusta melkein päivittäin, vesijuoksua 3x viikossa, fysioterapialiikkeitä teen päivittäin.”

"Hierojalla 2-3 krt kuukaudessa."

"Rentoutus viikottain."

"Jooga, hieronta ja fysioterapia kerran viikossa."

Vastaaajista suurin osa mainitsi avoimessa kysymyksessä saaneensa eniten ei-lääkkeellisistä menetelmistä apua fysikaalisista hoidoista ja muutama myös ravitsemuksesta. Muutama vastaaja mainitsi myös saaneensa eniten apua akupunktiosta ja vyöhyketerapiasta.

"Kylmähoito, rentoutus."

"Hieronnasta, kylmä- ja lämpöhoidoista"

"Dieetti, rentoutus."

"Rentoutumisesta, fysioterapiasta."

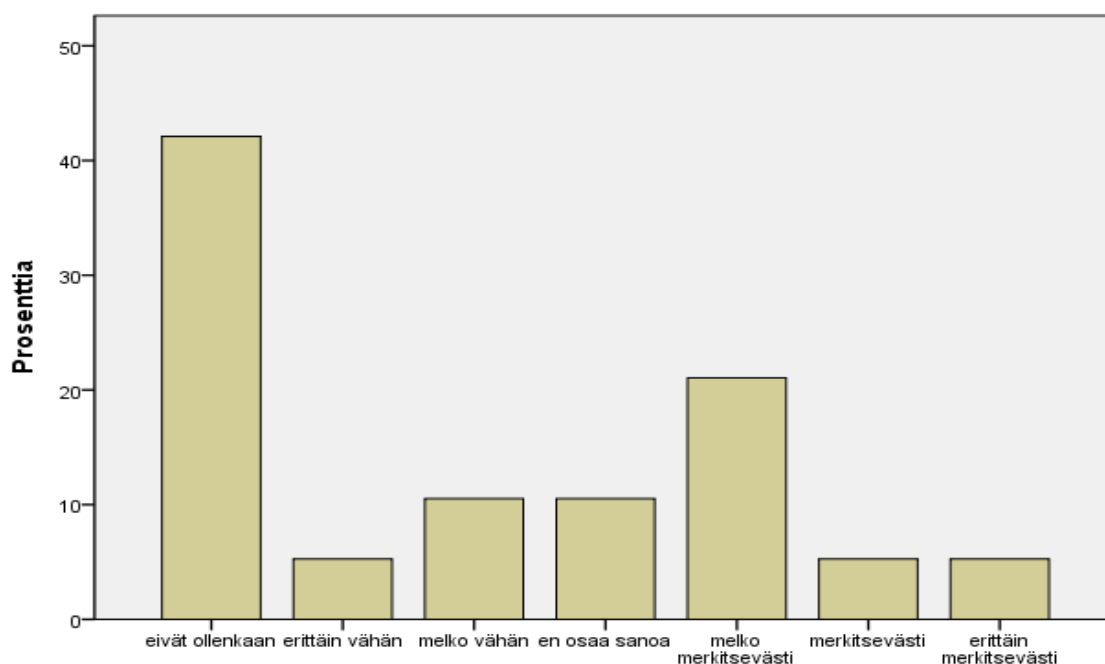
"Akupunktio, oikeanlainen fysioterapia"

Kyselylomakkeessa kysyttiin lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien vaikutuksesta kipulääkkeiden käyttöön. Kipulääkkeiden käyttö oli pysynyt ennallaan 42,1 % (n=8) vastaajista ja toinen 42,1 % (n=8) oli voinut vähentää yhden tai useamman kipulääkkeen annostusta. Vain 15,3 % (n=3) vastaajista pärjää tarvittaessa otettavilla kipulääkkeillä, eikä tarvitse säännöllisesti otettavia kipulääkkeitä. (Taulukko 10).

TAULUKKO 10. Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien vaikutus kipulääkkeiden käyttöön.

	Vastaajia	Prosenttia vastaajista
Olen vähentänyt yhden tai useamman kipulääkkeen annostusta	8	42,1
Olen voinut luopua kokonaan säännöllisesti otettavista kipulääkkeistä ja pärjään tarvittaessa otettavilla	3	15,8
Kipulääkkeiden käyttö on pysynyt ennallaan	8	42,1
Yhteensä	19	100,0

Vastaajista valtaosa koki, että lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät eivät ole ollenkaan vähentäneet kipulääkkeistä aiheutuvia sivuvaikutuksia (42,1 %, n=8), erittäin vähän 5,3 % (n=1), melko vähän tai ei osannut arvioida 10,5 % (n=2), melko merkittävää sivuvaikutusten vähentymistä koki 21,1 % (n=4), merkitsevää tai erittäin merkitsevää 5,3 % (n=1). (Kuvio 6).



KUVIO 6. Vastaajien kokemus lääkkeettömien menetelmien vaikutuksesta kipulääkkeiden sivuvaikutusten vähenemiseen.

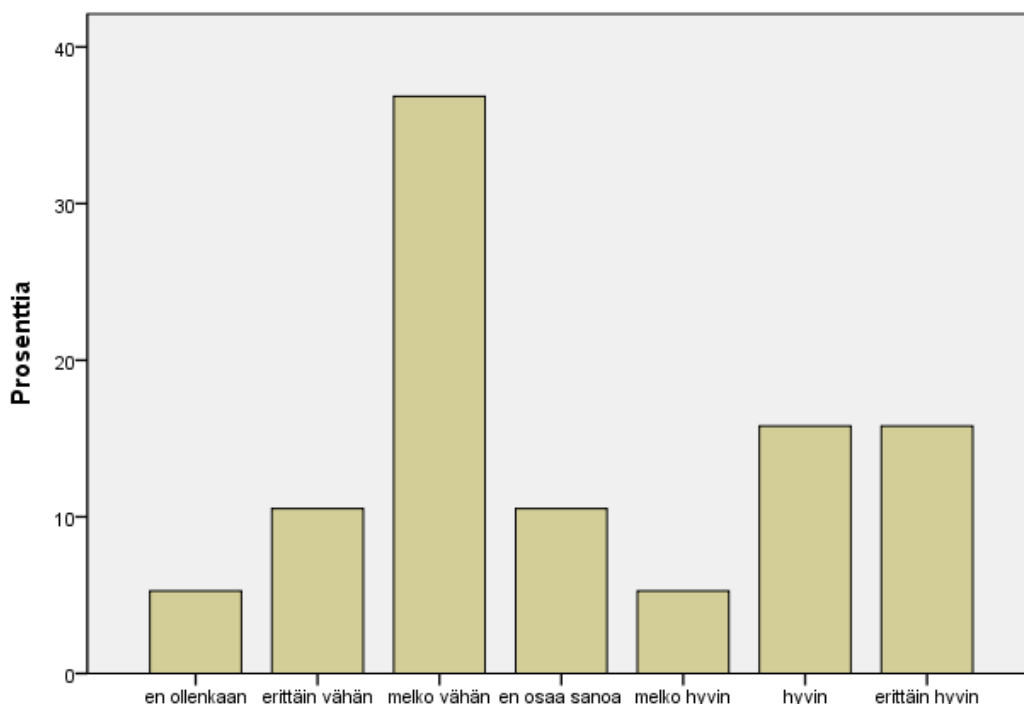
6.5 Hoitotyön ammattilaisten antama ohjaus, tuki ja tiedonantaminen

Vastaajista valtaosa (42,1 %) koki, että hoitotyön ammattilaiset ottivat heidät melko huonosti yksilöllisesti huomioon, hyvin 26,3 % ja melko hyvin 21,1 %. Erittäin huonosti yksilöllisesti huomioonottamisen koki yksi vastaajista (5,3 %) ja erittäin hyvin yksi vastaajista (5,3 %). Hoitotyön ammattilaisten tuen kroonisessa kivussa melko huonoksi koki 31,6 % vastaajista, melko hyväksi 26,3 % ja hyväksi 15,8 %. Kroonista kipua sairastavista valtaosa (26,3 %) koki, ettei heidän läheisiään oltu otettu huomioon kivunhoidossa ollenkaan tai erittäin huonosti. Vastaajista yksi (5,3 %) koki, että läheiset oli otettu huomioon erittäin hyvin. Hoitotyön ammattilaiset olivat vastaajien kokemuksen mukaan kertoneet vertaistukiryhmistä ja potilasjärjestöistä erittäin huonosti (21,1 %) tai ei ollenkaan (21,1 %). Melko huonosti tai melko hyvin tietoa koki saaneensa 15,8 % ja erittäin hyvin 15,8 % vastaajista. (Taulukko 11).

TAULUKKO 11. Vastaajien kokemus hoitotyön ammattilaisten antamasta ohjauksesta, tuesta ja tiedonantamisesta (%).

%	Ei ollenkaan	Erittäin huonosti	Melko huonosti	En osaa sanoa	Melko hyvin	Hyvin	Erittäin hyvin
Hoitotyön ammattilaiset ovat ottaneet minut yksilöllisesti huomioon	0	5,3	42,1	0	21,1	26,3	5,3
Hoitotyön ammattilaiset ovat tukeneet minua	0	10,5	31,6	10,5	26,3	15,8	5,3
Hoitotyön ammattilaiset ovat ottaneet läheiseni huomioon kivunhoidossa	26,3	26,3	10,5	21,1	10,5	0	5,3
Hoitotyön ammattilaiset ovat kertoneet vertaistukiryhmistä ja potilasjärjestöistä	21,1	21,1	15,8	0	15,8	10,5	15,8

Vastaajista suurin osa (36,8 %) koki saaneensa melko vähän tietoa ja ohjausta hoitotyön ammattilaisilta ei-lääkkeellisistä menetelmistä. Erittäin hyvin tai hyvin koki saaneensa 15,8 % vastaajista ja erittäin vähän 10,5 %. Yksi vastaajista koki, ettei ollut saanut ollenkaan tietoa tai ohjausta näistä menetelmistä (5,3 %). (Kuvio 7).



KUVIO 7. Vastaajien kokemus saamastaan tiedosta ja ohjauksesta ei-lääkkeellisistä menetelmistä.

Kyselylomakkeen viimeinen avoin kysymys, jossa kysyttiin kroonista kipua sairastavien kokemuksia hoitotyön ammattilaisilta saamastaan tuesta, tuotti runsaasti vastauksia. Osassa vastauksissa oli kommentoitu myös kokemuksia lääkäreiden kohtaamisesta. Vastauksista oli eroteltavissa selkeästi kolme erilaista yläkategoriaa. Koettu tuki koettiin 1) hyvänä 2) vaihtelevana 3) riittämättömänä. Vastaajista yksi ilmaisi tulleen vähätellyksi.

”Huonoa sellaista, en ole saanut tietoa.”

”En ole juuri saanut tukea...”

”Yleisesti kuitenkin hyvänä...”

”Erinomaisena!”

”Vaihtelevana...”

”Ihan vaihtelee tyypistä, ehkä keskimäärin se on aika heikkoa...”

”...minua syytettiin luulosairaaksi ja valehtelijaksi, kun kipujen syytä ei heti löydetty.”

"Kaukana ainakin minun todellisesta tarpeestani..."

"Aika heikkoa se on ollut ja joka asian eteen on pitänyt taistella."

"He ovat auttaneet osaltaan suht hyvin..."

Tilastollisesti merkitsevä korrelaatio oli sen välillä, miten vastaajat kokivat hoitotyön ammattilaisten ottavan heidät yksilöllisesti huomioon ja miten hoitotyön ammattilaisilta saatu tuki koettiin (Spearmanin korrelaatio 0.900, $p=0.00$). Merkitsevä korrelaatio oli myös saadun tuen kokemisen ja ohjauksen sekä tiedonsaannin kokemisella (Spearmanin korrelaatio 0,491, $p=0.03$). (Taulukko 12)

TAULUKKO 12. Korrelaatiot koetun tuen, yksilöllisen huomioonottaminen sekä lääkehoidon ohjauksen välillä.

			Tiedon- ja ohjauksen saanti hoitotyön ammattilaisilta	Hoitotyön ammattilaisilta saadun tuen kokeminen	Hoitotyön ammattilaisten yksilöllinen huomioonottaminen
Spearmanin korrelaatio	Tiedon- ja ohjauksen saanti ammattilaisilta	Correlation Coefficient	1,000	,491*	,315
		Sig. (2-tailed)	.	,033	,188
		N	19	19	19
Hoitotyön ammattilaisilta saadun tuen kokeminen	Hoitotyön ammattilaisilta saadun tuen kokeminen	Correlation Coefficient	,491*	1,000	,900**
		Sig. (2-tailed)	,033	.	,000
		N	19	19	19
Hoitotyön ammattilaisten yksilöllinen huomioonottaminen	Hoitotyön ammattilaisten yksilöllinen huomioonottaminen	Correlation Coefficient	,315	,900**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,188	,000	.
		N	19	19	19

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tulosten tarkastelua

Tavoite vastaajien lukumäärän suhteen tavoitettiin tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön suunnitelmassa esitettyyn 10-20 vastaajan lukumäärään verraten tavoite toteutui 95 %. Vastaajien runsas lukumäärä kertoo siitä, että kroonista kipua sairastavat mielellään tuovat esille omat kokemuksensa tässä opinnäytteessä tutkituista asioista, haluavat auttaa osaltaan kivunhoidon kehittämisessä sekä kokevat nämä asiat tärkeiksi elämässään. Lisäksi korkea vastausmäärä kertoo siitä, että kroonisen kivun hoidossa on edelleen kehitettävää.

Aiemmissä tutkimuksissa sukupuolijakauma on myös näyttänyt olevan enemmän nais- kuin miesvoittoinen kroonista kipua sairastavien keskuudessa. Elorannan (2002) tutkimukseen osallistuneista oli 71,4 % naisia ja miehiä 28,6 %, Wallen (1999) pro graduun osallistuneista 66,7 % naisia ja miehiä oli 33,3 % sekä Junnilan (1981) tutkimuksessa kokonaisotannasta naisia oli 63,5 % ja miehiä 36,5 %. Tämän opinnäytetyön ja heidän tutkimusten myötä näyttää siltä, että krooninen kipu on yleisempää naisten keskuudessa. Ikävuosien 40–49 luokka oli tässä opinnäytetyössä edustetuin, joka on yhtenevä myös aiempien tutkimusten kanssa.

Useimmilla vastaajista krooninen kipu oli kestänyt 6-10 vuotta ja toiseksi eniten yli 10 vuotta. Tämä antaa ymmärtää, että krooninen kipu on tila, joka on potilaan elämässä pitkään mukana, eikä ole jossakin vaiheessa odotetusti paraneva tila. Lisäksi kipua esiintyi koko ajan tai useita kertoja päivän aika vastanneista. Tässä opinnäytteessä ei kysytty potilailta kivun voimakkuudesta mutta aiempien tutkimusten mukaan kivun voimakkuudeksi on arvioitu asteikolla 1-10 keskimäärin 5-8 (Eloranta 2002). Krooninen kipu on siis ilmiö, joka on vahvasti mukana potilaan jokapäiväisessä elämässä.

Nousiaisen (2008) tutkimuksessa vastaajista 64 % ilmoitti kipua esiintyvän selässä ja 66 % alaraajoissa joskin yläraajoissa vastaajista 32 % ilmoitti

esiintyvän kipua. Tutkimuksen kokonaisotanta oli 103 vastaajaa. Tulokset ovat yhteneväisiä tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. Tässä opinnäytetyössä ei tarkasteltu eriteltyinä eri sairauksia, jotka aiheuttavat kroonista kipua mutta tulokset voivat antaa viitettä tiettyihin sairausryhmiin, kuten tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin.

Kivulla oli merkitsevä haittavaikutus vastausten perusteella kroonista kipua sairastavien perhe-elämään, vapaa-ajan viettoon, työntekoon tai opiskeluun. Lisäksi kipu oli haitannut heidän elämäänsä erittäin merkitsevästi suurimmalla osalla vastanneista. Tämä kertoo siitä, että krooninen kipu on tila, joka on moniulotteinen, eikä rajoitu vain yksilön elämään, vaan myös hänen läheisiinsä sekä muodostaa elämään monia rajoituksia. Tulokset ovat yhteneväisiä teoriaosuudessa esitettyjen näitä koskevien tietojen kanssa. Lisäksi Walle (1999) ja Eloranta (2002) ovat haastattelututkimuksissaan saaneet samankaltaisia tuloksia kivun ulottuvuuksista kroonista kipua sairastavien elämässä. Tällä on merkitystä hoitotyön kannalta sen ymmärtämisessä, että kipu erityisesti kroonisen kivun kohdalla ei ole vain yksittäinen oire vaan pitää sisällään kaikki nämä asiat, joita tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu. Tämän ymmärtäminen luo pohjan potilaslähtöiselle hoitotyölle, jolloin myös kroonista kipua sairastavan kipukäyttäytymisen ymmärtäminen helpottuu.

Potilaille oli useita lääkkeitä käytössään, joka hoitotyön kannalta korostaa lääkehoidon osaamista. Useimmat kokivat lääkkeiden sivuvaikutusten haittaavan elämää paljon tai melko vähän ja useimmilla oli käytössä joko 2-3 tai jopa 4-5 erilaista lääkettä käytössään. Tämä voi toisaalta kertoa myös siitä, onko lääkehoitoa seurattu tarpeeksi ja kokeiltu riittävästi erilaisia yhdistelmiä. Avoimissa kysymyksissä tuli muutamien kohdalla esille, että he olivat joutuneet lopettamaan osan lääkkeistä sivuvaikutusten vuoksi. Sivuvaikutukset olivat yhteneväisiä myös aiemmissa tutkimuksissa esille tulleiden potilaiden kokemusten kanssa (Walle 1999, 32–33.). Potilaat kokivat hoitotyön ammattilaisten antaman ohjauksen lääkehoidosta yleisesti ottaen huonoksi. Aiempaan tutkittuun tietoon verraten tulos on samansuuntainen. Vaikka tässä opinnäytetyössä ei keskitytty erityisemmin mihinkään tiettyyn lääkeryhmään, on tulokset osin verrattavissa Hakalan (2003) tutkimukseen. Hänen tekemän kyselyn mukaan hoitajien tiedot opioideista olivat huonot, kivun voimakkuuden

arviointi vähäistä ja epäselvyyttä ilmeni vastuun jaosta hoitajien ja lääkärien kesken. Kyselyyn osallistui 200 hoitajaa, joista 137 oli sairaanhoitajia ja vastausprosentti oli 75 %. Enemmistöllä vastaajista (38 %) oli työkokemusta yli 20 vuotta. Tiedot kipulääkkeistä olivat osin puutteellisia opioidien kohdalla. 87 % vastaajista ajatteli, että potilaan tarvitsemien opioidiannosten jatkuva suureneminen ja vieroitusoireet olivat merkki kehittyneestä riippuvuudesta. Opioidien kattovaikutuksen puuttumisesta tiesi 52 %:a vastanneista. Lihakseen pistettävän opioidiannoksen vaikutusajan arvioi virheellisesti 46 %:a vastanneista. Vastaajista 56 % antaisi potilaille plaseboa, mikäli he epäilisivät, ettei kivulle ole fyysistä syytä ja kipu on heidän mielestään teeskenneltyä. 22 % antaisi plaseboa, jos heidän mielestään potilas vaatii kipulääkettä enemmän kuin heidän mielestään on tarpeen. (Hakala 2004, 23–26.)

Tämän suuntaiset tulokset antavat ymmärtää, että esimerkiksi hoitotyön koulutuksessa tulisi entisestään panostaa lääkehoidon osaamiseen ja farmakologian opetukseen. Työelämässä lääkehoidon tietotasosta tulisi huolehtia toimipaikkakohtaisesti esimerkiksi lisäkoulutusten muodossa. Hoitotyön ammattilaisilla on myös vastuu omasta ammattiosaamisestaan, sen ylläpitämisestä ja tarvittaessa täydentämisestä.

Potilaat myös käyttivät erilaisia ei-lääkkeellisiä menetelmiä kivunhoidossa lääkehoidon ohella. Huomattavaa on, että akupunktiosta ja vyöhyketerapiasta olivat monet saaneet apua. Junnilan (1981) tutkimuksessa saatiin tulokseksi, että akupunktiolla on hyvä teho kivunlievityksessä niska- ja hartiakipujen sekä selkäkipujen kohdalla. Ei-lääkkeellisistä menetelmistä saatu ohjaus koettiin vastaajien keskuudessa huonoksi. Tämä antaa ymmärtää, että hoitotyössä keskitytään mahdollisesti liikaa lääketieteen tarjoamiin lääkkeellisiin menetelmiin ja unohdetaan herkästi kokonaisuus potilaan hoidossa. Kroonista kipua sairastavien kokemukset ovat hoitotyössä kuitenkin ne, joita tulisi kuunnella, jotta hoitotyön näkökulma olisi potilaan voimavaroja vapauttavaa. Hoitotyössä on siis vielä kehitettävää avoimempaan suuntaan myös ei-lääkkeellisten menetelmien ohjauksessa. On kuitenkin huomattava, että potilaan yksilöllisyys tulee huomioida. Kaikki eivät välttämättä halua kokeilla ei-lääkkeellisiä menetelmiä ollenkaan ja niistäkin vain yleisimmin käytössä olevia ja menetelmiä, joiden tehosta on saatu puoltavia tutkimustuloksia.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteen etiikassa hyvän tutkimuksen määrittävät tutkimustyön sisäiset normit. Kyseisiä perusnormeja ovat mm. universalismi I. tietoväitteiden perusteleminen epäpersoonallisilla kriteereillä, kommunismi I. tieteellisen tiedon julkisuus, puolueettomuus I. tiede ilman henkilökohtaista voiton intressiä sekä organisoitu skeptisismi I. järjestelmällinen kriittisen menetelmän hyväksikäyttö. (Haaparanta & Niiniluoto 1998, 86.) Hyvin tehdyssä tutkimuksessa luotettavuus, eettinen hyväksyttävyys ja uskottavuus edellyttävät tutkimuksen tekemistä hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen siten, että tutkimuskohteen moraalinen asema ja oikeudet on otettu huomioon. Erityisesti ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa tämä tarkoittaa ihmisarvon loukkaamattomuutta, tutkittavan suostumusta sekä tutkittavalle aiheutuvien riskien ja haittojen vertausta tutkimuksesta odotettavissa olevaan hyötyyn. (Launis 2007, 28.)

Lisäksi hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija noudattaa yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn saavutukset kunnioittaen heidän työtään. Työn tulee olla toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004.)

Tämän opinnäytetyön kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Suomen Kipu ry:n yhteyshenkilöille jaettiin etukäteen opinnäytetyön suunnitelma, kyselylomake ja lomakkeen saatekirje tutkimukseen osallistujille. Saatekirjeessä oli tietoa tutkimuksesta, vastausohjeita sekä tieto vastausten luottamuksellisesta käsittelystä. Yhdistyksen internet-sivuilla olevassa ilmoituksessa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ja kerrottiin kyselylomakkeiden käsittelyn olevan luottamuksellista ja vastaamisen anonymia. Täten tutkimukseen osallistuvien ihmisoikeudet toteutuivat. Itse aiheen valintaa eettisestä näkökulmasta puoltaa osaltaan laki potilaan oikeuksista ja asemasta, jossa määritellään potilaan yhdeksi oikeudeksi oikeus hyvään hoitoon, jossa hänen yksilölliset tarpeensa otetaan huomioon eikä ihmisarvoa loukata (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 3§.) Kivunhoito on osa hyvää hoitoa, joten tämän toteutuminen ja potilaiden

kokemusten tarkastelu on eettisesti aiheellista. Kyselylomakkeista muodostunut aineisto säilytettiin koko opinnäytetyön ajan huolellisesti ja tuhotaan vasta opinnäytetyön lopullisen arvioinnin jälkeen. Opinnäytetyö tulee julkiseksi Theseus-verkkoon ja lisäksi Suomen Kipu ry:n Kipupuomi-lehdessä julkaistaan artikkeli tämän työn tuloksista.

Keskeinen osa tutkimusta on luotettavuuden arviointi, jolloin keskeisiksi käsitteiksi nousevat realibiliteetti ja validiteetti. (Saara-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Realibiliteetti tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta, tarkkuutta ja pysyvyyttä. Jotta tutkimusta voi pitää luotettavana, tulee tutkimuksen tekijän toimia huolellisesti ja asiantuntevasti ja lisäksi tutkimusasetelman tulee olla tarkoitukseen sopiva. Mittauksen realibiliteettia voivat heikentää vastaajien motivaatio, kysymysten väärinymmärtäminen, vastausten virheellinen kirjaaminen ja tutkittavien muistin puutteellisuus. Validiteetti taas tarkoittaa pätevyyttä eli mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on suunniteltu mittaavan. (Taanila 2011, 4,25.)

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä pyrin huolellisuuteen ja tarkkuuteen aineiston syöttämisessä SPSS-ohjelmaan ja tarkistin syötetyt tiedot kahteen kertaan. Lisäksi tulokset tarkistin aina toisen kerran, jotta virheitä ei pääsisi tapahtumaan. Likert-asteikollisten kysymyssarjojen realibiliteetin arvioinnissa käytin Cronbachin alfaa, joka on yleisin realibiliteetin arviointitapa. Yleensä alfan arvoa, joka on 0,7 tai yli pidetään hyvänä. Menetelmän ongelmana on vain realibiliteetin aliarviointi sekä ristiriita reaali maailman ilmiöiden moniulotteisuuden kanssa. Menetelmälle parempi vaihtoehto olisi Tarkkosen rho, jota ei ollut mahdollista käyttää annetuilla resursseilla. (Vehkalahti 2007, 2-7.) Kysymysten 6–9 Cronbachin alfa oli 0.662, kysymysten 13–15 -0.079, kysymysten 22–23 0.655 ja kysymysten 25–28 0.834. Tästä on pääteltävissä, että kysymysten 13–15 kohdalla olisi ollut hyvä miettiä uudelleen muotoilua ja tämä olisi edellyttänyt kysymyslomakkeen esitestausta, jota ei ajanpuutteen vuoksi voitu toteuttaa. Tämä luonnollisesti heikentää tässä opinnäytetyössä käytetyn mittarin realibiliteettia.

7.3 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli vaativa prosessi, jota saneli tiukka aikataulu. Alkuperäinen idea tähän opinnäytetyöhön hahmottui jo vuonna 2009 mutta asia jäi hautumaan opintojen väli vuoden vuoksi. Varsinainen työ alkoi uudestaan syksyllä 2010, jolloin alkuun oli hankaluuksia yhteydenpidossa työelämän tahon kanssa. Lisäksi alkuperäinen idea, joka oli tarkastella akupunktiota kroonisen kivun hoidossa, laajeni myös muihin ei-lääkkeellisiin ja lääkkeellisiin menetelmiin. Lopulta opinnäytetyön aihepiiri käsitti kroonisen kivun laajempaan ilmiönä tarkastellen potilaiden kokemuksia yleisellä tasolla kivunhoidon erilaisista menetelmistä ja toisaalta kroonisen kivun vaikutuksista elämään.

Työn tekemisessä opin tilastollisen tutkimuksen tekemisestä monia asioita. Tämän laajuisen opinnäytetyön, kvantitatiivisiin menetelmiin saadun melko vähäisen opetuksen perusteella laajempi ja syvällisempi tilastollinen analyysi luontaisesti jäi vähäisemmälle. Toisaalta kerätty aineistokaan ei keskittynyt erityisesti vain yhden tai kahden tietyn ilmiön tarkasteluun kroonisen kivun viitekehysessä. Täten oli perusteltuakin jättää tilastollinen analyysi melko kuvailevalle tasolle. Monen analyysimenetelmän syvällisempi ymmärtäminen jäi itseopiskelun varaan tätä työtä tehtäessä.

Aineistoa on löytynyt hyvin koko työn prosessin ajan ja jos aikataulu olisi ollut paremmin suunniteltu, olisi tämän työn teoreettisesta tarkastelusta tullut laadukkaampi. Haasteellista oli löytää päteviä tutkimuksia Suomesta, sillä kivuntutkimusta on tehty myös paljon Englannissa. Näiden tutkimusten saaminen kuitenkin olisi ollut maksullista, johon tutkijan oma henkilökohtainen budjetti ei venynyt. Erityisesti tiettyjen sairaustilojen näkökulmasta kivun ja kroonisen kivun tarkastelusta on paljonkin tehty tutkimuksia, kun taas kroonista kipua yleisempänä ilmiönä käsitteleviä tutkimuksia ei erityisen montaa löytynyt luettavaksi saakka. Työn tekeminen yksin oli alusta alkaen mielekäs vaihtoehto ja tämä ratkaisu myös kehittänyt itseuria, organisointikykyä sekä luontaisesti tutkimuksen tekemisen perusteita. Työ on olemassa olevien resurssien puitteissa onnistunut melko hyvin, josta aikaa enemmän käyttämällä olisi tullut mahdollisesti vieläkin syvällisempi ja laadukkaampi.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Kroonisesta kivusta ja sen hoidosta on tehty erilaisia tutkimuksia joko kroonisen kivun etiologian näkökulmasta tai esimerkiksi kipuklinikoiden asiakkaita otantana käyttäen. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, millaiset ovat sairaanhoitajan valmiudet kohdata, tukea, ohjata ja auttaa kroonista kipua sairastava terveydenhuollon eri yksiköissä. Toisekseen voisi selvittää millaisia hoitotyön keinoja kroonisen kivun hoitotyössä käytetään eri terveydenhuollon yksiköissä.

Lisäksi olisi mielekästä lähteä tutkimaan valtakunnallisesti, ovatko ammattikorkeakoulujen nykyiset opinto-ohjelmat sisällöltään riittävät perustaksi kroonista kipua sairastavan hoitotyölle.

LÄHTEET

- Airaksinen, O. 2003. Fysikaaliset hoidot. Teoksessa Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatría. Helsinki. Duodecim.
- Alphen, J. V. & Aris, A. 1995. Oriental medicine. Serindia publications. London.
- Arstila, A., Björkqvist, S-E., Hänninen, O. & Nienstedt, W. 2002. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 12.-14. painos. Helsinki. WSOY
- Barret, S. 2004. Reflexology: a close look. Luettu 20.4.2011. Saatavissa <http://www.quackwatch.org/01QuackeryRelatedTopics/reflex.html>
- Bell, R. 2009. Food and pain. Kipuviesti 1/2009, 18–20.
- Cascoigne, S. 2001. Kiinalainen tie terveyteen. Jyväskylä. Gummerus
- Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo. Edita Publishing Oy.
- Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto. Lääketieteenlaitos. Pro gradu.
- Erätuuli M, Leino J & Yliluoma P. 1994. Kvantitatiiviset analyysit ihmistieteissä. Helsinki. Kirjayhtymä.
- Fri, P. 2010. Kipu ja uni. Teoksessa Kroonisen kivun ensitieto-opas, Suomen Kipu ry (toim.) Espoo. Painotalo Redfina Oy.
- Granström, V. 2009. Kipu, unettomuus ja masennus. Teoksessa Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki. Duodecim.
- Haanpää, M. & Vuorinen, E. 2006. Neuropaattinen kipu ja sen hoito. Teoksessa Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., Takkunen, O. & Rosenberg, P. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 2. painos. Helsinki. Duodecim.
- Hagelberg, N. 2006. Uutta neuropaattisen kivun lääkehoidosta. Kipuviesti 2/2006, 43–44.
- Hagelberg, N. Kauppila, M., Närhi, M. & Salanterä, S. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki. WSOY.
- Hakala, P. Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivuhoidosta. Kipuviesti 2/2004, 22–26.
- Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2007. Ihmisen fysiologia. 1.-3. painos Helsinki. WSOY
- Heiskanen, T. & Karjalainen, H. 2006. Nosiseptiivinen kipu ja sen hoito. Teoksessa Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., Takkunen, O. & Rosenberg, P. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 2. painos. Helsinki. Duodecim.

Hietanen, I. & Rissanen, L. 1996. Terveysthuollon tavoitteet ja hoitotyö. Teoksessa Tähtiä, R. (toim.) Hoitotyön auttamismenetelmät. Helsinki. WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Jyväskylä. Gummerus.

Hyväri, M., Käräoja, P. & Vaitiniemi, A. 2004. Potilaslähtöinen hoitosuhdetyöskentely. Mielenterveyshoitotyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Luettu 1.4.2011. Saatavissa <http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/potilaslahtoinen.htm>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001 Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY.

Janhonen, S. 1999. Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhannelle. Oulun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Oulu. Uniprint.

Junnila, S. 1981. Akupunktuuri kivunhoitomenetelmänä terveyskeskuksessa. Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. AL:15

Kalso, E. & Vainio, A. 2006. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa Joensuu et al (toim.) Syöpätaudit. Duodecim.

Kauppila, M., Kiuru, M., Koukkula, R., Nikula, S., Onkinen, K., Ratinen, P. & Rintala-Salminen, T. 2008. Kivun hoidon ja hoitotyön kehittäminen kiinnostaa. Kipuviesti 2/2008, 32–33.

Kinnunen, A. 2010. Sairaanhoidaja kohtaa kroonisen kipupotilaan ja hänen läheisensä. Teoksessa Kroonisen kivun ensitieto-opas, Suomen Kipu ry (toim.) Espoo. Painotalo Redfina Oy.

Koivusalo, A-M. 2006. Kipusairaanhoitajina työskentelevien sairaanhoitajien toimenkuva. Kipuviesti 2/2006, 33–36.

Kouri, J-P & Salminen, J. 2009. Kipu. Teoksessa Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 2009. Helsinki. Duodecim.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-11.

Laaksonen, K & Voutilainen, P. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Lahtinen, T. & Lankinen, A. 2009. Potilaslähtöisyys HUS-alueen teho-osastoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Metropolia. Opinnäytetyö.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. L 17.8.1992/785. Luettu 21.4.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/>

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Launis, V. 2007. Tutkimuksen eettinen ennakoarviointi – mitä se on ?
Tieteessä tapahtuu 1/2007, 28-33.

Liimatainen, E. 1995. Kivuttomuuden turvaaminen ja kivun hoito. Teoksessa
Tähkiä, R. (toim.) Hoitotyön auttamismenetelmät. Helsinki. WSOY.

Nousiainen, H. 2008. Pitkäaikaisesta ei-malignista kivusta kärsivän aikuisen
voimavarat. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 1.-
2.painos. Vammala: Tammi.

Pöntinen, P.1983. Akupunktuuri lääketieteellisenä hoitomuotona.
Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo. Tampere. Kirjapaino R.K. Virtanen.

Saara-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV –
Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere:
Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 19.4.2011. Saatavissa
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Saarinen, R. 2009. Kipu ja perhe. Kipuviesti 1/2009, 21–23.

Salanterä, S. 2005. Kivun hoitotyön kirjaaminen on haasteiden edessä.
Kipuviesti 1/2005, 36–37.

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

Taanila, A. 2011. Määrällisen aineiston kerääminen. Verkko-oppimateriaali.
Luettu 19.4.2011. Saatavissa
<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen
loukkausten käsitteleminen. Julkaistu 7.12.2001. Tarkistettu 14.4.2004. Luettu
8.4.2011 Saatavissa
<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>

Vainio, A. 2003. Kipu. Jyväskylä. Duodecim. Suomen apteekkariliitto.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä. Gummerus.

Vehkalahti, K. 2007. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki. Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä. Gummerus.

Vuento-Lammi, M-L. 2010. Kivun lääkkeettömät hoitomuodot. Teoksessa
Kroonisen kivun ensitieto-opas, Suomen Kipu ry (toim.) Espoo. Painotalo
Redfin.

Walle, P. 1999. Kipupoklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta.
Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutus. Pro
gradu.

LIITE 1. Saatekirje vastaajalle

SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

21.2.2011

Arvoisa kyselyyn vastaaja,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Tampereen ammattikorkeakoulusta ja opinnäytetyöni aihe on kroonista kipua sairastavan kokemukset elämästä kivun kanssa, hoitotyön ammattilaisten antamasta ohjauksesta sekä lääkkeellisistä ja ei-lääkkeellisistä kivunhoidon menetelmistä. Työni tarkoituksena on tuoda esille kroonista kipua sairastavan kokemuksia näistä asioista edelleen hoitotyön ja erityisesti kivunhoitotyön kehittämisen tueksi. Työni toteutetaan yhteistyössä Suomen Kipu ry:n kanssa.

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kaikki kroonista kipua sairastavat, jotka ovat kokeilleet yhtä tai useampaa ei-lääkkeellistä kivunhoitomenetelmää, kuten akupunktiota, kylmä- ja lämpöhoitoja, vyöhyketerapiaa tai erilaisia rentoutusmenetelmiä. Tutkimus toteutetaan ohessa olevan kyselylomakkeen avulla, joka sisältää monivalintakysymyksiä sekä muutamia avoimia kysymyksiä. Vastausaikaa on maaliskuun 2011 loppuun asti. Myöhemmin tutkimustulosten analysoinnin jälkeen ja lopullisen raportin valmistuttua tarkoituksena on julkaista mahdollisuuksien mukaan Kipupuomi – lehdessä lyhyt artikkeli työni tuloksista. Työni on arvioitu valmistuvan kevään 2011 aikana.

Kyselylomakkeisiin vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja niiden käsittely tapahtuu täysin luottamuksellisesti. Ohessa kyselylomakkeen lisäksi saatte palautusosoitteella ja postimaksulla varustetun kirjekuoren, jossa pyydän täytetyn kyselylomakkeen lähettämään. Ryhmätapaamisissa jaetut kyselylomakkeet voi palauttaa ryhmänvetäjälle maaliskuun loppuun mennessä. Kyselylomakkeita säilytetään huolellisesti tutkimusraportin valmistumiseen ja arviointiin saakka, jonka jälkeen ne hävitetään.

Lisätietoja ja muita kysymyksiä tutkimukseen liittyen voitte tiedustella:

Tuomas Piippo
045 634 2188, tuomas.piippo@piramk.fi

Ystävällisin terveisin ja etukäteen vastauksesta kiittäen,
Tuomas Piippo

LIITE 2. Kyselylomake 1 (6)

KYSELYLOMAKE KROONISTA KIPUA SAIRASTAVILLE

Tuomas Piippo

Kyselylomakkeessa on erityyppisiä kysymyksiä, jotka ovat monivalintoja janelta, eri vaihtoehtoista tai avoimia kysymyksiä. Olkaa hyvä ja valitkaa Teidän kohdallanne sopivin vastaus ympyröimällä tai vastatkaa kirjoittamalla siihen varattuun tilaan.

TAUSTATIEDOT

1. Ikä

- Alle 20v
- 20-29v
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- Yli 60v

2. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

LIITE 2. Kyselylomake 2 (6)

KIPUTAUSTA

3. Esiintyykö Teillä kipua eniten (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- Jaloissa
- Yläselän alueella
- Keskiselän alueella
- Alaselän alueella
- Hartioiden alueella
- Yläraajoissa
- Niskassa
- Pään alueella
- Polvissa

4. Kuinka kauan Teillä on ollut kipua?

- 3-6kk
- 6kk-1v
- 2-5v
- 6-10v
- Yli 10v

5. Kuinka usein Teillä esiintyy kipua?

- Koko ajan
- Useita kertoja päivän aikana
- Muutamia kertoja päivän aikana
- Lähes joka päivä
- Muutamia kertoja viikossa
- Harvemmin kuin viikoittain

(Janalla 0=ei ollenkaan, 3=en osaa sanoa, 6=erittäin merkitsevästi)

6. Missä määrin kipu häyttasi elämääne ennen avun hakemista? 0 1 2 3 4 5 6

7. Missä määrin kipu on häitannut perhe-elämääne? 0 1 2 3 4 5 6

8. Onko kipu häitannut vapaa-ajan viettoanne, kuten askareita tai harrastuksia? 0 1 2 3 4 5 6

9. Onko kipu häitannut Teidän työntekoa tai opiskelua? 0 1 2 3 4 5 6

KIVUN HALLINTAMENETELMÄT

LÄÄKKEELLISET KIVUNHALLINTAMENETELMÄT

10. Onko Teillä käytössänne lääkärin määräämiä kipulääkkeitä säännöllisessä käytössä?

- Kyllä
- Ei

11. Kuinka monta erilaista kipulääkettä Teillä on käytössä?

- Vain yksi
- 2-3
- 4-5
- Useampia kuin 5

12. Kuinka usein joudutte ottamaan tarvittaessa otettavia kipulääkkeitä?

- Useammin kuin kerran päivässä
- Kerran päivässä
- Lähes joka päivä
- Harvemmin kuin muutaman kerran viikossa

(Janalla 0=en ollenkaan, 3=en osaa sanoa, 6=erittäin paljon)

13. Koetteko saavanne apua lääkkeistä? 0 1 2 3 4 5 6

14. Koetteko lääkkeiden sivuvaikutusten haittaavan elämäännne? 0 1 2 3 4 5 6

15. Oletteko saaneet hoitotyön ammattilaisilta riittävästi tietoa lääkkeiden käytöstä, vaikutuksista ja sivuvaikutuksista? 0 1 2 3 4 5 6

16. Millaisia sivuvaikutuksia Teillä on ilmennyt lääkkeistä?

LIITE 2. Kyselylomake 4 (6)

EI-LÄÄKKEELLISET KIVUNHOITOMENETELMÄT

17. Oletteko käyttäneet jotakin seuraavista ei-lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä? Voitte valita useampia vaihtoehtoja

- Lämpö- ja kylmähoitoja
- Vyöhyketerapiaa
- Akupunktiota
- Fysioterapiaa
- TENS (ns. ihon kautta tapahtuva sähköhoito)
- Rentoutus- tai mielikuvaharjoituksia
- Meditaatiota
- Muita, mitä?

18. Käytättekö jotakin edellä mainituista tai Teidän mainitsemistanne menetelmistä säännöllisesti ja jos, niin kuinka usein?

(Janalla 0=en ollenkaan, 3=en osaa sanoa, 6= erittäin paljon)

19. Missä määrin koette 0 1 2 3 4 5 6
saaneenne apua näistä
menetelmistä kivunlievityksessä?

20. Mistä ei-lääkkeellisestä menetelmästä koette saaneenne eniten apua?

LIITE 2. Kyselylomake 5 (6)

21. Ovatko ei-lääkkeelliset menetelmät vaikuttaneet kipulääkkeiden käyttöön?

- Olen vähentänyt yhden tai useamman kipulääkkeen annostusta
- Olen voinut luopua kokonaan säännöllisesti otettavista kipulääkkeistä ja pärjään tarvittaessa otettavilla
- Olen voinut luopua kokonaan kipulääkkeiden käytöstä
- Kipulääkkeiden käyttö on pysynyt ennallaan
- Olen joutunut lisäämään yhden tai useamman kipulääkkeen annostusta
- Olen joutunut käyttämään enemmän tarvittaessa otettavia kipulääkkeitä

(Janalla 0=eivät ollenkaan, 3=en osaa sanoa, 6= erittäin merkittävästi)

22. Ovatko ei-lääkkeelliset menetelmät vähentäneet tai lievittäneet kipulääkkeiden aiheuttamia sivuvaikutuksia? 0 1 2 3 4 5 6

(Janalla 0=en ollenkaan, 3=en osaa sanoa, 6=erittäin hyvin)

23. Koetteko saaneenne hoitotyön ammattilaisilta riittävästi informaatiota ja ohjausta ei-lääkkeellisistä menetelmistä? 0 1 2 3 4 5 6

24. Miten koette hoitotyön ammattilaisten valmiudet ohjata ei-lääkkellisistä menetelmistä?

LIITE 2. Kyselylomake 6 (6)

HOITOTYÖN AMMATTILAISTEN ANTAMA OHJAUS, TUKI JA TIEDONANTAMINEN

(Janalla 0=ei ollenkaan, 3=en osaa sanoa, 6= erittäin hyvin)

25. Koetteko, että hoitotyön ammattilaiset ovat ottaneet Teidät huomioon yksilöllisesti?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

26. Koetteko, että hoitotyön ammattilaiset ovat tukeneet Teitä?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

27. Ovatko hoitotyön ammattilaiset ottaneet Teidän läheisenne huomioon kivunhoidossa?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

28. Ovatko hoitotyön ammattilaiset kertoneet Teille vertaistukiryhmistä ja potilasjärjestöistä?

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

29. Millaisena koette hoitotyön ammattilaisilta saadun tuen?

Kiitos vastauksista!

LIITE 3. Opinnäytteessä käytetyt tutkimukset 1 (4)

Sukunimi (2002) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelma, tavoite	Menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Eloranta (2002)</p> <p>Krooninen kipu osana elämää</p> <p>Pro gradu</p> <p>Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.</p>	<p>Tutkimukset tarkoituksena oli kuvata kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia, kroonisen kivun vaikutuksia heidän arkielämässä ja kivun kanssa selviytymistä.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Kipu ilmeni subjektiivisena kipukokemuksena. Kipupotilaat pyrkivät mieluummin salaamaan kuin näyttämään kivuliaisuuttaan. Kipu oli enimmäkseen muuttumatonta ja jatkuva. Kivun jatkuessa alkoi ilmetä muutoksia perheen sisäisissä suhteissa ja muussa sosiaalisessa elämässä. Toimintarajoitukset hankaloittivat arkielämässä selviytymistä. Kivun hallinta muodostui kivun hoidosta, kipupotilaan kokemista voimavaroista ja hänen käsityksiään voimavaroista. Terveystieteiden asiakkaina kipupotilaat olivat kokeneet monenlaista kohtelua. Tutkimus luo edellytyksiä kroonisen kipupotilaan hoitotyön kehittämiseksi ja auttavat terveydenhuoltohenkilöstä hahmottamaan kroonisen kipupotilaan elämää kivusta aiheutuvine seurauksineen ja selviytymistä kipuongelman kanssa.</p>

LIITE 3. Opinnäytteessä käytetyt tutkimukset 2 (4)

<p>Nousiainen (2008)</p> <p>Pitkäaikaisesta ei-malignista kivusta kärsivän aikuisen voimavarat</p> <p>Pro gradu</p> <p>Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.</p>	<p>Työn tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavaroja ja selittää mitkä tekijät ovat yhteydessä näihin voimavaroihin. Tutkimusongelmina työssä oli millaisia ovat pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden voimavarat ja mitkä tekijät ovat yhteydessä pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden voimavaroihin. Tavoitteena työssä oli tuottaa tietoa pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden hoitotyön.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Työn tuloksista kävi ilmi, että naisilla sekä sisäiset ja ulkoiset voimavarat olivat selvästi miehiä paremmat. Ulkoiset voimavarat olivat muita paremmat työssä, työkyvyttömyyseläkkeellä tai eläkkeellä olveilla sekä niillä, joiden kipu oli kestänyt yli kymmenen vuotta. Mittarin ulkopuolelta lemmikit, harrastukset ja luonto sekä hoitojen saatavuus ja kipujen levittyminen olivat seikkoja, jotka nousivat avoimista vastauksista vastaajille tärkeinä voimavaroina. Kokonaisuutena vastaajien voimavaroja voitiin pitää hyvinä ja erityisesti ulkoiset voimavarat olivat heidän mukaansa vahvat.</p>
--	--	------------------------	---

LIITE 3. Opinnäytteessä käytetyt tutkimukset 3 (4)

<p>Junnila (1981)</p> <p>Akupunktuuri kivunhoitomenetelmä Imänä terveyskeskuksissa</p> <p>Tutkimus</p> <p>Kansaneläkelaitoksen julkaisuja</p>	<p>Työn tarkoituksena oli selvittää: millaisten kiputilojen hoitoon voidaan terveyskeskuksissa käyttää akupunktuuria ja millaiset ovat tulokset, miten potilaan sosiodemografiset taustatekijät ja pitkäaikaissairaudet vaikuttavat akupunktiohoidon tuloksiin, selvittää terveyskeskuspotilaiden lääkkeidenkäyttötapoja ja niihin vaikuttavia tekijöitä ja tutkia akupunktuurin vaikutusta kipulääkkeiden käyttöön, verrata toisiinsa akupunktiomenetelmää ja pseudoakupunktiomenetelmää, verrata akupunktiohoidon ja perinteisen fysikaalisen hoidon terveyskeskukselle aiheuttamia kustannuksia, verrata alustavasti toisiinsa akupunktiota ja tavanomaista fysikaalista hoitoa sekä akupunktiota ja lääkehoitoa nivelrikon hoidossa</p>	<p>Kvantitatiivinen</p>	<p>Keskeisiä tuloksia tutkimuksessa oli, että akupunktiolla voidaan hoitaa kroonisia kiputiloja, kuten päänsärkyä, niska- ja hartiakipuja, olkanivelen pehmytosakipuja, nivelreumaa ja -rikkoo sekä selkäkipuja. Akupunktiohoidon tulos huononee kipuoireen kestänyt pitkään, potilaan ollessa iäkäs tai sairastaessa psyykk. sairautta. Kaksi kolmasosaa kipulääkkeitä käyttävistä kipupotilaista akupunktion jälkeen vähensi lääkitystään tai jopa lopetti sen kokonaan. Aidolla neula-akupunktiolla saatiin merkitsevämpi tulos kuin tutkimuksessa käytetyllä neulattomalla pseudoakupunktioidolla. Akupunktion sivuvaikutukset ovat vähäiset. Akupunktio ja fysikaalinen hoito olivat hoitotuloksiltaan rinnastettavissa toisiinsa</p>
---	---	-------------------------	--

LIITE 3. Opinnäytteessä käytetyt tutkimukset 4 (4)

<p>Walle (1999)</p> <p>Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta</p> <p>Pro gradu</p> <p>Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta ja kivun kanssa selviytymisestä. Tavoitteena oli kokemuksellisen tiedon avulla luoda edellytyksiä ko. asiakasryhmän hoitotyön kehittämiseksi. Tutkimusongelmia olivat, millaisena kipupoliklinikan asiakkaat kokevat pitkäaikaisen kivun, miten kipupoliklinikan asiakkaat kokevat selviytyvänsä pitkäaikaisen kivun kanssa ja miten kipupoliklinikan asiakkaat ovat kokeneet terveydenhoitohenkilöstön tukeneen heidän selviytymistä kivun kanssa.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 12 potilasta kipupoliklinikalta ja haastattelumenetelmä oli interventiivinen. Kipu oli ensisijaisesti fyysinen kokemus mutta jatkuessaan uhkasi myös psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Asiakkaiden voimavaroina olivat itsetunnon vahvistaminen ja tilanteen hyväksyminen. Kukaan asiakkaista ei kokenut hallitsevan kokemaansa kipua. Asiakkaat käyttivät muitakin menetelmiä vaikka lääkehoidon oli ensisijainen kivun lievitysmenetelmä. Asiakkaat olivat tyytyväisiä kipupoliklinikan ja psykiatristen hoitoyksikköjen tukeen mutta muilla hoitotyön toiminta-alueilla hoitotyön tekijöiden tuki oli ollut vähäistä ja myös riittämätöntä. Asiakkaat toivoivat, että myös muilla toiminta-alueilla kivun uskottaisiin olevan todellista. Lisäksi he toivoivat, että heidän yksilöllisyytensä ja kivun merkitys heidän elämäntilanteessaan huomioitaisiin.</p>
---	--	------------------------	--