

SAIRAANHOITAJA POSTOPERATIIVISEN KIVUN ARVIOINNIN  
ASiantuntijana

Kirsi Piironen

Opinnäytetyö, kevät 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Piironen, Kirsi. Sairaanhoitaja postoperatiivisen kivun arvioinnin asiantuntijana. Diakonia-ammattikorkeakoulu, kevät 2016. 29 s., 2 liitettä.

Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston heräämön sairaanhoitajien kokemuksia kivun arvioinnin osaamisestaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää heräämön sairaanhoitajien hoitotyötä, erityisesti kivunhoitoa.

Opinnäytetyö tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin teema-haastattelulla ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan postoperatiivisen kivun arviointiin sairaanhoitaja tarvitsee laajaa osaamista kivun fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista osa-alueista. Kivun arvioinnin osaamisen koettiin olevan hyvä. Kivunhoidon kehittämiseksi tarvitaan lisää koulutuksia. Riittävän pitkä ja monipuolinen perehdytys koettiin tärkeäksi.

Jatkossa olisi mielenkiintoista saada tarkempaa tietoa sairaanhoitajien osaamistasoista kivun arvioinnin hoitotyössä.

Asiasanat: postoperatiivinen hoito, kivunhoito, hoitovaste, kvalitatiivinen tutkimus, teema-haastattelut

## ABSTRACT

Piironen, Kirsi. Registered nurse as a specialist of evaluating postoperative pain. Diaconia University of Applied Sciences, spring 2016. 29 pages, 2 appendix. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Registered Nurse.

The purpose of this thesis was to describe how the nurses of recovery room at the Oulu University Hospital, Finland, experience their knowledge of evaluating pain. The goal was to improve nursing, especially analgesia.

The used method in this thesis was qualitative research. The research material was collected by a focused interview and was analyzed by content analysis.

The results were that the nurse needs comprehensive skills on the physical, psychological and social parts of pain. Pain evaluation skills were experienced to be good. More training is needed to improve analgesia. Long enough and diversified orientation was felt important.

In the future it would be interesting to get specific information about the skill levels of vocational competences of pain evaluation.

Keywords: postoperative care, analgesia, response to treatment, qualitative research, focused interviews

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 POSTOPERATIIVISEN KIVUN HOITOTYÖ .....	6
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	11
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	12
4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö.....	12
4.2 Aineiston keruu- ja analysointimenetelmät.....	12
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	15
5.1 Sairaanhoidtajien arviointi kivunhoidon osaamisestaan heräämötyössä .....	15
5.2 Ammatillinen osaaminen postoperatiivisen kivun arvioinnissa.....	17
5.3 Perehdytys ja kehittämistarpeet .....	21
6 POHDINTA .....	23
6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua .....	23
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	24
LÄHTEET .....	26
LIITE 1: Teemahaastattelurunko .....	28
LIITE 2: Aineiston luokittelu.....	29

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuollon ammattilaisen eettisiin velvollisuuksiin kuuluu sairaiden kärsimysten lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994). Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa sanotaan, että sairaanhoidajan tehtävään kuuluu kärsimyksen lievittäminen ja potilaan yksilöllisen hyvän olon edistäminen (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014). Kärsimyksen luokitellaan olevan tuskaa, kipua ja sairautta sekä surua, murhetta ja huolta. Kipu on tarpeellinen viesti elimistää uhkaavasta sairaudesta tai vauriosta. Se voi aiheuttaa tarpeetonta kärsimystä, mikäli kivun viestiä ei ymmärretä eikä sitä hoideta kohtuullisen ajan kuluessa. (Qvick & Sailo 2000, 61–62.)

Terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus on käyttää toiminnassaan yleisesti hyväksytyjä ja perusteltuja kokemukseräisiä toimintatapoja sekä kouluttaa itseään jatkuvasti. Erityisesti toimintaa kivunhoidossa on aktiivisesti kehitettävä. (Qvick & Sailo 2000, 63.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan anestesia- ja valvontayksikön kanssa. Anestesiahoitajan on tunnettava ja hallittava kivun arviointiin ja hoitoon käytettävät menetelmät. Hänen on ohjattava ja kannustettava potilasta arvioimaan kipuaan. Anestesiahoitajan on osattava käyttää erilaisia kipumittareita. Hänen on osattava seurata ja arvioida yhteistyössä potilaan kanssa, kuinka voimakasta kipu on. (Suomen anestesiahoitajat ry 2013.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston heräämön sairaanhoitajien kokemuksia kivun arvioinnin osaamisesta ja ajatuksia sen kehittämiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää heräämön sairaanhoitajien hoitotyötä, erityisesti kivunhoitoa.

## 2 POSTOPERATIIVISEN KIVUN HOITOTYÖ

Perioperatiivinen hoitotyö koostuu preoperatiivisesta eli leikkausta edeltävästä, intraoperatiivisesta eli leikkauksen aikaisesta ja postoperatiivisesta eli leikkauksen jälkeisestä vaiheesta. Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun leikkauspäätös on tehty. Elektiivisessä eli suunnitellussa toimenpiteessä tässä vaiheessa keskeisintä on potilaan valmistautuminen leikkaukseen tilanteen mukaan kotona, poliklinikalla tai vuodeosastolla. Kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle, alkaa intraoperatiivinen vaihe. Tämän vaiheen keskeisin tarkoitus on potilaalle suoritettavan toimenpiteen toteuttaminen moniammatillisena yhteistyönä. Postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirtyessä leikkausosastolta heräämöhön ja jatkuu potilaan tilanteen mukaan kirurgisella teho-osastolla, vuodeosastolla, poliklinikalla, muussa jatkohoitopaikassa tai kotona siihen saakka, kun potilas on toipunut. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 59.)

Heräämössä seurataan potilaan vointia leikkauskomplikaatioiden varalta sekä potilaan toipumista anestesiasta. Kun potilaan verenkierto ja hengitys ovat vakiintuneet leikkausta edeltävälle tasolle, eikä potilaalla ole pahoinvointia tai kipuja, hänet voidaan siirtää heräämöhoidosta vuodeosastolle. Toisinaan huonokuntoisten potilaiden kohdalla joudutaan tyytymään siihen, että veren happipitoisuus on hieman huonompi kuin ennen leikkausta. Lähtökohtaisesti potilaan kuitenkin tulee pärjätä huoneilmalla tai happiviiksillä annettavan lisähapen turvin. (Niemi-Murola 2012, 108.)

Kansainvälisen kivuntutkimusjärjestö IASP:n (International Association for Study on Pain) määritelmän mukaan kipu on jo sattuneeseen tai odotettavissa olevaan kudonsvaurioon liittyvä epämiellyttävä sensorinen ja tunneperäinen kokemus. Kiputuntemus aiheutuu, kun elimistön ulkoisen tai sisäisen tekijän aiheuttamassa kudonsvauriossa vapautuu kipua välittäviä aineita bradykiinia, kallidiinia, leukotrieneja ja prostraglandiinia. Nämä aineet aiheuttavat ärsytysreaktion kipureseptoreissa ja useat kipulääkkeet vaikuttavat näiden kipua välittävien aineiden toimintaan. (Holmia ym. 2006, 176.)

Kipureseptorit eli nosireseptorit vastaavat kipuärsykkeeseen lähettämällä kipuviestin ääreishermoja pitkin selkäyttimeen ja sieltä aivoihin. Kipuviesti kulkeutuu aivoissa tuntoaivokuorelle, joka vastaa aistimuksen voimakkuudesta, kestosta ja kivun sijainnista. Lisäksi

kipuviesti kulkeutuu tunteiden syntymiseen ja käsittelyyn osallistuville alueille, joten lihasjännityksen, verenpaineen nousun ja hikoilun lisäksi kipuaistimus aiheuttaa usein ahdistusta, tuskaa sekä pelkoa. (Holmia ym. 2006, 176.) Vaikka kipu on tarpeellinen viesti elimistöä uhkaavasta sairaudesta tai vauriosta, se voi aiheuttaa tarpeetonta kärsimystä, mikäli kivun viestiä ei ymmärretä eikä sitä hoideta kohtuullisen ajan kuluessa (Qvick & Sailo 2000, 62).

Akuutti kipu on yhtäkkinen ja liittyy useimmiten onnettomuuteen tai leikkaukseen (Sailo 2000, 34). Akuutin kivun tehtävä on varoittaa elimistöä kudოსvaurion vaarasta. Voimakkaan akuutin kivun seurauksena elimistö pyrkii välittömästi puolustautumaan ja pitämään yllä elintärkeitä toimintoja, kuten verenpainetta, vapauttamalla katekoliamiinia sekä stimuloimalla hengitystä. Elimistön puolustautumisreaktion jälkeen voimakkaan kivun vaikutukset ovat ainoastaan haitallisia. Mitä kriittisempi potilaan tila on, sen suurempia ovat kivun fysiologiset vaikutukset. Voimakas tai pitkittynyt kipu voi aiheuttaa verisuonten kouristumista ja huonontaa kudosten hapensaantia sekä lisätä sydämen työmäärää ja hapenkulutusta ja johtaa mahdollisen sydänlihäsaurion laajentumiseen. Rintakehän tai vatsan alueen kipu voi olla esteenä riittävän syvälle hengitykselle ja yskimiselle, jolloin hapetus voi heiketä ja hengitysteihin voi kertyä eritteitä. Tämä voi nostaa keuhkokuumeen riskiä. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 104–106; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 76.)

Kivun aiheuttaman antidiureettisen hormonin erityksen lisääminen aiheuttaa virtsan erityksen vähenemistä. Sokeritasapaino häiriintyy lisääntyneen glukagonin ja kortisolin erityksen seurauksena. Ruuansulatuskanavan toiminnan hidastuminen voi johtaa mahahaapon erityksen lisääntymiseen, mahalaukun tyhjenemisen hidastumiseen, virtsanerityksen vähenemiseen ja jopa virtsaumpeen. (Kalso ym. 2009, 104–106; Salanterä ym. 2006, 76.)

Postoperatiivinen kipu on yleensä lyhytaikaista ja ohimenevää ja se vaihtelee leikkauksen laajuuden, leikkaustekniikan, haavan sijainnin ja potilaan oman kipuerkkyuden mukaan. Kipu on kovinta kolmena ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Postoperatiivinen kipu johtuu useimmiten toimenpiteestä aiheutuneiden haavojen kudος- ja solutuhoista, jolloin kipureseptorit aktivoituvat. Toimenpiteestä johtuvia muita kivunaiheuttajia ovat mahdollisten kipsien, siteiden ja dreeniien aiheuttama kipu sekä toimenpiteenaikaisen asennon aiheuttama lihasten kipeytyminen. Postoperatiivisen hoidon edellyttämä asento

voi aiheuttaa lihasten tai nivelten kipeytymistä. Kipukokemusta voimistavia tekijöitä ovat palelu, väsymys, rauhaton ympäristö, anestesian ja toimenpiteen aiheuttama pelko sekä kivun pelko. Pahoinvointi ja oksentelu sekä potilaan liikuttaminen ja muut hoitotoimenpiteet voivat aiheuttaa kipua tai voimistaa jo olemassa olevaa toimenpiteestä johtuvaa kipua. (Holmia ym. 2006, 71.)

Kivun ilmaisun tehtävänä on avun saaminen toipumiseen, paranemiseen tai vaarasta pakenemiseen. Kasvojen ilmeet, ääntelyt, kivun ilmaiseminen sanallisesti, vartalon asennot ja liikkeet muodostavat kipukäyttäytymisen kokonaisuuden. (Vainio 2009, 21.) Kivun mittaamista tarvitaan potilaan kivun voimakkuuden selvittämiseen sekä hoitovasteiden seuraamiseen (Kalso & Kontinen 2009, 54).

Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa anatomiasta ja fysiologiasta, jotta hän kykenee ymmärtämään postoperatiivisen kivun mekanisme ja sen hoitoa. Vaikka potilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija, sairaanhoitaja voi arvioida potilaan tuntemaa kipua joidenkin objektiivisten muutosten perusteella. Kipu aiheuttaa muun muassa hien erityksen lisääntymistä, ärtyneisyyttä, levottomuutta, pahoinvointia ja palelua. Potilas voi olla kalpea ja kasvojen ilme kireä, periferia viilenee, potilas valittaa ja jopa huutaa tai itkee. Mitattavia fysiologisia muutoksia ovat hengityksen tihentyminen, sydämen sykkeen nopeutuminen ja verenpaineen kohoaminen. Todella voimakkaasti kipeän potilaan tajunnan taso voi laskea. (Holmia ym. 2006, 71–72.)

Kivun hoidon tavoite on, että kivun voimakkuus lievittyy tai kipu lakkaa kokonaan siten, että potilas tulee toimeen kipunsa kanssa ja hän on tyytyväinen saamaansa kivunhoitoon. Onnistuneen kivunhoidon seurauksena potilas rentoutuu ja häneltä vapautuu voimia paranemiseen ja kuntoutumiseen. (Holmia ym. 2006, 71.)

Tärkein ja yleisin postoperatiivisen kivun hoitomuoto on lääkehoito. Ensisijainen kipulääke on parasetamoli tai tulehduskipulääke, jota annetaan säännöllisesti niin kauan kuin on tarve eikä potilaalle ilmaannu merkittäviä haittavaikutuksia. Tarvittaessa lisäkipulääkkeenä annetaan opioideja, joka estää kivun välittymisen aivoissa ja selkäytimessä. Lisäksi opioidit vähentävät ahdistuneisuutta ja aikaansaavat hyvänolontunteen, joka osaltaan voi lievittää kipua. (Holmia ym. 2006, 73.)



Kivun hoidolle asetetaan yleensä tavoite, jotta voidaan arvioida hoidon tehoa ja vaikutusta. Kipua ja hoidon vaikuttavuutta seurataan järjestelmällisesti ja useimmiten sairaanhoitaja on vastuussa seurannasta ja kivunhoidon tavoitteen saavuttamisesta. (Salanterä ym. 2006, 100.)

Kipulääkityksen tehoa arvioidaan lääkkeen ottamisen jälkeen. Samalla seurataan kivun laatua ja sijaintia sekä mahdollisia haittavaikutuksia. Kivun hoidon vaikutusten arviointi on yhtä tärkeää kuin kivun tunnistaminen ja hoitaminen. Kivunhoidon yksilöllisen onnistumisen, tehokkuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta on erittäin tärkeää, että potilasasiakirjoihin kirjataan kivun luonne ja voimakkuus, kivun hoitomenetelmät sekä niiden vaikutukset. (Salanterä ym. 2006, 101.)

Potilas on ensisijaisesti kipunsa asiantuntija, koska vain hän voi itse tietää tuntemuksistaan. Potilaan oikeus on viestittää hoitajilleen, miltä hänestä tuntuu, mutta toisaalta on hoitajien tehtävä ottaa potilaan tuntemuksia selville. Potilaan oikeus on myös se, että hänen kokemuksensa kivuista otetaan tosissaan. (Qvick & Sailo 2000, 62–63.) Kivun voimakkuuden kokeminen on aina suhteellista, joten kipua ei saa verrata toisten potilaiden kokemaan kipuun. Kipua verrataan aina potilaan aiempiin henkilökohtaisiin kokemuksiin kivusta. (Salanterä ym. 2006, 84.)

Kivun voimakkuutta voidaan mitata kipumittareilla, joista yleisin on VAS (visual analogue scale). VAS voi olla 10 senttimetrin mittainen jana tai kipukiila. Lasten kivun arviointiin on kehitetty kipukasvomittareita. Kaikki VASit toimivat samalla periaatteella, jossa mittarin vasen reuna kuvastaa tilaa ilman kipua ja oikea reuna kaikkein voimakkainta kipua. Kipukasvomittareissa on erilaisia kivun voimakkuutta kuvaavia ilmeitä. Kivun voimakkuuden havainnollistamisessa voidaan käyttää myös värejä tai väriliukumia. Näkövammaisten käyttöön on olemassa kipukiila, jossa on kohokuvio. VASin lisäksi voidaan käyttää sanallista asteikkoa VRS (verbal rating scale), jossa kipua kuvataan esimerkiksi termein ”ei lainkaan kipua”, ”lievää kipua”, ”kohtalaisen voimakasta kipua”, ”voimakasta kipua” ja ”sietämätöntä kipua”. (Kalso & Kontinen 2009, 55; Salanterä ym. 2006, 83.)

Kipujanaa ja numeerista arviointiasteikkoa toisinaan kritisoidaan, koska ne ovat liian tarkkoja. Potilaan voi olla helpompaa arvioida kipua sanallisesti, jolloin kivuttomuus vastaa numeroa 0, lievä kipu numeroita 1–3, kohtalainen kipu numeroita 4–5, voimakas kipu numeroita 6–7 ja sietämätön kipu numeroita 8–10. Kivun katsotaan olevan hallinnassa, kun kivun numeerinen arviointi pysyy 0–10 asteikolla alle 4. Kivun yksilöllisen kokemuksen takia on kuitenkin epävarmaa, että samat numerot tarkoittaisivat kaikkien kohdalla samanasteista kipua. (Salanterä ym. 2006, 86.)

Anestesiasta toipuvan potilaan kivun arviointiin paras arviointimenetelmä on kuvaileva arviointi. Se ei ole yhtä tarkka kuin numeraalinen arviointimenetelmä. Kivun arviointimenetelmä valitaan potilaan iän, kielen ja kognitiivisen tilan perusteella. (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 27.)

Kipumittaria käytetään yllättävän harvoin. On tärkeää ohjeistaa potilaita kipumittareiden käytöstä, jotta sen avulla on luotettavaa arvioida potilaan kipua. (Brax 2012.) Sairaanhoidajat käyttävät kipumittareita vaihtelevasti. Heidän mielestään erilaiset kipumittarit vaikeuttavat kivun arviointia. Kipumittarin käytön hankaluutta perustellaan sillä, etteivät potilaat aina ymmärrä kipumittarien asteikkoja. Sairaanhoidajien mielestä on helpompaa arvioida kipua sanallisesti ja tarkkailemalla potilasta. Hoitajat arvioivat potilaan kipua todellisuutta vähäisemmäksi mikäli he arvioivat kipua vain tarkkailemalla potilaan ulkoisia merkkejä. (Pajunen & Toppi 2014.)

Kivunhoito ei ole samantasoista joka puolella Suomea. Potilaiden kokemusten mukaan heidän kipuaan ei hoideta riittävän tehokkaasti. Vaikka kivun arviointiin on useita hoitotyön keinoja, niiden hyötyjä ei tunneta tarpeeksi hyvin. Kivun, sen voimakkuuden ja auttamismenetelmien kirjaaminen on puutteellista. Kivunhoidon tutkimus on kehittynyt ja lisääntynyt. Tutkimusten pohjalta on nyt tehty kivun hoidon hoitosuositus aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeiseen lyhytkestoiseen kivun hoitoon. Hoitosuosituksen tavoite on edistää kirurgisen toimenpiteen jälkeistä kivun hoitoa yhtenäistämällä kivunhoidon käytäntöjä ja antamalla sairaanhoidajille neuvoja kivunhoidon päätöksentekoon. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 3-4.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata:

- 1) Miten heräämön sairaanhoitajat arvioivat kivun arvioinnin osaamisensa?
- 2) Mitä ammatillista osaamista sairaanhoitajat tarvitsevat postoperatiivisen kivun arvioinnissa?
- 3) Miten kivun arviointia sairaanhoitajien mielestä voidaan kehittää?

Opinnäytetyön tavoite oli kehittää heräämön sairaanhoitajien hoitotyötä, erityisesti kivunhoitoa.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston heräämön kanssa.

Keskusleikkausosastolla tehdään vuosittain noin 10 000 erilaista toimenpidettä, joista lähes puolet on päivystyksellisiä. Pääasiallisesti potilaat tulevat kirurgian klinikan kautta. Keskusleikkausosastolla on 18 leikkaussalia, toimenpidehuone sekä kaksi heräämää, joista toinen toimii ympärivuorokautisesti ja toinen iltakahdeksaan. Heräämöissä on yhteensä 27 potilaspaikkaa. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Keskusleikkausosastolla on toimintaa viikon jokaisena päivänä ympärivuorokautisesti. Henkilökuntaa on eri ammattiryhmistä yhteensä noin 200. Hoitotyön lisäksi keskusleikkausosastolla perehdytetään lääketieteen- ja sairaanhoidon opiskelijoita. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

### 4.2 Aineiston keruu- ja analysointimenetelmät

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, koska tuloksena haluttiin saada kokemukseräistä tietoa. Laadullisen tutkimuksen tavoite on toimintatapojen samanlaisuuksien ja eroavaisuuksien löytäminen tutkimusaineistosta (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–23). Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla (LIITE 1). Haastattelu oli ryhmähaastattelu, ja se tehtiin Oulun yliopistollisen sairaalan avohoitotalon neuvotteluhuoneessa. Haastatteluun osallistui neljä keskusleikkausosaston heräämön sairaanhoitajaa.

Aineiston keruutavaksi valittiin haastattelu jotta ihmisten kokemukset saatiin puheena. Haastattelussa on kyse järjestelmällisestä tiedonkeruusta, jolloin puhutaan tutkimushaastattelusta. Tutkimushaastattelun ominaispiirre on, että tutkija selvittää haastateltavan tai haastateltavien ajatuksia, käsityksiä, kokemuksia ja tunteita. Ryhmähaastattelu on hyvä

keino tutkimusaineiston keräämisessä työelämän tutkimushankkeissa, joissa tavoitellaan muun muassa yhteisten käsitteiden ja toimintatapojen rakentamista. (Vilkka 2005, 101–102; Hirsjärvi & Hurme 2008, 41.) Tämän opinnäytetyön aineiston keruussa käytettiin ryhmähaastattelua, koska sen tavoite oli kehittää heräämön sairaanhoitajien hoitotyötä.

Tässä opinnäytetyössä käytetty teemahaastattelu on yleisin tutkimushaastattelun menetelmä. Teemahaastattelussa valitaan keskeisiä, tutkimusongelmaan vastaamiselle välttämättömiä teemoja, jotka edustavat tutkimuksen teoreettisten pääkäsitteiden alakäsitteitä. Teemahaastattelussa haastattelijan tulee huolehtia, että haastateltava henkilö tai ryhmä pysyy asetettujen teema-alueiden sisällä. Ryhmähaastattelussa haastattelija ei osallistu keskusteluun aktiivisesti, vaan tavoitteena on aikaansaada keskustelua haasteltavien kesken. Haastattelija toimii ennemmin puheenvuorojen jakajana kuin varsinaisena haastattelijana. Haastattelijan tulee huolehtia, että jokainen haastateltava saa osallistua keskusteluun. (Vilkka 2005, 101–104; Hirsjärvi & Hurme 2008, 66.)

Kun haastattelu on tallennettu nauhoittamalla tai videoimalla, aineisto puretaan. Purkaminen voidaan tehdä litteroimalla eli puhtaaksikirjoittamalla aineisto sanasta sanaan kokonaan tai valikoiden teema-alueiden mukaan. Toinen vaihtoehto on tehdä päätelmiä suoraan tallennetusta aineistosta, jolloin aineistoa ei kirjoiteta sanatarkasti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138.)

Tämän opinnäytetyön haastattelu tallennettiin nauhoittamalla. Nauhoitettua aineistoa saatiin 1 tunti 11 minuuttia. Aineisto käytiin läpi aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on aineistolähtöisen laadullisen tutkimuksen perusprosessi. Se on menetelmä, jolla tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä ja yhteyksiä. Sisällönanalyysillä kerätty tietoaaineisto tiivistetään, jotta tutkittavat ilmiöt saadaan kuvailtua lyhyesti ja yleistävästi tai niiden väliset suhteet tulee selkeästi esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–23.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä nauhoitettu haastattelu kuunnellaan ja kirjoitetaan mahdollisimman sanatarkasti. Sen jälkeen haastattelu luetaan ja perehdytään sen sisältöön, aineistosta etsitään pelkistettyjä ilmauksia ja ne alleviivataan. Pelkistäminen voi olla tiedon tiivistämistä tai pilkkomista tutkimustehtävälle olennaisilla ilmauksilla. Ilmauksia voidaan etsiä tutkimuskysymysten avulla. Alleviivatut ilmaukset listataan ja ilmauksista

etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaiset käsitteet yhdistellään alaluokiksi, alaluokat yhdistellään yläluokiksi ja lopuksi yläluokat yhdistellään ja muodostetaan kokoava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.)

Nauhoitus kuunneltiin ja se litteroitiin lähes sanatarkasti. Kirjoitettua haastatteluaineistoa saatiin täten 20 sivua. Kirjoitettu aineisto käytiin läpi ja sieltä poimittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Poimitut vastaukset pelkistettiin yksinkertaisemmiksi ilmauksiksi ja samankaltaiset ilmaukset lajiteltiin samaan ryhmään. Näin saatiin muodostettua alaluokat jotka samankaltaisuuksien perusteella jaettiin kolmeksi yläluokaksi (LIITE 2). Yläluokkia kokoavaksi käsitteeksi muodostui ”sairaanhoitaja postoperatiivisen kivun arvioinnin asiantuntijana”. Opinnäytetyön tulokset esitellään yläluokkien mukaan.

Laadullisen tutkimuksen tärkeä tehtävä on, että sillä lisätään tutkittavien ymmärrystä tutkittavasta asiasta, ja siten voidaan muuttaa tutkittavien ajattelu- ja toimintatapoja myönteiseen suuntaan tutkittavaa asiaa kohtaan. Tutkimushaastatteluun osallistuvien tulisi näin ollen saada haastattelusta uutta tietoa tai uusia ajatuksia, eivätkä he olisi vain tiedon tuottajia tutkijalle. (Vilkkä 2005, 103.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Taulukoissa 1, 2 ja 3 on esitetty esimerkkejä miten ala- ja yläluokat on aineistosta muodostettu. Opinnäytetyön tulokset esitellään yläluokkien mukaisesti.

### 5.1 Sairaanhoitajien arviointi kivunhoidon osaamisestaan heräämötöyössä

TAULUKKO 1. Esimerkki ala- ja yläluokkien muodostamisesta

<b>PELKISTETYT ILMAUKSET</b>	<b>ALALUOKKA</b>	<b>YLÄLUOKKA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kivunhoidon asiantuntijoita saatavilla</li> <li>- Neuvojen kysyminen</li> <li>- Keskustelu hoitajien kesken</li> <li>- Yhdessä miettiminen</li> <li>- Helppo pyytää apua toisilta</li> </ul>	Saatavilla oleva apu	Sairaanhoitajien arviointi kivunhoidon osaamisestaan heräämötöyössä
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kivunhoidon kertaaminen</li> <li>- Vaatii kokemusta</li> <li>- Jatkovaa oppimista</li> </ul>	Jatkuva kehittyminen	

Kaikki haastateltavat painottivat, että työskentely heräämössä vaatii jatkuvaa itsensä kehittämistä ja kivun arvioinnin osaaminen kehittyy kokemuksen myötä. Hoitoala kehittyy ja muuttuu jatkuvasti, joten koskaan ei voi sanoa olevansa valmis hoitaja. Mitä enemmän jaksaa itse perehtyä, sitä paremmin kehittyy kivun hoidossa. Keskittymisen ja koulutuksen puute lisää hoitajan epävarmuutta.

Hoitaja, joka ei yhtään jaksu keskittyä ja kouluttaa itseään miettimään tätä kivunhoitoa, niin ne kokee ettei osaa hoitaa kunnolla.

On tullu kompastuttua aika paljon, kantapäähän kauttahan nää oppii.

Sairaanhoitajat käyttävät kivun arvioinnissa apuvälineenä kipumittaria. Osa haastateltavista kertoi kokevansa numeraalisen kivun arvioinnin hankalana. He kertoivat, että kivun sanallinen arviointi on käytännössä parempi anestesiasta heräävien potilaiden kanssa. Parhaaksi havaittu tapa on käyttää numeraalista ja sanallista arviointia yhdessä.

Oon huomannu käytännössä että saan paremmin ku käytän sanallista.

Mää ehkä alotan sillä numeraalisella ja sitte tosiaan selvennän potilaalle mitä se numeraalinen--.

Painettujen kipumittareiden kerrottiin olevan hyvä apuväline sellaisten potilaiden kohdalla, joiden kanssa ei ole yhteistä kieltä.

Haastattelussa tuli ilmi sairaanhoitajien tyytyväisyys heräämön turvalliseen ilmapiiriin, jossa uskaltaa aina tarvittaessa pyytää apua toisilta. Heräämössä hoitajat ovat samassa tilassa, joten avun kysyminen on myös helppoa. Hoitajat keskustelevat ja pohtivat asioita usein yhdessä.

Me ollaan yhdessä pienessä tilassa niin siinä on helppo sanoa että hei tuutko kattoon, tai voisko joku auttaa. Herkästi kyllä huudetaan, ei oo semmonen että pitäis yksinään puurttaa, taikka sitte että sais kauheasti epäasiallisia vastauksia, kaikilla on kuitenkin semmonen tunne että uskaltaa kysyä.

Jo harjoitteluvaiheessa on tärkeää kannustaa opiskelijoita kysymään aina kun haluaa jotain tietää. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että apua saa, ja kannattaa kysyä. Heräämössä on saatavilla kivunhoidon parhaimmat asiantuntijat, joten niitä kannattaa hyödyntää.



Ku meillä on aina saatavilla.. Sää et oo koskaan yksin. Jotaki kysymystä miettii ihan turhaan ku sää saat vastauksen siihen ihan varmasti, ja lääkäreiltäki voi aina kysyä kans.

Haastateltavat kertoivat hallitsevansa kivun arvioinnin hyvin. Asioita on tullut kerrattua paljon. He kokivat tärkeänä sen, että tunnistaa oman osaamisensa rajat. Kaikkia asioita ei kuitenkaan tarvitse osata ulkoa, sillä Intrassa on saatavilla paljon kirjallisia ohjeistuksia.

## 5.2 Ammatillinen osaaminen postoperatiivisen kivun arvioinnissa

TAULUKKO 2. Esimerkki ala- ja yläluokkien muodostamisesta

<b>PELKISTETYT IL-MAUKSET</b>	<b>ALALUOKKA</b>	<b>YLÄLUOKKA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kivun arviointi riittävästi usein</li> <li>- Kirjaaminen</li> <li>- Kivun paikallistaminen</li> </ul>	Kivun seuranta	Ammatillinen osaaminen postoperatiivisen kivun arvioinnissa
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kivunhoito on moniulotteista</li> <li>- Kivunhoito on kokonaisvaltaista</li> <li>- Kivunhoito on laaja alue</li> </ul>	Kivunhoidon kokonaisvaltaisuus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskustelemalla kyseleminen</li> <li>- Psyhyken huomioiminen</li> <li>- Potilaan kohtaaminen tärkeää</li> </ul>	Psyhykkinen tukeminen	

Haastateltavat kertoivat kivun hoidon olevan moniulotteista ja kokonaisvaltaista. Kivun hoito ja arviointi vaatii laajaa osaamista. Fyysisten muutosten lisäksi pitää huomioida potilaan psyykkinen ja sosiaalinen käyttäytyminen.

Se on kokonaisvaltaista hoitoa, kivunhoitoki on semmosta että se potilas pitää kohdata.

Teoreettisesta osaamisesta haastateltavat toivat esille monia asioita. On seurattava hengitystä, pulssia ja verenpainetta sekä osattava arvioida mistä mahdolliset muutokset niissä johtuvat. Keskusleikkausosastolla hoidetaan kaikkien erikoisalojen potilaita, joten sairaanhoitajilla on oltava tietoa useista eri leikkauksista ja niiden jälkeisistä kivuista. Päivystysaikana keskusleikkausosaston heräämössä hoidetaan myös lapsi- ja gynekologisia potilaita. Teho-osaston ollessa täysi, heräämössä voidaan hoitaa myös tehohoitoa vaativia potilaita.

Sairaanhoitajien on osattava kertoa potilaalle kivun hoidon merkityksestä. Sairaanhoitajan on tiedettävä hoitamattoman kivun haittavaikutukset, jotta hän osaa kertoa potilaalle kivun hoidon tärkeydestä.

Meidän tehtävä on kertoa sille potilaalle siinä vaiheessa ku se lähtee osastolle että ota säännöllisesti (kipulääkettä), aina kun sitä tarjotaan.

Haastateltavien mukaan kipu voi ilmetä myös hankalana tunteena tai levottomuutena. Kipu voi tuntua siten, että potilaalla on tarve vaihtaa asentoa. Täyden virtsarakon aiheuttama kipu voi tuntua huonona olona. Sairaanhoitajan on tunnistettava kivun eri ilmene-mismuodot.

Meillä on paljon tosi huonokuntosia potilaita leikataan, joilla on muistisairauksia, ne ei osaa ilmaista sitä kipuaan -- siihen pitää reagoida myös että semmoset potilaat reagoi sillä levottomuudella myös siihen kipuun.

Haastattelussa tuli ilmi, että potilaslähtöisyys on tärkeä osa kivun arvioinnissa. Potilaat, joilla on taustalla kipuongelmia, osaavat hoitajien mukaan arvioida kipuaan eri tavalla. Heidän kohdallaan kivun hoidon onnistumista on myös osattava arvioida eri tavalla.

Ku on niitä potilaita joilla on kipuongelmaa jo alun perinkin, et niillä on VAS vitosta koko ajan, niin ei voida mennä niiden kriteerien mukaan että kun VAS on alle kolme tai neljä niin voi laittaa osastolle, vaan pitää päästä sinne mikä hällä se kipu.

Huumeiden- tai lääkkeiden väärinkäyttäjillä kivun ilmaisun taustalla voi olla halu saada vahvaa kipulääkettä, joten heidän kohdallaan kivun arviointi on erityisen haastavaa. Haastateltavat kuitenkin korostivat, että myös huumeiden- ja lääkkeiden väärinkäyttäjillä on oikeus riittävään kivunhoitoon.

Kivun ilmaisun syyt voivat olla moniulotteiset. Kokemus auttaa tunnistamaan potilaiden taustoihin liittyviä kivun ilmaisujen syitä.

Oon ottanu sen linjan, että jos potilas sanoo että sillä on kipua niin sillä on joku syy sanoa että sillä on se kipu.

-- alan miettiin että mikä se on, että mää annan sille lääkettä ja jos se ei auta niin sit pitää alkaa miettiin, sillä voi olla ihan hyvin joku muu syy sitte miksi se koko ajan hokee sitä.

Haastateltavat kertoivat eri ihmistyyppien vaikuttavan kivun ilmaisuun. Jotkut potilaat eivät halua myöntää kipuaan tai haluavat antaa hoitajia miellyttävän vastaukset, ja siksi aliarvioivat kipuaan hoitajille. Haastateltavat kertoivat potilaiden joskus arvioivan kipua eri tavalla hoitajien ja omaisten, tai hoitajien ja lääkäreiden välillä.

Kun hän juttelee sen omaisen kanssa niin siinäki pitää olla vähän, voit vähän jäädä niin sanotusti kuuntelemaan mitä se potilas.. Hän saattaaki kertoa sille omaiselle että hän on hirveän kipeä, että hänelle ei oo annettu lääkettä ollenkaan tai toistepäin, että on tosi hyvä olo.. Mutta olla vähän siinä ja kuulosella sitä että mitä sinne (kotiin) annetaan (ymmärtää).

Haastateltavat kertoivat kivun arvioinnin olevan yksi tärkeä osaamisalue. Kipua pitää arvioida riittävän usein ja tarkentaa kysymällä. Kivun paikallistaminen on tärkeää, koska kipu ei aina ole oletettua haavakipua.

Seki voi olla ihan että verenpainemittari painaa, haava ei oo kipeä.

Tai joku olkapääkipu, tai jotku vanhat.. Selkäkipu joka vaikka olis mahaa leikattu niin selkäkipu, tai asennosta johtuva.

Myös kivun kirjaaminen koettiin tärkeäksi, jotta kivun kehittymistä voidaan seurata ja arvioida kivunhoidon onnistumista.

Haastateltavat toivat esille, ettei kivunhoito ole ainoastaan teknistä vaan siinä tarvitaan myös keskustelua ja psyykkistä huomioimista. Joskus kipu helpottaa juttelemalla. He kertoivat kivunhoidon vaativat psykologista silmää joka kehittyy kokemuksen kautta.

Pitää osata kohdata se potilas ja antaa potilaalle semmonen tunne että hänet otetaan tosissaan.

Yhtenä sairaanhoitajan ammattitaitoon liittyvänä asiana haastateltavat mainitsivat kivun hoidon rajallisuuden muistamisen.

Meidän tehtävä on sen akuutin kivun hoito ja saada se potilas eteenpäin.

Välillä pitää muistuttaa itteäki että kaikkea kipuahan me ei tuolla oteta pois, että sinne kuitenkin aina jotain vähän jää.

### 5.3 Perehdytys ja kehittämistarpeet

TAULUKKO 3. Esimerkki ala- ja yläluokkien muodostamisesta

PELKISTETYT IL- MAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Koulutuksia uusista asioista</li> <li>- Koulutuksia miten ki-vunhoito muuttuu</li> <li>- Pääsy koulutuksiin</li> <li>- Koulutuksia on vähän</li> </ul>	Koulutukset	Perehdytys ja kehittämistarpeet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asioiden kertaaminen</li> <li>- Oppiminen asia kerrallaan</li> <li>- Kokemuksen kautta oppiminen</li> </ul>	Käytännössä oppiminen	

Haastateltavat toivat esille perehdytysajan tärkeyden. Koettiin, että pitkä perehdytysaika on hyvä. Myös perehdyttäjän roolia korostettiin. Perehdytysaikana on hyvä olla eri sairaanhoitajien perehdyttävänä. Myös perehdytysajan jälkeen on tärkeää katsoa ja kuunnella miten muut hoitajat työskentelevät, koska perehdytysajassa ei ehdi oppia kaikkea. Useiden hoitajien seuraaminen on järkevää, koska ei ole yhtä oikeaa tapaa tehdä asioita.

Se tulee nimenomaan siinä kun sää seuraat siinä omassa työssäsi, että mitä kaikkea eri tapoja ja tyylejä on tehdä, niin sieltä valikoituu pari kolmeki asiaa jotka vaikuttaa siihen sun omaan tapaan mikä on luontaista.

Haastateltavat suosittelivat uusille sairaanhoitajille varovaista aloitusta, ettei tulisi tehtyä turhia virheitä. Liian vaikeiden potilaiden hoitaminen heikentää oppimista. Kuitenkin omatoimisuus perehdytysaikana lisää päätöksentekokykyä.

Toimivaksi oppimiskeinoksi perehdytysaikana haastateltavat mainitsivat kertaamisen sekä teorian ja käytännön yhdistämisen. Teoria löytyy kirjallisena mutta sen soveltamisen

käytäntöön oppii vasta tekemisen ja kokemuksen kautta. Erilaisia kipupotilaita hoitamalla kivunhoitoa oppii asia kerrallaan.

Perehdytyksessä hyvä keino että ensin käydään ne asiat läpi, sitten pääsee kokeilemaan ja sit käydään ne uudestaan läpi.

Kaikki haastateltavat toivoivat enemmän koulutuksia kivun hoitoon liittyvistä uusista asioista. Yleisesti koettiin, että koulutuksia on sairaanhoitajille liian vähän. Myös vuorovaikutuskoulutuksia toivottiin.

Tämmösiä vuorovaikutus koulutuksia myös, erilaisten potilaiden kohtaamiseen, meitä on niin monta erilaista luonnetta ja kaikki on erilaisia ihmisiä, että tavallaan ne vuorovaikutustaidot pitää olla.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli kuvata miten heräämön sairaanhoitajat arvioivat kivun arvioinnin osaamisensa, mitä ammatillista osaamista sairaanhoitajat tarvitsevat postoperatiivisen kivun arvioinnissa sekä miten kivun arviointia voidaan sairaanhoitajien mielestä heräämössä kehittää. Heräämössä toivottiin opinnäytetyötä kivun arvioinnista. Aihetta on muokattu opinnäytetyöprosessin aikana sellaiseksi, että se palvelee sekä opinnäytetyön tekijän että heräämön tarpeita ja tavoitteita.

Tällä opinnäytetyöllä saatiin kokemukseräistä tietoa heräämötyössä ja kivun arvioinnissa vaadittavasta osaamisesta. Tulosten mukaan heräämössä työskentely vaatii jatkuvaa kehittymistä ja jokaisen sairaanhoitajan on otettava vastuu omasta osaamisestaan ja itsensä kehittämisestä. Osaamisvaatimukset heräämötyössä ovat laajat, koska siellä hoidetaan niin monenlaisia potilaita.

Kivunhoito on kokonaisvaltaista, joten sairaanhoitajalla tulee olla monipuolisesti tietoa kivun fysiologisista vaikutuksista, eri leikkauksista, kivun hoidon merkityksestä ja kivun ilmaisen taustoista. Myös psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus täytyy huomioida. Sairaanhoitajien haastattelussa kertomat ammatillisen osaamisen vaatimukset vastaavat hyvin tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa avattuja käsitteitä. Kivun arviointi ei ole vain kivun voimakkuuden kysymistä. Kirjallisuudesta ja tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi osaamisvaatimusten laajuus ja monipuolisen osaamisen tärkeys.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni perehdytyksen tärkeys. Hoitajat olivat tyytyväisiä perehdytysajan pituuteen ja pitivät tärkeänä perehdyttäjän läsnäoloa. Myös useiden hoitajien toiminnan seuraamista, aloittamista helpoimmista potilaista sekä omatoimisuuteen kannustamista pidettiin perehdytysvaiheessa tärkeinä. Teorian yhdistäminen käytäntöön ja asioiden kertaaminen mainittiin hyväksi oppimistavoiksi.

Heräämön vahvuus on siinä, että hoitajat ovat samassa tilassa koko ajan, jolloin avun pyytäminen on helppoa. Kaikkea ei tarvitse osata ja muistaa ulkoa, koska apua ja kirjallisia ohjeistuksia on saatavilla omien tietojen ja taitojen tueksi.

Tuloksia voi kokonaisuudessaan hyödyntää perehdytysmateriaalia laadittaessa tai uudistettaessa. Käytettävissä on heräämössä jo työskentelevien sairaanhoitajien kokemustietoa kivun arvioinnissa vaadittavasta ammatillisesta osaamisesta ja ajatuksia hyvästä perehdytyksestä. Jatkossa olisi mielenkiintoista saada tarkempaa tietoa sairaanhoitajien osaamisesta kivun arvioinnin hoitotyössä.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole tarkkoja ohjeita. Tutkimusta arvioitaessa sen sisällön on kuitenkin oltava johdonmukainen. Luotettavuuden arvioinnissa tarkastellaan tutkijan omaa sitoutuneisuutta tutkimukseen, aineistonkeruumenetelmiä, tutkimuksen tiedonantajia, tutkimuksen kestoa sekä miten aineisto on analysoitu ja mihin tuloksiin tultiin. Tutkimuksen raportin tulee selkeästi kuvata tutkittavaa ilmiötä ja tutkimusprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.)

Tutkimushaastattelun aineiston luotettavuuteen vaikuttaa aineiston laatu. Haastatteluaineisto ei ole luotettava mikäli kaikkia haastateltavia ei ole haastateltu, tallenteiden kuuluvuus on heikkoa, litterointia ei ole tehty samojen sääntöjen mukaan koko ajan tai mikäli aineisto on luokiteltu sattumanvaraisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta vahvistaa haastateltavien ammatillinen kokemus, aineiston johdonmukainen käsittely sekä tutkijan sitoutuneisuus työtä kohtaan. Kaikki haastateltavat osallistuivat haastattelutilanteen keskusteluun aktiivisesti. Pelkistettyjen ilmausten lajittelu on tehty hyvin harkiten ja huolellisesti sopiviin kategorioihin. Tutkimuksen raporttiosiossa saadaan kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Raportissa on käytetty suoria lainauksia haastateltavien kertomuksista, joilla selkiytetään vastauksia sekä vahvistetaan kerätyn aineiston todenmukaisuutta ja luotettavuutta.



Tutkimusaiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkiyttäminen miksi tutkimusaihe on valittu ja kenen ehdoilla. Tämä tulee esille ilmaistussa tutkimuksen tarkoituksessa ja siinä, miten tutkimusongelma tai – tehtävä on muotoiltu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.)

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus liittyvät hyvin vahvasti toisiinsa. Tutkijan on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu muun muassa rehellisyys, yleinen tarkkuus ja huolellisuus sekä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien eettisyys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.)

Tämän opinnäytetyön aiheen valinta perustuu yhteistyökumppanin tarpeisiin. Prosessin edetessä aihetta on muokattu myös opiskelijan tavoitteiden mukaisesti kuitenkin niin, että työn tulokset palvelevat heräämön tarpeita. Opinnäytetyötä on muokattu yhteistyökumppanin, ohjaajien ja opponentin palautteiden mukaisesti. Opinnäytetyössä on käytetty vain luotettavia lähteitä monipuolisesti. Haastattelu on tehty siten, ettei siitä voi tunnistaa haastateltavia. Haastatteluaineisto tuhotaan heti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

## LÄHTEET

- Brax, Piia-Johanna 2012. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistuminen. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. –5., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43.
- Kalso, Eija; Elomaa, Minna; Estlander, Ann-Mari & Granström, Veikko 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio. Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 104–115.
- Kalso, Eija & Kontinen, Vesa 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio. Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 53–63.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 28.6.1994. Viitattu 21.10.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- Lukkarinen, Hannele; Virsiheimo, Tuula; Hiivala, Kaisa; Savo, Mari & Salomäki, Timo 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Niemi-Murola, Leila 2012. Postoperatiivinen hoito. Teoksessa Leila Niemi-Murola, Jouko Jalonen, Eija Junttila, Kirsimarja Metsävainio & Reino Pöyhkä (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 108–109.

- Pajunen, Sari & Toppi, Tuuli 2014. Kivun arviointi ja kirjaaminen Oulun Yliopistollisessa sairaalassa: Sairaanhoidtajien kokemuksia kirurgisilta vuodeosastoilta. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015. Anestesia, leikkaus- ja tehohoito, Keskusleikkausosasto. Viitattu 16.8.2015.  
[http://www.ppsHP.fi/potilaat\\_laheiset/prime101/prime101/prime103.aspx](http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime101/prime103.aspx).
- Qvick, Leena & Sailo, Kaija 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 60–65.
- Sailo, Eriikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 30–38.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi Matti 2006. Kivun hoitotyö. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Salanterä, Sanna; Heikkinen, Katja; Kauppila, Marjo; Laura-Maria, Murtola & Siltanen, Hannele 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen lyhytkestöisen kivun hoitotyö – Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Suomen Anestesia- ja sairaanhoitajat ry 2013. Anestesia- ja sairaanhoitajan osaamisvaatimukset. Viitattu 21.10.2014.  
<http://www.sash.fi/index.php/julkaisut/osaamisvaatimukset>.
- Sairaanhoidtajien eettiset ohjeet 2014. Suomen sairaanhoidtajaliitto ry. Viitattu 21.10.2014. [http://www.sairanhoidtajaliitto.fi/sairanhoidtajien\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairanhoidtajien\\_tyo/sairanhoidtajien\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairanhoidtajaliitto.fi/sairanhoidtajien_tyo_ja_hoitotyon/sairanhoidtajien_tyo/sairanhoidtajien_eettiset_ohjeet/).
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vainio, Anneli 2009. Kipu ja kieli. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio. Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 21–26.
- Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. 1.-3.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

## LIITE 1: Teemahaastattelurunko

- 1) Kivun arvioinnissa käytettävät menetelmät
  - a. Millaisia menetelmiä käytät kivun arviointiin?
  - b. Miksi juuri näitä menetelmiä?
  - c. Mitä muita menetelmiä tiedät?
  - d. Miten arvioit eri kivun arviointimenetelmiä? Mikä helppo/hankala hoitajalle/potilaalle?
  
- 2) Kivun arvioinnin osaaminen
  - a. Millaiseksi arvioit oman kivun arvioinnin osaamisesi? Kerro omin sanoin.
  - b. Mitä osaat hyvin? Kehittymistarpeet?
  - c. Millaisen perehdytyksen olet saanut kivun arviointiin? Kenen toimesta? Miten arvioit saamaasi perehdytystä?
  - d. Mistä olet oppinut kivun arviointia?
  
- 3) Ammatillisen osaamisen tarve kivun arvioinnissa
  - a. Mitä ammatillista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee kivun arvioinnissa? Miksi?
  - b. Mitä ammatillista osaamista sinulla on?
  - c. Ammatillisen osaamisen kehittämisen tarve?
  - d. Kenen vastuulla osaamisen kehittäminen? Omalla vai työyhteisön/työnantajan vastuulla?
  
- 4) Kivun arvioinnin kehittäminen
  - a. Miten kivun arviointia pitäisi mielestäsi kehittää? Miksi?
  - b. Kenen vastuulla kivun arvioinnin kehittäminen on?
  - c. Millainen on hyvä perehdytys kivun arviointiin? Konkreettisia vinkkejä? Miten paras toteuttaa?

## LIITE 2: Aineiston luokittelu

