



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä omasta lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta hoitotyössä

Aarnikallio, Susanna
Nevalainen, Antonina

2015 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä omasta lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta hoitotyössä

Aarnikallio, Susanna
Nevalainen, Antonina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2015

Aarnikallio Susanna, Nevalainen Antonina

Sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä omasta lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta hoitotyössä

Vuosi 2015 Sivumäärä 42

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä omasta lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta hoitotyössä. Tavoitteena oli lisätä tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta.

Opinnäytetyön tarkoitukseen pyrittiin kolmen kysymyksen avulla: mitä sairaanhoitajaopiskelijat tietävät kivusta? Minkälainen käsitys sairaanhoitajaopiskelijoilla on omasta lääkkeettömän kivunhoidon osaamisestaan? Minkälaisia kehittämistarpeita sairaanhoitajaopiskelijoilla on lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen suhteen? Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelulla viittä vuosina 2012-2013 opintonsa aloittanutta sairaanhoitajaopiskelijaa Porvoon Laurean yksiköstä. Aineisto kerättiin ryhmäteemahaastattelulla sekä parihaastattelulla toukuussa 2015 ja aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan lääkkeettömän kivunhoidon osaaminen oli sairaanhoitajaopiskelijoilla puutteellista. Kivunhoidon peruskäsitteet eivät olleet hallinnassa. Sairaanhoitajaopiskelijat käyttivät lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä hoitotyössä, mutta eivät osanneet perustella valittua menetelmää. Yksilöllisyyden ja kulttuurin merkitys kipukokemukseen ymmärrettiin. Lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen vahvuuksia sairaanhoitajaopiskelijoilla olivat hyvät vuorovaikutus- ja läsnäolotaidot sekä innostuneisuus ja myönteinen asenne.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan suurimpia ongelmia käytännössä lääkkeettömän kivunhoidon toteutukseen oli terveydenhuollon henkilöstön vähättelevä asenne ja tiedon puute. Näihin molempiin ongelmakohtiin voidaan vaikuttaa yksinkertaisesti tietoa lisäämällä. Suosituksena ehdotamme lisää kivunhoidon opetusta jo ammattikorkeakoulutuksen aikana, mutta myös täydennyskoulutusta työelämään.

Aarnikallio Susanna, Nevalainen Antonina

Nursing students' self-assessed competency of non-pharmacological pain management in nursing practice

Year	2015	Pages	42
------	------	-------	----

This thesis is written with the intent of surveying the standing knowledge of a body of nursing students on the matter of applied non-pharmacological pain management skills in nursing practice, with the desired outcome to gather information of nursing students' non-pharmacological pain management skills.

The research questions were: What do nursing students know about pain? What is their self-assessed knowledge in non-pharmacological pain management? What kind of improvement requirements nursing students have in non-pharmacological pain management approaches? The data was collected by interviewing a group of five third year nursing students from Laurea University of Applied Sciences in Porvoo in May 2015, and the material was analyzed by using the qualitative deductive content analysis.

The results of this thesis indicate that nursing students lack competency in non-pharmacological pain management. Nursing students had insufficient understanding of the basic concepts of pain management. Nursing students used non-pharmacological pain management approaches in nursing practice, but were unable to rationalize their chosen methods. However, the importance of individual needs and cultural differences in pain experience were well understood by the nursing students. Good communication skills and empathy as well as enthusiasm and positive attitude were nursing students' strengths in non-pharmacological pain management.

According to the results of this thesis the biggest problem in applying non-pharmacological pain management approaches in nursing practice were dismissive attitude and a lack of information. Both of these problem areas can be easily solved by increasing knowledge. We recommend the implementation of more pain management education in university and a on-going continuous education programs during professional career.

Keywords: pain, non-pharmacological management of pain, nursing, nurse's competence

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset	7
3	Kivun määritelmä	8
	3.1 Kipu ilmiönä.....	8
	3.2 Kipu kokemuksena	9
4	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	11
	4.1 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät hoitotyössä.....	11
	4.2 Fysioterapeuttiset kivunhoitomenetelmät.....	12
	4.3 Psykologiset kivunhoitomenetelmät	14
5	Sairaanhoitajien osaaminen ja kivunhoidon osaamisen kriteerit.....	15
	5.1 Sairaanhoitajien osaamisen kriteerit	15
	5.2 Sairaanhoitajien kivunhoidon osaamisen kriteerit	17
	5.3 Sairaanhoitaja lääkkeettömän kivunhoidon toteuttajana.....	18
6	Opinnäytetyön toteutus.....	20
	6.1 Opinnäytetyön menetelmä	20
	6.2 Opinnäytetyön kohderyhmän sekä haastattelujen kuvaus	21
	6.3 Opinnäytetyön aineiston analyysi	23
7	Opinnäytetyön tulokset	25
	7.1 Sairaanhoitajaopiskelijoiden tiedot kivusta	25
	7.2 Sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaaminen	27
	7.3 Sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen kehittämistarpeet.....	29
8	Pohdinta	31
	8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	31
	8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	34
	8.3 Pohdinta ja kehittämissuhteet	35
	Lähteet	37
	Liitteet.....	40

1 Johdanto

Kipu on sekä fysiologinen ilmiö, että tunne- ja aistikokemus. Kipu on aina henkilökohtainen ja sidoksissa myös yksilön kokemuksiin ja kulttuuriin. Hoitotyön määritelmän mukaan kipu on ”mikä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän”. Kivun hoitotyö tarkoittaa kipua kokevan potilaan auttamista hoitotyön keinoin. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7–9.) Akuutilla kivulla on elimistöä suojaava merkitys. Lisäksi sille on yleensä löydettävissä selvä syy, joka voidaan hoitaa. Huonosti hoidettu tai hoitamaton kipu voi joillakin potilailla pitkittyä ja mutkistua. Akuutti ja krooninen kipu erotellaan niiden keston mukaan. Krooninen kipu kestää yli 3-6 kuukautta tai pidempään kuin mitä kudoksen odotettu paranemisaika on. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 105–106.)

Kivun hoitoa suunniteltaessa tärkeä peruste on erilaisten hoitomenetelmien periaatteiden tunteminen. Eri menetelmillä pyritään joko hillitsemään kipua voimistavien järjestelmien toimintaa tai vahvistamaan kipua estävien mekanismien toimintaa tai molempia. (Salanterä ym. 2006, 98.) Kivun hoitomenetelmät jaotellaan pääsääntöisesti lääkkeellisiin ja lääkkeettömiin, joiden tarkoitus on täydentää toisiaan (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lippinen, Ketola & Hietanen 2006, 356). Tämän opinnäytetyön tekijöitä kiinnostivat erityisesti lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ja niihin liittyvä osaaminen hoitotyössä. Kokemuksemme mukaan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö on vähäistä hoitotyössä. Lisäksi kokemuksemme mukaan kivunhoidon opetus on puutteellista ammattikorkeakouluopintojen aikana.

Sairaanhoitajan ammatinharjoittamista ohjaavat lait, asetukset sekä velvollisuudet, joiden tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 5). Sairaanhoitajan työ on mitä suurimmassa määrin yhteiskunnallinen tehtävä, joka edellyttää laadukasta koulutusta, mutta myös jatkuvaa täydennyskoulutusta (Ruuskanen 2011, 88). Viime aikoina ammatillinen osaaminen on ollut kiinnostuksen kohteena myös terveydenhuollossa. Osaaminen on tärkeää työssä jaksamisen ja viihtymisen kannalta, mutta myös yksi kilpailutekijä työelämässä. (Hilden 2002, 50.) Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu seuraavista osaamisalueista: eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63–64). Kivun hoitotyö on keskeinen sisältö kliinisen hoitotyön osaamisalueella.

Ammattikorkeakoulut vastaavat siitä, että sairaanhoitajaopiskelija osaa sairaanhoitajan kelpoisuuden edellyttämät asiat. Asiantuntijuus edellyttää kykyä yhdistää sairaanhoitajan ammattiin liittyvät tiedot ja niiden rakenteet työtehtäviin. (Ruuskanen 2011, 88–90.) Sairaan-

hoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka työ perustuu hoitotieteeseen. Koulutuksen laajuus on 210 opintopistettä eli 3,5 vuotta, joista 90 opintopistettä toteutetaan ammattitaitoa edistävänä harjoitteluna. Ammatissa toimiminen edellyttää sairaanhoitajalta vahvaa eettistä osaamista sekä ammatillista ja itsenäistä päätöksentekokykyä. Ammatissaan toimiva sairaanhoitaja on vastuussa ammattitaitonsa ja ammattinsa kehittamisestä. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63–70.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan tutkimuskirjallisuuden pohjalta kipua ilmiönä ja kokemuksena. Opinnäytetyössä perehdytään erityisesti lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin sekä sairaanhoitajien kivunhoidolliseen osaamiseen. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi ammattikorkeakoulun opetusta kehitettäessä, mutta myös työelämän täydennyskoulutusta suunniteltaessa.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä omasta lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta hoitotyössä. Tavoitteena on lisätä tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta.

Opinnäytetyön kysymykset:

1. Mitä sairaanhoitajaopiskelijat tietävät kivusta?
2. Minkälainen käsitys sairaanhoitajaopiskelijoilla on omasta lääkkeettömän kivunhoidon osaamisestaan?
3. Minkälaisia kehittämistarpeita sairaanhoitajaopiskelijoilla on lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen suhteen?

Opinnäytetyön kysymyksiin etsitään vastauksia käyttämällä laadullista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruumenetelmänä tässä opinnäytetyössä on ryhmäteemahaastattelu. Teemahaastattelurunko laaditaan opinnäytetyön kysymysten sekä teorian pohjalta. Kivun tutkimuksessa tarvitaan monien tieteenalojen tietoa ja ymmärrystä. Hoitotieteen tuottama tieto on tärkeää, sillä hoitotyön ammattilaisilla on merkittävä vastuu potilaiden kivunhoidon toteutuksessa sekä kivuliaisuuden arvioinnissa ja hoidossa. (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 17.) Sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaamista on aikaisemmin tutkittu erittäin vähän ja tämän opinnäytetyön avulla pyritään saamaan uutta tietoa aiheesta. Sairaanhoitajien lääkkeettömän kivunhoidon osaamisella on merkitystä hoitotyön laadun kannalta. Osaaminen voi parhaimmillaan säästää terveydenhuollon niukkoja resursseja vähentämällä turhien lääkkeiden käyttöä ja olla siten merkityksellistä koko yhteis-

kunnalle. Ensisijaisesti sairaanhoitajien osaamisesta hyötyvät subjektiivisesti potilaat, jotka saavat tarvitsemansa helpotuksen erilaisiin kiputiloihin.

3 Kivun määritelmä

3.1 Kipu ilmiönä

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (International Association for Study of Pain, IASP 1986) määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä tunto- ja tunnekokemus, joka liittyy jo tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan sellaisena. Kipu on yksi aisteista, jonka epämiellyttävän tunneosan on tarkoitus ilmoittaa vaarasta jota tulisi välttää. Tämä tekee aistimuksesta tarkoituksenmukaisen. (Granström 2010, 14.) Kipu on arkielämän peruskokemuksia, johon liittyy sekä ruumiillista että henkistä kärsimystä. Kipu on biologisen käsityksen mukaan elossa säilymisen ehto. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 12, 104.) Kivun tuntemukseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, henkelliset ja sosiaaliset tekijät (Sailo & Vartti 2000, 30). Kipumekanismi on monimutkainen prosessi, jossa sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia ohjaavat välittäjäaineet (Granström 2010, 17). Kipuärsyke kulkee hermoston osassa, jota kutsutaan kipuradaksi. Kudoksissa on pieniä hermopäätteitä, josta kipurata alkaa ja jatkaa kulkuaan pitkin hermorunkoja kohti selkäydintä. Selkäytimessä kipurata jatkuu kipuosteena kohti aivokeskuksia ja päättyy aivokuorelle. (Vainio 2004, 25.) Vastaanottaessaan kipuviestin aivot lähettävät sitä vaimentavaa signaalia vastakkaiseen suuntaan. Esimerkiksi endorfiinit vähentävät kivuntuntemusta. Kipuprosessin monimutkaisuudesta johtuen siihen on vaikea löytää yhtä lääkettä tai hoitoa, joka vaikuttaisi koko prosessiin, mutta ei kuitenkaan ihmisen muihin toimintoihin. (Granström 2010, 17–18.)

Kipua voidaan luokitella monin eri tavoin. Yleistä on jako akuuttiin ja krooniseen kipuun. Perinteisesti kipua on luokiteltu myös sen anatomisen sijainnin mukaan. Lisäksi kipua luokitellaan elinsysteemin ja aiheuttajan mukaan tai somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Akuutti kipu varoittaa kudოსvauriosta ja sillä on ensisijaisesti elimistöä suojaava merkitys. Akuutin kivun syy on usein selvillä ja hoidettavissa. Hyvän kivunlievityksen ja kudოსvaurion paranemisen myötä akuutit kivut paranevat yleensä viimeistään viikkojen kuluessa. Krooninen kipu eroaa akuutista sen keston mukaan. Krooninen kipu kestää yli 3-6 kuukautta tai sen paranemisaika on normaalia pidempi. (Kalso ym. 2009, 105-106, 150.) Kun kipuärsyke jatkuu pitkään se aiheuttaa hermojärjestelmässä muutoksia, jotka voimistavat ja jatkavat kipua silloinkin, kun kudოსvaurioita aiheuttava ärsytys on jo lakannut (Vainio 2009, 25). Akuutin kivun luonteeseen kuuluu kivun yllätyksellisyys, mutta se ei jätä jälkiä keskushermostoon (Sailo & Vartti 2000, 34). Pitkittyessään kipu aiheuttaa keskushermostossa plastisia muutoksia, joiden seurauksena aiemmin tehokkaat hoitomuodot saattavat menettää tehokkuutensa (Kalso ym. 2009, 193). Pitkäaikaisen kivun yhteydessä tutkimuksissa on havaittu, että aivoissa tapahtuu

muutoksia tuntoaistimuksia käsittelevillä alueilla. Tällöin kivun olemassa olo jää aivoihin ikään kuin ”oletusasetukseksi”. (Granström 2010, 50.)

Lääketieteessä krooninen kipu jaotellaan sen mekanismin mukaan nosiseptiiviseen, neuroopaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Krooninen nosiseptiivinen eli kudosaivuriokipu liittyy jatkuvaan kudosaivuriioon kuten esimerkiksi syöpään tai niveltulehduksiin. Neuroopaattisessa eli hermovauriokivussa vika on kipuviestiä kuljettavassa järjestelmässä, aivojen kivun säätelyyn osallistuvissa keskuksissa tai kipua estävissä radoissa. Tuntemattomasta syystä johtuvasta eli idiopaattisessa kivussa kipualueella ei havaita merkkejä kudosaivuriosta tai hermovauriosta. Myöskään lääketieteellisissä tutkimuksissa kivun aiheuttaja ei selviä, vaan ihminen näyttää terveeltä. (Kroonisen kivun ensitieto-opas 2012, 5–6.) Idiopaattiseen kipuun liittyy usein ahdistusta sekä levottomuutta ja sitä kutsutaan myös psykogeeniseksi kivuksi (Sailo & Vartti 2000, 30). Psykkiset tekijät usein altistavat kivun kroonistumisessa, mutta pelkkä psykogeeninen kipu on harvinaista (Kroonisen kivun hoito-opas 2010, 4). Kroonista kipua sairastavat kärsivät usein unettomuudesta, masennuksesta tai molemmista (Kalso ym. 2009, 112). Myös psyykinen ja fyysinen stressi liittyy näiden kaikkien syntyyn. Lisäksi jatkuva kipu hallitsee elämää ja ajatuksia sekä heikentää potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. (Sailo & Vartti 2000, 35.)

Valtaosa kroonisista kivuista johtuu tuki- ja liikuntaelin sairauksista tai neuroopaattisista kiputiloista. Esimerkiksi 75 % yli 30-vuotiaista suomalaisista on kokenut vähintään yhden selkäkipujakson elämänsä aikana sekä niskahartiaseudun ja olkapään kiputuntemuksia on ollut yli 60 %:lla suomalaisista aikuisista. Pitkittyessään kipu rasittaa potilasta myös psykososiaalisesti. (Kalso ym. 2009, 66–67, 106.) Kipusairauden seurauksena mm. työssäkäynti voi olla mahdollonta ja aiheuttaa siten isoja taloudellisia menetyksiä. Pitkäaikaisen kivun aiheuttamat haitat ja inhimillinen kärsimys riippuvat ihmisen yksilöllisestä elämäntilanteesta sekä persoonallisesta kyvystä ja tavasta asennoitua ja löytää selviytymiskeinoja. (Granström 2010, 12.) Kroonistumisen riskitekijöitä voivat olla varhaiset traumaattiset kokemukset, jotka yhdessä stressitekijöiden, oppimistapahtumien ja merkitysten kanssa vaikuttavat kroonisen kivun syntymiseen. Tutkimuksissa on näyttöä, että kipuongelmien jatkuessa fysiologisten tekijöiden merkitys on pienempi kuin psykososiaalisten tekijöiden. Kivun kroonistumista ennustavat muun muassa kipeytymisen pelko, katastrofiajattelu ja psyykinen rasittuneisuus. (Kalso ym. 2009, 109.) Kivun kroonistumista tulisi nykykäsityksen mukaan ennaltaehkäistä akuutin kivun tehokkaalla hoidolla sekä tunnistamalla kivun kroonistumiselle altistavat lääketieteelliset ja psykososiaaliset tekijät. (Salanterä ym. 2006, 147–148.)

3.2 Kipu kokemuksena

Ihmisen mieli on vaikeasti hahmoteltavissa ja kuvailtavissa eikä sille varsinaisesti ole määritelmää. Sitä kuitenkin kuvataan eräänlaisena havainto-, kokemus- ja ohjausjärjestelmänä.

Ihmisen mielessä tapahtuvat havaitseminen, tunteiden kokeminen, muistaminen, suunnittelu, päätöksen teko ja toimeen paneminen. Kivun kokemus perustuu mielen toimintaan, josta löytyvät myös aikaisemmat kipukokemukset ja -muistot. Tämän vuoksi ihmisten kipukokemukset eroavat toisistaan. Kipuaistimus edellyttää mielen osallisuutta ja vastaavasti kipukokemuksen hallintaan saaminen on lähtökohtaisesti mielen tapahtuma. Kivun hallinta tarkoittaa kipukokemuksen minimoimista sekä kivun saamista mielessä mahdollisimman vähän elämää haittaavaksi. (Granström 2010, 29, 115.) Fyysinen kipu aiheuttaa henkistä kärsimystä sekä stressiä ja kroonisessa kivussa stressi on jatkuvaa. Stressi puolestaan vaikuttaa ihmisen ajatus- ja tunnemaailmaan, jonka vuoksi kroonisen kivun seuralaisia ovat usein toivottomuus, ahdistus, masennus ja eristyneisyys. (Vainio 2009, 104.)

Kipukokemus on tyypillisesti epämiellyttävää ja usein se liittyy tilanteisiin, jotka ovat uhkaavia tai joiden seuraukset ovat vaarallisia. Kipu voidaan kokea hyökkäyksenä omaa ruumista ja tietoisuutta vastaan. Krooninen kipu estää usein toimimasta ja elämästä mielekästä elämää. Lisäksi sen taakkana on tietoisuutta jäytävä ominaisuus, joka ikään kuin tuhoaa ihmistä sisältäpäin. (Vainio 2009, 79–80.) Kivun kokeminen on voimakkaasti yhteydessä tunteisiin. Yleisimpiä kivun aiheuttamia tunteita ovat kiukku tai viha ja pitkään jatkuessa myös ahdistus, suru ja masennus. Toisaalta pelko, suru, masennus ja epävarmuus lisäävät kivun kokemusta, eikä aina ole erotettavissa mikä tunnekokemus on kyseessä. Erityisesti lapsilla pelko ja kipu sekoittuvat keskenään. Sen sijaan positiivisilla tunteilla voidaan lieventää kipua. Elimistö tuottaa itse opioidien kaltaisia aineita, endorfiineja, joita erittyy esimerkiksi naurun ja ilon tunteiden aikana. (Salanterä ym. 2006, 56–57.)

Kivun kokemiseen ja ilmaisuun vaikuttavat oppimistapahtumat, joiden seurauksena voi syntyä kipuongelmaa ylläpitävä noidankehä. Akuutin kivun selviytymiskeinot kuten varominen, lepo ja lääkkeiden käyttö saattavat yhdessä erilaisten vahvistavien tekijöiden kanssa olla osallisia kipuongelman jatkumiseen. Mahdollisia ongelmaa ylläpitäviä vahvistavia tekijöitä ovat muun muassa käyttäytymisen sosiaaliset seuraamukset kuten toisilta saatu huolenpito tai potilaan kokemus, että hänen kipuja vähätellään. (Kalso ym. 2009, 110.) Kipukäyttäytyminen on kulttuurin säätelemää ja tarkoittaa kasvojen ilmeitä, käytöksen muutosta, asentoa ja liikkeitä, ääntelyä sekä kivun sanallista ilmaisua (Sailo & Vartti 2000, 26). Kielteinen kipukäyttäytyminen tarkoittaa potilaan tapaa ilmaista kipua liikkein ja äänin saadakseen huomioita ja sympatiaa toisilta. Tällainen käyttäytyminen saattaa olla lähtöisin tarpeesta todistaa kivun olemassaolo, jolloin potilas pelkää muiden epäilevän kivun todellisuutta. (Kroonisen kivun ensitietopas 2012, 46.)

Kivun kokeminen on yksilöllistä ja kullakin yksilöllä on oma tapansa kokea ja tiedostaa kipua. Juuri sen yksilöllinen luonne tekee siitä haasteellisen. Ihmisen mielen reaktioita kipukokemuksen yhteydessä selvitetään kysymällä hänen omia näkemyksiä ja kokemuksia kivustaan.

(Salanterä ym. 2006, 57–58.) Kivun yksilöllisyyden ja aistimuksellisuuden vuoksi sitä on vaikea kuvata sanallisesti tai täsmällisesti, eikä yksilön kokemus kipua suoranaisesti ilmene muille ihmisille. Geeneillä on vaikutusta kivun säätelyyn, mutta elämän aikana kertyneet fyysiset sekä mielenkokemukset vaikuttavat kivun havaitsemiseen. Näiden lisäksi ihmisten tavat ja kyvyt kuvailla kipuaan ovat hyvin erilaisia. Kipu on sekä tunto- että tunnekokemus, jonka vuoksi toisen kipuun eläytyminen täysin on mahdotonta. Kipua ilmaisevat sanat ovat usein kuvaanollisia tai murre sanoja kuten ”kolotus” tai ”jomotus”. Kivun tunnetta voidaan myös ilmaista erilaisin vertauskuvoin ja kaavioin. (Granström 2010, 22–27.) Vaikka kipukokemus onkin yksilöllistä, sillä on myös yhteisöllinen eli kollektiivinen ulottuvuus. Tämä tarkoittaa mm. kulttuurin yhteyttä kivun kokemiseen ja ilmaisuun, sekä muiden reaktioita ilmaistuun kipuun. (Salanterä ym. 2006, 58.)

4 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

4.1 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät hoitotyössä

Lääkkeettömistä menetelmistä käytetään monia eri nimityksiä, kuten vaihtoehtoiset tai täydentävät menetelmät. Menetelmien vaikuttavuutta on selitetty mm. endorfiinien vapautumisella, vaikka tästä on näyttöä hyvin vähän. Paras kivunlievitys saavutetaan yhdistämällä kipulääkkeisiin lääkkeettömiä menetelmiä ja niiden avulla voidaan lievittää kivun tuottamaa ahdistusta ja pelkoja, vähentää koettua uhkaa ja uupumusta, vahvistaa selviytymiskykyä sekä hallinnan tunnetta ja lisätä hyvää oloa, toivoa ja parantaa unta. (Heiskanen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 64–65.) Kivun hoitomenetelmien periaatteiden tunteminen on tärkeä peruste hoitoa suunniteltaessa. Eri menetelmien avulla pyritään joko hillitsemään elimistön kipua voimistavien järjestelmien toimintaa, vahvistamaan kipua estäviä mekanismeja tai molempia. (Salanterä ym. 2006, 98.) Erilaisten kiputilojen hoitoon tarvitaan eri tavoin vaikuttavia kipulääkkeitä eli analgeetteja, koska kivun aiheuttajamekanismit vaihtelevat kiputilasta riippuen (Sailo & Vartti 2000, 185). Kivunhoidossa lääkehoidolla pyritään joko estämään kipureseptoreiden aktivoituminen, estämään ärsykkeen välittyminen kipusyissä tai ärsykkeen kulku keskushermoston kipuradoissa tai aktivoimaan elimistön omia kipumechanismeja. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2000, 107.) Lääkehoito on tärkeä hoitomenetelmä, mutta muodostaa kuitenkin vain yhden kivun hoidon osa-alueen. Akuutin kivun hoidossa voidaan hyödyntää lääkkeiden annostelutekniikoita sekä fysioterapeuttisia menetelmiä, kun taas kroonisen kivun hoidossa voidaan hyödyntää psykologisia ja fysioterapeuttisia hoitomenetelmiä sekä kannustaa potilasta itsehoitoon ja tukea potilaan omia kivun hallintamekanismeja. (Salanterä ym. 2006, 98.)

Asentohoito on yksi tärkeimmistä hoitotyön menetelmistä jolla kipua lievitetään. Asennonmuutos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä, edistää laskimo- ja lymfakiertoa

sekä vähentää nesteen kasaantumista kudokseen. Huomion suuntaaminen pois kivusta tarkoittaa huomion keskittämistä johonkin muuhun ärsykkeeseen, jolloin muiden aistien kautta saatavat ärsykkeet lieventävät kivuntunnetta. Potilaan huomio voidaan suunnata esimerkiksi koskettamalla, kuuntelemalla, näkemällä tai liikkumalla. Sopivia menetelmiä ovat musiikki, rentoutus, mielikuvien luominen ja huumori. Kaikenlaisen tiedon jakamisen ja keskustelun on todettu lievittävän potilaan pelkoa ja sitä kautta myös tuntemaansa kipua. Hoitajan läsnäolo voi saada potilaan rauhoittumaan ja lisätä turvallisuudentunnetta. Aito läsnäolo tarkoittaa potilaan todellista kohtaamista. Myös omaisten läsnäololla voi olla potilasta rentouttava ja rauhoittava vaikutus. (Kassara ym. 2006, 357.)

Kivunhoidon tehoa ja vaikuttavuutta tulee arvioida ja seurata säännöllisesti. Tämä tarkoittaa, että hoidolle on asetettava tavoite. Akuutissa kivussa hoidon tavoitteena on yleensä kivun lievittyminen. Kroonisessa kivussa hoidon tavoite on harvoin kivun täydellinen lievittyminen. Tavoitteiden asettamisessa otetaan huomioon potilaan elämäntilanne ja toimintaympäristö. Ensisijaisesti hoidolla pyritään ylläpitämään ja parantamaan potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, työkykyä ja elämänlaatua. Lääkkeen sekä muiden hoitomenetelmien vaikutus kipuun tulee aina merkitä potilasasiakirjoihin. (Salanterä ym. 2006, 100–101.)

4.2 Fysioterapeuttiset kivunhoitomenetelmät

Lääkkeettömiä hoitomenetelmiä, kuten kylmää ja lämpöä on käytetty jo antiikin lääketieteessä, jolloin kipua lievitettiin esimerkiksi lämmitetyllä hiekalla ja vedellä sekä hieronnalla. Fysioterapeuttisiin menetelmiin kuuluvat esimerkiksi termiset-, vesi-, valo-, mekaaniset- ja vetohoidot sekä erilaiset mobilisoivat hoidot ja sähköiset kivunlievitysmenetelmät. Näiden menetelmien vaikuttavuudesta on kuitenkin puutteellisesti tutkimusnäyttöä, mutta aktiivisesta terapeuttisesta harjoittelusta on vahvaa näyttöä. (Kalso ym. 2009, 237–238.) Fysioterapian muodot ovat hyödyllinen osa hoitokokonaisuutta, jolla pyritään vaikuttamaan kivunsaateluun ja kroonisen kivun pitkäaikaisvaikutuksiin (Vainio 2009, 103–104).

Kroonisen kivun hoidossa käytettävien fysikaalisten menetelmien tulisi olla kuntouttavia ja potilaan omaa aktiivisuutta korostavia, sillä tavoitteena on ylläpitää tai parantaa toimintakykyä. Toiminnallisissa harjoitteissa pyritään mm. lisäämään liikelaajuuksia ja lihasvoimia sekä kohentamaan yleiskuntoa. Akuuttien kiputilojen hoitojen painopiste on usein passiivisten menetelmien käytössä, kuten lämpö- ja kylmähoidoissa, hieronnassa, sekä lisäksi voidaan käyttää myös oireista riippuen puristushoitoa tai lymfaterapiaa. (Salanterä ym. 2006, 158–161.)

Erlaisia termisiä hoitoja ovat pinta- ja syvälämpöhoidot sekä kylmähoidot eli kryoterapia. Lämpö vaikuttaa kudoksissa vilkastuttaen verenkiertoa, avaten hiussuonia, lisää kudosten verenkiertoa ja aineenvaihduntaa sekä rentouttaa lihaksia. Pääasiallisesti lämpöhoitoja käytetään

fysioterapiamenetelmien esihoidossa sekä potilaan itsehoidossa. Lämpöhoidon vasta-aiheita ovat hoitoalueen ihottumat, kasvaimet, tulehdukset, kudolvauriot, metalliset vierasesineet sekä verenvuotosairaudet tai huono valtimoverenkierto hoitoalueella. Kylmähoitoa käytetään mm. akuuttien pehmytkudolvammojen ja leikkausten jälkeen, reumapotilailla sekä spastisuuden lievittämiseen. Kylmäkäsitely vaikuttaa hidastamalla lihasten, hermoston ja nivelvoidekalvon aineenvaihduntaa, vähentää hapenpuutteesta johtuvaa kudolvauriota ja rajoittaa turvotuksen muodostumista. Kylmähoidon käyttöaika on korkeintaan 10-30 minuuttia. (Kalso ym. 2009, 237–238.)

Sähköisistä kivunhoitomenetelmistä käytetyin on transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio (TENS), jota käytetään useimmiten tuki- ja liikuntaelinten kroonisten kiputilojen, hermojuuri- ja hermovaurioiden sekä neuropatioiden hoidossa (Kalso ym. 2009, 231). Menetelmässä iholle annetaan kivuttomia sähköimpulsseja, jotka potilas aistii värinästä tai pieninä lihaskräppäyksiä. Menetelmän vaikutus perustuu porttikontrolliteoriaan, jossa selkäytimen takasarven kipua estävien välittäjähermosolujen toiminnan aktivointi vähentää kipuimpulssien välittymistä aivoihin. TENS-hoitoa antavat fysioterapeutit tai koulutuksen saaneet hoitajat. Tarvittaessa potilas voi saada perehdytyksen laitteen käytölle ja käyttää sitä itsenäisesti kotona. TENS-hoitoa ei tule käyttää potilailla joilla on sydämen tahdistin, vaikea epilepsia tai raskaana oleville naisille vatsan alueelle. Vaikeissa neuropaattisissa kivuissa voidaan käyttää selkäydinstimulaatioita (SCS). Hoito on kuitenkin kallista ja vaatii erityisosaamista. (Salanterä ym. 2006, 163–166.)

Akupunktio on vanha kiinalainen hoitomenetelmä, joka on kehittynyt empiiristen kokemusten pohjalta. Kiinalaisen lääketieteen käsitykset poikkeavat länsimaalaisesta. Siihen vaikuttavat kiinalainen filosofia yinistä ja yangista, viidestä elementistä ja viidestä substanssista, joiden mukaan ihmiselimistö on jatkuvasti muuttuva energiakokonaisuus. Näiden voimien ollessa epätasapainossa syntyy erilaisia sairauksia ja vaivoja. Akupunktiohoito toteutetaan tavallisesti 8-20 neulan asettelulla meridiaanioppiin perustuen. Länsimaisen lääketieteen mukaan akupunktion tehoa selitetään kahdella tavalla: porttikontrolliteorialla sekä endorfiiniteorialla. Tutkimukset akupunktiohoidon vaikuttavuudesta ovat ristiriitaisia. Akupunktiosta on todettu kuitenkin olevan apua päänsärystä, nivelreumasta, kroonisesta selkäkivuista, leikkauksen jälkeisistä kivuista sekä stressipohjaisista kivuista kärsiville. (Kalso ym. 2009, 241–242; Sailo & Vartti 2000, 237–239.) Hermovauriokipuun, idiopaattiseen kipuun ja syöpätauteihin liittyviin kipuihin akupunktio ei tehoa (Vainio 2009, 103).

Erilaisia mekaanisia ja manuaalisia hoitokäsittelyjä voidaan käyttää kivun hoidossa. Hierontaa käytetään jännittyneiden ja kireiden kudosten pehmittämiseen. Hieronnan vaikutus kivunhoitomenetelmänä perustuu porttikontrolli- ja endorfiiniteoriaan. Toisen ihmisen kosketus ja hieronnan aikana tapahtuva vuorovaikutus saavat aikaan miellyttäviä tuntemuksia, jotka sub-

jektiiivisesti vaikuttavat kipua lievittävästi. Manuaalista lymfaterapiaa käytetään turvotuspotilaiden hoidossa. Hoidon vaikutuksesta imunestekierto vilkastuu ja turvotukset vähenevät. (Kalso ym. 2009, 239–240.)

4.3 Psykologiset kivunhoitomenetelmät

Psykologisella hoitomenetelmällä tarkoitetaan sellaista hoitoa, joka perustuu enimmäkseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa ja jolla pyritään vaikuttamaan kipuongelman kannalta keskeisiin psykologisiin tekijöihin ja seurauksiin (Estlander 2003, 168). Psykologisia hoitomenetelmiä voidaan käyttää yksilö- tai ryhmähoitoina sekä yhdistettynä moniammatilliseen hoitoon. Hoidolla pyritään vaikuttamaan esimerkiksi potilaan kipukokemukseen, -käyttäytymiseen ja suhtautumiseen kipuunsa. (Kalso ym. 2009, 245.) Erilaisia psykologisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi kognitiivinen ja kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia, interpersonaalinen psykoterapia, perheterapia ja ryhmäpsykoterapia. Psykologisia menetelmiä käyttää kivunhoitoon perehtynyt psykologi tai muu erityiskoulutuksen saanut terapeutti. Psykologiset tekijät vaikuttavat siihen miten potilas kokee ja ilmaisee kipuaan sekä säätelevät reaktioita ja myötävaikuttavat kivun kroonistumisprosessia. (Salanterä ym. 2006, 155–157.) Suositeltavaa on, että psykologisen hoidon tarpeen arviointi ja toteutus tehtäisiin varhaisessa vaiheessa (Kalso ym. 2009, 245).

Psykologisen hoidon kiinnostuksen kohteina ovat potilaan käsitykset ja uskomukset, tunteet, toiminta- ja suhtautumistavat sekä vuorovaikutusilmiöt. Potilas itse on hoitoprosessin aktiivinen osallistuja. (Estlander 2003, 168.) Potilaalle ei voi määrätä psykologista hoitoa, koska riittävä motivaatio ja potilaan sitoutuminen hoitoon ovat hoidon onnistumisen edellytyksiä (Kalso ym. 2009, 246). Hoidon tavoitteena on kipuongelmaan liittyvien haittojen vähentäminen sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn paraneminen (Salanterä ym. 2006, 155). Tavoitteeseen voidaan päästä ymmärryksen ja itsetuntemuksen lisääntymisen, oireiden hallitsevuuden vähenemisen sekä toimintavaihtoehtojen laajenemisen avulla (Estlander 2003, 168).

Psykologista hoitomenetelmää valitessa ja tavoitteiden asettamisessa korostuu potilaan yksilöllisyyden huomioiminen, joka on tärkeämpää kuin varsinainen lääketieteellinen diagnoosi. Saman diagnoosin saaneet potilaat ovat hyvin erilaisia sekä fyysisiltä että psyykkisiltä ominaisuuksiltaan. Sairaudet ja oireet sekä kipuongelman merkitys potilaalle vaihtelevat suuresti eri henkilöillä. (Estlander 2003, 182–183.) Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa on yleisesti käytetty menetelmä kipupotilailla. Sen osatekijöitä ovat esimerkiksi alkututkimus, itsehoidollisen näkökulman tukeminen, taitojen hankkiminen, tottumusten muuttaminen, behavioraaliset menetelmät kuten rentoutusharjoitukset, kognitiiviset menetelmät kuten ongelmanratkaisutaidot ja mielikuvaharjoitukset sekä ylläpito- ja seurantakäynnit. (Kalso ym. 2009, 246.)

Menetelmän avulla ihminen oppii taitoja, joilla tunnistaa mieleen tulevia kipuun liittyviä väärityneitä ajatuksiaan, uskomuksiaan ja olettamuksiaan (Salanterä ym. 2006, 152).

Rentoutusta, hypnoosia sekä biopalautetta voidaan käyttää muun hoidon ohella vaikuttamaan fysiologisiin stressivasteisiin, kuten autonomisen hermoston aktiivisuuteen (Kalso ym. 2009, 248). Rentoutuksella pyritään vaikuttamaan sympaattisen hermoston reaktioihin, joita ovat lihasjännitys sekä elimistön ”yliaktiivisuus” (Estlander 2003, 196). Rentoutus lisää itsehallintaa sekä riippumattomuutta ja soveltuu erityisesti potilaille, joilla kipuun liittyy emotionaalisia ongelmia jotka ilmenevät fysiologisina tai toiminnallisina reaktioina sekä niihin liittyvinä ajatuksina. Rentoutumista voidaan opetella ensin jännittämällä ja sitten rentouttamalla lihasryhmiä. Yhdistämällä lihasten rentoutusharjoituksiin hengitysharjoituksia sekä musiikkia vaikutus tehostuu. (Salanterä ym. 2006, 154.) Erilaisia mielikuvaharjoituksia voidaan myös käyttää rentoutuksen ja hypnoosin yhteydessä esimerkiksi kipukokemuksen muuntamiseksi. Tutkimusten mukaan rentoutuksen ja hypnoosin tehosta erilaisissa kiputiloissa on vahvaa näyttöä. (Estlander 2003, 198.)

Sosiaalinen tuki tarkoittaa kaikkia niitä auttavia toimintoja, joita sekä viranomais- että läheisverkosto tarjoavat kivusta kärsivälle. Emotionaalinen tuki on sosiaalisen tuen osa-alue, jossa välitetään kiintymyksen ja arvostuksen tunteita toisia kohtaan. Se tarkoittaa myös kivusta kärsivän ihmisen kannustamista ja luottamusta. Sosiaalisissa suhteissa saatu arvostus ja hyväksytyksi tuleminen kokemus vahvistavat ihmisen identiteettiä. Krooninen kipu usein uhkaa identiteettiä, sillä se estää ihmistä toimimasta rooliodotusten mukaisesti. Hyvä sosiaalinen verkosto ja tuki auttaa selviytymään stressitilanteissa ja lievittää kipuun liittyviä pelon, ahdistuksen ja epävarmuuden tunteita. Terveystieteiden ammattilaiset osoittavat luottamusta potilasta kohtaan uskomalla ja ottamalla todesta hänen kokemuksensa kivusta. (Salanterä ym. 2006, 23.)

Kipuja voidaan hoitaa kolmella tavalla: lääketieteen, itsehoidon tai vaihtoehtoisten hoitojen avulla, jotka eivät poissulje toisiaan. Kivun itsehoito jakautuu hoitoon hakeutumiseen, sairauksien hoitamiseen itse sekä terveyttä ylläpitäviin eli sairauksia ehkäiseviin tekoihin ja valintoihin. Tärkeimpiä kipua ennaltaehkäiseviä asioita ovat mielen, työn, levon, liikunnan sekä ravinnon tasapainottaminen. Erilaisia vaihtoehtoisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi klassinen kiinalainen lääketiede, homeopatia, vyöhyketerapia, NLP, naturopatia, fyto- ja yrtti- sekä aromaterapia. (Sailo & Vartti 2000, 228–229.)

5 Sairaanhoidajien osaaminen ja kivunhoidon osaamisen kriteerit

5.1 Sairaanhoidajien osaamisen kriteerit

Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden urakehitystä tarkastellaan ammatillisen osaamisen pohjalta teoreettisena sekä käytännöllisenä osaamisena, mutta myös ohjaus-, opetus-, ryhmätyö- ja johtamisosaamisena. Lisäksi merkitystä on eettisellä, yhteiskunnallisella sekä kriittisellä ja reflektiivisellä osaamisella. Ammattikorkeakoulusta valmistunut sairaanhoitaja on oman erityisalansa asiantuntija, joka hallitsee sosiaali- ja terveysalan toiminnan lähtökohdat, arvot ja toimintaperiaatteet sekä omaa hoito- ja monitieteellisen tietoperustan lisäksi myös käytännön osaamisen. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 418–419.)

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat lait, asetukset ja velvollisuudet (Hildén 2002, 51). Sairaanhoitajan työ on yhteiskunnallinen tehtävä, jonka tuloksellinen hoitaminen edellyttää laadukasta koulutusta sekä jatkuvaa täydennyskouluttautumista. Terveyspalvelujen käyttäjät edellyttävät sairaanhoitajalta humaania kohtelua, kuulluksi tulemistä sekä kykyä toimia luotettavasti. (Ruuskanen 2011, 88.) Sairaanhoitajien osaamisen perustana ovat oman ammattitaidon ja toiminnan jatkuva kehittäminen ja kriittinen arvioiminen. Ammattikorkeakoulututkinnot tähtäävät opintonsa työelämän asettamien vaatimusten mukaisiksi, jolloin esimerkiksi valmistuvien sairaanhoitajien tiedolliset ja taidolliset valmiudet ovat riittävät toimiakseen alallansa. (Härkin 2000, 8.) Opetussuunnitelmassa (2006) sairaanhoitajan ammattitaidon kuvausta ohjaavat eettiset periaatteet ja niiden korostuminen toteutettavassa hoitotyössä. Sairaanhoitajan ammattitaidon keskeisin tekijä on monitieteellinen tieto, mutta myös vastuullisuus, luotamuksellisuus ja empaattisuus, jotka luetaan ammattitaitoisen sairaanhoitajan ominaisuuksiksi. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63.)

Opetussuunnitelman (2006) mukaan sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus koostuu seuraavista osaamisalueista: eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, opetus ja ohjaus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63–64).

Työelämän, toimintaympäristön ja jopa ihmisten muuttuessa, muuttuu myös hoitotyö. Hoitotyön muuttuessa muuttuvat osaamiseen liittyvät vaatimukset ja siksi hoitotyöntekijät eivät enää pärjää samanlaisella osaamisella kuin aiemmin. Hoitotyöntekijät ovat itse vastuussa oman ammatillisen osaamisensa pitämisestä ajan tasalla. Työssään sairaanhoitaja tarvitsee seuraavia taitoja ja kykyjä: vastaanottokykyä, kykyä itsenäiseen työskentelyyn ja päätöksentekoon, laaja-alaista tietopohjaa, monipuolisia auttamistaitoja, oman työn arvostusta, suunnittelu-, kehittämis-, arviointi-, ohjaus-, yhteistyö- sekä laadunhallintataitoja, mutta myös taitoa ja rohkeutta käyttää omaa asiantuntijuutta. (Hildén 2002, 29–31.) Terveystieteiden alan nykyisessä koulutuksessa on pyritty huomioimaan alan jatkuva muutos. Terveysalan nopea kehitys ja siitä johtuvat muutospainet niin oman kouluttautumisen, kuin niukkenevien

resurssien kannalta ovat syitä miksi on tarpeen kouluttaa uudentyyppisiä hoitotyön ammattilaisia. (Valliaro 2003, 7.) Sairaanhoidajilta edellytetään laaja-alaista ammattitaitoa ja tietoperustaa, joka pohjautuu tieteisiin. Muun muassa persoonallisuus, innovatiivisuus, vuorovaikutustaidot, luovuus ja vahva ammatti-identiteetti ovat asioita, joita odotetaan sairaanhoidajilta. Lisäksi heiltä odotetaan valmiuksia esimerkiksi johtajuuteen, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä tutkimus- ja tiedon hankkimiseen. (Härkin 2000, 10.)

Ammatillisesta osaamisesta ollaan viime vuosina oltu yhä kiinnostuneempia sekä yksilö- että organisaatiotasolla. Osaamisen tarkastelu on tärkeää, koska se on yksi tärkeimmistä kilpailutekijöistä työelämässä, mutta myös merkittävä osa työssä jaksamisen ja viihtymisen kannalta. Työntekijän riittämätön osaaminen näkyy työkyvyn laskuna, epävarmuutena työssä, huonona työtuloksena, sitoutumattomuutena ja jopa sairauslomina. (Hildén 2002, 50.) Tutkimusten mukaan suomalaisten sairaanhoidajien ammatillinen osaaminen on kokonaisuutena hyvää. Työkokemuksen pituudella on todettu olevan eniten yhteyttä ammatilliseen osaamiseen. Parhaiten sairaanhoidajat hallitsevat käytännöllisen osaamisen. Heikoimmin hallitaan teoreettinen osaaminen ja osaamisen puutteista tiedostetaan parhaiten lääkehoitoa koskevat puutteet. (Lauri 2007, 51–52.)

5.2 Sairaanhoidajien kivunhoidon osaamisen kriteerit

Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittavat lait turvaavat potilaalle hyvän ja turvallisen hoidon toteutumisen. Perustuslaki (731/1999), kansanterveyslaki (66/1972), rikoslaki (39/1889), potilasvahinkolaki (585/1986), sairausvakuutuslaki (1224/2004) yhdessä ihmisoikeussopimuksien sekä eettisten ohjeiden ja julistusten kanssa sisältävät yleisiä tausta-arvoja, periaatteita, valinnan vapauden ja oikeuden hyvään kohteluun hoitotyön laillisesta näkökulmasta. Moraaliset ohjeet sekä ihmisoikeudet ovat pohjana potilaan lainsäädännölliselle oikeudelle. (Salo 2010, 19-20.) Esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää, että potilaan kivunhoidon toteuttaminen merkitään potilaskertomukseen. Potilaan kivunhoidon kokonaisuuden kirjaamisella on merkitys potilaan ja henkilökunnan oikeusturvallisuudelle, potilasturvallisuudelle sekä kivunhoidon laadun kehittämiseksi. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 6.)

Terveysalan koulutuksen opetussuunnitelmassa on Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP 2003) määritelmä sekä suositus kivun opetuksesta. Tämän suosituksen mukaan sairaanhoidajalla tulisi olla perustaidot kivun hoitamiseen hoitotyössä riippumatta hänen valitsemastaan hoitotyön suuntauksesta. Tutkimuksissa on kuitenkin selvinnyt, että kivun opetus ei ole järjestelmällistä ja IASP:n suositus kivun opetuksesta alittuu jopa 60 % opetussuunnitelmissa. (Valliaro 2003, 13; Salanterä ym. 2006, 69.) Opetussuunnitelman 2006 mukaan kivun hoitotyö

mainitaan kuitenkin keskeiseksi sisällöksi kliinisen hoitotyön osaamisalueella (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 68).

Salon (2010) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat käsittävät potilaan hoitotyön taustatekijöiksi sosiaaliset, psyykkiset ja kulttuuriset taustatekijät sekä potilaan odotukset ja asenteet. Vastaavasti sairaanhoitajan koulutus, yhteistyö lääkärin kanssa, omat asenteet ja osaaminen, työkokemus ja tunteet ohjaavat hoitajan toimintaa. Kivun hoitotyö perustuu sairaanhoitajien käsityksen mukaan kipuun ja tämän kokemuksellisuuteen, jonka keskeisiä käsitteitä ovat yksilöllisyys, kivun laatu ja sen voimistavat tekijät sekä kivun luokittelu. (Salo 2010, 55.)

Valliaron (2003, 43) tutkimuksen mukaan hoitotyön oppikirjoissa korostuivat kivun lääkkeelliset auttamismenetelmät. Lääkkeettömiä auttamismenetelmiä käsiteltiin vain muutamalla lauseella tai ei ollenkaan. Opetussuunnitelmissa oppiainetasolla kivun hoitoa käsitellään lähinnä lääketieteellisten aineiden yhteydessä, jolloin tavoite on opiskella kivun hoidossa käytettävät lääkkeet. Kivun hoitotyön muita ulottuvuuksia ei ole tarkoituksena opiskella. Vain muutamassa opetussuunnitelmassa oli mainittu kivun arviointi ja mittaaminen ja oppikirjoissa sitä käytiin läpi lähinnä kipumittareiden avulla. Myöskään kivun hoitotyön dokumentointia tai hoitotyön ympäristöä ei opetussuunnitelmissa mainita. (Valliario 2003, 42–44.)

5.3 Sairaanhoitaja lääkkeettömän kivunhoidon toteuttajana

Kivun tutkimus on voimakkaasti lisääntynyt viimeisinä vuosikymmeninä eri tieteenalojen keskuudessa. Hoitotieteessä tarkastelun keskeinen lähtökohta on kivun moniulotteisuuden, subjektiivisuuden ja kulttuurisuuden ymmärtäminen. Sairaanhoitajilla ja muilla hoitotyön ammattilaisilla on merkittävä vastuu potilaiden kivunhoidon toteutuksessa, arvioinnissa ja hoidossa, joten hoitotieteen tuottamaa tietoa kivun tutkimuksesta tarvitaan. Kivun hoidon keskeisiä kehittämiskeinoja ovat sen aseman tiedostaminen ja myöntäminen, riittävä perus- ja täydennyskoulutus eri ammattiryhmille, kipupotilaiden hoidon tunnettavuus, kivun tarkastelut suhteessa elämänlaatuun ja toimintakykyyn, hoitoketjujen huomiointi sekä kipua koskevan tutkimuksen tekeminen ja tuloksista tiedottaminen. (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 17–18.)

Hoitotyön käytännöt perustuvat pääosin hoitotieteeseen, mutta saavat sisältöä myös monilta muilta tieteiltä ja sen tehtävänä on auttaa kaikkia monialaisesti, ympäristön muuttuvat olosuhteet huomioiden. Hoitotyöhön sisällytetään hoidon suunnittelu ja toteuttaminen ja sen tulee olla terveyttä tukevaa, edistävää, parantavaa, ehkäisevää, mutta myös auttavaa. (Härkin 2000, 9.) Hoitotyössä ja sen toteuttamisessa paino perustuu potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen, jolloin sairaanhoitajan antama tieto potilaan omasta terveydestä sekä hoitotoiminnoista korostuu (Salo 2010, 61). Sairaanhoitajat saavat valtuudet toimia omalla

alallaan itsenäisesti terveydenhuollon ammattihenkilöinä ja ovat vastuussa antamastaan hoidosta. Heidän toimintaansa määrää ja ohjaa terveydenhuolto- ja hoitotyön lainsäädäntö. Opiskelun aikana opittujen tietojen ja taitojen harjoittelu ja soveltaminen työelämässä tapahtuu harjoittelujaksoilla. (Härkin 2000, 9, 22; Asetus ammattikorkeakouluopinnoista 2003.)

Kivun hoitotyö on prosessin omaista ja noudattaa prosessin vaiheita. Keskeisenä asiana on potilaan kokemana kipu. Kivun alkuperän selvittänyt hoitaja valitsee oikean ja sopivan kivun hoitotyön auttamismenetelmän, arvioi menetelmän vaikuttavuutta sekä dokumentoi potilaan kiputilannetta säännöllisesti. (Valliaro 2003, 17.) Hoitotyön prosessi on sairaanhoitajan toteuttama ja työ tapahtuu potilasta lähellä, kaikkina vuorokauden aikoina, eri tilanteissa. Kivun hoitotyön vaikutuksia tulee olla seurata jatkuvasti, jotta tavoitteeseen eli kivuttomuuteen ja/tai kivunhallintaan päästäisiin. Potilaan oma mielipide voinnistaan sekä selviytymisestään kertoo, miten kivun hoitotyössä on onnistuttu. (Salanterä ym. 2013, 5–6.)

Työssään sairaanhoitaja kohtaa lähes paikasta riippumatta paljon erilaisista kivuista kärsiviä potilaita sekä heidän läheisiään. Kivun ymmärtämiseen vaikuttavat teoriatiedon ja ammattitaidon sekä työkokemuksen lisäksi myös omat kipukokemukset. (Kroonisen kivun ensitieto-opas 2012, 100–101.) Vuodeosastoilla sairaanhoitaja vastaa kivun lääkehoidon toteutuksesta, seurannasta ja kirjaamisesta. Potilasta hoitava lääkäri ohjelmoi kipulääkityksen ja konsultoi ongelmatilanteissa kivunhoitoon perehtynyttä lääkäriä. Sairaanhoitajan polikliiniseen toimenkuvaan kuuluu keskeisesti potilasohjaus, joten hoitajan tulee olla perillä kipulääkityksen peruseriaatteista sekä tavallisimmista haittavaikutuksista. (Salanterä ym. 2006, 141.) Sairaanhoitaja on avainasemassa toteuttaessaan lääkärin määräyksiä sekä arvioidessaan hoidon tehoa, mutta myös raportoidessaan tilanteesta lääkärille. Lääkehoito on kuitenkin vain yksi kivun hoitokeino ja sairaanhoitajan tehtävänä on etenkin kroonista kipua sairastavien kanssa miettiä muitakin keinoja elämänlaadun parantamiseksi. Sairaanhoitajalta odotetaan apua eikä suinkaan välttämättä parantamista. (Kroonisen kivun ensitieto-opas 2012, 100–101.)

Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät sopivat erityisesti kivun tuottaman ahdistuksen ja pelon lievittämiseen. Esimerkiksi lasten hoitotyössä yleisimmin hoitajien käyttämiä lääkkeitömiä kivunlievitysmenetelmiä ovat asennon vaihto, musiikki, huomion siirtäminen pois kivusta, mukavan olon aikaansaaminen, leikki, läsnäolo, rentoutus, kosketus, kylmän käyttäminen, lapselle puhuminen ja ympäristön rauhoittaminen. Lasten leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytetään emotionaalista tukea, päivittäisissä toiminnoissa avustamista sekä miellyttävän ympäristön luomista. Sen sijaan vähemmän käytettiin kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä keinoja sekä fyysisiä menetelmiä. Lääkkeettömien menetelmien käyttöä estävät pääasiassa ajan puute sekä muut hoitajalle kuuluvat tehtävät. (Heiskanen ym. 2004, 65–66.)

Onnistuneen kivun hoitotyön edellytyksenä on motivoitunut, tietävä ja ajatteleva hoitaja, sillä epäonnistuneen kivunhoidon syynä voi olla terveydenhuollon ammattihenkilöiden asennoituminen. Välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen sekä eri ammattiryhmien yhteistyön puute voivat olla esteenä kivun hoitotyön onnistumiselle. Hoidon onnistumista auttaa myös selkeä vastuunjako sekä hoidon huolellinen suunnittelu etukäteen. Suunniteltuna pitäisi olla kivun hoidon sekä hoitotyön onnistumisen arviointimenetelmät. Hoidon onnistumista arvioidaan esimerkiksi saavutetulla vasteella. Paras keino yksittäisen potilaan kohdalla on kysyä potilaalta kivuista, hoidoista ja sen vaikutuksista, sopivuudesta ja tehokkuudesta. Kivun hoitotyö voi epäonnistua potilaasta tai hänen omaisistaan, mutta myös henkilökunnasta, organisaatiosta tai yhteiskunnasta johtuvista syistä. (Salanterä ym. 2006, 11–12.)

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Opinnäytetyön menetelmä

Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä sen sopivuuden vuoksi. Menetelmä valittiin myös, koska sen avulla saadaan kuvaavin tulos opinnäytetyön kysymysten näkökulmasta. Laadullisessa menetelmässä kohderyhmän omat kokemukset pääsevät parhaiten esille. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmäteemahaastattelu, koska opinnäytetyön tekijöitä kiinnosti nimenomaan kohderyhmän omat käsitykset tutkittavasta aiheesta. Lisäksi ryhmähaastattelun avulla voidaan saada aikaan keskustelua ja pohdintaa teemaan liittyen ja parhaimmillaan siitä voi muodostua antoisa oppimistapahtuma kaikille osapuolille. Teemahaastattelun aikana saatuja vastauksia voidaan myös täsmentää ja syventää lisäkysymyksillä sekä pyytämällä perusteluita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35.) Ryhmäteemahaastattelun etuina verrattuna yksilöhaastatteluun ovat opinnäytetyön tekijöiden ajan säästäminen sekä haastateltavien keskinäinen vuorovaikutus, jolloin heidän tuomansa näkökulmat saattavat olla erilaisia kuin yksilöhaastattelussa.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään käsitteelliseen ymmärtämiseen tutkittavan kohteen kanssa, sen eroamatta muista tieteellisistä tutkimuksista. Tutkijan omat asenteet, uskomukset tai arvonäkökulmat eivät sekoitu tutkittavaan aiheeseen, vaan näkökulmat sekä ilmaisut ymmärretään kohteen kanssa vuorovaikutuksessa. (Kurkela 2014.) Tutkimuksen ollessa empiirinen eli kohdistuessa ihmisten konkreettiseen maailmaan, on laadullinen menetelmä työkalu, jolla kohdeilmion pohdinnan merkitys tutkittavasta asiasta korostuu (Eskola & Suoranta 2008, 15). Koska opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä omasta lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta hoitotyössä, on laadullisen metodin käyttäminen tässä opinnäytetyössä luonnollinen valinta. Tavoitteena on lisätä tietoa sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttämistä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä ja ryhmäteemahaastattelua käyttämällä saadaan kohderyhmältä tietoa parhaalla mahdollisella tavalla aiheesta.

Tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää sekä tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Siihen sisältyy myös ajatus, että todellinen elämä on moninaista ja tämän vuoksi tutkimuksessa yhden ja ainoan näkökulman löytäminen on lähes mahdotonta. (Hirsjärvi ym. 2013, 161.) Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla on mahdollista lisätä ymmärtämystä tutkimusilmioista. Lisäksi tutkimusotteella voidaan saada jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen uusi näkökulma tai löytää aineistosta toimintatapoja, yhtäläisyyksiä tai eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66, 74.) Kvalitatiivisella lähestymistavalla pyritään myös luomaan ehdotuksia ja siten päätyä määrittelyyn, joka olisi johdonmukainen. (Janhunen & Nikkonen 2001, 15.) Ongelmaksi voi nousta aineiston keruun ja käsittelyn yhtenäistäminen, koska tutkimus elää ja muuttaa muotoaan edetessään (Hakala 2007, 22).

Teemahaastattelu voidaan järjestää ryhmähaastatteluna, jolloin valintakriteereinä ovat samankaltaisuudet osallistujien kesken. Heitä usein yhdistää esimerkiksi ammatti, kokemus, ikä tai sukupuoli. Ihanteellinen koko haastateltavalle ryhmälle on 3-12. Jos ryhmäkoko on hyvin suuri, haastattelun ohjaaminen sekä litterointi eli aineiston purkaminen sanatarkasti puhtaaksikirjoittamalla voi olla hyvin työlästä. (Kylmä & Juvakka 2007, 84–85.) Litteroinnin yhteydessä haastateltavien henkilöiden tai muiden tunnistetiedot muutetaan tunnistamattomiksi, peitenimiksi. Saadut ääninauhat aineistosta hävitetään, kun työ on valmistunut. (Kuula 2006, 129). Tämän opinnäytetyön ryhmäteemahaastattelujen osallistujamäärä haluttiin pitää pienenä, jotta kaikkien osallistujien kokemukset ja käsitykset olisi helpompi saada selville. Lisäksi varsinaisesta haastattelutilaisuudesta haluttiin luoda tunnelmaltaan rento ja samalla intiimi.

Teema- eli puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat koko haastattelun läpi johdattelevia, mutta kaikkia näkökohtia ei ole lyöty lukkoon. Haastattelun eduksi nousee sen joustavuus ja siinä korostuu myös haastateltavien omat kokemukset tutkittavasta aiheesta. Etukäteen valitut ja rajatut teemat nojaavat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75–76). Kysymysten muotoilussa huolellisuus on tärkeää, koska ne ovat tutkimuksen onnistumisen perusta. Väärin tai huonosti muotoillut kysymykset vääristyvät tai saattavat vääristää tutkimustuloksia. Tästä syystä kysymysten tulisi olla helposti tulkittavissa ilman johdattelua. Kysymykset nousevat esiin tutkimuksen tavoitteiden ja -ongelmien mukaisesti. (Valli 2007, 102–103.)

6.2 Opinnäytetyön kohderyhmän sekä haastattelujen kuvaus

Tutkimuksen kohderyhmän valinta perustuu kokemukseen. Kun tutkimukseen haetaan teoreettista yleistettävyyttä ja laadukasta aineistoa, osallistujien valintaperusteena on heidän jo saavutettu tieto tutkittavasta asiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.) Kohde-

ryhmämme oli Porvoon Laureassa vuosina 2012 ja 2013 aloittaneet sairaanhoitajaopiskelijat, jotka olivat haastattelun hetkellä opinnoissaan edenneet syventävään vaiheeseen ja valmistumassa vuosien 2015-2016 aikana. Yksi haastateltavista oli juuri valmistunut viikkoa ennen haastattelua. Kohderyhmä valittiin, koska heidän perusopintonsa olivat jo päättyneet ja heidän tietonsa kivun hoidosta haastattelun hetkellä olivat siis perusopetuksen aikana saatuja. Tarkoituksemme oli järjestää kaksi ryhmäteemahaastattelua, joissa kummassakin olisi ollut kolme haastateltavaa, mutta ensimmäisen haastattelun aamuna yksi ilmoittautuneista joutui peruuttamaan tulonsa sairastumisen vuoksi. Tämän takia toinen haastattelu oli ryhmähaastattelun sijaan parihaastattelu.

Haastattelukutsut (Liite 2) lähetettiin ryhmäviestinä opiskelijoille heidän opiskelijasähköpostiin sekä Facebook-ryhmiin. Haastatteluihin ilmoittautui yhteensä kuusi opiskelijaa. Haastattelukysymykset näytettiin ja hyväksytettiin vielä ohjaavilla opettajilla ennen haastattelukutsujen lähettämistä. Valmis teemahaastattelurunko testattiin kolmen henkilön esihaastattelulla ja todettiin toimivaksi ennen varsinaisia haastatteluita. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa sekä saada selville haastattelun keskimääräinen pituus (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72). Haastattelut toteutettiin 7.5.15 ja 12.5.15 Porvoon Campuksella etukäteen varatussa tilassa 3012. Tila on pieni neuvottelutila, jonka keskellä on suuri pöytä. Tilaan mahtuu noin 10 henkeä, mutta haastattelua varten käytössä oli vain pöydän toinen pääty. Haastattelijat istuivat pöydän päässä ja haastateltavat istuivat pöydän molemmin puolin siten, että olivat vastapäätä toisiaan. Keskelle pöytää aseteltiin haastattelun tallentavat nauhurit sekä vesipullot ja mukeja. Tallentavien nauhureiden käyttöön kysyttiin haastateltavilta lupa. Haastattelu oli jaettu kolmeen eri teemaan, jotka kerrottiin haastateltaville tilaisuuden alussa. Haastateltaville kerrottiin vielä haastattelun alussa mahdollisuudesta kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu. Lisäksi heitä kehoitettiin välttämään puhumista päällekkäin, jotta nauhojen purkaminen olisi helpompaa. Haastateltavia kehoitettiin myös pyytämään puheenvuoroa viittaamalla. Ennen haastattelua haastattelijat jakoivat vastuun keskenään teemoittain sopimalla etukäteen kysymysten esittäjän kullekin teemalle. Toisen ollessa päävastuussa kysymysten esittämisestä toinen seurasi haastattelun kulkua ja esitti tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä sekä jakoi puheenvuoroja. Molemmat haastattelut etenivät teemahaastattelurungon (Liite 1) mukaisesti ja kaikki haastateltavat osallistuivat keskusteluun.

Ensimmäiseen haastatteluun eli parihaastatteluun toinen osallistujista saapui paikalle hieman myöhässä ja haastattelu aloitettiin noin 15 minuuttia sovittua myöhemmin. Mahdolliset myöhästymiset oli otettu huomioon tilavarausta tehdessä sekä haastattelun kestoa mietittäessä, joten aikataulu pysyi ennalta sovitussa kellonajoissa. Toinen haastattelu oli viikkoa myöhemmin samassa tilassa. Kaikki toiseen haastatteluun ilmoittautuneet saapuivat paikalle ajallaan ja ryhmähaastattelu päästiin aloittamaan sovittuun aikaan. Molemmat haastattelut kestivät noin tunnin. Haastattelut nauhoitettiin koululta etukäteen lainatulla sanelukoneella sekä

varmuuden vuoksi haastattelijoiden älypuhelimien sanelutoiminnolla. Haastattelun jälkeen aineisto litteroitiin ja analysoitiin. Analysoinnin jälkeen opinnäytetyön aineisto hävitettiin poistamalla tiedostot nauhureista sekä virtuaalikirjoituslustralta.

6.3 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Sisällönanalyysia kutsutaan aineistojen perusanalyysimenetelmäksi, koska sen ideaa käytetään usein kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Sisällönanalyysi on keino, jonka avulla voidaan analysoida ja tarkastella kirjoitettua tai suullista viestintää, mutta myös asioiden ja tapahtumien seurauksia, yhteyksiä sekä eroja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21). Se on tekstianalyysia, jossa pyritään muodostamaan tutkittavasta kohteesta tiivistettyä informaatiota, jonka päämääränä on yhdistää tulokset laajempaan asiayhteyteen. Analyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon. Se sopii hyvin strukturoimattomankin aineiston analyysiin, mikäli tutkittavasta ilmiöstä halutaan kuvaus yleisessä, tiivistetyssä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103, 108.)

Sisällönanalyysin päämäärä on tuottaa tiivis esitys, jonka tuloksena syntyy käsitteellisiä, -järjestelmiä, -karttoja tai malleja, mutta sillä tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Sisällönanalyysi voi olla induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli teorialähtöinen. Induktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan sanojen luokittelua niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Deduktiivisen sisällönanalyysin lähtökohtana ovat teorian tai teoreettisten käsitteiden ilmenemisten tarkastelu käytännössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167.) Deduktiivinen sisällönanalyysi etenee aineistolähtöisen sisällönanalyysin tapaan. Valmis teoria ohjaa aineiston analyysia ja valmiista aineistosta muodostetaan luokkia. Opinnäytetyössä teoreettinen tieto on opinnäytetyön kysymyksen perusta, joka ohjaa aineiston analysointia yleisestä yksittäiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109.) Deduktiivisessä sisällönanalyysissä aineiston luokittelu perustuu teoriaan, jolloin analyysiä ohjaa malli, teema tai käsittekartta (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 30). Tämä opinnäytetyö analysoitiin käyttämällä deduktiivista sisällönanalyysia. Aineiston analyysiä ohjasivat teemat, joita olivat kipu ilmiönä ja kokemuksena, lääkkeettömän kivunhoidon osaaminen sekä lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen kehittämistarpeet.

Teemahaastattelurungon avulla kerätty aineisto analysoidaan ja siitä luodaan analyysirunko aineiston tulkinnoille. Haastattelusta saattaa nousta esille ulkopuolisia teemoja, mutta aineistosta nostetaan esille ne asiat, jotka sopivat ennalta määriteltyihin analyysirungon luokituksiin. Esille nousseista ulkopuolisista teemoista kootaan uusia luokituksia. Aineiston purkaminen ja käsittely aloitetaan kuuntelemalla ja litteroimalla tehdyt haastattelut. Ensin aineistoon perehdytään, jonka jälkeen alkuperäisistä ilmaisuista etsitään ja pelkistetään opinnäyte-

työn osalta olennaiset ilmaisut. Opinnäytetyön kysymykset ohjaavat koko matkan aineiston muokkausta ja pelkistämistä. Pelkistetyistä ilmauksista etsitään yhtenäisyyksiä sekä erilaisuuksia, jotka yhdistetään käyttäen muodostettuja alaluokkia. Yläluokat muodostetaan alaluokkien avuin, joista tulosten analysointiin saadaan tukea. Aineiston analyysistä saadut tulokset ja vastaukset tulee esittää selkeästi ja yksinkertaisesti. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä pääluokka eli teoria on siis muotoutunut aiemman tiedon perusteella ja tutkimuskysymykset ohjaavat aineiston pelkistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109, 113–116; Hirsjärvi & Hurme 2008, 141, 173–174.) Tämän opinnäytetyön aineiston analyysin tarkempi kuvaus löytyy liitteestä 3.

Teemahaastattelurunko rakennettiin teoreettisen viitekehyksen ja opinnäytetyön kysymysten pohjalta. Haastattelu jaettiin kolmeen teemaan opinnäytetyön kysymysten mukaisesti. Koska haastatteluja oli kaksi, jaettiin nämä opinnäytetyöntekijöiden kesken niin, että molemmat litteroivat yhden haastattelun. Ennen litterointia aineisto kuunneltiin kerran läpi, jonka jälkeen alkoi itse kirjoitustyö. Litteroinnissa käytettiin fonttia Arial, kokoa 10pt, rivivälillä 1. Aineiston pituudeksi tuli 17 sivua. Litteroitu aineisto siirrettiin virtuaalikirjoitusalueeseen Google Driveen, jolloin molemmilla opinnäytetyöntekijöillä oli mahdollisuus palata tarkistamaan tekstiä analysointivaiheessa. Litteroinnin aikana opinnäytetyöntekijät kursivoivat aineistosta opinnäytetyön kysymysten kannalta kuvaavia lauseita, joita voitiin myöhemmin käyttää suorina lainauksina tulosten kirjoittamisvaiheessa. Tämän jälkeen litteroitu teksti luettiin ensin yksin, ja sieltä poimittiin pelkistetyt ilmaisut ja opinnäytetyön kysymysten kannalta kuvaavat autenttiset ilmaisut. Aineiston pelkistämävaiheessa litteroidusta aineistosta etsittiin systemaattisesti teoriaan pohjautuvia käsitteitä ja ilmaisuja, jotka lihavoitiin tekstistä. Pelkistetyistä samankaltaisista ilmaisuista muodostettiin alaluokkia. Aineiston analyysia jatkettiin vielä muodostamalla alaluokista yläluokkia (Liite 3). Seuraavaksi aineisto teemoitettiin sekä kvantifioitiin. Kvantifiointi tarkoittaa määrällistä laskemista eli sitä kuinka monta kertaa sama asia esiintyy haastateltujen kuvauksissa tai kuinka moni haastateltava ilmaisee saman asian (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 34).

Tulosten kirjoittaminen tapahtui yhdessä ja poimitut lainaukset tarkastettiin, että vastaavatko ne opinnäytetyön kysymyksiin. Aineisto analysoitiin (Liite 3) teemoittain ryhmäteemahaastattelurungon (Liite 1) mukaisesti etsimällä aineistosta systemaattisesti teoriaan pohjautuvia käsitteitä ja ilmaisuja. Aineiston analyysin aikana opinnäytetyöntekijät pitivät koko ajan mielessään opinnäytetyön kysymykset, palasivat niihin aina tarvittaessa ja pyrkivät löytämään aineistosta vastausta niihin. Opinnäytetyön tulosten kirjoitusvaiheessa aineisto pelkistettiin yhdessä ja sieltä etsittiin olennaiset ilmaisut ja käsitteet. Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltiin suhteessa teorian tietoon.

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Sairaanhoidajaopiskelijoiden tiedot kivusta

Haastattelun alussa haastateltavat kuvasivat tietojaan kivusta sekä kivun luokittelusta. Lisäksi he kuvailivat akuuttia ja kroonista kipua. Haastateltavat sekoittivat käsitteitä toisiinsa ja olettivat kivun luokittelun tarkoittavan samaa kuin kivun mittaaminen ja arvioiminen. Haastattelun aikana tehtiin tarkentavia kysymyksiä aiheesta, jotta haastateltavat voisivat kertoa tietonsa oikeasta aiheesta. Kaikki haastateltavat (5) olivat kuulleet akuutista ja kroonisesta kivusta ja kuvailivat niiden eroa keston mukaan. Vain yksi haastateltava mainitsi sisäelin eli viskeraalisen kivun kysyttäessä kivun luokittelua.

”No se on semmonen mikä tulee yllättäen jossain tilanteessa vaik jonku trauman seurauksena tai joku tapaturma sattuu.. vaikka kaatuminen tai joku noidannuoli selkään.. se on akuutti kipu.”

”No onkse krooninen et se on pitkittyny se kipu et se ei niinkun...ja akuutti tulee sillä tavalla yllättäen tai nopeasti.”

”..onkse mikä sisäelinkipu, onkse joku viskeraalinen?”

Kroonista kipua kuvaillessaan suurin osa haastateltavista (4) ei osannut määritellä sen tarkkaa kestoa vaan he arvioivat sen kestävän viikkoja tai kuukausia. Vain yksi osasi arvioida oikein kroonisen kivun keston oikein. Kukaan haastateltavista (5) ei tiennyt miten kroonista kipua jaotellaan tai luokitellaan. Yksi haastateltava mainitsi myös kipupoliklinikan ja kipuhoitajan osaksi kroonisen kivun hoitoa. Akuutti kipu sen sijaan kuvailtiin yllättäväksi ja ohimeneväksi, jonka syy on tiedossa ja joka voidaan hoitaa.

”No se on sit jo kestäny pitkään ainaki kolme kuukautta varmaan.. ni sit se on jo kroonista.”

”En osaa sanoa mitään aikajanaa...”

”on kipee, eikä tiedä, koska se loppuu.”

Kaikki haastateltavat (5) ymmärsivät yksilöllisyyden merkityksen suhteessa kipukokemukseen. Myös mielen ja tunteiden vaikutus kipukokemukseen ymmärrettiin. Muutamit haastateltavat (2) kuvasivat omia kipukokemuksiaan ja pohtivat niiden kautta kivun vaikutusta tunteisiin ja erityisesti mielialaa heikentävästi. Kipukäyttäytymistä haastateltavat kuvailivat konkreettisesti sanoin ”jähmettyminen”, ”levottomuus”, ”rauhattomuus”, ”liikehdintä”, ”ilmeet” ja ”eleet”.

”Siis ihmisethän kokee kivun voimakkuuden ainakin eri tavalla.”

”Niin tai just et puhutaan niinku kipukynnyksestä, niin et jollain on korkeempi kipukynnys ku toisella. Mikä siihen sit vaikuttaa?”

”Kipu on niin yksilöllinen kokemus...”

”Niin, ainakin se jos kipu on semmonen, että se flegmatisoi ja se vie voimat tai näin mä ite aattelen.”

Haastateltavat ymmärsivät kulttuurin vaikutuksen kipukokemukseen. Kaikki haastateltavat (5) olivat yhtä mieltä siitä, että etninen tausta vaikuttaa kivun kokemiseen ja ilmaisuun.

”No mitä mä oon ite hoitanu tuol kirran harjoittelussa potilaita niin siellä oli tietyistä kulttuureista ku tuli potilaita leikkauksesta ni heillä oli kipukynnys ihan selvästi matalampi kun sit taas kantaväestöllä.”

”Ja sitten taas suomalainen mies ni kieltää kivun kyllä hyvin pitkälle.”

”Joo, Suomessa enemmän on sellaista, että kipua ei välttämättä näytetä.”

Kroonisen kivun synnystä ja riskitekijöistä haastateltavat mainitsivat niiden syyksi krooniset sairaudet kuten reuman, nivelrikon ja yleisesti tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Myös fibromyalgia mainittiin. Yksi haastatelluista tiesi huonosti hoidetun akuutin kivun aiheuttavan kivun kroonistumisesta. Potilaan heikon motivaation ja hoitoon sitoutumattomuuden epäiltiin olevan riskitekijä kivun kroonistumisessa. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet ja ennen kaikkea vähättelevä suhtautuminen potilaan kipuun arvioitiin sekä aiheuttavan että pahentavan kroonista kipua.

”Sit se ympäristö ja ilmapiiri minkälainen se on.”

”No ei oo vaikka niinku hoitoon motivoitunut tai sitoutunu se potilas.. et jos niinku laiminlyö sitä sairautensa hoitoa...”

”Tai sitten se että ei uskota sitä potilasta et hänellä on kipuja, vähän niinku vähätellään sitä ni se saattaa kans ehkä aiheuttaa...”

Kaikki haastateltavat (5) olivat yhtä mieltä siitä että krooninen kipu vaikuttaa heikentävästi toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Kroonisen kivun tiedettiin altistavan myös masennukselle. Vaikutus työelämään ja sosiaaliseen ympäristöön ymmärrettiin ja kroonisen kivun epäiltiin heikentävän yksilön sosiaalista asemaa ja uskottavuutta.

”Heikentää ja voi altistaa just masennukseen..”

”Niin ja työelämään.. kyllähän sillä on niihin vaikutus ihan selkeesti.. kun sulla on koko ajan kipuja.”

”No varmasti laskee elämänlaatua jos on koko ajan kipee, sehän vaikuttaa jo mieleenkin.”

Hoitotyössä kroonista kipua haastateltavat ennaltaehkäisisivät potilaan motivoinnilla ja hoitoon sitouttamisella, riittävällä potilasohjauksella, emotionaalisella tuella sekä vuorovaikutuksen keinoin.

”No ehkä se on sen potilaan mukaan ottaminen siihen kipulääkityksen miettimiseen.”

”Jaa, ehkä jotenkin huomioimalla sitä potilasta ehkä jollain tavalla enemmän.. että ei aina-kaan vähättelis sen tai silleen niinku sitä kipuu... niin, tukemalla silleen henkisesti..”

”..että tavallaan sillä omalla persoonallaan pyrkii rauhoittamaan tilannetta ja muuta ja sit pyrkii ehkä viestittämään, että sulla on aina mahdollisuus saada sitä kipulääkettä, jolla hoidetaan se kipu pois.”

”Sit ehkä sen potilaan motivointi kivun hoitoon muutenkin ku lääkkeillä esimerkiks liikunnalla tai just fysioterapialla tai tällömsillä lääkkeettömillä keinoilla.”

7.2 Sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaaminen

Haastattelun edetessä haastateltavat kuvailivat ja pohtivat oman lääkkeettömän kivunhoidon osaamistaan. Lisäksi he kertoivat mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä he tietävät. Haastateltavat tiesivät eri menetelmiä entuudestaan ja nämä nousivat jo esille aikaisemmin haastattelussa. Fysioterapeuttisista menetelmistä haastateltavat mainitsivat asentohoidon, fysioterapeuttisen liikunnan ja harjoittelun, akupunktion, kylmä- ja kuumahoidot, hieronnan ja kosketuksen, vesi- ja sähköhoidon sekä kinestesioiteipit. Osa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä he eivät olleet aiemmin mieltäneet varsinaisiksi kivunhoidon keinoiksi. Esimerkiksi musiikki ja rentoutus kivunhoidon menetelmänä olivat tuttuja, mutta harvoin käytettyjä. Vuorovaikutus ja läsnäolo nousivat parhaiten esille yhtenä psykologisista menetelmistä. Kuukaan haastateltavista ei kuitenkaan maininnut psykologisiin menetelmiin kuuluvia varsinaisia terapiamuotoja tai hypnoosia lääkkeettömän kivunhoidon menetelmänä.

”Sellaisia asioita, että niitä ei aina mielläkään hoitomenetelmiksi.”

”No siin tuliki jo muutama, akupunktio, fysioterapia, liikunta...”

”Mun mielest joskus ihan se et sä niinku hetken aikaa vietät sen potilaan kanssa, keskustele hänen kanssaan että saattaa olla et keskustele tovin ja lähdet hakemaan kipulääkettä ja tulet takasin ni potilas on esimerkiks nukahtanu jo sitte siinä vaiheessa...”

”Miten sit jotkut kylmäpussit jos on joku särky jossain ni joku semmonen tai sidokset...”

”No just hierontaa ja sellast läsnä olemista ja.. ja just kaiken maailman kaurapusseja ja kauratyynyjä ja.. no musiikkiiki on varmaan jossain tilantees kyl ehkä ollu...”

”Just akupunktio, fysioterapia jotka jo tuli esille.. vesihoito.. kinestasio.. ja jotkut käyttää myös jotain magneetteja..”

Kaikki haastateltavat (5) olivat käyttäneet lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä hoitotyössä, mutta menetelmän valitsemista he eivät osanneet tarkemmin perustella. Menetelmien valinnat ovat tulleet enemmän spontaanisti ja luonnostaan kuin opitun tiedon kautta.

“No mul tulee heti ehkä ensimmäisenä mieleen tuol psykiatrian puolella työskentelen ni just se läsnäolo ja vuorovaikutus ihmisen huomioiminen, kohtaaminen, keskustelu.. et niitä kyl tulee käytettyä.. se kyl auttaa koska siel monesti ne ihmiset somatisoi niit psyykkisii oireita esimerkiks just kivun.”

“Mäki hyvin paljo sitä puhumista ja sitä läsnäoloa käytän, sitte niitä kylmäpakkauksia..”

“No se vähän riippuu jos se potilas vaikuttaa siis niinkun... öö ulkoisia merkkejä myös et oikeesti on kipua esimerkiks vähän harmaa kalpee tai pulssi hakkaa tosi kovaa tai näin ni sit ehkä oikeesti hakee sitä lääkettä... yrittää siirtää sitä ajatusta siitä kivusta johonki muuhun asiaan ni yleensä tää aika hyvin kyllä auttaa sitte...”

“Mä en osaa sanoa... tai siis asentohoito... en kyllä muuta oo käyttänyt.. tai vaikee sanoo, ehkä sitten kuitenkin sitä vuorovaikutusta, rauhoittelua.”

Haastateltavat kokivat saaneensa pääosin käytännön kokemuksen kautta tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Kuitenkin esille nousi, että haastateltavien käyttämät lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät eivät aina olleet kovin tiedostettuja.

“Ihan käytännön kokemuksen kautta..”

“No, ei ainakaan koulusta.. en oo koskaan saanut.”

“Mä luulen, että se on niinku opittu enemmän tuolla käytännössä..”

“En oo oppinut tai saanut oppia mistään..”

“Niin.. ei sitä ajattele ehkä tuolla ku tekee sitä työtä et tää on nyt lääkkeetöntä kivunhoitoa niinku ehkä semmosenaan.”

“Joo en mäkään mieli sitä tolla tavalla että teen nyt kivunhoitoa tässä samalla kun keskustelen vaan se on sitä normaalia semmosta kanssakäymistä ja kohtaamista.”

Oman lääkkeettömän kivunhoidon perustaitojen arvioimisen haastateltavat kokivat hankalaksi. Vastaukset olivat lyhykäisiä, ja niiden omien taitojen arvioiminen niukkaa. Haastateltavien mukaan heidän käyttämänsä menetelmät tulevat pikemminkin tiedostamatta.

“Hankala kysymys.”

“...emmä osaa arvioida sitä suoranaisesti.. mutta ainakin niinku valmiuksia ja rohkeutta siihen löytyy.”

“Niin.. Emmä tiää.. ei mulla ainakaan kauheen hyvät oo.”

“On niitä mut justku sanoit et monesti sitä ei oo aatellu mut nyt ku alkaa miettii erilaisii niinku potilaskeissee ni kyllähän niit osaa käyttää ja on käyttänykki.”

Työ- sekä harjoittelupaikat koettiin valtaosin haastaviksi lääkkeettömän kivunhoidon toteutukseen. Se, kuinka usein haastateltavat käyttivät lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, oli pääosin riippuvainen työ- tai harjoittelupaikasta. Toisilla oli enemmän aikaa ja mahdollisuuksia toteuttaa lääkkeettömiä menetelmiä, kun osalla ei siihen ollut lainkaan mahdollisuuksia. Haastateltavien oma arviointi käyttämistään menetelmistä hoidettavaan kipuun oli vaihtelevaa. Osa käytti kipumittareita, osa huomioi potilaan kipukäyttäytymistä. Kaikki (5) kuitenkin huomioivat ja arvioivat käyttämänsä menetelmän vaikuttavuutta potilaan kipuun.

“Kyl mä käytän päivittäin töissä, ainakin jonkin potilaan kohdalla...”

“Emmä kyllä oo käyttänyt joka päivä.. Ehkä se johtuu, kun harjoittelussa sä meet ohjaajan kanssa ja niiden opetus tuntuu painottuvan just siihen lääkkeelliseen.”

“No tällä hetkellä se paikka mis mä työskentelen ni siel potilaat käyttää muutenki aika isoja määriä lääkkeitä ni siel kyl ensisijaisesti aina yritetään jotain muuta keinoa...”

“Mä oon nyt harjoittelussa tuolla päivystyspoliklinikalla ni siellä kyllä ei ensimmäisenä näitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä...”

“...tai siis nytku on nuorisotyössä ni ei siel sillä taval tuu käytetty juuri mitää.. ei oikee lääkkeellisiääkään hoitoja saati sitte lääkkeettömiä niinku...”

Haastateltavat käyttävät pääsääntöisesti potilaan kivun arviointiin ja sekä valitsemansa lääkkeettömän kivunhoidon menetelmän vaikuttavuuteen havainnointia. Kipumittareiden käytön kaksi haastateltavaa koki vaikeaksi kivun yksilöllisyyden vuoksi.

“...siit olemuksesta, potilaan olemuksesta.”

“Havainnoimalla, kysymällä kivun luonnetta ja asteikkoa.”

“..ja sitten ihan vaan kysyy.. onko kipuja tai näin?”

“Kivun määrittely kipumittarilla on aika vaikeaa kuitenkin, kun se on niin yksilöllistä..”

“No mä en oo ainakaan ite tota noin noit mittareita sinänsä käyttäny.”

7.3 Sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen kehittämistarpeet

Lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen vahvuuksiaan haastateltavat kertoivat olevan hyvät vuorovaikutustaidot sekä empaattisuus ja taito olla läsnä. Myös innostuneisuus ja myönteinen asenne lääkkeetöntä kivunhoitoa kohtaan koettiin vahvuudeksi. Osaamisen heikkoudeksi jokainen haastateltava koki puutteellisen teoretiedon lääkkeettömästä kivunhoidosta. Kiire, kielteinen asenneilmapiiiri ja väsymys nousivat esille puhuttaessa osaamisen heikkouksista.

“Niin se läsnäolon taito, pystyy olemaan siinä vieressä, eikä aina tarvii sanoa jotain. Ymmärtää sitten sitä potilasta.”

”No ehkä mul ainaki enemmän toi niinku teoratiedon vahvistaminen just täst lääkkeettömästä kivunhoidosta.”

”Ehkä se välil on vähän helpompi mennä sit sen pilleripurkin kautta, että sit ei tarvi itteenkään niin hirveesti siinä sitten jos on hirvee kiire tai yövuorossa tosi väsyny ni on se helpompi antaa se pilleri ku sitten se potilas yleensä itsekin on toivonu sitä pilleriä, rauhottuu sit sillä niinku helpommin...”

”ja sit ehkä myöski se et minkälainen ilmapiiri siellä työpaikalla ylipäättään on et miten siellä suhtaudutaan kivunhoitoon.”

”Mä luulen, että tiedon puute enemmänkin.. että ei aina tiedä, että mitä metodeja on. Ja sit se, että mistä sais jostain sitä tietoo, niin miten se, että sais sen tuotua sinne käytännön-tasolle työyhteisöön niin, että myös muut mieltää sen yhtenä osana kivunhoitoa? Perustelen sen jollekin lääkäritasolle, perustelen sen sairaanhoitaja- lähihoitajakollegoille niin, että se on merkittävä osa. Siis että tiedon puuttuminen ja sit käytäntöjen muuttaminen..”

Haastateltavat suhtautuivat kaikki myönteisesti lääkkeettömään kivunhoitoon ja he ymmärsivät sekä omien että yleisesti asenteiden vaikutuksen hoitotyössä. Haastateltavat toivat esille sen, kuinka työyhteisön kielteinen tai vähättelevä asenne voi jopa estää lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytön kokonaan.

”No mä oon ehdottomasti sen (lääkkeetön kivunhoito) puolella kyllä enemmän ku lääkkeellisen...”

”Sitä on hankala saada sinne työyhteisöön. Kuitenkin, Suomessa varsinkin... lääkkeitä tarjotaan hyvinkin herkästi, eikä nähdä lääkkeitöntä kivunhoitoa menetelmänä, vaan sitä pidetään enemmänkin sellaisena huuhaa-poppakonstina... hoitokäytänteiden muuttaminen tulis osana meidän terveydenhuoltoon, että se olis tavallaan suositus mitä käytettäis, niin uskon että ennen pitkään tavat muuttuisi... Käytännössä se on vaan hajanaista tietoa...”

”Pitäis just saada osaks hoitokäytäntöjä...”

”Ihan myönteisesti asenoidun lääkkeettömään kivunhoitoon kun mun mielest myös lääkkeellisen kivunhoito on ihan perusteltua joissain tapauksissa et varmaan tämmösissä isommissa akuuteissa kivuissa päästään just parhaimpaan tulokseen kun käytetään molempia”

”Joo kyl mäki oon lääkkeettömän kivunhoidon puolella... molempia munki mielestä silleen niinku sopivassa suhteessa, ei voi pelkästään toisen avulla mun mielestä hoitaa potilasta.”

Haastatteluaineistosta nousi esille sairaanhoitajaopiskelijoiden tarve saada tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta ammattikorkeakouluopintojen aikana. Jokainen haastateltava toivoi lisää asiantuntijaluentoja. Verkkokurssit koettiin huonoksi menetelmäksi oppimisen kannalta. Kivunhoidosta toivottiin opintokokonaisuutta, joka sisältäisi sekä lääkkeellisen, että lääkkeettömän kivunhoidon ja näiden lisäksi vielä kokemusasiantuntijan näkökulman. Tämän hetkisen opetuksen kivunhoidosta sairaanhoitajaopiskelijat kokivat suppeaksi.

”..luentoja pitäis olla enemmän.. ja just asiantuntijaluentoja.. että olis asiantuntijoita kertomassa, että mitä menetelmiä käyttää työssään.. Se on meinaa ihan turhaa, että ettii netistä jotain tietoa tai on joku verkkokurssi..”

”En pitäis yhtään hulluna, että olis jotain kivunhoitopäiviä.. koska lääkkeellistä kivunhoitoa han meille opetetaan, joka sekään ei ole niin laadukasta.. Sitäkään ei tuu ihan kokonaisuudessaan, mutta siihen vois liittää jonkun sellaisen lääkkeettömän.”

”Niin, just olis joku sellainen opintokokonaisuus.. tietysti se lääkkeellinen hoito tulee, mutta että siinä olis ihan sellainen lääkkeettömän kivunhoidon osa. Asiantuntijoita, että ei mitään verkkokursseja.. ihan sellaisia asiantuntijaluentoja.”

”No meillähän on sitä lääkehoitoa ni eiks siihen vois jollain tavalla yhdistää sitten myös tätä lääkkeetöntä kivunhoitoa?”

”..mun mielest sen pitäis kulkea niinku mukana näis opinnoissa. Se (lääkkeetön kivunhoito) on kuitenkin aika iso osa hoitotyötä.”

Työelämässä lääkkeettömän kivunhoidon kehittämistarpeisiin voitaisiin haastateltavien mukaan vastata parhaiten lisäämällä hoitotyön ammattilaisten teoretietoa sekä tietoisuutta aiheesta. Haastateltavien mukaan näin voitaisiin myös muuttaa työyhteisöjen asenneilmapiiriä ja juurruttaa lääkkeetön kivunhoito osaksi päivittäistä hoitotyötä. Teoretietoa voitaisiin lisätä muun muassa järjestämällä täydennyskoulutusta, opintopäiviä sekä pitämällä aiheeseen liittyviä osastotunteja. Myös lääkkeettömän kivunhoidon lisäämistä osaksi työpaikkojen LOVE-tenttejä (=lääkehoidon osaaminen verkossa) ehdotettiin.

”Niin, sehän vois liittyä, kun on ne LOVE-tentit, että sehän vois olla osana siinä.. joku tietopaketti.. vois olla osana tenttiäkin!”

”No varmaan just sen teoretiedon lisäämistä, koska mä uskon et monet tekee sitä niinku just tiedostamattaan eikä varmaan oo siit teoriasta niinku paljookaan tietoo.”

”Jotain täydennyskoulutuksii.”

”Osastotunteja tai jotain et joku kävis kertomassa siellä että mitä kaikkea voi tehdä kivunhoidon eteen ilman lääkkeitä.”

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Kivun hoitotyö on kipua kokevan potilaan auttamista hoitotyön keinoin. Tämä edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipu, valita tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot sekä arvioida hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 9.) Opinnäytetyön analysoidun aineiston perusteella sairaanhoitajaopiskelijoiden tiedot ja taidot kivusta ja lääkkeettömästä ki-

vunhoidosta ovat puutteelliset. Kivun luokitteluperusteet eivät ole yhtenäisiä, mutta perinteisesti luokittelu perustuu anatomiaan, sijaintiin ja kivun kestoon. Krooniset kiputilat luokitellaan patofysiologisen mekanismin mukaan nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. (Estlander 2003, 14–16.) Aineiston perusteella sairaanhoitajaopiskelijat eivät hallitse kivunhoidon peruskäsitteitä. He eivät osaa muun muassa luokitella yleisesti kipua tai jaotella kroonista kipua. Akuutin ja kroonisen kivun eron he kuitenkin tietävät. Tiedot kroonisen kivun synnystä ja riskitekijöistä ovat puutteelliset.

Kipu on aina henkilökohtainen ja sidoksissa yksilön kokemuksiin ja kulttuuriin (Salanterä ym. 2006, 7). Sairanhoitajaopiskelijat ymmärtävät yksilöllisyyden vaikutuksen kipukokemukseen. Myös kulttuurin merkitys sekä etnisen taustan vaikutus kivun kokemiseen ja ilmaisuun ymmärretään. Kipukäyttäytyminen tarkoittaa potilaan tapaa ilmaista kipuaan ja potilas voi kuvailla sitä sanoin (Estlander 2003, 65). Kipukäyttäytymisen sairaanhoitajaopiskelijat ymmärtävät konkreettisenä, kuten fyysisinä ilmeinä ja eleinä. Henkilön aikaisemilla kipukokemuksilla on tutkimusten mukaan yhteys myös tuleviin kipukokemuksiin (Salanterä ym. 2006, 10). Kipu merkitsee suurta kärsimystä monelle ihmiselle ja pitkään jatkuessaan se rajoittaa toimintakykyä sekä heikentää elämänlaatua (Estlander 2003, 11). Aikaisempien oppimistapahtumien merkitystä sairaanhoitajaopiskelijat eivät maininneet. Sen sijaan kroonisen kivun heikentävä vaikutus toimintakykyyn, elämänlaatuun ja sosiaaliseen ympäristöön ymmärretään. Kroonisen kivun tiedetään altistavan masennukselle.

Kivunhoitokeinot jaetaan lääkkeellisiin ja lääkkeettömiin, joiden tarkoitus on täydentää toisiinsa. Hoitotyön menetelmillä voidaan vaikuttaa fyysisen kivun ohella myös ihmisenä olemisen eri ulottuvuuksiin, kuten psyykkiseen, sosiaaliseen ja henkiseen kipuun. (Kassara ym. 2004, 356.) Opinnäytetyön aineiston perusteella sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaaminen on puutteellista. Fysioterapeuttiset menetelmät ovat paremmin tiedossa kuin psykologiset menetelmät. Kaikki sairaanhoitajaopiskelijat käyttävät lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä hoitotyössä, mutta valittua menetelmää ei osata perustella. Osaa lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä sairaanhoitajaopiskelijat eivät miellä kivunhoidon keinoksi. Käytetyin psykologinen menetelmä on vuorovaikutus ja läsnäolo.

Sairanhoitajien asiantuntijuus perustuu sekä teoreettiseen tietoon että käytännölliseen osaamiseen, jonka taustalla vaikuttavat ammatin perinteet ja kollektiivinen tietämys. Asiantuntijan toiminnassa on keskeistä reflektiotaidot sekä reflektiivinen arviointikyky. Lisäksi oman ammattialan, työn ja työyhteisön kehittäminen kuuluvat asiantuntijatyön ominaisuuksiin. (Mäkipää & Korhonen 2011, 15–16.) Sairanhoitajaopiskelijat eivät osaa arvioida omia lääkkeettömän kivunhoidon perustaitoja. Tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä sairaanhoitajaopiskelijat kokevat saaneensa vain käytännön kokemuksen kautta. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttäminen on sidoksissa työ- ja harjoittelupaikkoihin. Osalla

on enemmän aikaa ja mahdollisuuksia toteuttaa lääkkeettömiä menetelmiä kuin toisilla. Opinnäytetyön tulosten mukaan erityisesti psykiatrissa hoitotyötä tekevillä on enemmän resursseja toteuttaa myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Kivun hoidon onnistumista voidaan arvioida monin eri tavoin, mutta parhaiten sitä arvioidaan käytetyn hoitomuodon saavutetulla vasteella suhteessa kipuun (Salanterä ym. 12). Kaikki arvioivat käyttämänsä menetelmän vaikutusta potilaan kipuun. Potilaan havainnointi on sairaanhoitajaopiskelijoiden yleisimmin käytetty kivun arviointimenetelmä. Muita käytettyjä arviointimenetelmiä on potilaalta kivusta kysyminen sekä kipumittareiden käyttäminen.

Kipupotilaan hoidon perustana on toimiva vuorovaikutus sekä auttaja-potilassuhde. Tärkeintä on itse vuorovaikutustapahtuma ja potilaan kokemus siitä, että hänet otetaan vakavasti. (Estlander 2003, 169.) Jotta kivun hoitotyö onnistuisi, hoitajalla tulee olla valmiudet sen toteutukseen. Terveystieteiden henkilökunnan vähättelevä ja välinpitämätön asenne voi olla epäonnistuneen kivunhoidon syynä. Hoitotyön auttamiskeinot kehittyvät jatkuvasti ja näiden tietoinen ja systemaattinen käyttö lisää kivun hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 11.) Sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen vahvuuksia ovat heidän itsensä kuvailemina hyvät vuorovaikutus- ja läsnäolotaidot, innostuneisuus ja myönteinen asenne. Lääkkeettömän kivunhoidon puutteelliseen teoreettiseen ja hoitotyöntekijöiden kielteiseen asenneilmapiiriin he kokevat suurimmiksi osaamisensa heikkouksiksi. Lisäksi kiire ja väsymys nousevat esille opinnäytetyön aineistosta. Tämä tulos on yhteneväinen esimerkiksi Pätärin (2014, 58) tutkimukseen, jonka mukaan sairaanhoitajat kuvasivat erityisesti päivystyspoliklinikoilla kiireen, ison työmäärän ja lyhyiden hoitoaikojen vaikuttavan oleellisesti potilaiden kivun hoitoa heikentävästi.

Hoitaja, joka on motivoitunut ja joka ymmärtää yhteistyön merkityksen on hyvät mahdollisuudet onnistua kivun hoitotyössä. Pelkkä motivaatio ei kuitenkaan riitä, vaan hoitajan tulee myös pitää tietonsa ja taitonsa ajan tasalla. (Salanterä ym. 2006, 11.) Sairaanhoitajaopiskelijat suhtautuvat myönteisesti lääkkeettömään kivunhoitoon ja ymmärtävät oman asenteensa merkityksen ja vaikutuksen hoitotyössä. He kokevat tarvitsevänsä lisää tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä ammattikorkeakouluopintojen aikana. Hildénin (2002, 43) mukaan hoitotyön opiskelijat ovat kritisoineet muun muassa liian itsenäisenä pitämäänsä opiskelijan roolia sekä liiallisia kirjallisia töitä. Myös opinnäytetyön aineistosta nousee esille samanlaisia tuloksia. Kivunhoidosta toivotaan opintokokonaisuutta, joka sisältäisi asiantuntijaluentoja. Verkkokurssit eivät sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksen ja kokemuksen mukaan tue oppimista.

Työelämässä lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen kehittämistarpeisiin voidaan parhaiten vastata teoretietoa lisäämällä. Teoretietoa voitaisiin lisätä järjestämällä täydennyskoulutusta, opintopäiviä ja osastotunteja. Sairaanhoitajaopiskelijoiden mukaan näin voidaan muuttaa

asenneilmapiiriä ja saada lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät osaksi päivittäistä hoitotyötä. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan täydennyskoulutuksen avulla voidaan muuttaa hoitohenkilökunnan suhtautumista potilaan kipuun sekä herkistää heitä potilaan kärsimykselle. Lisäksi täydennyskoulutuksen avulla voidaan yhdenmukaistaa hoitajien käsityksiä omasta roolistaan kivun hoitotyön toteuttajana asenteiden ja osaamisen näkökulmasta. (Salo 2010, 59–60.) Pätärin (2014) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat toivovat kivunhoidon täydennyskoulutuksen sisällöksi tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä sekä kivunhoidon vaikutuksista. Täydennyskoulutus on sairaanhoitajien käsityksen mukaan tarpeen kivunhoidon kehittämisen sekä sairaanhoitajien oman ammattitaidon ylläpitämisen ja vahvistamisen näkökulmasta. (Pätäri 2014, 60.) Tutkimustulokset ovat yhteneväisiä tämän opinnäytetyön tulosten kanssa.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön aiheen valinta on osa eettistä ratkaisua. Työn alussa ja aikana tulee pohtia aiheen tarpeellisuutta, miksi tutkimukseen ryhdytään ja onko työllä yhteiskunnallista merkitystä. (Leino-Kilpi 2010, 362.) Kirjallisten ja suullisten lähteiden käyttäminen ja lainauksista ilmoittaminen asianmukaisin merkinnöin kuuluvat tutkimuksien peruseriaatteisiin. Viittausvaatimuksella osoitetaan kirjoittajan perehtyneisyyteen aiheeseen, mutta se on myös kunnianosoitus lähteen kirjoittajalle ja auttaa lukijaa löytämään alkuperäislähteet tarvittaessa. (Kuula 2006, 69.) Opinnäytetyön edetessä pohdimme useasti sen merkitystä ja pyrimme olemaan objektiivisia koko työskentelyn ajan. Työssämme käytetyt lähteet ovat tutkittua tietoa ja lainaukset sekä viittaukset ovat tehty ennalta määrättyin ja asianmukaisin viittaus- ja lähdemerkinnöin. Aiheen tarpeellisuus vahvistui opinnäytetyön tekemisen aikana saadun positiiivisen palautteen perusteella. Opinnäytetyöllä on yhteiskunnallista merkitystä, sillä tulosten avulla voidaan jatkossa kehittää hoitotyön laatua.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tekijä itse sekä hänen rehellisyytensä. Arvioinnin kohteena on tekijän tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. (Vilkka 2005, 158.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta saattaa heikentää tekijöiden kokemattomuus laadullisen tutkimusmenetelmän käytöstä. Opinnäytetyön toteutus on kuitenkin pyritty kuvailemaan mahdollisimman tarkasti luotettavuuden lisäämiseksi. Myös opinnäytetyön tekijöiden tekemät ratkaisut ja valinnat on pyritty perusteellamaan.

Tutkimukseen osallistuvien informointi sekä heidän oikeuksiensa ja velvollisuuksiensa kuvaus rehellisesti ja totuudenmukaisesti on tutkimusta tehdessä eettisesti oikein. Osallistujien anonymiteetti tulee suojata sekä antaa mahdollisuus keskeyttää, että kieltäytyä osallistumisesta. (Leino-Kilpi 2010, 367.) Aineistonkeruun menetelmämme oli ryhmäteemahaastattelu ja sen lähtökohdana oli haastateltavien kohtelu rehellisesti ja kunnioittavasti. Haastatteluun osallis-

tuneilta pyysimme suullisen suostumuksen ja heidän anonymiteettinsä suojattiin. Haastattelukutsussa kerroimme tutkimusaiheen lisäksi osallistujien oikeudesta kieltäytyä ja keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Tunnistettavia henkilötietoja emme keränneet missään opinnäytetyön tekemisen vaiheessa ja saatu aineisto hävitettiin asianmukaisin menetelmin. Opinnäytetyössämme emme tarvinneet kirjallista tutkimuslupaa, vaan suullinen lupa ohjaavilta opettajiltamme oli riittävä.

Hoitotieteellisen tutkimuksen tuottaminen on yksi ammatin kehittämisen muoto ja se velvoittaa myös yksittäistä hoitotyöntekijää. Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hoitotyön kehittämiseen. (Leino-Kilpi 2010, 368.) Opinnäytetyöhön keräämäämme tietoa voidaan käyttää esimerkiksi suunniteltaessa kivunhoidon opetusta ammattikorkeakouluihin. Lisäksi tietoa voidaan hyödyntää myös sairaanhoitajan työtä kehitettäessä työelämässä ja täydennyskoulutusta suunniteltaessa.

8.3 Pohdinta ja kehittämissuhteet

Kivunhoito ja erityisesti lääkkeetön kivunhoito kiinnostavat opinnäytetyön tekijöitä ja opinnäytetyön tekeminen on tuonut paljon uutta näkökulmaa sekä hyödyllistä tietoa käytännön tasolle asti. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut tekijöilleen paljon laadullisen tutkimusmenetelmän toteuttamisesta. Menetelmä osoittautui hyväksi ja sopivaksi valitsemamme aiheen kannalta ja sen avulla saatiin uutta tietoa sekä vastaukset opinnäytetyön kysymyksiin.

Teoriatiedon etsiminen osoittautui aluksi hankalaksi erityisesti lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen suhteen, sillä aiheesta ei ollut opinnäytetyön tekohetkellä saatavilla tarkkaa tutkimustietoa. Teoriatieto koottiin ikään kuin palapelin palasista sellaisista tutkimuksista, joissa keskityttiin lähinnä lääkkeelliseen kivunhoitoon tai yleisesti sairaanhoitajien osaamista koskeviin tutkimuksiin. Sen sijaan kivusta ja kivunhoidosta teoriatietoa ja tutkimuksia löytyi runsaasti. Teoriatieto, jonka hyväksyimme opinnäytetyöhömmä, ohjasi opinnäytetyömme kulkua opinnäytetyön kysymyksien rinnalla.

Sairaanhoitajien sekä sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesta on aikaisempia tutkimuksia varsin niukasti, joten tämän opinnäytetyön avulla on saatu aidosti uutta tietoa aiheesta. Tämän opinnäytetyön tulosten avulla voidaan jatkossa kehittää sairaanhoitajien ammatillista osaamista ja siten vaikuttaa myös tulevaisuuden hoitokäytäntöihin. Tulosten mukaan lääkkeettömän kivunhoidon osaaminen on sairaanhoitajaopiskelijoilla puutteellista. Myöskään kivunhoidon peruskäsitteet eivät ole hallinnassa, joten suositukseksi ehdotamme lisää opetusta aiheesta jo ammattikorkeakoulutuksen aikana, mutta myös täydennyskoulutusta työelämään. Salon (2010, 64) tutkimuksen mukaan täydennyskoulutuksen avulla hoitajien käsitykset lääkkeettömästä kivunhoidosta laajenevat. Suurimpia ongelmia käytän-

nössä lääkkeettömän kivunhoidon toteutukseen ovat tämän opinnäytetyön tulosten mukaan terveydenhuollon henkilöstön vähättelevä asenne ja tiedon puute. Näihin molempiin ongelma-kohtiin voidaan vaikuttaa yksinkertaisesti tietoa lisäämällä.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia lääkkeettömän kivunhoidon osaamista jo pidempään työelämässä toimineilla sairaanhoitajilla mittaamalla osaamista kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä esimerkiksi kyselylomakkeen avulla. Tähän tarkoitukseen voitaisiin kehittää luotettava mittari, jossa osaaminen tulisi näkyväksi ja vertailukelpoiseksi.

Lähteet

- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriö 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 10.01.2015.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>
- Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Toverud, K. C. 2000. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino. 8. painos.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing 2010.
- Hakala, J.T. 2007. Menetelmällisiä koetuksia. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle., R. Jyväskylä: PS-kustannus. 2., korjattu ja täydennetty painos.
- Heiskanen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2004. Kouluikäisten lasten leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. (toim.) Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 18. painos.
- Härkin, S. 2000. Ammattikorkeakoulusta valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä koulutuksessa saavuttamistaan valmiuksista. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Janhunen, S. & Nikkonen, M. 2001. Johdanto: Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Janhunen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 3., uudistettu painos.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro. 3., uudistettu painos.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 3., uudistettu ja täydennetty painos.
- Kroonisen kivun ensitieto-opas. 2012. Suomen Kipu ry. Viitattu 15.10.2014.
http://www.suomenkipu.fi/krokko/Ensitieto-opas_2012_nettil_valmis.pdf

Kroonisen kivun hoito-opas 2010. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Viitattu 15.10.2014.
http://www.skty.org/system/files/files/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf

Kurkela, Reijo. 2015. Tilastollinen tiedonkeruu. Tilastokeskus. Viitattu 12.01.2015.
<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydiosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. WSOYpro 5.-6.painos.

Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana - hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Opetusministeriö. 2013. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluopinnoista 352/2003. Viitattu 10.01.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2003/20030352>

Pätäri, J. 2014. Sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.

Ruuskanen, I. 2011. Koulutuksesta työelämään. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana - hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

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

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L.-M., & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 10.01.2015. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Salo, P. 2010. Sairaanhoitajien käsityksiä leikkauksen jälkeisen kivun hoitotyöstä ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen. Pro gradu. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint. 10., uudistettu painos.

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

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus. 2. korjattu ja täydennetty painos.

Valliaro, S. 2003. Kivun hoitotyön opetus- sisällönanalyysi terveysalan ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmista ja hoitotyön oppikirjoista. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2004. Hoitotieteellinen tutkimus kivun hoidon perustana. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. (toim.) Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Liitteet

Ryhmäteemahaastattelurunko.....	41
---------------------------------	----

TEEMA 1: Kipu ilmiönä ja kokemuksena

- **Kerro mitä tiedät kivusta?**
 - Miten kipua luokitellaan?
 - Kipukäyttäytyminen, kulttuurin merkitys ja kipukokemuksen yksilöllisyys?
 - Miten nämä vaikuttavat kivun kokemiseen?
 - Miten mieli ja tunteet vaikuttavat kipukokemukseen?
 - Kuvaile akuuttia kipua.
 - Kuvaile kroonista kipua.
 - Kroonisen kivun synty, riskitekijät?
 - Kroonisen kivun vaikutus elämänlaatuun ja toimintakykyyn?
 - Miten kroonista kipua voidaan ennaltaehkäistä hoitotyössä?

TEEMA 2: Lääkkeettömän kivunhoidon osaaminen

- **Kuvaile omaa lääkkeettömän kivunhoidon osaamistasi.**
- Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä tiedät?
 - Minkälaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä olet käyttänyt hoitotyössä ja millä perusteella valitsit menetelmät?
 - Mistä olet saanut tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä?
 - Arvioi lääkkeettömän kivunhoidon perustaitojasi
 - Kuinka usein käytät lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä? Jos et, niin miksi?
 - Miten arvioit ja seuraat valitsemasi menetelmän vaikuttavuutta kipuun?

TEEMA 3: Lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen kehittämistarpeet

- **Arvioi lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen kehittämistarpeitasi.**
 - Kerro lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesi vahvuuksista?
 - Kerro lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen heikkouksista?
 - Millä tavoin asennoidut lääkkeettömään kivunhoitoon ja miten asenteesi vaikuttaa hoitotyössä?
 - Arvioi lääkkeettömän kivunhoidon osaamisesi kehittämistarpeita?
 - Millä tavoin mahdollisiin kehittämistarpeisiin voitaisiin vastata:
 - ammattikorkeakoulun opintojen aikana?
 - työelämässä?

Liite 2 Kutsukirje ryhmäteemahaastatteluun

Kutsu ryhmäteemahaastatteluun
9.4.2015

Hei,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Porvoon Laureasta. Teemme opinnäytetyötä, jonka kiinnostuksen kohteena on lääkkeetön kivun hoito hoitotyössä.

Opinnäytetyömme tiedonkeruumenetelmänä käytämme ryhmäteemahaastattelua, johon kutsumme teidät osallistumaan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, eikä siihen osallistuvien henkilöllisyyttä paljasteta työn missään vaiheessa. Haastattelu nauhoitetaan ja aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Haastattelun voi halutessaan keskeyttää.

Tarkoituksenamme on haastatella kaksi ryhmää, molemmissa kolme haastateltavaa. Alustavat ehdotuksemme ryhmäteemahaastattelujen ajankohdista ovat seuraavat päivämäärät 20.4, 24.4, 29.4, 5.5 tai 7.5. Ilmoittautuessasi haastateltavaksi, ilmoitathan myös sinulle sopivimmat päivämäärät ja kellonajat. Haastattelu toteutetaan Porvoon Campuksella ja siihen on hyvä varata aikaa noin 1,5 tuntia. Ilmoittautumiset Susannalle tai Antoninalle joko sähköpostilla tai puhelimitse 17.4 mennessä.

Opinnäytetyömme ohjaajina toimivat Irma Latvala irma.latvala@laurea.fi ja Maija-Leena Kukkonen maija-leena.kukkonen@laurea.fi

Ystävällisin terveisin,

Susanna Aarnikallio
susanna.aarnikallio@laurea.fi
041-xxxxxxx

Antonina Nevalainen
antonina.nevalainen@laurea.fi
044-xxxxxxx

Liite 3 Aineiston analyysin kuvaus

Alkuperäiset ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
<i>"Jaa, ehkä jotenkin huomioimalla sitä potilasta ehkä jollain tavalla enemmän.. että ei ainakaan vähättelisen tai silleen niinku sitä kipuu... niin, tukemalla silleen henkisesti.."</i>	Emotionaalinen tuki Potilaan huomioiminen Potilaan oireiden ottaminen tosissaan	Kroonisen kivun ennaltaehkäisy
<i>"Just havainnoimalla, kysymällä kivun luonnetta ja asteikkaa...Kivun määrittely kipumittarilla on aika vaikeaa kuitenkin, kun se on niin yksilöllistä. Siksi mä tykkään mieluummin havainnoida tai kysyä.. tai vertailu esimerkein: kun sulla oli se kipu viimeks tosi kova niin miten se on nyt siihen verrattuna tai jotain tollaista... Hemodynamiikka.. seuraamalla verenpainetta, sykettä, sydänfilmiä."</i>	Potilaan havainnointi Kivusta kysyminen Kipumittarin käyttö Vertaaminen aikaisempiin kipukokemuksiin Kipukäyttäytyminen	Kivunhoidon menetelmän vaikuttavuuden arviointi
<i>"No ehkä mul ainakin enemmän toi niinku teoratiedon vahvistaminen just täst lääkkeettömästä kivunhoidosta." "Ja sit ehkä myöski se et minkälainen ilmapiiri siellä työpaikalla ylipäätään on et miten siellä suhtaudutaan kivunhoitoon."</i>	Puutteellinen teoratieto Asenneilmapiiri työpaikoilla Suhtautuminen kivunhoitoon	Lääkkeettömän kivunhoidon osaamisen heikkoudet