

**”...ETTÄ POTILAAT SAIS MAHDOLLISIMMAN HYVÄN
KIVUNHOIDON...”**

**Hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaaminen
kipuvastaavien arvioimana**

**Jutta Pöyhönen
Pirkko Saikkonen
Marika Sipiläinen**

**Opinnäytetyö
Syksy 2010**

**Hoitotyö
Sosiaali- ja terveysala**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**



Tekijä(t) PÖYHÖNEN, Jutta SAIKKONEN, Pirkko SIPILÄINEN, Marika	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 02.08.2010
	Sivumäärä 67	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi "...että potilaat sais mahdollisimman hyvän kivunhoidon..." Hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaaminen kipuvastaavien arvioimana		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RATINEN, Pirkko		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, anestesiaosasto		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamista Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla osastojen kipuvastaavien arvioimana. Tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamiseen ja miten osaamista voisi edelleen kehittää. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osastojen kivunhoitotyötä kehitettäessä, hoitajien koulutusten suunnittelussa sekä osastojen ja kipuhoitajien välisessä yhteistyössä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin haastattelemalla Keski-Suomen keskussairaalan viiden kirurgisen vuodeosaston kipuvastaavia (N=9). Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyyysillä.</p> <p>Kipuvastaavat arvioivat, että potilaiden postoperatiivista kipua osataan hoitaa pääsääntöisesti hyvin. Vahvoina osaamisalueina esille nousivat potilaan kivun tunnistaminen ja siihen reagoiminen eri kivunhoitokeinoja käyttäen. Tutkimustulosten pohjalta kehitettävää löytyi kirjaamisesta ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnista. Tärkeimmät hoitajien osaamiseen vaikuttavat tekijät olivat koulutus, työkokemus, hoitajien asenne ja osaston ilmapiiri kivunhoitoa kohtaan.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta kivunhoidon olevan tärkeä osa kirurgisenpotilaan hoitoa. Kivunhoito on kokonaisuus, joka edellyttää hoitajilta paljon erilaista hoitotyön osaamista. Organisaatiotasolla osaamisen tueksi tarvitaan systemaattista kehittämistä ja yhtenäisiä käytäntöjä kivunhoitoon koko kirurgiselle toimialueelle sekä säännöllistä osaamisen ja kivunhoidon laadun arviointia.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Postoperatiivinen kipu, kivunhoito, osaaminen		
Muut tiedot		



Author(s) PÖYHÖNEN, Jutta SAIKKONEN, Pirkko SIPILÄINEN, Marika	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 02.08.2010
	Pages 67	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title "...so that patients would have as good pain management as possible..." Nurses' post-operative pain management skills as evaluated by pain management supervisors		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) RATINEN, Pirkko		
Assigned by Central Finland's Central Hospital, Department of Anaesthesia		
Abstract <p>The aim of this thesis was to study nurses' skills in post-operative pain management on Central Finland's Central Hospital's five surgical wards. The aim was to find out issues that affect nurses' post-operative pain management skills. A further aim was to study how these skills could be improved. The results of this study can be utilized in the development of the pain management procedures of the wards, in planning further education for nurses and in the cooperation between the wards and pain management nurses.</p> <p>The thesis was carried out as qualitative research and the data was collected with open interviews. Nurses whose responsibility area was pain management supervision in these five surgical wards were interviewed (N=9). The data was analyzed by using qualitative analysis.</p> <p>The nurses assessed that patients' postoperative pain was treated mainly well. Strong areas were nurses' skills to recognize and react to a patient's pain by using different kinds of treatments. On the other hand, the research results showed that development needs were related to recording and to the assessment of the effectiveness of the treatments. The most important factors affecting nurses' skills were education, experience, nurses' attitude and the ward's atmosphere in pain management.</p> <p>As a conclusion it can be said that pain management is an important part of surgical patients' care. Pain management is large area that requires many different kinds of nursing skills from nurses. On the organizational level there is a need for a more systematic development in order to support nurses' skills. Moreover, consistent practices and regular quality assessments of pain management are needed for the whole surgical area.</p>		
Keywords Postoperative pain, pain management, competence		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 POSTOPERATIIVINEN KIPU	4
2.1 Kivun määritelmä	4
2.2 Postoperatiivinen kipu	5
2.3 Kivun fysiologia.....	5
3 HOITAJAN OSAAMINEN POSTOPERATIIVISESSA KIVUNHOIDOSSA.....	6
3.1 Osaaminen ja kvalifikaatio	6
3.2 Hoitajan osaamisvaatimukset	7
3.3 Näyttöön perustuva kivunhoito	7
3.4 Lait ja eettiset ohjeet.....	8
4 KIVUN ILMENEMINEN JA ARVIOINTI	9
4.1 Kivun ilmeneminen.....	9
4.2 Kivun arviointi.....	9
4.3 Kivun voimakkuuden arvioinnin apuvälineet.....	10
5 KIVUNHOITO.....	11
5.1 Kivunhoidon suunnittelu ja tavoitteet	11
5.2 Kivun lääkehoito	12
5.3 Lääkkeetön kivunhoito	12
5.4 Potilaan kivunhoidon ohjaaminen	13
5.5 Kivunhoidon kirjaaminen	14
6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	15
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	16
7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	16
7.2 Tutkimuksen kulku ja eteneminen	17
7.3 Aineiston analysointi	18
8 TUTKIMUSTULOKSET	20
8.1 Hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaaminen	20
8.2 Kivunhoidon osaamiseen vaikuttavat tekijät	24
8.3 Kehittämistarpeet kivunhoidon osaamisessa	30
8.4 Keinot kivunhoidon osaamisen kehittämiseksi.....	33
9 POHDINTA	38
9.1 Tutkimustulosten tarkastelua	38
9.2 Tutkimuksen luotettavuus	43
9.3 Tutkimuksen eettisyys.....	45
9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	46
LÄHTEET.....	47

LIITTEET	53
Liite 1. Teemahaastattelurunko	53
Liite 2. Esimerkki tulosten analysoinnista	54

KUVIOT

KUVIO 1. Hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaaminen.....	20
KUVIO 2. Osaamiseen vaikuttavat tekijät	24
KUVIO 3. Kehittämistarpeet kivunhoidon osaamisessa.....	34
KUVIO 4. Keinot kivunhoidon osaamisen kehittämiseksi.....	34

1 JOHDANTO

Postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen kivunhoidon riittämättömyys on havaittu tutkimuksissa jo pitkään (McCaffery 1999, 2; Wikström Ene 2008, 11, 57). Jokaisella potilaalla on eettinen ja juridinen oikeus hyvään hoitoon lääketieteen tuntemin asianmukaisin keinoin. Lait ja eettiset ohjeet velvoittavat terveydenhuoltohenkilöstöä lievittämään kärsimystä. (L 17.8.1992/785; Terveydenhuollon yhteinen arvopohja 2000; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2009.)

Hyvällä postoperatiivisella kivunhoidolla edistetään potilaan toipumista, parannetaan hoidon laatua, lisätään potilaiden tyytyväisyyttä samaansa hoitoon sekä ehkäistään komplikaatioita ja kivun kroonistumista. Oleellisinta kivunhoidon kannalta on aloittaa hoito tehokkaasti heti oireiden alkuvaiheessa. (Lehtomäki 2003, 18; Salanterä, Haggelberg, Kauppila & Närhi 2006, 176; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 371.) Hoitamattomana kipu aiheuttaa turhaa kärsimystä, lisää hoitotyötä ja aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia (McCaffery 1999, 2, 4; Strassels, Chen & Carr 2002).

Ammatillisen osaamisen arviointi on merkittävä tekijä henkilöstön ammatillisen kasvun ja kehityksen kannalta (Heikkilä, Ahola, Kankkunen, Meretoja & Suominen 2006). Keski-Suomen keskussairaalassa on suunnitelmallisesti kehitetty kivunhoitotyötä jo 1990-luvun puolesta välistä lähtien muun muassa aloittamalla kipuhoidajatoiminta, kouluttamalla hoitohenkilöstöä ja tutkimalla käytäntöjä. Lisäksi Keski-Suomen keskussairaalassa on toteutettu 2003-2004 kivunhoidon kehittämisprojekti, jonka tuloksena on julkaistu *Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö, näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003-2004* (Ruuskanen 2005). Projekti tuotti kirurgiselle toimialueelle myös postoperatiivisen kivunhoidon suositukset, jotka ovat edelleenkin sairaalan sisäisessä verkossa. Jatkossa käytämme tästä projektiraportista nimeä *Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma*. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon tämän hetkistä osaamista kipuvastaavien arvioimana.

Keski-Suomen keskussairaalassa kipuvastaavat ovat vuodeosastoilla toimivia hoitajia, joiden tehtäväkuvaan kuuluu hoitotyön ohessa vastata osaston kivunhoidon ajan-

tasaisuudesta ja kehityksestä. Kipuhoitajat ovat puolestaan anestesiahoitajia, jotka ovat perehtyneet akuutin ja/tai kroonisen kivun hoitoon. Tässä tutkimuksessa tarkoitamme hoitajalla kaikkia niitä hoitajia, jotka toimivat tutkimuksemme kohteena olevilla osastoilla sairaanhoitajan, kättilön, lähihoitajan tai perushoitajan työtehtävissä.

Tutkimuksemme on laadullinen ja perustuu osastojen 4, 15, 20, 21 ja 22 kipuvastavina toimivien hoitajien haastatteluun. Valitsimme tämän näkökulman työhömmemme, koska kipuvastaavat kiinnittävät vastuualueensa vuoksi erityisesti huomiota kivunhoitoon osastolla. Mahdollisen lisäkoulutuksensa perusteella heillä on myös laajempi näkemys osaston kivunhoidon osaamisesta. Tutkimuksellamme saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä edelleen potilaiden postoperatiivista kivunhoitoa, Keski-Suomen keskussairaalan hoitajien koulutusten suunnittelussa sekä kipuhoitajien ja osastojen välisessä yhteistyössä.

2 POSTOPERATIIVINEN KIPU

2.1 Kivun määritelmä

IASP (International Association for the study of pain) on kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys, joka määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio, tai jota kuvataan samalla tavoin (IASP Pain Terminology 2009). McCafferyn kivun määritelmä vuodelta 1968 on edelleen toimiva ja yleisesti käytössä; sen mukaan kipu on mikä tahansa kokemus, jonka sitä kokeva määrittelee kivuksi ja on olemassa, kun hän sanoo kipua olevan (Pasero, Paice & McCaffery 1999, 17).

Kipu on fyysinen, mutta myös tunne- ja aistikokemus, jonka jokainen ihminen kokee yksilöllisesti (Estlander 2003, 11-13; Salanterä ym. 2006, 7; Kauppila 2007). Chapman (2001, 461) määrittelee tunnekokemuksen perustavanlaatuisesti osaksi itse kipua,

eikä vain kipuaistimuksen seuraukseksi: *”Vaikka kipua voidaan kuvata aistihavaintona, se on ennen kaikkea voimakas negatiivinen tunnetila, joka hallitsee tietoisuutta”*.

2.2 Postoperatiivinen kipu

Postoperatiivinen kipu on akuuttia somaattista kipua ja se on merkki kudolvauriosta. Kipuun vaikuttavat leikkauksen laajuus, leikkaustekniikka, haavan sijainti ja potilaan kipuherkkyys. Kovinta kipu on kolmena ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. (Kalso 2002d, 222-223.) Akuutti kipu kuuluu ihmisen puolustusjärjestelmään fysiologisena ilmiönä ja sillä on tärkeä elimistöä suojaava merkitys. Akuutti kipu on selkeästi paikannettavissa. (Sailo 2000, 34-35; Kalso 2002a, 85-86.)

Leikkauksen jälkeinen kipu on todella yleistä ja on todettu, että jopa 80 prosenttia potilaista kärsii siitä (Apfelbaum, Chen, Mehta & Gan 2003). Leikkaukseen liittyvillä tekijöillä sekä leikkausta edeltävällä potilasohjauksella ja anestesiamenetelmällä on suuri merkitys kivun ilmenemiseen (Salanterä ym. 2006, 20). Kivun voimakkuus ja hoito vaikuttavat merkittävästi siihen, millainen kuva potilaalle jää sairaalahoidosta (Strassels ym. 2002).

2.3 Kivun fysiologia

Fyysinen kipu voi olla ulkoisen tai elimistön sisäisen mekaanisen (leikkaus, trauma, kasvain), termaalisen (palovamma) tai kemiallisen (tulehdukset, myrkytykset) tekijän aiheuttama. Kudoksissa olevat kipuherkät hermopäätteet, nosiseptorit, reagoivat vaurioituneesta kudoksesta vapautuviin kemiallisiin välittäjäaineisiin, joiden vaikutus näkyy kudoksissa turvotuksena ja kipuna. (Pasero, Paice & McCaffery 1999, 18; Sailo 2000, 31; Kalso 2002b, 50-51, 56-58; Vainio 2009, 28.) Kivun subjektiivinen kokeminen tapahtuu erilaisten sähköisten ja kemiallisten tapahtumien jälkeen aivoissa. Kipurataan kuuluu myös inhibitorisia eli kivun välittymistä estäviä mekanismeja, jotka aktivoituvat esimerkiksi morfiinin kaltaisten aineiden tai stressin vaikutuksesta. (Kalso 2002b, 50.)

Kipu vaikuttaa hypotalamuksessa sijaitsevien autonomisen hermoston ja hormonierityksen ohjauskeskusten toimintaan (Salanterä ym. 2006, 34; Pudas-Tähkä, Axelin, Aantaa, Lund & Salanterä 2009). Kivun aiheuttama sympaattisen hermoston aktivoituminen aiheuttaa ääreisverenkierron vastustuksen nousua, hypertensiota, sydämen työmäärän lisääntymistä ja sydämen hapenkulutuksen kasvamista. Verisuonten supistuminen saattaa hidastaa haavan paranemista ja lihasspasmit voivat vaikeuttaa hengitystä. (Pasero, Paice & McCaffery 1999, 23-29; Kalso 2002d, 228.) Kipu aiheuttaa muutoksia myös parasympaattisen hermoston aktiviteetissa, esimerkiksi ruoansulatuselimissä ja virtsateissä (Kalso 2002d, 229).

3 HOITAJAN OSAAMINEN POSTOPERATIIVISESSA KIVUNHOIDOSSA

3.1 Osaaminen ja kvalifikaatio

Nykysuomen sanakirja määrittelee sanan *osaava* henkilönä, joka osaa, pystyy ja taitaa sekä on näppärä ja kätevä (Nykysuomen sanakirja 1992, 104). Osaamisella kuvataan usein koulutuksen tuottamia valmiuksia ammatin harjoittamiseen. Hoitotyön tarpeista lähtevässä osaamisen määrittelyssä korostuvat hoitajan ammatillisen kasvun tukeminen, hoitotyön laadun edistäminen sekä hoitajan työtyytyväisyyden ja motivaation lisääminen. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 28.)

Kvalifikaatio tarkoittaa työlle määriteltyjen ehtojen täyttämistä, soveliaisuutta ja edellytyksiä. Hoitajan keskeinen ammatillinen perustaito on kyky hankkia tietoa, ottaa sitä käyttöön ja soveltaa sitä erilaisissa tehtävissä. Ammatillinen osaaminen syntyy, kun tieto ja tekeminen sulautuvat yhteen. Ammatillisen osaamisen kehittäminen on koko elämän kestävä oppimisprosessi. (Hautakangas ym. 2003, 28, 36.)

3.2 Hoitajan osaamisvaatimukset

Opetusministeriön muistion (2006:24) mukaan sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu eettisestä osaamisesta, terveyden edistämisestä, hoitotyön päätöksenteosta, yhteistyöstä, ohjauksesta ja opetuksesta, monikulttuurisesta hoitotyöstä, tutkimus- ja kehittämistyöstä, yhteiskunnallisesta toiminnasta, kliinisestä hoitotyöstä, lääkehoidosta sekä johtamisesta (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63). Kivunhoitotyön osaaminen on mainittu sairaanhoitajan osaamisvaatimuksissa ja kivunhoitotyö mainitaan yhtenä hoitajan työn keskeisenä sisältöalueena (Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa 2000, 19; Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 68).

Hoitaja vastaa potilaan kivun arvioinnista, toteuttaa määräysten mukaisesti hoitoa ja arvioi hoidon vaikuttavuutta. Hän on jatkuvassa vuorovaikutussuhteessa potilaan kanssa ja vastaa tiedon siirtymisestä eteenpäin. (Salanterä ym. 2006, 11.) Useiden tutkimusten mukaan sairaanhoitajien ammatilliseen osaamiseen vaikuttavat muun muassa hoitajan ikä, työkokemus, koulutus, työyksikkö sekä työsuhteen laatu (Eskola & Paloposki 2001; Meretoja 2003; Heikkilä ym. 2006; Tuomi 2008, 131). Hoitotyö muuttuu jatkuvasti, mistä johtuen muuttuvat myös hoitajiin kohdistuvat osaamisvaatimukset. Tämän vuoksi hoitajien on päivitettävä osaamistaan jatkuvasti. (Hildén 2002, 29-30; Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 37.)

3.3 Näyttöön perustuva kivunhoito

Näyttöön perustuva kliininen asiantuntemus edellyttää hoitajalta kykyä yhdistää sekä arvioida kriittisesti eri lähteistä saatuja tietoja päätöksenteossaan (Kauppila, Salanterä & Heikkinen 2006; Gibson & Glenny 2007, 96). Näyttöön perustuvassa kivunhoitotyössä yhdistyvät potilaan odotukset ja näkemys omasta tilanteesta, hoitajien asiantuntemus, käytössä olevat resurssit ja paras ajan tasalla oleva näyttö (Kauppila ym. 2006).

Hoitajat tarvitsevat työnsä keskellä aikaa, tukea ja koulutusta voidakseen löytää ja hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa käytännön työssään (Brown, Wickline, Ecoff & Glaser 2008). Erikoissairaanhoitolaki (1989/1062) velvoittaa sairaanhoitopiirit järjestämään henkilöstölleen täydennyskoulutusta (L 1.12.1989/1062). Mäkipeura, Meretoja, Virta-Helenius ja Hupli (2007) toteavat tutkimuksessaan, että hoitajat itse toivoivat saavansa enemmän koulutusta myös niillä ammatin osa-alueilla, joissa he arvioivat osaamisensa hyväksi. Lahden, Nordbergin ja Ruhtilan (2007) tutkimuksessa yli puolet hoitajista (66 %) oli sitä mieltä, että kivusta ja kivunhoidosta oli vaikea saada tietoa. Vain harvat hoitajat mielsivät olevansa asiantuntijoita potilaan kipua ja sen luonnetta arvioitaessa.

Suomen Sairaanhoitajaliiton Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin –hankkeeseen liittyen on valmisteilla kivunhoitotyön suositukset, joiden tavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja auttaa hoitajia valitsemaan oikeita tapoja ja menetelmiä potilaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitotyöhön. (Salanterä & Heikkinen 2005; Kauppila 2007.)

3.4 Lait ja eettiset ohjeet

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) takaa jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle henkilölle tasapuolisen oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilasta tulee aina hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. (L 17.8.1992/785.) Ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemukseräisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään (L 28.6.1994/559).

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE 2001) on laatinut yhteiset periaatteet, joita terveydenhuollossa tulee noudattaa (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001). Potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus ja itsemääräämisoikeus ovat eettisten ohjeiden kulmakiviä, joita hoitajien tulee noudattaa myös kivunhoidossa (Salanterä ym. 2006, 28-29). Launiksen (2008) mukaan yksilöllinen kivun arviointi ja tehokas kivunlievitys

ovat eettiseltä kannalta itsestään selviä lähtökohtia nykyisessä lääketieteen ja terveydenhuollon etiikassa. Ihmisarvon kunnioittaminen ja hyvän tekemisen periaate säätelevät myös kivunhoitoa eettiseltä kannalta.

4 KIVUN ILMENEMINEN JA ARVIOINTI

4.1 Kivun ilmeneminen

Potilaan kokemukseen kivusta vaikuttavat potilaan aikaisemmat muistikuvat ja kipukokemukset (Niemi-Murola, Pöyhiä, Onkinen, Rhen, Mäkelä, Yildirim & Niemi 2005; Salanterä ym. 2006, 9-10, 56-57; Wikström Ene 2008, 39, 57). Lisänsä kipukokemukseen tuovat potilaan sosiaalinen ja kulttuurinen tausta sekä emotionaaliset tai affektiiviset tekijät, kuten ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys. Myös iällä on yhteys kivun kokemiseen. Nämä monet tekijät selittävät osittain sen, miksi eri potilaiden kivun kokemisessa on suuria eroja, vaikka kivun aistiminen on hyvin yhdenmukainen eri yksilöiden välillä. (Kalso 2002d, 225; Salanterä ym. 2006, 56-60; Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 105; Pudas-Tähkä ym. 2009.)

Niemi-Murolan ym. (2005) tekemässä tutkimuksessa selvisi, että potilaat, joilla oli aiemmin huonoja kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta, kärsivät muita useammin kovasta kivusta vielä kolmantena postoperatiivisena päivänä. Kipu saa ihmisessä aikaan erilaista tahatonta tai tahallista käyttäytymistä jolloin puhutaan kipukäyttäytymisestä. Kipukäyttäytyminen on kokonaisuus, johon liittyvät kasvojen ilmeet, erilainen ääntely, kivun ilmaiseminen sanallisesti, asento ja liikkeet. (Sarlio 2000, 24-26; Vainio 2009, 17.)

4.2 Kivun arviointi

Akuutin kivun hoidossa yksi keskeisimmistä asioista on hoidontarpeen tiedostaminen ja arvioiminen (Kouri 2004; Salanterä ym. 2006, 75; Pudas-Tähkä ym. 2009).

Hoitajan asenteilla, tiedolla, taidolla ja kokemuksella on havaittu olevan vaikutusta siihen, miten kipua hoidetaan (Kokki 2004). Kun potilas kertoo tuntevansa kipua,

häntä tulee uskoa, kunnioittaa ja siihen tulee aina suhtautua vakavasti (McCaffery & Beebe 1994,15; Salanterä ym. 2006, 75). Potilasta voidaan opettaa tunnistamaan kivun varhaiset signaalit, jolloin kipu ei pääse liian kovaksi tai hallitsemattomaksi (Hallila & Graeffe 2005, 95).

Kivun mittaamisen tulee olla osa jokapäiväistä hoitotyötä ja kipua tulee seurata kuten potilaan vitaalielintoimintoja (Kalso 2002c, 213; Pudas-Tähkä ym. 2009). Sairaalaissa olevilta leikkauspotilailta tulee kivun voimakkuus arvioida ja dokumentoida säännöllisesti (Salanterä ym. 2006, 75, 102). Lisäksi selvitetään potilaan itselleen hyväksymä kivun voimakkuuden taso (Kalso 2002c, 213; Lehtomäki 2003, 22). Kipua tulisi arvioida niin levossa kuin rasituksessa esimerkiksi yskiessä, syvään hengittäessä ja liikkuesssa (Kalso 2002c, 213; Kokki 2004). Wikström Enen (2008) tekemässä tutkimuksessa jopa 40 prosenttia hoitajista ilmoitti, ettei kysy potilaalta kivun vaikutusta liikkumiseen (Wikström Ene 2008, 57).

Potilaalla voi olla kipuja, vaikka hän ei kykenisi sitä kertomaan (McCaffery & Beebe 1994, 13,15). Kommunikoimaan kykenemättömällä potilaalla on tasavertainen oikeus hyvään ja riittävään kivunhoitoon (L 17.8.1992/785; Salanterä ym. 2006, 7-8, 29). Verratessaan hoitajien ja potilaiden arvioita potilaan postoperatiivisesta kivusta Wikström Ene (2008, 57) havaitsi jopa kolmasosan hoitajista yliarvioivan potilaiden lieviä kipuja ja aliarvioivan kovia kipuja. Pölkkin (2002, 34) mukaan lapsipotilaat jäävät usein huonommalle kivunhoidolle kuin aikuiset.

4.3 Kivun voimakkuuden arvioinnin apuvälineet

Kivun voimakkuuden arvioimisessa on tarkoituksena muuttaa potilaan subjektiivinen kokemus mahdollisimman objektiiviseksi numeraaliseksi tai sanalliseksi arvioksi (Kalso 2002c, 213). Apuvälineitä kivun voimakkuuden arvioinnissa ovat kipujana (Visual Analogue Scale, VAS), kipukiila, numeerinen luokitteluasteikko (Numeric Rating Scale, NRS) ja sanallinen luokitteluasteikko (Verbal Rating Scale, VRS). Potilasta ohjataan aina kipumittarin käytössä jokaisen arvioinnin yhteydessä. (McCaffery & Pasero 1999, 58-74.) Saman potilaan kohdalla tulee käyttää vain yhtä mittaria, jotta eri aikoina

saatuja tuloksia voitaisiin vertailla keskenään ja näin saada kivusta parempi kokonaiskäsitys (Kokki 2004; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 370).

Salanterä (2003, 112) mainitsee, että Suomessa kipumittareiden käyttöönotto kivun voimakkuuden arvioinnissa kliinisessä hoitotyössä on ollut hidasta. Käyttönotolle hän pohtii olevan monia esteitä: mittareita ei tunneta, niitä ei koeta tarpeelliseksi eikä niitä osata käyttää. Lahti ym. (2007) viittaavat artikkelissaan Töölön sairaalassa 2005 tehtyyn tutkimukseen, jossa selvitettiin hoitohenkilökunnan asenteita ja tietoja kivusta ja kivunhoidosta. Kyseisessä tutkimuksessa lähes kaikkien mielestä kipumittarin käyttö helpottaa kivun arviointia, mutta vastaajista vain neljä prosenttia ilmoitti käyttävänsä sitä. Wikström Enen (2008, 57) tutkimuksessa 40 prosenttia hoitajista kertoi, ettei käytä kipumittareita arvioidessaan potilaan kipua.

5 KIVUNHOITO

5.1 Kivunhoidon suunnittelu ja tavoitteet

Potilaan kivunhoidon suunnittelu tapahtuu hoitotyön prosessimenetelmän mukaan. Se sisältää potilaan kokeman kivun tunnistamisen, kivunhoidon tavoitteiden määrittämisen, auttamismenetelmien valinnan ja toteuttamisen sekä jatkuvan arvioinnin. Tässä näyttöön perustuvassa päätöksentekomallissa hoitaja käyttää anatomiaa, fysiologiaa, farmakologiaa ja tutkittua hoitotiedettä hyväkseen liittäen sen omaan ammattikokemukseen sekä potilaan yksilölliseen tilanteeseen. (Hallila & Graeffe 2005, 91.)

Leikkauksen jälkeistä kipua hoidettaessa tavoitteena on optimaalinen kivunlievitys ilman komplikaatioita mahdollisimman vähin sivuvaikutuksin (Tornivuori & Viitanen 2002). Hyvä kivunhoito edellyttää tietoa siitä, kuka on vastuussa kivunlievityksestä milloinkin. Kivunhoito onnistuu parhaiten silloin, kun on jo etukäteen mietitty kuka tekee mitäkin, miten arvioidaan, mitä apuvälineitä käytetään, miten kirjataan ja miten hoidon onnistumista arvioidaan. (Salanterä ym. 2006, 11.) Kipua voidaan hoi-

taa vaikuttamalla lääkkeillä tai ei-lääkkeellisin keinoin eri kohtiin kivunsaätelyjärjestelmässä (Kalso 2002d, 229).

5.2 Kivun lääkehoito

Lääkkeillä tarkoitetaan aineita, joiden käytön tavoitteena on sairauksien ja komplikaatioiden ehkäiseminen, terveyden edistäminen ja oireiden lievittäminen (L 4.11.2005/853). Lääkehoito on olennainen osa hoitotyötä, ja sitä toteutetaan osana moniammatillista yhteistyötä. Lääkkeiden tarpeellisuutta arvioidaan aina yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. (McCaffery 1992, 53; Veräjänkorva ym. 2006, 16.) Hoitajan tehtävänä on huolehtia lääkehoidon toteutuksesta täsmällisesti annettujen ohjeiden mukaan (Veräjänkorva ym. 2006, 107).

Postoperatiivisessa kivunhoidossa käytetään ensisijaisesti tulehduskipulääkkeitä, parasetamolia ja heikkoja opioideja. Vaikeammissa kivuissa käytetään vahvoja opioideja (iv., im. tai po.). (Salomäki 2003; Kouri 2004.) Kipulääkitys voidaan joissakin tapauksissa toteuttaa myös potilaan epiduraalitilaan annosteltavan kipulääkkeen, yleensä laimean puudutteen ja opioidin avulla (Kalso 2002d, 233). Osastoilla käytetään myös jonkin verran PCA (patient-controlled analgesia) kipupumppuja, jolloin potilas voi itse annostella kipulääkettä tarpeensa mukaan (Hamunen & Kalso 2009, 288). Lääkkeet pyritään antamaan suun kautta aina, kun se on mahdollista. Lääkkeiden tehon lisäämiseksi voidaan yhdistää eri mekanismein vaikuttavia lääkkeitä. Useat kipulääkkeet aiheuttavat haittavaikutuksia, mutta niitä voidaan lievittää muilla lääkkeillä. (Salomäki 2003.)

5.3 Lääkkeetön kivunhoito

Potilaan oloa ja leikkauksen jälkeistä kipua voidaan helpottaa myös monin lääkkeetömin keinoin hoitotyön eri auttamismenetelmiä käyttäen (Jäntti 2000, 124). Hyvä asento, kipsien ja siteiden sopivuus tulee huomioida sekä dreerien ja katetrien aiheuttama kipu tulee minimoida. Potilaan liikuttelussa ja kääntämisessä tulee käyttää varmoja otteita ja varmistaa riittävä henkilökunnan määrä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 74.) Rentoutumisella ja hengitysharjoituksilla voidaan vä-

hentää kivun voimakkuutta rentouttamalla lihaksia ja vähentämällä stressiä (McCaffery 1992, 195; Salanterä ym. 2006, 154).

Fysioterapia osana moniammatillista hoitotyötä on yksi tärkeimmistä ei-lääkinnällisistä kivunhoitomenetelmistä (Salanterä ym. 2006, 158). Monet potilaat pelkäävät leikkauksen jälkeisen kivun pahenevan, mikäli he lisäävät fyysistä aktiivisuutta (Jäntti 2000, 125; Salanterä ym. 2006, 159). Tämä johtaa helposti välttämiskäyttäytymiseen eli potilas alkaa tietoisesti vältellä fyysistä rasitusta ja liikkeellä oloa, mikä puolestaan hidastaa paranemista (Salanterä ym. 2006, 159).

5.4 Potilaan kivunhoidon ohjaaminen

Kirurgiset potilaat haluavat usein saada paljon tietoa toimenpiteestä ja sen aikaisesta sekä jälkeisestä kivusta (Kokki 2004; Salanterä ym. 2006, 92). Toimiva vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilöstön välillä sekä tasa-arvoinen ohjaussuhde ovat edellytys yksilöllisen ja turvallisen hoidon onnistumiselle (Raappana 2001, 55; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007). Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla järkevästi ja asiakaslähtöisesti suunniteltua tekstiä, minkä lisäksi ammatinaston käyttöä tulee ohjaustilanteessa välttää (Salanterä ym. 2006, 92).

Raappanan (2001, 44, 50) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat olisivat halunneet osallistua kivunhoidon suunnitteluun, mutta vain neljäsosa vastaajista koki saaneensa osallistumismahdollisuuden. Lähes neljäsosa potilaista oli jäänyt ilman hoitajan selvitystä kivunlievitysmenetelmistä ja 40 prosenttia potilaista tunsivat tarvitsevansa lisää tietoa kivunhoidosta ja kivunlievitysmenetelmistä. Lipposen (2004) sekä Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2006) tutkimuksissa todetaan, että hoitajien asennoituminen ohjaukseen oli pääasiassa hyvää tasoa. Työkokemuksella oli vaikutusta ohjausasenteisiin siten, että lyhimmän ja pisimmän työkokemuksen omaavat asennoituivat ohjaukseen negatiivisemmin.

Potilaan voimavarojen ja ohjaustarpeiden tunnistaminen on hoidon jatkuvuuden takaamiseksi välttämätöntä. Onnistuneen potilasohjauksen suurin ongelma on usein

riittävän ohjausajan löytäminen, tutkimustiedon vähäisyys, sekä tarvittavien tilojen ja välineiden saatavuus. (Kääriäinen ym. 2006.)

5.5 Kivunhoidon kirjaaminen

Tärkeä osa potilaan kivunhoitoa on annetun hoidon kirjaaminen. Pahlman (2002) painottaa, että dokumentoimatonta kipua ei ole, eikä dokumentoimatonta kivunhoitoa ole annettu. Potilaslaissa (1992/785) säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (L 17.8.1992/785).

Potilasasiakirjoihin tulee kirjata potilaan oma arvio kivusta, potilaan tapa ilmaista kipua, arvioinnissa käytetty kipumittari, auttamismenetelmät, hoidon toteutus ja vaikutus potilaaseen, mahdolliset sivuvaikutukset sekä muut hoitoon vaikuttavat seikat. Lääkehoidon osalta merkitään miksi, mitä ja kuinka paljon lääkettä käytetään. Lisäksi tulee merkinnöistä selvittää myös lääkkeen vaikutus, nopeus, tehokkuus ja kesto. (Pahlman 2002.) On tärkeää kirjata myös epäonnistuneet hoitoyritykset, sillä näin voidaan ehkäistä turhat hoitokokeilut jatkossa (McCaffery 1999).

Saranto ja Kinnunen (2008) huomauttavat artikkelissaan, että koulutukseen panostaminen on havaittu merkittäväksi tekijäksi hoitajien kirjaamisen parantamisessa. Voutilaisen, Isolan ja Muurisen (2004) tutkimukseen mukaan hoitajien puutteellinen ja epätarkka kirjaaminen on paitsi riski potilaan turvallisuudelle ja hyvinvoinnille myös uhka hoidon jatkuvuudelle.

6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamista Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla osastojen kipuvastaavina toimivien hoitajien arvioimana. Tarkoituksenamme on myös selvittää, mitkä tekijät osastolla tukevat tätä osaamista ja millä osa-alueilla on mahdollisesti vielä kehitettävää. Tutkimuksellamme saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaiden postoperatiivista kivunhoitoa, Keski-Suomen keskussairaalan hoitajien koulutusten suunnittelussa sekä kipuhoitajien ja osastojen välisessä päivittäisessä yhteistyössä.

Tutkimustehtävät:

1. Mitä postoperatiivisen kivunhoidon osaamista osaston hoitajilla on?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamiseen osastolla?
3. Miten hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamista voi edelleen kehittää?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Monia hoitamisen ilmiöitä ei voida mitata tai tutkia pelkästään määrällisesti tietoa havainnoimalla, minkä vuoksi ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan usein ihmisten omia kuvauksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaus, jolloin kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Tällöin tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48).

Tutkimuksemme on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen tavallisimmat aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Keräsimme tutkimusaineiston tammi-helmikuun välisenä aikana haastattelemalla Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla 4 (naistentaudit), 15 (urologia, verisuoni- ja yleiskirurgia), 20 (tapaturmakirurgia), 21 (ortopedia) ja 22 (ruuansulatuselinkirurgia) kipuvastaavina toimivia hoitajia (N= 9). Valitsimme haastateltaviksemme kipuvastaavat, koska heillä on vastuualueensa vuoksi laajempi näkemys osaston kivunhoidosta ja hoitajien kivunhoidon osaamisesta.

Haastattelimme jokaisen kipuvastaavan erikseen edeltä määriteltujen teema-alueiden pohjalta (Liite 1), jotka olimme laatineet tutkimuksemme teoriaosuuden perusteella sekä *Näyttöön perustuvan kivunhoidon ohjelman* painopisteiden mukaisesti. Ohjelman painopistealueet postoperatiivisessa kivunhoidossa ovat potilaan kivuttomuus, kivunhoidon suunnittelu, ohjaus, arviointi, kirjaus ja lääkehoidon osaaminen sekä näyttöön perustuva osaaminen.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47- 48). Teemahaastattelussa aineiston keruuseen liittyy myös

vapauksia. Tällöin kysymysten muotoiluun voi tulla haastattelutilanteessa täsmennyksiä ja kysymysten järjestys voi vaihdella. Koska tutkimusaihe on sensitiivinen, sopii yksilöhaastattelu aineistonkeruumenetelmäksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 208; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95, 97.)

Haastattelun etuna on joustavuus, jolloin haastattelija voi toistaa kysymyksen, oikaista väärinkäsityksen, selventää ilmausten sanamuotoa ja keskustella tiedonantajan kanssa. Koska haastattelussa on tärkeää saada mahdollisimman paljon tietoa tutkitavasta asiasta, valitaan haastatteluun henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Haastattelujen aluksi selvitimme kipuvastaajien taustatietoja saadaksemme kokonaiskuvan heidän kivunhoidon asiantuntijuudestaan. Haastattelemamme kipuvastaavat olivat kaikki sairaanhoitajia, ja heistä kuudella oli aiempi hoitotyön koulutus ennen sairaanhoitajaksi kouluttautumista. Työkokemusta vastaajilla oli 5-33 vuotta ja nykyisellä osastollaan he olivat työskennelleet 2-30 vuotta. Kipuvastaavina haastateltavat olivat toimineet ½-12 vuotta. Vastaajista kolme ei ollut saanut mitään lisäkoulutusta kivunhoidosta, kun taas loput kuusi olivat käyneet keskussairaalan sisäisissä koulutuksissa tai valtakunnallisilla kipupäivillä. Kipuvastaavista yksi oli käynyt kipupäivien ja sairaalan sisäisten koulutusten lisäksi kivunhoidon perusteet - opintojakson ammattikorkeakoulun puolella.

7.2 Tutkimuksen kulku ja eteneminen

Tutkimussuunnitelman valmistumisen jälkeen anoimme tutkimuslupaa Keski-Suomen keskussairaalan kahdelta operatiivisen toimialueen ylihoitajalta, joiden alaisuuteen valitsemamme viisi osastoa kuuluvat. Luvan saatuaamme otimme sähköpostilla yhteyttä kaikkiin osastonhoitajiin ja annoimme heille tutkimussuunnitelmamme luettavaksi ja pyysimme heiltä osastolla kipuvastaavina toimivien hoitajien yhteystiedot. Tämän jälkeen olimme sähköpostilla yhteydessä kipuvastaaviin ja pyysimme heitä osallistumaan tutkimukseemme. Kaikki yhdeksän kipuvastaavaa lupautuivat mukaan.

Ennen varsinaisia haastatteluja testattiin tutkimuskysymysten toimivuus esihaastattelemalla valmistumassa olevaa sairaanhoitajaopiskelijaa, jolla on kokemusta kirurgisten potilaiden hoidosta. Esihaastattelu ei ole mukana tutkimuksessa. Esihaastattelun jälkeen tutkimuskysymysten sanamuotoja muutettiin hieman, minkä jälkeen niiden todettiin palvelevan tutkimuksen tavoitetta paremmin.

Haastattelut toteutettiin nauhoitettuina yksilöhaastatteluina, joissa oli aina mukana kaksi tutkimuksen tekijää. Toinen toimi haastattelijana ja toinen teki muistiinpanoja sekä huolehti nauhoituksesta, tarvittaessa kumpikin esitti tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelut toteutettiin sovitusti vastaajien työajalla, osastoilla olevissa rauhallisissa tiloissa. Haastattelut kestivät 25 - 55 minuuttia. Haastattelun alussa haastateltaville kerrottiin vielä tutkimuksen tarkoitus ja käytiin läpi haastattelun eteneminen sekä muistutettiin heidän saavan tarvittaessa keskeyttää haastattelun milloin vain. Jokaiselle vastaajalle painotettiin, että haastattelu käsitellään täysin luottamuksellisesti ja anonyymisti. Nauhoitukset ja litteroinnit hävitettiin aineiston käsittelyn jälkeen.

7.3 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole luoda tilastollisia yleistyksiä, vaan sen avulla pyritään kuvaamaan jotain tiettyä ilmiötä tai ymmärtämään tiettyä tapahtumaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 85). Sisällönanalyysi soveltuu hyvin tutkimusmenetelmäksi, kun tutkitaan hoitotyön herkkiä ilmiöitä (Elo & Kyngäs 2008).

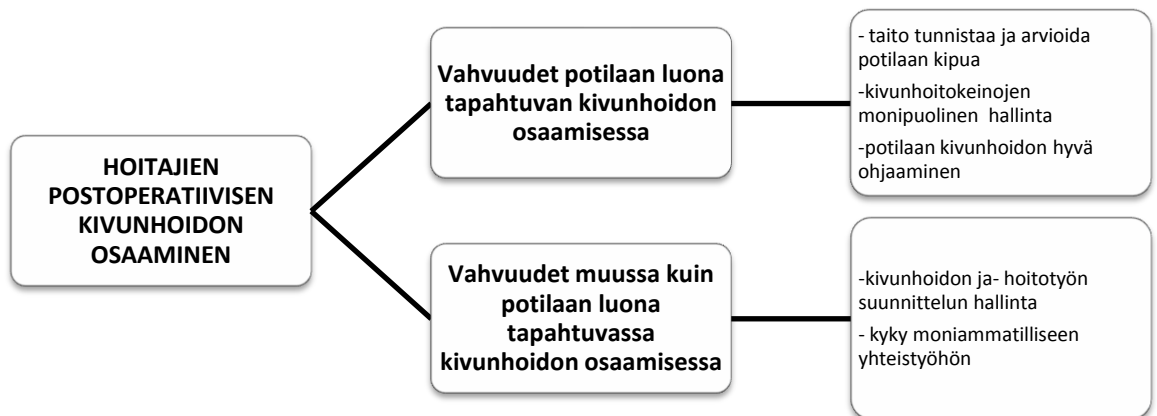
Sisällönanalyysissä hankittu aineisto pelkistetään eli siitä karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen pois. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään ja kootaan uudestaan yhtenäiseksi kokonaisuudeksi ja edelleen teoreettisiksi käsitteiksi (Liite 2). Näin laajakin aineisto saadaan tiivistettyä ilman että sen sisältämä informaatio häviää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.) Analyysiyksikkönä voidaan käyttää yksittäistä sanaa, lausetta, lauseen osaa, ajatuskokonaisuutta tai sanayhdistelmää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136). Käytimme työssämme analyysiyksikkönä lausetta, lauseen osaa ja ajatuskokonaisuutta. Tutkimuksessamme sisällönanalyysia ohjasivat teoriapohjasta nousseet tutkimustehtävät.

Tutkimusaineisto koostui yhdeksästä nauhoitetusta haastattelusta. Tutkimuksen analysointia varten haastattelut litteroitiin eli haastattelunauhojen materiaalit kirjoitettiin tekstiksi. Haastattelut numeroitiin osastojen lukumäärän mukaan 1-5 ja osastojen sisäiset haastattelut eroteltiin kirjaimin A-C, esimerkiksi 1A. Kaikki haastattelut litteroitiin sanatarkasti säilyttämällä haastateltavien käyttämät sanat alkuperäisessä sanamuodossa. Yhdeksästä haastattelusta kertyi tutkimusmateriaalia yhteensä 382 minuuttia eli litteroituna 109 sivua 1,5 rivivälillä ja 12 fonttikoolla kirjoitettuna. Haastattelutallenteet säilytettiin tutkimuksen teon ajan, jotta tarvittaessa oli mahdollisuus palata alkuperäiseen aineistoon analyysin kaikissa vaiheissa.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaaminen

Kipuvastaavien mielestä potilaiden postoperatiivista kipua hoidetaan sairaalassa hyvin. Kivunhoito on merkittävä osa potilaan leikkauksenjälkeistä hoitoa ja siihen kiinnitetään paljon huomiota. Aineistostamme nousi useita vahvoja hoitajien kivunhoidon osaamisen alueita (Kuvio 1). Erityisesti vahva kivunhoidon osaaminen painottuu niille alueille, jotka vaikuttavat konkreettisesti potilaan kokemaan kipuun.



KUVIO 1. Hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaaminen

Vahvuudet potilaan luona tapahtuvan kivunhoidon osaamisessa

Kipuvastaavien mielestä hoitajat tunnistivat potilaan postoperatiivisen kivun hyvin ja osasivat arvioida ja ennakoida sitä pääsääntöisesti hyvin. Postoperatiivisen kivun arviointi perustuu potilaan sanalliseen kuvaukseen kivustaan sekä hoitajan taitoon havainnoida potilaan olemusta ja vitaalielintoimintoja. Hoitajat osaavat arvioida kipua myös kirjaamisen perusteella, huomioimalla esimerkiksi lääkkeiden kulutuksen, uni-valverytmin sekä vamman laadun ja sijainnin.

Kun on paljon erilaisia potilaita, että osaa tarkkailla oikeita asioita.

...harjaantuu näkemään kipeän ja vamman laatu vaikuttaa...kivun arvioinnissa seurataan potilaan saamat kipulääkkeit...

Mutta on sit näitä vanhuksia. Pidetään huolta, että jos potilas ei pysty sanomaan, että annetaan kipulääkettä.

Meillä osataan ennakoida hyvin potilaan kipua..

Arvioinnista puhuttaessa useat vastaajat toivat ensimmäisenä esille PCA- ja epiduraalivunhoidon, joiden yhteydessä kipua osataan arvioida hyvin, koska niiden seurantaan on olemassa oma kaavake ja käyttöön hyvä perehdytys. Kipuvastaavat kokivat myös sähköisen kirjaamisen parantaneen kivunhoidon arviointia. Heidän mielestään rakenteinen kirjaaminen (whoike) on parantanut kirjaamista kokonaisuudessaan ja tuonut siihen hyviä ominaisuuksia, kuten annetun lääkehoidon näkymisen tekstissä punaisella ja oman komponentin kivulle.

Ja vaikka kuinka on haukuttu whoikea, niin sen myötä tämäkin on parantunut.

Ja kun se (annetut lääkkeet) whoikella heti räjähtää siellä punasena, niin sitä on niin kuin huomattavasti helpompi lukea, kun ehkä aikasemmin.

Kivunhoito perustuu osastoilla ensisijaisesti kipulääkkeisiin, joiden käyttö haastateltavien mielestä hallitaan osastoilla hyvin. Käytössä on myös useita ei-lääkkeellisiä kivunhoitokeinoja. Hoitajat osaavat käyttää näitä muita keinoja, esimerkiksi kylmäpakkauksia ja asentohoitoa, monipuolisesti lääkehoidon tukena. Kipuvastaavien mukaan hoitajien kokemus vaikuttaa kivunhoitokeinojen käytön osaamiseen.

Kyl lääkehoidon osaaminen mun mielestä on ihan hyvää.

Tää lääkehoidon tuntemus on hyvää.

Tää eri kivunhoitokeinojen käyttö on hallussa hyvin, koska niin paljon me käytetään just esimerkiks kylmäpakkauksia.

Sitten näitä muita kivunhoitokeinoja että laitetaanko sitten vähän lisäksi kylmäpakkausta ja muuta...vähän kohoasentoon tai jotain muuta asentoa, että auttaisko se sitten paremmin ja sitten kysyy että mikä nyt oli se parhain, se kylmä vai asento vai kaikki yhdessä...

Hoitajat ohjaavat potilaita paljon postoperatiivisen kivun hoidossa ja pitävät sitä tärkeänä osana potilaan hoitoa. Kipuvastaavien mukaan hoitajan taitoon ohjata potilas-

ta vaikuttavat eniten hoitajan ikä ja kokemus. Kokemuksella koettiin olevan myönteinen vaikutus ohjaukseen ja sen sisältöön.

...se ohjaus on hirveen iso osa meidän jokapäiväistä työtä mitä me ei ees tajuta että se on ohjausta.

Tietysti näillä vanhemmilla työntekijöillä se niinku on tuolla takaraivos- sa...se ohjaaminen...että ehkä sit jotka on vähemmän aikaa ollu ni niillä ehkä on sit enemmän harjaantumista sen suhteen.

Mun mielestä se on hyvää, koska se on niin iso osa tässä...me ohjataan niin paljon niitä...suu vaahossa niille puhutaan, puputetaan kaikkee, että mun mielestä se on niinku hyvää.

Elektiiviseen leikkaukseen tulevat potilaat saavat ohjausta leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ennen operaatiota. Nykyisin tämä preoperatiivinen ohjaus tapahtuu kuitenkin useimmiten muualla kuin osastolla. Päivystyspotilaiden kivunhoidon ohjaus puolestaan tapahtuu esimerkiksi leikkaussaliin vietäessä, jolloin vievän hoitajan osaamisesta on kiinni, millaista kivunhoidon ohjausta potilas saa. Kipuvastaavat kertovat hoitajien ohjaavan potilasta heti leikkauksen jälkeen kivunhoidosta ja neuvovan potilasta kertomaan kivusta ja kipulääkkeen tarpeesta ajoissa.

Kun potilas tuodaan osastolle, hänelle kerrotaan kivusta ja kipulääkityksestä...

Meillä ohjataan potilaille, että pyytävät sitä kipulääkettä, millon tuntuu sille ja yritetään silleen ennakoivasti, ennen kuin se on sietämätön, että se ois hyvissä ajoin.

Kotiutuessa potilaat saavat kipulääkkeistä ja kivunhoitokeinoista suullista ohjausta ja kipuvastaavien mielestä hoitajat osaavat ohjata potilaita kaiken kaikkiaan hyvin. Osastoille tulee jälkeinpäin kuitenkin joitakin yhteydenottoja kivunhoidon ongelmista, mikä luo haastetta etenkin kotiinlähdön yhteydessä annettavalle ohjaukselle. Vastaajien mukaan osastoilla ei ole erillistä kirjallista ohjetta postoperatiivisen kivun hoidosta kotiin lähdön yhteydessä jaettavaksi.

Kotiin lähdössä tulee niin paljon asioita, että ei niitä sisäistä eikä niitä muista.

No jos potilas ihan kotiutuu niin... antaa siinä sitä ohjausta että tietysti riippuen potilaasta, et sitä tiedostaa kuka tarvii enemmän sitä ohjausta kuka ei.

Vahvuudet muussa kuin potilaan luona tapahtuvassa kivunhoidon osaamisessa

Vastaajien mukaan leikkauksen jälkeisen kivunhoidon suunnitelman tekee anestesialääkäri. Haastateltavat korostivat hoitajien toteuttavan kivunhoitoa lääkärin määräysten pohjalta ja tekevän niiden mukaisesti kirjallisen suunnitelman. Kivunhoidon suunnittelun osalta haastateltavat puhuivat lähinnä kirjallisen kivunhoitosuunnitelman teosta ja kipuvastaavien mielestä suunnitelman tekeminen on osastoilla pääsääntöisesti hyvää. Suunnittelu on parantunut sähköisen kirjaamisen myötä, vaikka eroavaisuuksia hoitajien välillä löytyy. Kirjallisessa suunnitelmassa käytetään apuna kipukomponenttia.

... me suunnitellaan se kivunhoito sitten anestesialääkärin ohjeitten mukaan...

Mun mielestä se on hyvää. Kun luen toisen tekemän suunnitelman, niin sieltä löytyy kaikki...

...ne määräykset on mitä me sitten toteutetaan ja me viedään ne sitten whoikelle. Ja toteutetaan niinku sen mukaan ja sen mukaan arvioidaan sitten...

Jos on ihan...peruskirurginen potilas, niin se suunnittelu, se kivunhoito, on laitettu jonkun komponentin alle, esimerkiksi haava...

Kyllä se osataan tehdä ihan ok, mutta eroja on. Toiset tekevät sen tarkemmin ja toiset hieman ylimalkain. Pääsääntöisesti se onnistuu kaikilta ihan hyvin...

Hoitajat osaavat hyödyntää moniammatillista yhteistyötä potilaiden kivunhoidossa. Kipuvastaavat mainitsivat, että hoitajat keskustelevat kivunhoidosta paljon keskenään ja saavat tukea toisiltaan. Helposti otetaan avuksi toisten hoitajien hyväksi havaitsemat käytännöt kivunhoidossa. Hoitajat tunnistavat hyvin kivunhoidon ongelmatilanteet, joissa on käännyttävä lääkärin tai kipuhoitajan puoleen. Yhteistyötä tehdään myös esimerkiksi sairaala-apteekin kanssa kivun lääkehoitoon liittyen.

Tuu kattomaan, että onko kaikki ok, jos ei osaa itte arvioida.

... puhumalla ja konsultoimalla toinen toistaan...

... hoitajat vetää yhtä köyttä.

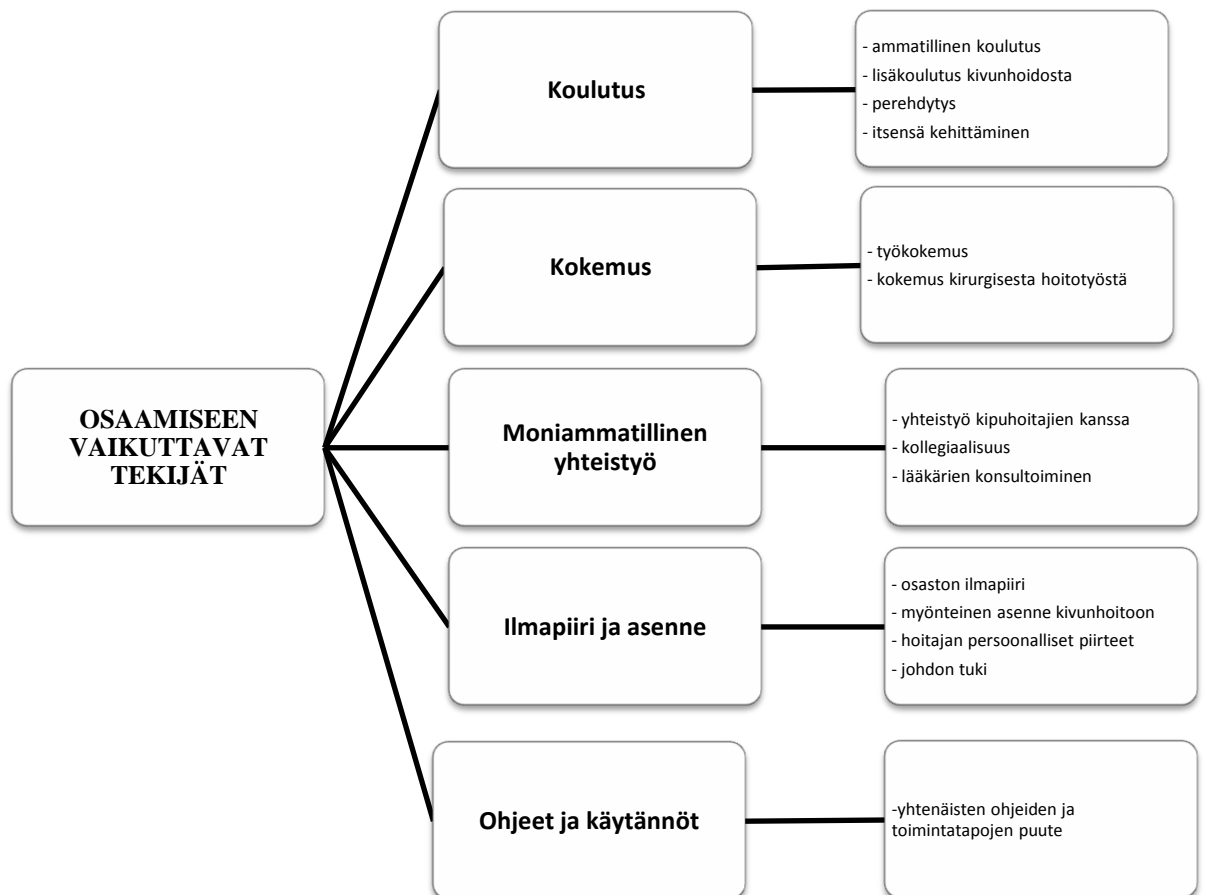
Jos joku keksii hyvän konstin, mikä toimii jollekin, niin kyllähän se otetaan mielellään vastaan ja kokeillaan itekki.

Rohkeesti soitetaan anestesia lääkäriksi, jos tuota ei kipulääke auta.

...on aina käytettävissä tämä kipuhoitaja, jos on tuota jotakin kysymistä.

8.2 Kivunhoidon osaamiseen vaikuttavat tekijät

Yksittäisen hoitajan postoperatiivisen kivunhoidon osaamiseen kipuvastaavat katsoivat vaikuttavan hoitajan koulutuksen, työkokemuksen, yhteistyön sekä osaston ilmapiirin ja hoitajien persoonallisten piirteiden (Kuvio 2).



KUVIO 2. Osaamiseen vaikuttavat tekijät

Koulutuksen vaikutus hoitajien osaamiseen

Hoitajien koulutus antaa kipuvastaavien mukaan perusvalmiudet kivunhoidon toteuttamiseen ja sitä kautta se vaikuttaa hoitajien osaamiseen. Sekä sairaanhoitajakoulutus että lähi- tai perushoitajien koulutus antavat hoitajalle työssä vaadittavat perusvalmiudet niin kivunhoidon teoriasta kuin esimerkiksi lääkehoidon käytännön toteutuksesta.

Ammatillinen osaaminen, kyseleminen, aktiivisuus siihen itsensä kehittämiseen. Sekä positiivisesti että negatiivisesti noi asiat vaikuttaa.

...koulutuksessa saadaan kaikki se, että meillä on valmiudet antaa sitä kipulääkettä, mitä lääkäri on määrännyt.

Lisäkoulutuksella kivunhoidon osaamista voi edelleen syventää. Kipuvastaavat pitivät tärkeinä sairaalan omaa sekä muualla järjestettävää kipukoulutusta. Koulutuksiin osallistuvat hoitajat jakavat saamaansa tietoa osastolla esimerkiksi osastotunneilla tai tuomalla materiaalia koulutuksista. Tärkeäksi hoitajien osaamiseen vaikuttavaksi tekijäksi kipuvastaavat toivat esille myös hoitajien asenteen kehittää kivunhoidon osaamistaan esimerkiksi tietoa etsimällä tai kyselemällä.

Sairanhoitajan etiikka on lähtökohta. Hoitajan asenne.

...kaikki ei oo kiinnostunu käymään koulutuksissa ja kaikkia tämmösiä, osallistumaan mihinkään, olemaan vastuutehtävissä tai tällä lailla.

Ongelmiksi lisäkoulutuksen saamisessa ja tiedon itsenäisessä kartuttamisessa kipuvastaavat näkivät kiireen ja päivittäisen hoitotyön vaativuuden. Aikaa ja voimia itsensä kehittämiseen ei ole. Kiire ja resurssipula voivat estää jopa kipuvastaavien kokoon-tumisiin osallistumista. Myös viime vuosina sairaalassa sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönotto ja niihin liittyvät koulutukset ovat vieneet hoitajien voimavaroja muulta osaamisen kehittämiseltä.

... realiteetit ovat se, että et ehdi. Se jää omalle ajalle tehtäväksi...

... mutta meillä on todella toi effica ja whoike, niin se on varmaan kaks vuotta vieny niinku kaikelta tältä kehittämistyöltä jokaisella osaluueella vieny sitä aikaa pois.

Myös uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytystä kivunhoidon osalta kipuvastaa-
vat pitivät tärkeänä ja katsoivat sen vaikuttavan hoitajien kivunhoidon osaamista
lisäävästi. Lyhytaikaiset sijaiset eivät kuitenkaan välttämättä ehdi saamaan perehdy-
tystä ollenkaan.

...se perehdytys tähän kivunhoitoon. Ja se, että hän itte pitää niistä omista tiedoistaan...ajan tasalla, ja sitten se, että meillä täällä osastolla olis ...asianmukaista tai ajanmukaista tietoa ja sitä ohjausta niinku pystys antaan...

No joskus ei kerkee saada minkäänlaista perehdytystä kun tullaan hyvin äkkiä...

Tämän oman henkilökohtaisen perehdyttäjän kanssa käydään tuota nämä kivunhoitoon liittyvät asiat.

Työkokemuksen vaikutus hoitajien osaamiseen

Hoitajien työkokemuksen pituus ja kokemus kirurgisten potilaiden hoidosta vaikuttaa vastaajien mukaan merkittävästi hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamiseen. Kipuvastaaavat katsoivat pidemmän työkokemuksen auttavan hoitajia tunnistamaan ja ennakoimaan paremmin potilaan kipua. Kokemus auttaa arvioimaan myös potilaan kivun lääkehoitoa kriittisemmin ja hoitamaan potilaan kipua paremmin myös ei-lääkkeellisin keinoin.

Nää jotka meillä on pitemmän aikaa ollu, niin niillä on toisenlainen tun- tuma ja jotka vähän aikaa on ollu työssä ja yleensä tän tyyppisellä osas- tolla, niin ehkä on sitä teoretietoa, mut sitten se, että miten soveltaa potilaisiin, niin se on niinku vielä sillein kevyempi.

Ja totta kai se tieto ja se työkokemus tavallaan ruokkii sitten, että oppii ymmärtämään, minkä tyyppiset potilaat on kipeempiä, että tavallaan tulee kokemuksen kauttakkin sitä tietoo, ...et ahaa tämmönen ..., nää yleensä on kipeempiä ja siinä vaiheessa sitten olla hoksottimet hereillä, että tähän tarttee paneutua enemmän.

Moniammatillisen yhteistyön vaikutus hoitajien osaamiseen

Sekä moniammatillinen yhteistyö että hoitajien keskinäinen yhteistyö kivunhoidossa koettiin tärkeäksi hoitajien osaamisen kannalta. Kivunhoidossa yhteistyötä tehtiin

etenkin lääkäreiden ja kipuhoitajien kanssa. Lääkäreiden kanssa hoitajat keskustele-
vat kipulääkkeistä ja niiden annostuksista sekä vaihtoehtoisista kivunhoitokeinoista,
mikäli potilaalle määrätty kivunhoito ei ole sopiva tai riittävä. Kipuhoitajien puoleen
käännyttään osastolla lähinnä PCA- ja epiduraalikivunhoitoon liittyvissä ongelmissa.
Kipuhoitajien käyntejä osastolla ja yhteistyötä heidän kanssaan kipuvastaavat pitivät
osaamisen kannalta tärkeänä.

*Kyllä me aika lailla keskustellaan kipuhoitajan kanssa...ehkä nuoremmat
hoitajat ottaa kipuhoitajaan enemmän yhteyttä ku konkarihoitajat...*

*Jos on jotain niin hän tulee juttelee, me voidaan aina soittaa hälle ja ky-
syä, jos on jotain, että se pelaa kyl hyvin. Se on oikeen hyvä, että sem-
monen kipuhoitaja on olemassa, kehen voi ottaa yhteyttä.*

*Meillä on hoitajilla rohkeutta kyllä kysyä, jos me ei tiedetä, lääkäreiltä
plus sitten anestesia lääkäriä käytetään plus sitten kipuhoitajia käyte-
tään, yhteistyö toimii. Meidän tehtävähän se on pitää potilaan puolta
kivuhoidossa.*

Hoitajien keskinäiset keskustelut kivunhoitoon liittyvistä kysymyksistä ovat osastoilla
tavallisia. Kun jonkun potilaan kivunhoidossa on ongelmia, keskustelevat hoitajat
usein toistensa kanssa ja pyytävät mielipidettä asiasta. Pitempään työtä tehneet hoi-
tajat voivat tätä kautta jakaa osaamistaan uudemmmille hoitajille. Toisaalta haastatel-
tavat korostivat myös uusien hoitajien tuovan osastolle uutta tietoa kivunhoidosta.

*Meillä on sillä lailla avointa, että keskustellaan kivusta, potilaan voinnis-
ta kysellään toisilta, että mitä mieltä oot, että annanko mä tähän kipu-
lääkettä vai ei.*

*Meillä voi kysyä melkein keltä vaa, eikä ikinä tuu pöllö olo vaikka kysyy-
kin jotain ihan...*

Kipuvastaavat kokivat oman työnsä tärkeäksi osastolla kivunhoidon osaamisen kan-
nalta. Oleellinen osa kipuvastaavien toimintaa on vaihtaa tietoa muiden osastojen
kipuvastaavien kanssa yhteisissä kokoontumisissa. Viime vuosina tapaamiset ovat
vastaajien mukaan kuitenkin harventuneet ja mahdollisuus osallistua niihin on vai-
keutunut osastojen kiireisen työtahdin vuoksi.

*Nyt on ollu aika vähän niitä eri osastojen yhteisiä kipuvastaavien ta-
paamisia. Nämä minä ainakin olen kokenut hirveen hyväks.*

Jos sais jostain aikaa, että vaikka puolenvuoden välein muistuttais näistä asioista pintaan, että ne ei pääsis niinku unohtumaan, että muistettaampa taas arvioida vähän hoitoo paremmin ja tämmösiä. Moni asia pyöris paremmin kun joku aina kopsauttais tietyin väliajoin että muista-kaapas tämä, ei saa unohtaa tätä...

Ja monta kertaa siellä tuleekin sitten kun porukalla ollaan niin tuleekin niitä kysymyksiä ja käytäntöjä että miten eri osastoilla toimitaan.

Osaston ilmapiirin ja hoitajien persoonallisten piirteiden vaikutus osaamiseen

Osastoilla kivunhoidon päämääränä on haastateltavien mukaan potilaan mahdollisimman hyvä kivunhoito erilaisia keinoja käyttäen. Kivunhoitoon suhtauduttiinkin osastoilla myönteisesti ja sen nähtiin olevan olennainen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Avoin ilmapiiri kannusti hoitajia hakemaan herkemmin apua kivunhoidon ongelmatilanteisiin.

... täällä kun meillä on semmoinen myönteinen asenne kivunhoitoon...

Että siihen on ainakin pyritty, että potilaat sais mahdollisimman hyvän kivunhoidon.

Ilmapiiri on hyvä, hoitajat vetää yhtä köyttä...

Et meillä on hyvin sellainen ilmapiiri, et potilaiden kipu pitää hoitaa hyvin.

Hoitajien osaaminen perustuu lähinnä koulutukseen, mutta myös persoonalliset piirteet vaikuttavat osaamisen hyödyntämiseen. Esille tulivat etenkin hoitajien rohkeus päätöksenteossa ja käytännön kivunhoidon toteuttamisessa. Rohkeuden nähtiin vaikuttavan myös moniammatilliseen yhteistyöhön.

Mun mielestä se jonkin sortin kiinnostuskin kivunhoitoon tai tavallaan tai tämmöne...yleistetysti koko työhön sitä kauttahan se innostus lähtee tulemaan.

Tietty rohkeus antaa kipulääkettä ja tietty rohkeus kyseenalaistaa, että onko tää tarpeellista.

Tokihan sekin, että mä uskallan pistää ja tehdä ratkasuja.

Myös osastonhoitajan tuki koettiin vastaajien keskuudessa tärkeäksi myönteisen kivunhoidon ilmapiirin luomisessa ja hoidon toteutuksessa. Ongelmat koulutuksiin pääsemisessä ja uuden tiedon levittämisessä eivät aina johdukaan tuen puutteesta, vaan hoitotyön kiireisestä arjesta.

Kyllä osastonhoitaja tukee meitä, et sen mitä pystyy. Ja hän tietää, että kiire on...

K-päiviä tulee ja sitte kun tulee sitä uutta tietoa niin saa aikaa levittää sitä muillekin ja pitää vaikka osastotuntia jos tarvii, et kyl se (osastonhoitaja) kannustaa tosiaan.

Ohjeiden ja käytäntöjen vaikutus osaamiseen

Haastatteluista kävi ilmi, että sairaalan kirurgisilla osastoilla ei ole käytössä päivittäistä toimintaa ohjaavaa yhtenäistä suunnitelmaa kirurgisen potilaan kivunhoidosta. Vuonna 2005 valmistunut *Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma* on aikanaan tarkoitettu pohjaksi yhteiselle linjalle, mutta vain yhdellä osastoista suositukset ovat perehdytyskansiossa. Muilla osastoilla suosituksia ei tunnettu tai ainakaan ne eivät ohjanneet päivittäistä kivunhoitotyötä, vaikka ne ovat luettavissa sairaalan sähköisissä tietokannoissa.

Joillakin osastoilla oli tiimikansioita, joissa myös kivunhoitoa on sivuttu tai joku osaston yhteinen perehdytyskansio, jossa kivunhoidosta on tuotu esille perusasiat. Haastateltavien vastauksista kävi ilmi, että kipuvastaavat ovat kokoontumisissaan puhuneet yhteisten käytäntöjen tarpeesta ja eri yksiköiden toimintatapojen yhtenäistämisestä.

Perehdytyskansiossa on..., että kyllä perehdytyksessä ainakin annetaan se (Näyttöön perustuvan kivunhoidon ohjelma) uusille luettavaksi. Onhan se toisaalta useamman vuoden jo vanha, että varmaan päivittäminen tekiskin ihan hyvää, että kyllähän aina tieto muuttuu ja käytännöt muuttuu

Meillä on perehdytyskansio, jossa on kivunhoidosta puhuttu nämä perinteiset vaatimukset, ei sen enempää. Kai ne on niissä papereissa (näyttöön perustuvan kivunhoidon suositukset) ihan samat tavoitteet, mutta ei meillä oo käytetty niitä.

Esille nousi myös tarve kivunhoidon systemaattiseen hallintaan koko potilaan hoitoketjun ajan. Esimerkiksi päivystyspotilaiden kohdalla kivunhoidon tarvetta on usein jo ennen leikkausta ja riittävästä kivunhoidosta tulisi huolehtia heti hoitoketjun alusta alkaen.

Me puutemme jo nyt ensiavun kivunhoitoon. Meillä on palaveri ensiavun porukoiden kanssa, jossa keskustellaan yhteisistä pelisäännöistä.

Että se kivunhoito pysys koko ajan, et se potilas ku kulkee tämän reitin, sieltä kotoa lähtiessä, siihen saakka kun hän lähtee täältä meiltä terveyskeskukseen niin vielä edelleen sinne terveyskeskukseenkin olisi ohjeet, että koko ajan pysys se toteutettu kivunhoito hyvänä.

Osastoilla ei ole juurikaan saatavilla tutkimuksia kivunhoidosta tai tietoa kivunhoidon tutkimuksista eikä kipuvastaavien mukaan niistä osata hakea apua ongelmiin. Kiireisen työtahdin vuoksi ei hoitajilla haastateltavien mukaan ole juuri aikaa näyttöön perustuvan kivunhoidon osaamisen kartuttamiseen työajalla.

Meille ei taida kipuviestä tulla. Meillä on kirjoja.

Työajalla ei oo mahdollista perehtyy tutkimuksiin tai lehtiin... se on se kahvihetki ainut ja sen käyttää yleensä mielellään johonki muuhun.

8.3 Kehittämistarpeet kivunhoidon osaamisessa

Haastateltavat tunnistivat hoitajien kivunhoidon osaamisessa useampia kehittämistä kaipaavia alueita (Kuvio 3). Puutteet kivunhoidon osaamisessa painoutuivat lähinnä niille osa-alueille, jotka eivät konkreettisesti vaikuta potilaan kokemaan kipuun.



Kuvio 3. Kehittämistarpeet kivunhoidon osaamisessa

Kehittämistarpeet potilaan luona tapahtuvassa kivunhoidon osaamisessa

Hoitajat arvioivat potilaan kipua vastaajien mukaan enimmäkseen kukin omalla tavallaan, mitään yhteisiä ohjeita tai käytäntöjä ei osastoilla esimerkiksi kipumittareiden suhteen ollut. Kipuvastaavat kertoivat kipumittareiden käytön olevan vähäistä, eikä niitä aina osata käyttää oikein.

Meillä on kipumittarit, mutta niiden käyttö vaihtelee. Ei ole yhtä standardia, käytetään NRS:ää, koska se on epiduraali-kaavakkeella...

...ne unohtuu, vaikka niistä puhutaan tietyin väliajoin jossain osastotunnillakin, niin ne sitten unohtuu...

...meillä on ollut joillakin taskussa niitä janoja... ja näissä kipuepiduraalissa ja PCA:ssa se on ihan säännöllinen...

Arviointi ei aina toteudu oikein hyvin, siinä vois käyttää sitä... kipumittaria taikka sitten kysyä suullisesti.

Eniten osastoilla kipua arvioidaan suullisesti kysymällä tai pyydetään potilaalta numeraalista arviota kivun voimakkuudesta. Sitä, miten arviointi on tehty, ei aina kuitenkaan kirjata. Joillakin osastoilla vastaajat toivoivat enemmän kipumittareiden käyttöä, jotta potilaan kivunarviointiin tulisi jatkuvuutta. Puutteet hoidon jatkuvuudessa vaikuttavat joidenkin kipuvastaavien mielestä suoraan kivunhoidon arvioinnin onnistumiseen.

Jos tuota sais hoitaa samoja potilaita mahdollisimman pitkään, niin silloin osais tarkkailla, että mikä oli tilanne eilen, mikä on tilanne tänään. Mut meilläkin on paljon sairastapauksia, niin sitten joutuu joka päivä vaihtamaan niitä potilaita.

...ei osaa oikein arvioida, kun ei ole sitä jatkuvuutta.

Erilaisten mittareitten käytöstä on hyötyä ja niitä käytetään liian vähän.

Toinen osa-alue arvioinnissa, mihin kipuvastaajien mielestä pitäisi kiinnittää huomiota, on annetun hoidon vaikuttavuuden arviointi. Kipua hoidetaan kipulääkkeillä tai

muita kivunhoitokeinoja käyttäen, mutta jälkeenpäin ei kysytä tai muuten arvioida oliko hoidosta apua.

Me hirveen hyvin viedään sitä lääkettä, mut ei tuu tarkistettua no, oliko siitä apua.

Parantamisen varaa arvioinnissa on kyllä.

Kehittämistarpeet muussa kuin potilaan luona tapahtuvassa kivunhoidon osaamisessa

Lähes kaikki vastaajat tunnistivat puutteita kivunhoidon kirjaamisessa, vaikka toivatkin esille viime aikojen myönteisen kehityksen siinä. Kirjaaminen on heidän mielestään yhä tasoltaan vaihtelevaa, eroja on niin hoitajien kuin osastojenkin tavassa kirjata. Vastaajat toivoivat kirjaamisen olevan myös kuvailevampaa ja värikkäämpää.

...enemmän sais ehkä olla...niinku kuvailevampaa se kirjaamine... Ja sitten toisaalta sitä arviointia kans ois varaa näkyä enemmän.

Että se kirjaaminen vois olla värikkäämpää, monimuotoisempaa.

Kirjauksissa tulisi haastateltavien mukaan näkyä nykyistä selvemmin arvio potilaan kivusta ja sen voimakkuudesta sekä siitä, miten kipua on mitattu. Erityisesti moni vastaaja nosti esille sen, että annetun hoidon vaikuttavuuden arviointia kirjauksissa ei juuri näy.

...se ei ehkä niinkään tuu se arviointi tonne kirjallisena muotona niinkään hyvin, kun mitä sitten toteutetaan siinä potilaan luona sitä arviointia.

Tätä saa parantaa. Paljon näkyy, hienosti koneella annetut lääkkeet, kylmäpakkaukset, asennon vaihot ja muut kaikki, mutta arviointia ei läheskään ole jokaisen kohalla, esim. niitte lääkkeitte jälkeen, että auttoiko se.

Kehittämistä olis kirjaamisen suhteen. Ainakin se, että mihinkä kipuun annetaan ja se arviointi sieltä vielä mielellään.

Mä luulen, että kysytään auttoiko lääke, mutta ei sitten kirjata sitä.

Haastatteluissa tuli esille myös erilaiset käytännöt kirjaamisessa osastojen välillä. Eroja oli esimerkiksi siinä, kirjataanko huumelääkkeiden anto myös whoikelle, vaikka se olisi niin sanottu listalääke. Joillakin osastoilla kivulle tehtiin aina oma suunnitelma whoiken kipukomponentin avulla, kun taas toisilla osastoilla vain tiettyjen leikkausten yhteydessä. Kirjaaminen on myös yksi niistä alueista, jonka laadusta hoitajat vastaajien mukaan tinkivät kiireisinä päivinä. Kirjallisen hoitosuunnitelman päivittäminen unohtuu vastaajien mukaan myös liian usein.

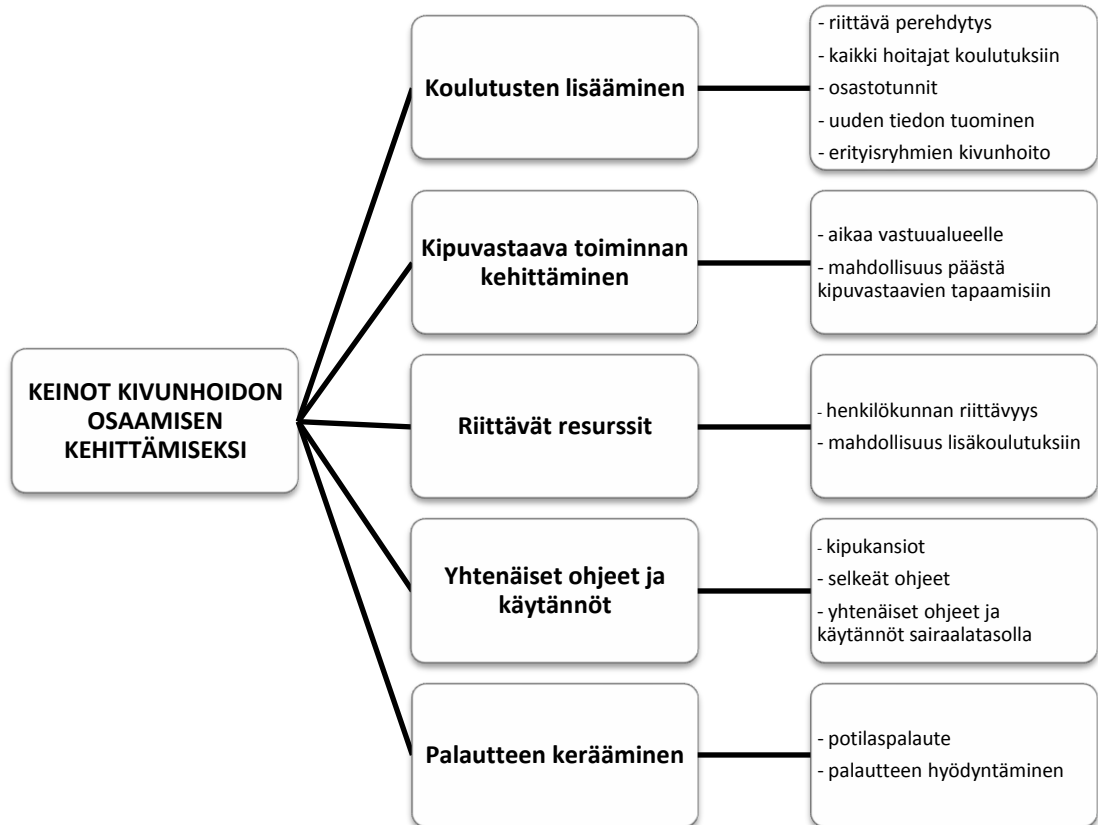
Meillä on ollu keskustelua, että eri kirurgian osastoilla on eroja...esimerkiks huumelääkkeiden kirjaamisesta whoikelle...

Me ollaan puhuttu niin, että kunhan jonkinlainen arviointi löytys siitä kivusta, että sehän se pääasia on. Ei se, että millä muodolla sen kirjottaa.

...siinä suunnitelmassa on se, että sitä pitää muistaa päivittää ja se ehkä on semmonen, missä voi vielä prepat.

8.4 Keinot kivunhoidon osaamisen kehittämiseksi

Haastatteluiden tärkeimmiksi osaamista lisääviksi tekijöiksi nousi selkeästi koulutuksen lisääminen kivunhoidosta, ohjeiden ja käytäntöjen yhtenäistäminen, kipuvastavien toiminnan kehittäminen, resurssien lisääminen sekä potilaspalautteen kerääminen (Kuvio 4).



KUVIO 4. Keinot kivunhoidon osaamisen kehittämiseksi

Lisäkoulutus kivunhoidosta

Kipuvastaavat pitivät tärkeänä, että heillä olisi mahdollisuus osallistua kivunhoidon koulutuksiin ja kipupäiville. Näin heillä olisi jakaa enemmän ajantasaista tietoa osaston muille hoitajille. Kuitenkin myös muiden osastolla työskentelevien hoitajien kivunhoidon koulutuksen lisääminen nousi esille useissa haastatteluissa. Vastaajien mielestä kivunhoito on niin tärkeä osa potilaiden hoitoa, ettei hoitajien uuden osaamisen tulisi olla riippuvaista pelkästään kipuvastaavien tuomasta tiedosta. Osastotunteja voisi heidän mukaansa järjestää enemmän kivunhoitoon liittyen, etenkin kun kivunhoidon koulutuksiin osallistuminen on hoitajien kiireisen työtahdin vuoksi välillä hankalaa, ja osastokokouksiin pystyy osallistumaan useampi hoitaja samalla kertaa.

...niitä sisäisiä koulutuksia esimerkiksi... monilla mahdollisuus päästä eikä vaan kipuvastaavilla...

Kouluttamalla ja keskustelemalla, pitämällä ehkä jotain osastotuntia aiheesta...

Osastotunneilla, jossa voisi tietoa jakaa. On ollut puhetta caseista, jossa voisi keskustellen, miten kukin tekisi.

Ei olis yhtään pahitteeks...vaikka kaikki kävis tämän kipuvastavan kurssin. Siinä kuitenkin tulee siitä kivunhoidosta ehkä erillä tavalla ja ehkä mieltää itse erillä tavalla sen potilaan kivunhoidon kun siitä tulee enemmän ja siitä puhutaan enemmän.

Myös erityisryhmien kivunhoito nousi muutamissa haastatteluissa esiin. Kipuvastaavat toivoivat saavansa enemmän tietoa etenkin vanhusten ja päihdepotilaiden kivunhoidon erityispiirteistä, sillä monilla osastoilla kyseisiä potilasryhmiä hoidetaan päivittäin. Kipuvastaavien mielestä hoitajilla ei aina ole riittävästi tietoa ja näin osaamista hoitaa erityisryhmien potilaita.

Narkomaanin hoidossa ainoa kipukynnys on kivunhoito. Se on hirveän vaikeata... ja tällaiset potilaat tarvii sen kivunhoidon siinä missä muutkin.

Kipuvastaavien toiminnan kehittäminen

Kipuvastaavat ovat usein aiemmin kokoontuneet kipuhoitajan johdolla yhteen keskustelemaan kivunhoidon uusista tuulista ja osastojen erilaisista käytännöistä, mutta nykyään kokoontumiset ovat käyneet yhä harvemmiksi. Vastaajat kertoivat saaneensa paljon uutta tietoa kokoontumisissa ja he ovat voineet keskustella avoimesti myös itse kohtaamistaan kivunhoidon ongelmatilanteista sekä vaihtaa kokemuksiaan. Kipuvastaavat kokivat näiden yhteisten kokoontumisten olleen hyödyllisiä koko osaston kivunhoidon kannalta ja toivoivat, että niitä voitaisiin jatkossa järjestää nykyistä useammin ja että kipuvastaaville järjestettäisiin myös mahdollisuus osallistua niihin muun työn lomassa.

Nyt on ollu aika vähän niitä eri osastojen yhteisiä kipuvastaavien tapauksia. Nämä minä ainakin olen kokenut hirveen hyväks...

...ehkä se on tää kiire tehny että niitä on nyt harvennettu...

Niitten (kipuvastaavien) kesken sitten keskustellaan palavereissa, että mitä kokemuksia on, mitä ideoita on herännyt osastoilla ja onko toinen kokenut paremmin jonkun asian ja ihan tämmösiä käytäntöjä ja sitten niissä käydään jotakin uutta asiaa lävitse.

Niin se (kipuhoitaja) oli meille viime vuoden puolellekin laittanu sitä tapaamista, mut jotenkin tuntuu, että tää nykyinen, tää meidän työtahti ei anna oikeen mahdollisuuksia tämmösiin, niinku näitä omia vastuualueita, ja niihin liittyviä tapaamisia. Kyllä mä kokisin hirveen hyvänä, että meillä ois vaikka silleen että kerran kuussa...

Resursseja kivunhoitoon

Kiire päivittäisessä hoitotyössä ja ongelmat riittävässä henkilökunnan määrässä vaikuttavat kivunhoidon osaamisen kehittymiseen. Hoitajilla ei ole aikaa osaamisensa kehittämiseen työajalla ja päivittäisestä hoitotyöstä on vaikea irrottautua koulutuksiin. Koulutuksiin pääsystä näkyi myös osastokohtaisia eroja.

Viime aikoina on ollut vain vähän mahdollisuuksia osallistua kivunhoidon koulutuksiin.

Potilasmäärät on niin suuret, kuus potilasta per hoitaja ja ne on yleensä vuodepotilaita. Se kuormittaa sitä hoitajaa ja hoitajat on yleensä semmosii, että yleensä itteensä syyllistää heti.

Kyllä pääsee hyvin sekä talon sisäisiin että ulkopuolisiin koulutuksiin.

Yhtenäiset ohjeet ja käytännöt kivunhoitoon

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että yhteiset kivunhoidon suunnitelmat ja ohjeet paitsi helpottaisivat hoitajien työskentelyä, ne myös lisäsivät osaamista, kun hoitajat voisivat helposti löytää tarvitsemansa tiedon yhteisesti hyväksytyistä ohjeista. Tällä hetkellä osastoilla on selvästi panostettu PCA- ja epiduraalikivunhoitoon, joihin on olemassa hyvät kirjalliset ohjeet, mutta esimerkiksi erilaisten kivunhoitokeinojen tai kipulääkkeiden käytöstä ei osastoilla yleensä ollut ajantasaista, yhteen koottua kivunhoitokansiota.

Täällä ei mun mielestä oo mitään semmosta ajan tasalla olevaa. Et se on haaveissa et ois semmonen pikkunäpäkkä, missä ois lyhyesti kaikkee, mutta täällä oo nyt resursseja irrottaa semmosen tekoon.

Meillähän on ne PCA-kansiot ja epikansiot, mitkä ne kipuhoitajat on tehny...

Palautteen kerääminen ja hyödyntäminen

Osastoilla ei tällä hetkellä kerätä potilailta kirjallista palauteta kivunhoidosta, kipuvastaavien mielestä palautteen systemaattinen kerääminen voisi kuitenkin hyödyttää osastoja ja potilaita. Jos voitaisiin selvittää hoitajien kivunhoidon osaamisen heikoudet potilaiden näkökannalta, voitaisiin näillä osa-alueilla osaamista parantaa esimerkiksi juuri koulutuksilla ja näin lisätä potilastyytyväisyyttä.

Itse asiassa joku palaute kysely on...en oo varma onko se tietylle potilasryhmälle ja mun mielestä siinä sivutaan kivunhoitookin, mutta mää en oo saanu mitään palautetta, että mitä siellä lukee.

En muista, että olisin saanut palautetta siitä (kivunhoidosta).

Joku kysely on tehty muutama vuos sitten. Tuli aika hyvää palautta, mutta oltiin silloin ehkä vähän paremmalla tasollakin.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Hoitotieteellisellä tutkimuksella tuotetaan tietoa, mitä voidaan käyttää hoitotyön kehittämiseen (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 368) ja sen tarkoituksena on myös lisätä yhteisön hyvinvointia ja terveyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 140). Opinnäytetyömme tavoitteena oli kuvata Keski-Suomen keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon tämän hetkistä osaamista kipuvastaavien arvioimana. Tavoitteena oli myös selvittää, mitkä tekijät osastoilla tukevat tätä osaamista ja millä osa-alueilla olisi mahdollisesti vielä kehitettävää. Tutkimuksemme tulokset kuvaavat vain kyseisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitajien osaamista. Käsitys hoitajien osaamisesta perustuu haastateltavien näkemykseen asiasta, eikä tässä yhteydessä ole mitattu potilaiden kokemusta saamastaan kivunhoidosta.

Osastoilla suhtauduttiin kivunhoitoon myönteisesti ja sen koettiin olevan keskeinen osa kirurgisen potilaan hoitoa. Hoitajien tavoitteena oli hoitaa potilaiden kipua mahdollisimman hyvin. Kvistin, Vehviläinen-Julkusen ja Kinnusen (2006) hoitotyön laatua käsittelevän tutkimuksen mukaan hyvinvoiva, ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilöstö on hoidon laadun tae.

Tutkimuksemme tulokset osoittivat, että hoitajat osaavat hoitaa potilaiden postoperatiivista kipua pääsääntöisesti hyvin. Tulostemme pohjalta huomasimme kivunhoidon osaamisen jakautuvan selkeästi kahteen osaan: potilaan luona tapahtuvaan ja muualla kuin potilaan luona tapahtuvaan kivunhoitoon. Parasta hoitajien osaaminen oli niillä kivunhoidon osa-alueilla, joita toteutettiin konkreettisesti potilaan luona ja jotka vaikuttavat suoraan potilaan kokemaan kipuun. Vahvaa osaaminen oli etenkin kivun tunnistamisessa ja sen ennakoinnissa, erilaisten kivunhoitokeinojen hallinnassa sekä potilaan ohjaamisessa. Kivunhoidon osaamista tukivat sekä hoitajien keskinäinen että moniammatillinen yhteistyö. Puolestaan muualla kuin potilaan luona tapahtuvassa kivunhoidossa oli havaittavissa useita puutteita. Merkittävä ongelma kivunhoidon osaamisessa ja sen kehittämisessä on yhteisten käytäntöjen puuttuminen.

Kehitettäviä kivunhoidon osaamisen alueita hoitajien päivittäisessä kivunhoitotyön toteuttamisessa löytyi lähinnä kivunhoidon kirjaamisessa. Yhtenäiset käytännöt kirjaamisessa puuttuivat niin hoitajien kuin osastojenkin välillä. Kun kirjaamisen tyyli ja taso vaihtelevat, vaikuttaa se kivunhoidon jatkuvuuteen yksittäisen potilaan kohdalla. Myös Väänänen (2008, 67) on saanut tutkimuksessaan samanlaisia tuloksia; kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen on puutteellista ja kirjaamista tulisi kehittää. Myös hänen mukaansa hoitajien tulisi kirjata tarkemmin sekä kuvailevammin ja kirjaamisessa tulisi olla yhteneväinen linja eri hoitajien ja osastojen välillä.

Haastattelut osoittivat hoitajan iällä ja työkokemuksella olevan positiivinen vaikutus osaamiseen kivunhoidon eri osa-alueilla, mikä eroaa Mäkipéuran ym. (2007) tutkimustuloksista. Kuitenkin useissa muissa tutkimuksissa (Eskola & Paloposki 2001; Meretoja 2003; Heikkilä ym. 2006; Anttila 2006, 58) on saatu oman tutkimuksemme kanssa samanlaisia tuloksia siitä, että hoitajan kokemus ja ikä lisäävät osaamista. Kokemuksella näyttää tulostemme mukaan olevan suuri merkitys esimerkiksi siihen, kuinka hyvin hoitaja osaa potilasta ohjata tai hyödyntää erilaisia menetelmiä kivunhoidossa. Iän vaikutus osaamiseen johtuu uskoaksemme siitä, että vanhemmille työntekijöille on usein ehtinyt kertyä pidempi työkokemus, eikä iän vaikutusta osaamiseen pidä siksi aina yleistää.

Hoitajat tunnistivat hyvin potilaan kivun ja reagoivat siihen. Potilaan kivun arviointi ja ennakointi oli osastoilla haastateltaviemme mukaan tasoltaan hyvää. Kauppilan (2006) mukaan potilaan kivun tunnistaminen on päätöksenteon perusta kivunhoitotyössä. Kivun arvioinnin tapa ja menetelmät sen sijaan vaihtelivat saamiemme tulosten perusteella kunkin hoitajan tottumusten ja mieltymysten mukaan. Tarkkila (2005) puolestaan toteaa, että hoitohenkilökunnan ilman kipumittareita tekemä arvio potilaan kivusta on usein enemmän tai vähemmän virheellinen, eikä pitkä kokemuskaan paranna arvioinnin onnistumista.

Kaikilta osastoilta löytyi useita erilaisia kipumittareita, mutta niitä käytettiin suhteellisen vähän tai ei juuri lainkaan. Kipumittareiden käyttöä ei myöskään aina kirjattu potilastietoihin, mikä vaikeutti kipuvastaavien mielestä kivunhoidon arvioinnin jatku-

vuotta. Vaikka monet tutkimukset (Lahti ym. 2007; Salanterä 2003; Wiktröm Ene 2008) ovat osoittaneet, että kipumittareista on hyötyä potilaiden kivun arvioinnissa, ei niitä edelleenkään juuri käytetä. Syitä tähän on uskoaksemme monia. Kiireessä on usein ehkä helpompi vain kysyä potilaalta, onko kipua kuin lähteä miettimään, mikälainen mittari kyseiselle potilaalle sopii ja ohjata sen käyttöä.

Erityisen hyvin arviointi näytti toteutuvan PCA- ja kipuepiduraalihoitojen yhteydessä, koska niihin oli hyvät ohjeet ja erilliset arviointikaavakkeet. Näiden erityiskivunhoitokeinojen osaaminen nousi esille lähes kaikissa haastatteluissa vahvana osaamisalueena. Osaamisen taustalla oli ohjeiden lisäksi kunnollinen perehdytys. Myös kipuhoitajan tuki osastoille keskittyy eniten juuri näihin kivunhoitomuotoihin. On syytä pohdita, voisiko muidenkin kivunhoidon osa-alueiden, kuten lääkehoidon arvioinnin kirjaamista tai kipumittareiden käyttöä vahvistaa yhtenäisillä ja selkeillä ohjeilla sekä paremmalla perehdytyksellä.

Hoitajien osaaminen kirurgisten potilaiden kivunhoidon ohjauksessa oli tutkimuksemme mukaan pääsääntöisesti hyvää. Ohjaukseen liittyen nousi esille myös mahdollisen kirjallisen ohjausmateriaalin tarve potilaan kotiutuessa, mikä voisi vähentää potilaiden soittoja osastolle kotiutumisen jälkeen. Kirjallisen ohjausmateriaalin puute tuli esille myös Elorannan, Katajiston ja Leino-Kilven (2009, 120-121) tutkimuksessa. Myös *Näyttöön perustuvassa kivunhoidon ohjelmassa* on esitetty, että potilas saa siirtyessään kotiin tai perusterveydenhuollon puolelle hyvät kivunhoidon kirjalliset ohjeet.

Tuloksemme hoitajien tutkitun tiedon käytöstä ovat yhteneväiset Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2009) sekä Sarajärven & Rehnin (2010) tutkimusten kanssa, joiden mukaan hoitajat lukevat melko vähän tieteellisiä julkaisuja tai hakevat niistä apua työhönsä. Tutkimuksemme mukaan hoitajat hyödynsivät kivunhoidon ongelmatilanteissa mieluiten omia kokemuksiaan ja työyhteisössä hyväksi havaittuja menetelmiä. Tämä saattaa johtua siitä, että monet hyvät keinot syntyvät käytännön työssä usein sattuman kautta. Sarajärvi & Rehn (2010) toteavat, että hoitajia tulisi kuitenkin kannustaa hakemaan enemmän tieteellistä tietoa, jotta työ olisi enemmän näyttöön perustuvaa. Mäkipeuran ym. (2007) mielestä hoitajien ammattitaitoa hakea ja arvi-

oida tieteellisiä julkaisuja tulisi vahvistaa. Myös *Näyttöön perustuvassa kivunhoidon ohjelmassa* on todettu, että kivunhoidon tutkimustiedon tulisi olla hoitajan käytössä, mutta osastoille ei tule juurikaan alan lehtiä ja työaikana tutkimustietoon perehtyminen on kiireen vuoksi mahdotonta.

Kivunhoidon osaamisen kehittymistä estävinä tekijöinä esille nousivat etenkin päivittäisen hoitotyön kuormittavuus ja kiire. Ne estävät esimerkiksi uuden tiedon etsimistä ja itsensä kehittämistä työajalla sekä vaikeuttivat kipuvastaavien tapaamisiin ja muihin koulutuksiin pääsemistä. Kvistin, Vehviläinen-Julkusen ja Kinnusen (2006) tutkimuksen mukaan ylivoimaisesti eniten hoidon laatua esti kiire ja riittämätön henkilökunnan määrä. Anttila (2006, 92) puolestaan näki saman asian osaamisen kannalta voimavaralähtöisesti: riittävät resurssit ja kiireettömyys lisäävät osaamista.

Tärkeimmäksi hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamista lisääväksi tekijäksi nousi lisäkoulutus. De Rond, de Wit ja van Dam (2001) ovat todenneet, että koulutusinterventioilla on kivunhoidossa todettu olevan positiivinen ja välitön vaikutus hoitajien kivunhoidon osaamiseen. Sen sijaan koulutuksen pitkäaikaisvaikutusta tutkiessaan he havaitsivat, että sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys alkoi laskea viiden kuukauden kuluttua koulutuksesta ja hoitajat alkoivat palata vanhoihin rutiineihinsa ja luopua kivun voimakkuuden mittaamisesta kipumittareilla. Mielestämme tämä puhuu säännöllisen koulutustarpeen puolesta ja siitä, että kaikkien hoitajien tulisi päästä vuorollaan kivunhoidon koulutuksiin. Tiedon lisääminen vahvistaa Kharroubin ja Törmäsen (2009) mukaan myös hoitajien osaamista tunnistaa vakavat kipuongelmat varhaisessa vaiheessa, minkä näemme tärkeäksi perusteeksi sille, että hoitajien kivunhoidon osaamiseen on syytä panostaa.

Tutkimustuloksissamme nousi selkeästi esille se, että kipuvastaavat kokivat olevansa pitkälti ratkaisevassa asemassa uuden kivunhoidon tiedon tuomisessa osastoille. Tämän vuoksi etenkin kipuvastaavien koulutusten ja yhteisten tapaamisten lisääminen koettiin tärkeäksi. Voi kuitenkin pohtia, onko hyvä, että osaston kivunhoidon kehittäminen on yhden tai kahden hoitajan vastuulla. Kivunhoidon laadun kannalta ei ole mielekästä asettaa liikaa vastuuta kivunhoidon kehittämisestä ja ylläpitämisestä hoitajille, sillä työnantaja on kuitenkin vastuussa osaamisen ylläpitämisestä. Riskko

(2002, 150) korostaa henkilöstön kehittämisen vaativan pitkäjänteistä kokonaisuunnittelua sekä tukea esimieheltä ja koko organisaatiolta. Kokisimme, että osaamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä tulisi kartoittaa säännöllisesti. Tällöin kehittämistarpeet voidaan tunnistaa ja niihin puuttumalla parantaa hoidon laatua.

Verratessamme saamiamme tuloksia *Näyttöön perustuvaan kivunhoidon ohjelmaan* sekä sen tuottamiin suosituksiin ja kehittämisehdotuksiin, voimme todeta, että monet suosituksista toteutuvat hoitajien päivittäisessä toiminnassa. Jos ohjelmassa aikanaan esille tuodut ehdotukset olisi toteutettu systemaattisemmin ja kivunhoidon suositukset otettu kirurgisilla vuodeosastoilla käyttöön kunkin osaston tarpeisiin sovellettuna, ei nyt löytämiämme kehittämistä kaipaavia kohteita hoitajien osaamisessa olisi juuri ollut. Ohjelmassa on nostettu esille monia kehitettäviä kohteita kivunhoidossa ja esitetty myös konkreettisia keinoja, miten asioita tulisi jatkossa järjestää kivunhoidon laadun parantamiseksi.

Näyttöön perustuvassa kivunhoidon ohjelman suosituksissa todetaan muun muassa, että kivunhoidossa tulisi olla yhtenäiset hoitolinjat eri asiantuntijoiden ja hoitavien yksiköiden välillä. Samassa yhteydessä todetaan myös, että kivunhoidon toteutumista seurataan. Tekemämme tutkimuksen mukaan kivunhoidosta nimenomaan puuttivat yhtenäiset ohjeet ja käytännöt eri kirurgisten osastojen välillä kuin myös hoitoketjun eri vaiheissa. Systemaattinen kivunhoidon seuranta puuttuu, eikä nyt osastoille tulevasta potilaspalautteesta kivunhoidon osalta juuri tule tietoa hoitajille asti.

Tutkimuksemme oli laadullinen ja toteutimme sen yksilöhaastatteluina. Katsoimme haastattelujen antavan meille yksityiskohtaisempaa ja syvällisempää tietoa osastojen päivittäisestä kivunhoitotyöstä. Haastattelun etuna oli myös joustavuus, saatoimme tarkentaa esille tulleita asioita lisäkysymyksin. Lisäksi annoimme kipuvastaaville mahdollisuuden tuoda haastattelun lopuksi esille kivunhoitoon liittyviä asioita, joita ei oltu vielä käsitelty. Tässä yhteydessä esille tulleet asiat täydensivät aiempien kysymysten vastauksia, ja siksi ne on käsitelty kyseisten haastattelukysymysten yhteydessä eikä omana kokonaisuutenaan.

Saimme tutkimusaineistoa runsaasti ja sen sisältö oli hyvin monipuolista. Aineistosta nousi esille myös joitakin sellaisia mielenkiintoisia kivunhoitoon liittyviä asioita, jotka eivät suoranaisesti liittyneet hoitajien kivunhoidon osaamiseen. Pitäydyimme kuitenkin alkuperäisessä rajauksessamme tutkia vain hoitajien kivunhoidon osaamista. Näitä muita aiheita nostamme esille jatkotutkimusaiheissa. Haasteeksi valitsemassamme tutkimusmenetelmässä koimme sen työläyden, haastatteluiden tekemiseen ja niiden analysointiin sekä olennaisten asioiden löytämiseen meni paljon aikaa.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Mahdollisimman totuudenmukaisen tiedon tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä edellyttää tutkimuksen luotettavuuden arviointia. Luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä, joita ovat tutkimuksen uskottavuus, vahvistettavuus, varmuus ja siirrettävyys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 137-139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-161; Kylmä & Juvakka 2007, 127; Latvanen & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36.) Luotettavuuden arvioinnissa tulee tarkastella koko tutkimusprosessia sen eri vaiheissa kiinnittäen huomiota tutkijaan, tutkimuksen tarkoitukseen, otoksen valintaan, aineiston keruuseen, laatuun ja analyysiin, tulosten esittämiseen, eettisiin näkökulmiin ja tutkimuksen relevanssiin. (Nieminen 1998, 216; Latvanen & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 166; Tuomi & Sajavaara 2009, 140-141.)

Uskottavuutta (credibility, joissain lähteissä vastaavuus) arvioitaessa tarkastellaan sekä tutkimuksen että sen tulosten uskottavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 128) ja niiden kuvaamista siten, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Siirrettävyys (transferability) puolestaan tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin. Tämä edellyttää tutkimuskontekstin huolellista kuvausta, osallistujien taustojen ja valinnan selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tällöin tutkimuksen hyödyntäjä voi arvioida tulosten soveltuvuutta omiin tarpeisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160; Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.) Olemme pyrkineet kuvaamaan tutkimuksemme vaiheita mahdollisimman avoimesti ja kattavasti, jotta luki-

ja voi seurata tekemiämme ratkaisuja ja ymmärtää, miten tutkimuksen tulokset on saatu. Raportissamme on myös paljon suoria lainauksia haastatteluista.

Vahvistettavuus (confirmability) luotettavuuden arviointikriteerinä käsittelee sitä, kuinka tehdyt tulkinnat saavat tukea muista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Tuomi & Sajavaara 2009, 139). Tutkimuksen teoria-osan ja pohdinnassa käytetyt lähteet rajasimme pääsääntöisesti 2000-luvulla ilmestyneeseen materiaaliin ja näistäkin valitsimme mahdollisimman tuoreet lähteet, poikkeuksena vain muutama vanhempi alan perusteos. Pyrimme etsimään teorian tietoa ja tutkimuksia aiheesta tutkimussuunnitelmaa tehdessämme mahdollisimman kattavasti ja ennakkoluulottomasti ja toimme esille myös omista tuloksistamme poikkeavia tutkimustuloksia.

Varmuus (dependability) näkyy siinä, kuinka tutkimuksessa on otettu huomioon ennustamattomasti vaikuttavat tekijät (Tuomi & Sajavaara 2009, 139). Tutkijan on oltava tietoinen myös omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja arvioitava, kuinka ne ovat vaikuttaneet aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Haastateltaville kerroimme etukäteen vain tutkimuksemme aiheen ja tarkoituksen sekä korostimme, ettei haastatteluihin tarvitse valmistautua etukäteen. Tutkimussuunnitelmaamme he eivät nähneet etukäteen, ettei keräämämme teorian tieto olisi ohjannut heidän vastauksiaan. Haastattelimme jokaisen kipuvastaavan erikseen, jotta sosiaaliset paineet eivät ohjaisi heidän vastauksiaan.

Tutkimushaastatteluiden tekijöinä olimme melko kokemattomia, mikä on saattanut vaikuttaa siihen, kuinka paljon tietoa haastateltavilta on saatu. Myös joidenkin haastateltavien kokemuksen vähäisyys kipuvastaavana tai kivunhoidosta saadun lisäkoulutuksen puute on voinut vaikuttaa heidän kokonaisnäkemukseensä osaston hoitajien kivunhoidon osaamisesta. Tästä huolimatta käsittelimme kaikkien haastateltavien antamia tietoja yhtäläisesti, sillä haastateltavien valinnan kriteerinä oli heidän vastualueensa, ei kokemuksensa tai koulutuksensa.

Meillä kaikilla on kokemusta kirurgisella vuodeosastolla työskentelystä, mikä auttoi meitä ymmärtämään haastateltavien esille tuomia asioita, ja tämä parantaa osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta pyrimme huomioimaan haastatteluja tehdes-

sämme sekä tuloksia analysoidessamme, etteivät omat kokemuksemme ja ennakkokäsityksemme ohjaisi toimintaamme tutkimuksen tekijöinä.

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Kivunhoito on keskeinen osa potilaan laadukasta hoitoa ja hoitajien osaaminen on siinä avainasemassa. Hoitajien hoitotyön osaamista erilaisissa ympäristöissä on tutkittu suhteellisen paljon (Eskola & Paloposki 2001; Hildén 2002; Anttila 2006; Mäki-peura ym. 2007; Tuomi 2008) ja kivusta sekä kivunhoidosta on kirjoitettu myös paljon (McCaffery 1999; Sailo 2000; Raappana 2001; Kalso, Haanpää & Vainio 2009; Ruuskanen 2005; Salanterä ym. 2006; Väänänen 2008). Tutkimusaiheemme on kuitenkin aina ajankohtainen ja tärkeä hoitotyön käytännön ja kehittämistyön kannalta.

Tutkimusetiikan kannalta tärkeitä periaatteita ovat myös informointiin perustuva tutkimukseen osallistujan vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus. Tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava haittaa suurempi, eikä tutkimus saa vahingoittaa tutkittavia. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26-27; Hirsjärvi & Hurme 2000, 20; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39.) Tutkimus voi lisätä osallistujien tietoisuutta tutkittavasta asiasta, vaikka he eivät tutkimuksesta suoranaisesti hyötyisikään. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39.) Tiedonantajille on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoaan ja keskeyttää tutkimus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Haimme tutkimuksellemme Keski-Suomen keskussairaalan sekä Jyväskylän ammattikorkeakoulun käytäntöjen edellyttämän tutkimusluvan kahdelta sairaalan operatiivisten toimialueiden ylihoitajalta. Sovimme haastatteluista kipuvastaavien kanssa sähköpostilla tai henkilökohtaisesti tapaamalla. Tässä yhteydessä kerroimme heille tutkimuksen sisällöstä ja tarkoituksesta. Haastattelun alussa pyysimme suullisesti lupaa nauhoittaa tutkimushaastattelu ja samalla korostimme tutkimuksen luottamuksellisuutta.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 179) mukaan tutkimustyössä nousee anonymiteetti keskeiseksi huomioitavaksi asiaksi, mikä tarkoittaa, ettei tutkimustie-

toja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Tutkimuksessamme eettisyyttä lisäsi se, että tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti, aineisto säilytettiin haastateltavien henkilöllisyyttä suojaamalla sekä tuhottiin asianmukaisesti. Tutkimuksen eettisyyden varmistamiseksi muutimme raportissa myös joitakin alkuperäisilmaisuja, kuten paikallisesta murteesta poikkeavia ilmaisuja ja sanoja yleiskielelle ja vältimme ilmaisuja, jotka olisivat paljastaneet haastateltavan henkilöllisyyden tai osaston.

9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulostemme perusteella voidaan todeta kivunhoidon olevan tärkeä osa kirurgisenpotilaan hoitoa. Kivunhoito on laaja kokonaisuus, mikä edellyttää hoitajilta paljon erilaista hoitotyön osaamista. Ei riitä, että hoitajat hankkivat sairaanhoitajaopinnoissaan tätä osaamista, vaan heidän tulee huolehtia jatkuvasti osaamisensa ajantasaisuudesta ja ylläpidosta.

Koko terveydenhuollon sektori ja hoitotyö osana sitä kehittyvät ja muuttuvat koko ajan. Tämä asettaa haasteita laadukkaalle hoitotyölle. Tutkimustuloksissamme tuli selvästi esille tarve kehittää kivunhoitoa ja hoitajien osaamista sen tietyillä osa-alueilla. Vaikka kivunhoidon osaamista on paljon, ei sen tai potilaan saaman kivunhoidon laatua kuitenkaan mitata millään tavalla. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitajien kivunhoidon osaamista tulisi seurata ja kartoittaa säännöllisesti.

Lisäksi olisi tärkeää puuttua tutkimuksessamme havaittuihin kehittämiskohtiin, kuten käytänteiden yhtenäistämiseen osastojen sisällä ja niiden välillä sekä kivunhoidon kokonaisuuden laadunhallintaan, sillä ne ovat lähtökohtana hyvälle kivunhoidolle. Myös koulutusten vaikutusta osaamiseen voisi tutkia, koska tutkimuksessamme lisäkoulutusten merkitys osaamiseen nousi esille kaikissa haastatteluissa. Vaikka hoitajien osaamista on tutkittu aiemmin melko paljon myös kivunhoidon osalta, on hoitajien osaamisen kartoittaminen niin laaja kokonaisuus, että tutkittavaa riittää varmasti jatkossakin.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24. Helsinki: Opetusministeriö, Koulutus ja tiedepolitiikan osasto. Viitattu 11.8.2009. http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut_julkaisuhaku.

Anttila, A. 2006. Sairaanhoidajan osaaminen terveystieteiden vuodeosastolla. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta, S.S. & Gan T.J. 2003. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg*, 97, 534-540. Viitattu 28.9.2009. www.anesthesia-analgia.org/cgi/content/full/97/2/534

Bjålie, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø.V. & Toverud, K.C. 2007. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 1.-4.p. Helsinki: WSOY.

Brown, C., Wickline, M., Ecoff, L. & Glaser, D. 2008. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of advanced nursing* 65 (2), 371-380.

Chapman, C. R. 2001. The Psychophysiology of Pain, teoksessa Loeser, J.D. & Bonica, J.J. Bonica 's Management of Pain. 3.p. Viitattu 21.9.2009. <http://books.google.fi>, haku: Bonica's Management of Pain.

De Rond, M., de Wit, R. & van Dam, F. 2001. The implementation of a Pain Monitoring Programme for nurses in daily clinical practise: results of follow-up study in five hospitals *Journal of Advanced Nursing* 4, 590-598.

Eloranta, S. Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidonlaadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 20, 3, 115-125.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107-115.

Eskola, N. & Paloposki, S. 2001. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WSOY.

Gibson, F. & Glenny, A-M. 2007. Is the quality of study good enough for you to use the findings? Teoksessa *The evidence-based practice manual for nurses*. 2.p. Toim. Craig, J. & Smythe, R. United Kingdom: Churchill Livingstone Elsevier.

- Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hallila, L. Helsinki: Tammi.
- Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, Haanpää, M. & Vainio, A. 3. uud.p. Helsinki: Duodecim.
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meteroja, R. & Suominen, T. 2006. Sairaanhoidtajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristöissä. Hoitotiede 19 (1), 3-10.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud.p. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5.p. Porvoo: WSOY.
- IASP Pain Terminology. 2009. International Association for the Study of Pain – järjestön verkkosivut. Viitattu 20.9.2009. www.iasp-pain.org, Resources, Pain Terminology.
- Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Kivunhoito. Toim. E. Sailo & A-M. Varti. Tampere: Tammi.
- Kalso, E. 2002a. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso & A. Vainio. 2.p. Helsinki: Duodecim.
- Kalso, E. 2002b. Kivun mekanismit. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso & A. Vainio. 2.p. Helsinki: Duodecim.
- Kalso, E. 2002c. Kivun mittaus – laadun varmistus. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso & A. Vainio. 2.p. Helsinki: Duodecim.
- Kalso, E. 2002d. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso & A. Vainio. 2.p. Helsinki: Duodecim.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009 Kipu 2 u.p. Helsinki: Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

- Kauppila, M. 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon. Kipuviesti, 1, 26-29.
- Kauppila, M. 2007. Toimenpiteen jälkeisen kivunhoitotyön suositukset. Kätilölehti (112) 5, 167-169.
- Kauppila, M., Salanterä, S. & Heikkinen, K. 2006. Akuuttiin toimenpiteeseen liittyvän kivunhoitotyön suositukset. Sairaanhoitaja 12, 32-35.
- Kharroubi, M. & Törmänen, M. 2009. Kokemuksia akuutista postoperatiivisesta kivunhoidosta (APS) Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Finnanest, 42, 3, 235-236.
- Kokki, A. 2004. Kirjaamalla kivuttomaksi –kivunhoidon arvioinnin ja kirjaamisen kehittäminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Spirium 1, 30-32.
- Kouri, J. P. 2004. Kommentteja kivun lääkähoidosta. Työterveyslääkäri 22, 3, 356-360. Viitattu 11.8.2009. <http://www.terveysportti.fi>, Työterveys, Työterveyslääkäri-lehti.
- Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen, J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede, 18, 3, 107-119.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY- oppimateriaalit
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystuottohenkilöstön käsitys ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18 (1), 3-10.
- L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoitolaki. Viitattu 2.11.2009. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 11.8.2009. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 11.8.2009. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.
- L 4.11.2005/853. Lääkelaki. Viitattu 15.11.2009. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.
- Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1, 35-38. Viitattu 17.8.2009. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi>, Kipuviesti.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nirkkonen. Helsinki: WSOY.

Launis, V. 2008. Eettiset periaatteet velvoittavat hoitamaan kipua. Kipuviesti 2008, 1, 8-9. Viitattu 18.8.2009. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi>, Kipuviesti.

Lehtomäki, P. 2003. Postoperatiivinen kivun hoito. Teoksessa Sairaanhoitaja kivunhoidon kehittäjänä. Artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä. Toim. P. Lauritsalo. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5.u.p. Helsinki: WSOY.

Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

McCaffery, M. 1999. Pain management, Problems and Progress. Teoksessa Pain. Clinical Manual. 2.p. Toim. M. McCaffery & C. Pasero. St.Louis: Mosby.

McCaffery, M. & Beebe, A. 1994. Pain, Clinical manual for nursing practice. London: Mosby.

McCaffery, M. & Pasero, C. 1999. Assesment. Teoksessa Pain. Clinical Manual. 2.p. Toim. M. McCaffery & C. Pasero. St.Louis: Mosby.

Meretoja, R. 2003. Nurse competence scale. Turun yliopiston julkaisuja D 578. Helsinki.

Mäkipeura, j., Meretoja, R., Virta-Helenius, M. & Hupli, M. 2007. Sairaanhoitaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. Hoitotiede 19 (3), 152-161.

Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., Yildirim, Y. & Niemi, T. 2005. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu –hoitajien asenteet ja potilastyytyväisyys. Finnanest 5, 473.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2.p. Toim. M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Juva:WSOY.

Nykysuomen sanakirja 4. 1992. 13.p. Juva: WSOY.

Pahlman, I. 2002. Potilasasiakirjamerkinnot. Kipuviesti 2, 10-13. Viitattu 18.8.2009. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi>, Kipuviesti.

Pasero, C., Paice J.A. & McCaffery, M. 1999. Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain. Teoksessa Pain. Clinical Manual. 2.p. Toim. M. McCaffery & C. Pasero. StLouis: Mosby. 15-34.

Pudas-Tähkä S-M, Axelin A, Aantaa R, Lund V & Salanterä S. 2009. Pain

assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (5), 946-956.

Pölkki, T. 2002. Postoperative pain management in hospitalized children. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Raappana, M. 2001. Kipu ja kivun ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Risikko, P. 2002. Hoitotyön koulutuksen kehityshaasteet tulevaisuudessa. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2002 Hoitotyön tulevaisuus*. Tampere: Tammi.

Ruuskanen, E. 2005. Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö. Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003-2004. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa *Kivunhoito*. Toim. E. Sailo & A-M. Vartti. Tampere: Tammi.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2009. Suomen sairaanhoitajaliiton verkkosivut. Viitattu 11.8.2009. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>, sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen, sairaanhoitajan työ, sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. <http://www.stm.fi>, kirjastotietokanta.

Salanterä, S. 2003. Lähtökohtia näyttöön perustuvalla kivuliaan potilaan hoitotyölle. Teoksessa *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Toim. S. Lauri. Helsinki: WSOY.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Porvoo: WSOY.

Salanterä, S & Heikkinen, K. 2005. Akuutin kivunhoitotyön suositukset –hoitajan ja potilaan työvälineiksi. *Silmähoitaja* 3, 4-6.

Salomäki, T. 2003. SAY:n kivunhoidon alajaoksen toiminta vuosina 2001-2003 - ajatuksia postoperatiivisen kivun hoidosta. *Finnanest* 36, 5, 464-467.

Sarajärvi, A. & Rehn, K. 2010. Sairaanhoitajien kokemuksia näyttöön perustuvasta päätöksenteosta. *Sairaanhoitaja* 4/2010, 48-50

Saranto, K. & Kinnunen, U-M. 2008. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of advanced nursing* 65 (3), 464-474.

Sarlio, J. 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa *Kivunhoito*. Toim. E. Sailo & A-M. Vartti. Tampere: Tammi.

Strassels, S.A., Chen C. & Carr D.B. 2002. Postoperative Analgesia: Economics, Resource Use, and Patient Satisfaction in an Urban Teaching Hospital. *Anesth Analg* 94, 130-137. Viitattu 28.9.2009. www.anesthesia-analgesia.org/cgi/content/full/94/1/130

Tarkkila, P. 2005. Vanhusten kivun hoito. *Kipuviesti*, 2, 30-31.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001. ETE-NE- julkaisuja I. Viitattu 17.9.2009. www.etene.org, dokumentit, yhteiset eettiset periaatteet.

Tornivuori, A. & Viitanen, O. 2002. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito Meilahden sairaalassa. *Kipuviesti* 2, 21-24. Viitattu 14.8.2009. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/>, *Kipuviesti*.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. u.p. Helsinki: Tammi.

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Vainio, A. 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Duodecim.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes - state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18, (1) 72-81.

Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos.

Wikström Ene, K. 2008. Postoperative pain management – predictors, barriers and outcome. Doctoral Thesis. University of Gotenburg, Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy. Viitattu 28.9.2009. <http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/10026/1/Doctoral%20thesis.pdf>

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

1. Haastateltavien taustatiedot?

- Koulutus?
- Työkokemus vuosina?
- Työkokemus osastolla vuosina?
- Kuinka kauan toiminut kipuvastaavana?
- Lisäkoulutus kivunhoidosta?

2. Mitä postoperatiivisen kivunhoidon osaamista osastonne hoitajilla on?

- Hoitajien osaaminen postoperatiivisen kivunhoidon eri osa-alueilla:
 - Suunnittelu
 - Ohjaus
 - Arviointi
 - Kivunhoitokeinot
 - Kirjaaminen
 - Näyttöön perustuva osaaminen

3. Mitkä tekijät vaikuttavat hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamiseen osastolla?

4. Miten hoitajien postoperatiivisen kivunhoidon osaamista voi edelleen kehittää?

5. Haluatko vielä lisätä jotain aiheeseen liittyvää?

Liite 2. Esimerkki tulosten analysoinnista

Kivunhoidon osaaminen

<u>Alakategoria</u>	<u>Pelkistetty ilmaisu</u>	<u>Alkuperäinen ilmaisu</u>
<u>potilaan kivun tunnistaminen ja arviointi</u>	Potilaan kipua tarkkaillaan hyvin	Meillä potilaan tarkkailu on hyvä.
	Kipua osataan ennakoida	Meillä osataan ennakoida hyvin potilaan kipua..
	Potilaan kipua osataan arvioida eri tavoin	Mutta on sit näitä vanhuksia. Pidetään huolta, että jos potilas ei pysty sanomaan, että annetaan kipulääkettä.
<u>kivunhoitokeinojen monipuolinen käyttö</u>	Lääkehoidon osaaminen on hyvää	Kyl lääkehoidon osaaminen mun mielestä on ihan hyvää
	Lääkehoidon tuntemus hyvää	Tää lääkehoidon tuntemus on hyvää
	Eryityskivunhoitokeinoja ja opiaatteja osataan käyttää	Kipupumppujen ja näitten opiaattien käyttö on minusta aika hyvä.
	Eri kivunhoitokeinoja osataan käyttää	Tää eri kivunhoitokeinojen käyttö on hallussa hyvin, koska niin paljon me käytetään just esimerkiksi kylmäpakkauksia.
<u>potilaan kivunhoidon ohjaaminen</u>	Potilaan lääkehoidon ohjaaminen	Kerrotaan potilaalle käytössä olevasta kipulääkkeestä
	Potilaiden kivunhoidon ohjaaminen hyvää	Se ohjaus toteutuu kyllä hyvin täällä
	Potilaiden ohjaus hyvää	Mun mielestä ohjaus on hyvää, koska se on niin iso osa tässä

Kivunhoidon ja – hoitotyön suunnittelu

Kirjalliset suunnitelmat hyviä

Kun luen toisen tekemän suunnitelman, niin sieltä löytyy kaikki. Ei tarvitse etsiä mistään.

Kivunhoitotyön suunnittelu ja toteuttaminen määräysten pohjalta hyvää

... me suunnitellaan se kivunhoito sitten anestesialääkärin ohjeitten mukaan...

Sähköinen kirjaaminen parantanut kirjaamista

Nyt kun on sähkönen kirjaaminen, minusta kirjaaminen nyt toteutuu jo paremmin.

Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö sujuvaa

Rohkeesti soitetaan anestesialääkärille, jos tuota ei kipulääke auta.

Kipuhoitajalta apua

Ja aina on käytettävissä kipuhoitaja. Jos ei osaa jotain, niin hän varmasti auttaa.

Toiselta hoitajalta apua

Tuu kattomaan, että onko kaikki ok, jos ei osaa itte arvioida.

Yhdistävä tekijä

Yläkategoria

Alakategoria

Hoitajien osaaminen kivunhoidossa

Vahvuudet potilaan luona tapahtuvassa kivunhoidon osaamisessa

potilaan kivun tunnistaminen ja arviointi

kivunhoitokeinojen monipuolinen käyttö

potilaan kivunhoidon ohjaaminen

Vahvuudet muualla kuin potilaan luona tapahtuvassa välittömässä kivunhoidon osaamisessa

Kivunhoidon ja – hoitotyön suunnittelu

Moniammatillinen yhteistyö

Kivunhoidon osaamiseen vaikuttavat tekijät

<u>Alakategoria</u>	<u>Pelkistetty ilmaisu</u>	<u>Alkuperäinen ilmaisu</u>
<u>työkokemus</u>	kokemus lisää osaamista	”Osaaminen kehittyy kokemuksen myötä.”
<u>kokemus kirurgisesta hoidotyöstä</u>	pitempi työkokemus kirurgisella vuodeosastolla auttaa kivunhoidossa uusilla työntekijöillä teorian tietoa, käytännön osaaminen heikommat	”näähän jotka meillä on pitemmän aikaa ollu, niin niillä on toisenlainen tuntuma ja jotka vähän aikaa on ollu työssä ja yleensä tän tyyppisellä osastolla, niin ehkä on sitä teorian tietoa, mut sitten se, että miten soveltaa potilaisiin, niin se on niinku vielä sillein kevyempi.”
	Pitempi työkokemus ja kokemus kirurgisten potilaiden hoidosta parantaa kivunhoidon osaamista	”Mitä kauemmin on ollu, tätä työtä tehny, nii kyllä näkee niinku että voi olla jotkin potilaat hyvinkin kipeitä, et kuinka merkityksellistä se kivunhoito varsinkin siinä alkuvaiheessa on.”
<u>ammattillinen koulutus</u>	ammattillinen osaaminen ja aktiivisuus kehittää itseään vaikuttavat kivunhoidon osaamiseen	”Ammattillinen osaaminen, kyseleminen, aktiivisuus siihen itsensä kehittämiseen. Sekä positiivisesti että negatiivisesti noi asiat vaikuttaa.”
	koulutuksessa tulee perusvalmiudet kivunhoidon toteuttamiseen	”...koulutuksessa saadaan kaikki se, että meillä on valmiudet antaa sitä kipulääkettä, mitä lääkäri on määrännyt.”
<u>lisäkoulutus kivunhoidosta</u>	koulutus lisää tietoa	”Koulutuksella voisi itse hankkia tietoa.”
<u>perehdytys</u>	perehdytys kivunhoitoon on tärkeää	”Se perehdytys tähän kivunhoitoon. Sen mää kokisin tärkeeks.”
<u>itsensä kehittäminen</u>	omista tiedoista huoleh-	”Totta kai sitten se, että

	timinen	hän itte pitää niistä omista tiedoistaan...ajan tasalla.”
	ajantasaisen tiedon saanti	...”ja sitten se, että olis esmes asianmukaista tai ajanmukaista tietoa.”
<u>kollegat</u>	keskustellaan hoitajien kesken potilaiden kivunhoidosta	”Meillä on sillä lailla avointa, että keskustellaan kivusta, potilaan voinnista kysellään toisilta. Lääkäriltä tai kipuhuhoitajalta tarpeen vaatiessa pyydetään apua..”
<u>lääkärit</u>	lääkäriin puoleen käännetään tarpeen tullen	”...kyllä me aika lailla keskustellaan kipuhuhoitajan kanssa.”
<u>kipuhuhoitajat</u>	kipuhuhoitaja apuna kivunhoidossa	”Hoitajilla on rohkeutta kyllä kysyä, jos me ei tiedetä lääkäreiltä, plus sitten anestesia lääkäriä käytetään, plus sitten kipuhuhoitajia.”
	yhteistyötä kirurgien, anestesia lääkärien ja kipuhuhoitajan kanssa	”...meillä voi kysyä melkein keltä vaa, eikä ikinä tuu pöllö olo vaikka kysyykin jotain ihan...”
	aina voi kysyä toisilta hoitajilta	”Kyllä osastonhoitaja tukee meitä, et sen mitä pystyy. Ja hän tietää, että kiire on...”
<u>johdon tuki</u>	osastonhoitaja tukee kivunhoidossa	”K-päiviä tulee ja sitte kun tulee sitä uutta tietoo niin saa aikaa levittää sitä muillekin ja pitää vaikka osastotuntia jos tarvii, et kyl se (osastonhoitaja) kannustaa tosiaan.”
	osastonhoitaja tuki kipuvastaaville vastualueen hoidossa	”Täällä kun meillä on semmoinen myönteinen asenne kivunhoitoon.”
<u>myönteinen asenne kivunhoitoon</u>	osastolla myönteinen asenne kivunhoitoon	”Meillä on hyvin sellainen
<u>osaston ilmapiiri</u>	ilmapiiri, että kipua hoi-	

	detaan hyvin	ilmapiiri, et potilaiden kipu pitää hoitaa hyvin.”
	etiikka lähtökohtana	”Sairaanhoitajan etiikka on lähtökohta. Hoitajan asenne.”
<u>osaamista tukevat piirteet</u>	hoitajan kiinnostus	”mun mielestä se jonkin sortin kiinnostuskin kivunhoitoon tai tavallaan tai yleistetyksi koko työhön, sitä kauttahan se innostus lähtee tulemaan.”
	rohkeus toteuttaa ja rohkeus kyseenalaistaa	”Tietty rohkeus antaa kipulääkettä ja rohkeus kyseenalaistaa, että onko tää tarpeellista.”
	uskallus ja päätöksentekokyky	”Tokihan sekin, että mä uskallan pistää ja tehdä ratkasuja.”
<u>osaamisen kehittymistä estävät piirteet</u>	negatiivinen asenne	” Ammatillinen osaaminen, kyseleminen, aktiivisuus siihen itsensä kehittämiseen. Sekä positiivisesti että negatiivisesti noi asiat vaikuttaa.”
	hoitajaa ei kiinnosta kehittää osaamistaan	”Niitäkin löytyy, jotka vaan taaplaa sillä samalla menetelmällä, millä ovat tehneet, eikä oo kiinnostunu käymään koulutuksissa ja osallistumaan mihinkään.”

Yhdistävä kategoria

Kivunhoidon osaamiseen vaikuttavat tekijät

Yläkategoria

Kokemus

Koulutus

Alakategoria

työkokemus

kokemus kirurgisesta hoitotyöstä

ammatillinen koulutus

lisäkoulutus kivunhoidosta

perehdytys

itsensä kehittäminen

Yhteistyö

kollegat

lääkärit

kipuhoitajat

Ilmapiri

johton tuki

myönteinen asenne ki-
vunhoitoon

osaston ilmapiiri

**Hoitajan persoonalliset
piirteet**

osaamista tukevat piirteet

osaamisen kehittymistä
estävät piirteet

Kivunhoidon osaamisen kehittäminen

Alakategoria

Arvioinnin apuvälineiden
käytön ongelmat

Pelkistetty ilmaisu

**Arvioinnin apuvälineiden
käyttö vähäistä**

Alkuperäinen ilmaisu

Erilaisten mittareitten
käytöstä on hyötyä ja niitä
käytetään liian vähän.

Arvioinnissa puutteita

Arviointi ei aina toteudu
oikein hyvin, siinä vois
käyttää sitä... kipumittaria
taikka sitten kysyä suulli-
sesti.

**Mittareiden käyttö sa-
tunnaista**

Hoidon vaikuttavuuden
arvioinnissa puutteita

**Vaikuttavuuden arvioin-
nissa parannettavaa**

Tätä hoidon vaikuttavuuden
arviointia saa paran-
taa.

Puutteet kivunhoidon kir-
jaamisessa

**Hoidon vaikuttavuuden
arvioinnin kirjaaminen
huonoa**

Mä luulen, että kysytään
auttoiko lääke, mutta ei
sitten kirjata sitä.

Arviointikomponenttia ei käytetä	Me käytetään harvoin sitä arviointikomponenttia nykyään missään.
Suunnitelman päivittämissä parannettavaa	...siinä suunnitelmassa on se, että sitä pitää muistaa päivittää ja se ehkä on semmonen, missä voi vielä prepata.
Kirjaaminen saisi olla kuvailevampaa	Enemmän saisi ehkä olla...niinku kuvailevampaa se kirjaamine.
Kirjaaminen voisi olla arvioivampaa Enemmän arviointia	Kirjaaminen voisi olla arvioivampaa nimenomaan, sitä saisi näkyä enemmän.
Kirjaaminen voisi olla värikkämpää ja monimuotoisempaa	Että se kirjaaminen voisi olla värikkämpää, monimuotoisempaa

Yhtenäisten ohjeiden ja käytäntöjen puutepuute kivunhoidossa

Osastojen välillä eroja kirjaamisen käytännöissä	Meillä on ollu keskustelua, että eri kirurgian osastoilla on eroja...esimerkiks huumelääkkeiden kirjaamisesta whoikelle...
Kivunhoidosta ei yhtenäisiä ohjeita	Ei oo mitään yhtenäisiä ohjeita ...
Näyttöön perustuvan tiedon hankkimiseen ei aikaa	Työajalla ei oo mahdollista perehtyä tutkimuksiin tai lehtiin...

Yhdistävä kategoria

Kehittämistä kaipaavat alueet hoitajien kivunhoidon osaamisessa

Yläkategoria

Heikkoudet potilaan luona tapahtuvan kivunhoidon osaamisessa

Alakategoria

Arvioinnin apuvälineiden käytön ongelmat

Hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa puutteita

Heikkoudet muussa kuin

Puutteet kivunhoidon kir-

potilaan luona tapahtuvassa välittömässä kivunhoidossa

jaamisessa

Yhtenäisten ohjeiden ja käytäntöjen puutepuute kivunhoidossa

Kivunhoidon osaamiseen vaikuttavat tekijät

Alakategoria

Pelkistetty ilmaisu

Alkuperäinen ilmaisu

työkokemus

kokemus lisää osaamista

”Osaaminen kehittyy kokemuksen myötä.”

kokemus kirurgisesta hoidotyöstä

pitempi työkokemus kirurgisella vuodeosastolla auttaa kivunhoidossa

”näähän meillä on pitemmän aikaa ollu, niin niillä on toisenlainen tuntuma ja jotka vähän aikaa on ollu työssä ja yleensä tän tyyppisellä osastolla, niin ehkä on sitä teorian tietoa, mut sitten se, että miten soveltaa potilaisiin, niin se on niinku vielä sillein kevyempi.”

uusilla työntekijöillä teorian tietoa, käytännön osaaminen heikommat

Pitempi työkokemus ja kokemus kirurgisten potilaiden hoidosta parantaa kivunhoidon osaamista

”Mitä kauemmin on ollu, tätä työtä tehny, nii kyllä näkee niinku että voi olla jotkin potilaat hyvinkin kipeitä, et kuinka merkityksellistä se kivunhoito varsinkin siinä alkuvaiheessa on.”

ammattillinen koulutus

ammattillinen osaaminen ja aktiivisuus kehittää itseään vaikuttavat kivunhoidon osaamiseen

”Ammattillinen osaaminen, kyseleminen, aktiivisuus siihen itsensä kehittämiseen. Sekä positiivisesti että negatiivisesti noi asiat vaikuttaa.”

koulutuksessa tulee perusvalmiudet kivunhoidon toteuttamiseen

”...koulutuksessa saadaan kaikki se, että meillä on valmiudet antaa sitä kipulääkettä, mitä lääkäri on määrännyt.”

<u>lisäkoulutus kivunhoidosta</u>	koulutus lisää tietoa	"Koulutuksella voisi itse hankkia tietoa."
<u>perehdytys</u>	perehdytys kivunhoitoon on tärkeää	"Se perehdytys tähän kivunhoitoon. Sen mää kokin tärkeeks."
<u>itsensä kehittäminen</u>	omista tiedoista huolehtiminen	"Totta kai sitten se, että hän itte pitää niistä omista tiedoistaan...ajan tasalla."
	ajantasaisen tiedon saanti	"...ja sitten se, että olis esmes asianmukaista tai ajanmukaista tietoa."
<u>kollegat</u>	keskustellaan hoitajien kesken potilaiden kivunhoidosta	"Meillä on sillä lailla avointa, että keskustellaan kivusta, potilaan voinnista kysellään toisilta. Lääkäriltä tai kipuhoidajalta tarpeen vaatiessa pyydetään apua.."
<u>lääkärit</u>	lääkärin puoleen käännytään tarpeen tullen	
<u>kipuhoidajat</u>	kipuhoidaja apuna kivunhoidossa	"...kyllä me aika lailla keskustellaan kipuhoidajan kanssa."
	yhteistyötä kirurgien, anestesia­lääkärien ja kipuhoidajan kanssa	"Hoitajilla on rohkeutta kyllä kysyä, jos me ei tiedetä lääkäreiltä, plus sitten anestesia­lääkäriä käytetään, plus sitten kipuhoidajia."
	aina voi kysyä toisilta hoitajilta	"...meillä voi kysyä melkein keltä vaa, eikä ikinä tuu pöllö olo vaikka kysyykin jotain ihan..."
<u>johdon tuki</u>	osastonhoitaja tukee kivunhoidossa	"Kyllä osastonhoitaja tukee meitä, et sen mitä pystyy. Ja hän tietää, että kiire on..."
	osastonhoitaja tuki kipuvastaaville vastualueen hoidossa	"K-päiviä tulee ja sitte kun tulee sitä uutta tietoo niin saa aikaa levittää sitä

<u>myönteinen asenne kivunhoitoon</u>	osastolla myönteinen asenne kivunhoitoon	muillekin ja pitää vaikka osastotuntia jos tarvii, et kyl se (osastonhoitaja) kannustaa tosiaan.”
<u>osaston ilmapiiri</u>	ilmapiiri, että kipua hoidetaan hyvin	”Täällä kun meillä on semmoinen myönteinen asenne kivunhoitoon.”
	etiikka lähtökohtana	”Meillä on hyvin sellainen ilmapiiri, et potilaiden kipu pitää hoitaa hyvin.”
<u>osaamista tukevat piirteet</u>	hoitajan kiinnostus	”Sairaanhoitajan etiikka on lähtökohta. Hoitajan asenne.”
	rohkeus toteuttaa ja rohkeus kyseenalaistaa	”mun mielestä se jonkin sortin kiinnostuskin kivunhoitoon tai tavallaan tai yleistetysti koko työhön, sitä kauttahan se innostus lähtee tulemaan.”
	uskallus ja päätöksentekokyky	”Tietty rohkeus antaa kipulääkettä ja rohkeus kyseenalaistaa, että onko tää tarpeellista.”
<u>osaamisen kehittymistä estävät piirteet</u>	negatiivinen asenne	”Tokihan sekin, että mä uskallan pistää ja tehdä ratkasuja.”
	hoitajaa ei kiinnosta kehittää osaamistaan	” Ammatillinen osaaminen, kyseleminen, aktiivisuus siihen itsensä kehittämiseen. Sekä positiivisesti että negatiivisesti noi asiat vaikuttaa.”
		”Niitäkin löytyy, jotka vaan taaplaa sillä samalla menetelmällä, millä ovat tehneet, eikä oo kiinnostunu käymään koulutuksessa ja osallistumaan mihinkään.”

<u>Yhdistävä kategoria</u>	<u>Yläkategoria</u>	<u>Alakategoria</u>
Kivunhoidon osaamiseen vaikuttavat tekijät	Kokemus	<u>työkokemus</u>
		<u>kokemus kirurgisesta hoidotyöstä</u>
	Koulutus	<u>ammattillinen koulutus</u>
		<u>lisäkoulutus kivunhoidosta</u>
		<u>perehdytys</u>
		<u>itsensä kehittäminen</u>
	Yhteistyö	<u>kollegat</u>
		<u>lääkärit</u>
		<u>kipuhoitajat</u>
	Ilmapiri	<u>johdon tuki</u>
<u>myönteinen asenne kivunhoitoon</u>		
<u>osaston ilmapiiri</u>		
Hoitajan persoonalliset piirteet	<u>osaamista tukevat piirteet</u>	
	<u>osaamisen kehittymistä estävät piirteet</u>	