

Tuuli Karppinen ja Jonna Saartoala

## **HOITAJAN TYÖHYVINVOINTI KIPUPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

# HOITAJAN TYÖHYVINVOINTI KIPUPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tuuli Karppinen ja Jonna Saartoala  
Opinnäytetyö  
Syksy 2019  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja, asiakasvastuinen hoitotyö

---

Tekijät: Tuuli Karppinen, Jonna Saartoala  
Opinnäytetyön nimi: Hoitajan työhyvinvointi kipupotilaan hoitotyössä  
Työn ohjaajat: Satu Rainto, Tuula Nissinen  
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2019 Sivumäärä: 50+1

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa hoitajien työhyvinvoinnista heidän hoitaessaan kivuliasta potilasta. Tiedon kautta hoitajat voivat tarkastella heidän työhyvinvointiinsa vaikuttavia asioita ja hyödyntää tietoa työhyvinvointinsa edistämiseksi. Tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia työhyvinvoinnistaan, kun he hoitavat leikkauksen jälkeisissä kivuissa olevaa potilasta. Opinnäytetyön tilaajana toimi Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien osasto.

Opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tiedonhaussa tietokannoiksi valikoituivat Ebsco (Cinahl) ja PubMed. Valitsimme kirjallisuuskatsaukseen koko tekstin perusteella yhteensä kahdeksan tutkimusta, joista kaikki olivat ulkomaisia. Kirjallisuuskatsauksen sisällön järjestämisen apuvälineenä käytettiin sisällönanalyysejä.

Tutkimusaineistomme analyysissa esille nousi selkeästi tiettyjä kipupotilaiden hoitajien työhyvinvointiin liittyviä asioita. Kivun arviointi ja hoito nostivat hoitajissa esiin monenlaisia tunteita, kuten huolta, turhautumista, epäonnistumista ja riittämättömyyttä. Nämä tunteet nousivat usein seurauksena epäonnistuneesta kivunhoidosta. Toisaalta hoitajat kokivat tyytyväisyyttä ja luottamusta hoidon lieventäessä potilaiden kipua.

Analyysissa tuli ilmi useita kivun arviointiin ja hoitoon vaikuttavia tekijöitä: käytettävissä olevat resurssit, potilaista ja omaisista lähtöisin olevat seikat, hoitajan koulutus ja työkokemus sekä hoitajan rooli kivun arvioinnissa ja hoidossa. Kiire ja suuret työmäärät sekä vähäinen koulutus ja työkokemus nähtiin kivun arviointia ja hoitoa vaikeuttavina asioina. Lisäksi sairaanhoitajan ja potilaan tai omaisen välinen rajallinen suhde vaikutti kivun arviointiin ja hoitoon. Käänteisesti taas edellä mainittujen asioiden ollessa kunnossa, hoitajan työ kipua arvioitaessa helpottui.

Hoitajien kerrottiin kokevan töihin menemisen haastavaksi, koska stressaavat asiat olivat usein mielessä jo ennen töihin menoa. Raskaaksi koettiin se, että aina ei yrityksistä huolimatta saatu potilaiden kipua lieventymään. Tästä seurasi ahdistuneisuutta ja uupumusta. Uupumusta kokiesaan osa hoitajista lopetti hetkeksi vuorovaikutuksen potilaiden kanssa suojellakseen omaa hyvinvointiaan.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tehdä haastattelututkimus hoitajille, jotka hoitavat kivuliaita potilaita. Haluaisimme tietää, millaiseksi hoitajat kokevat työhyvinvointinsa.

---

Asiasanat: myötätuntouupuminen, työhyvinvointi, kivun hoito, hoitaja, postoperatiivinen kipu

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Healthcare, Registered Nurse, Patient-centered nursing

Authors: Tuuli Karppinen, Jonna Saartoala

Title of thesis: Nurse's well-being while caring for patients in pain

Supervisors: Satu Rainto, Tuula Nissinen

Term and year when the thesis is submitted: Autumn, 2019      Number of pages: 50+1

---

The objective of this thesis was to search existing studies for information on the well-being of nurses who are looking after a patient suffering from pain. By this information nurses can regard issues that affect to their well-being at work and they can use the information to promote their well-being at work. Our objective was to give a description of the nurses' experience of well-being while looking after a patient experiencing pain after an operation. The partner of the thesis was Oulu University Hospital, department of women's disease.

In this thesis we used a descriptive literature review as our research method. The decision was made to use Ebsco (Cinahl) and Pubmed. Using this method we chose eight studies, all of which were carried out in countries other than Finland and written up in English.

The same things came to the fore in many different studies. When nurses are caring for patient with pain, they feel many different feelings like worry, frustration, failure and inadequacy. They often felt this way if they had not been able to relieve the pain of the patients in their care. On the other hand, nurses felt satisfaction and confidence when patients' pain is relieved.

The analysis highlighted several issues affecting the evaluation and treatment of pain such as the available resources, education of nurses and work experience. There were also many studies that emphasized the role of the nurses in assessing and treating pain. Lack of educational preparation, a heavy workload, time pressure as well as the limited patient-nurse or nurse-relative relationship were all mentioned frequently as being a significant constraint upon proper pain management and pain assessment. In other words: It is easier for a nurse to assess a patient's pain when all these above things are within manageable limits.

Sometimes nurses found that it's difficult to go to work because of stressful thoughts connected with their profession. It's hard for nurses if they hadn't been able to relieve the pain of the patients. In such cases the feelings of the anxiety and fatigue were an issue. Some nurses shared that they would curtail conversations with patients in order to protect their own wellbeing.

It would be interesting to do a new research by interviewing the nurses who are working with patients in pain at Oulu University Hospital. We would like to know how these nurses experience their job satisfaction and well-being at the work.

Keywords: compassion fatigue, pain management, nurse, postoperative pain, job satisfaction

## SISÄLLYS

1.	JOHDANTO .....	6
2.	TYÖHYVINVOINTI .....	8
2.1.	Työhyvinvoinnin perusta.....	8
2.2.	Työhyvinvoinnin kehittäminen .....	11
2.3.	Hoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä .....	12
2.4.	Myötätuntouupumus - riski auttajan työssä .....	14
3.	KIPU KÄSITTEENÄ JA KIVUNARVIOINTI .....	18
4.	KUVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	20
5.	KUVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS .....	21
5.1.	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä .....	21
5.2.	Aineiston hankinta ja valintakriteerit .....	22
5.3.	Aineiston analyysi .....	26
6.	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET .....	28
6.1.	Tunteet kivunhoitajan työssä.....	28
6.2.	Kivun arviointi ja hoito.....	29
6.3.	Resurssit .....	32
6.4.	Ammatillinen osaaminen .....	33
6.5.	Yhteistyö.....	34
7.	POHDINTA .....	36
7.1.	Tulosten tarkkailu ja johtopäätökset .....	36
7.2.	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	39
7.3.	Jatkotutkimusaiheet .....	43
	LÄHTEET.....	44
	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN AINEISTO .....	50
	LIITTEET .....	51

# 1. JOHDANTO

Viimeisimmän sairaanhoitajien työoloja, työhyvinvointia ja alan vetovoimaisuutta kartoittavan selvityksen mukaan sairaanhoitajat ovat aiempaa tyytymättömpiä työelämäänsä. Sairanhoitajat kokevat työnsä edelleen tärkeäksi ja merkitykselliseksi ja haluavat tehdä työnsä hyvin, mutta tulosten mukaan hyvän työn tekemisen edellytyksissä ilmenee esteitä. Sairanhoitajat kritisoivat muun muassa työhyvinvointia tukevan toiminnan suunnitelmallisuutta, työnohjauksen saatavuutta ja ongelmatilanteisiin puuttumista. Lisäksi henkilöstömäärän suhde työn vaativuuteen nähden on selvityksen mukaan liian heikko. Työhyvinvoinnin kannalta tärkeimmiksi osa-alueiksi sairaanhoitajat kokevat korkeatasoisen hoidon laadun sekä toimivat käytännöt. Jotta sairaanhoitajat ovat sitoutuneita, innovatiivisia ja tuottavia, heillä tulee olla mahdollisuudet hyvän työn tekemiseen. Tulevaisuudessa menestyvätkin ne organisaatiot, jotka pitävät henkilöstöään merkittävimpänä voimavaranaan. (Hahtela 2019, 36, 37, viitattu 19.8.2019.)

Saimme opinnäytetyön aiheen Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien osastolta. Naistentautien osastolla hoitajat työskentelevät usein potilaiden kanssa, jotka ovat leikkauksen jälkeen kivuliaita. Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia työhyvinvoinnistaan, kun he hoitavat leikkauksen jälkeisissä kivuissa olevaa potilasta. Tavoitteena on saada tietoa hoitajien työhyvinvoinnista heidän hoitaessaan kivuliasta potilasta. Tiedon kautta hoitajat voivat tarkastella heidän työhyvinvointiinsa vaikuttavia asioita ja hyödyntää tietoa työhyvinvointinsa edistämiseksi.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, koska yhteistyökumppani toivoi juuri kyseistä menetelmää. Valitsimme itse kirjallisuuskatsauksen tyypiksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, koska siinä säännöt ja tutkimuskysymykset eivät ole kovin tiukkoja. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineistot voivat olla hyvin kattavia, koska aineiston valinnassa ei ole tarkkoja sääntöjä ja rajoituksia. Aluksi oli tarkoitus tehdä systemaattinen kirjallisuuskatsaus, mutta jo suunnitteluvaiheessa päädyimmekin kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen. Keskustelimme asiasta tuolloin erään opettajan kanssa, joka suositteli tutkimuskysymysten perusteella juuri tätä kirjallisuuskatsauksen muotoa.

Koemme työn aiheen hyvin ajankohtaiseksi. Työhyvinvointiin on mielestämme erittäin tärkeä kiinnittää huomioita erityisesti tänä aikana, kun hoitotyöhön käytettävissä olevat resurssit voivat olla

osittain heikohkot. Pidämme tärkeänä työhyvinvointiin liittyvää aihetta ja ajattelemme, että tämän työn tuomaa antia voimme itsekin käyttää hyödyksi tulevaisuudessa työskennellessämme sairaanhoitajina, vaikka emme hoitaisikaan postoperatiivisia potilaita.

## 2. TYÖHYVINVOINTI

Työ kuuluu ihmiselämään luonnollisena osana ja se voi parhaimmillaan vaikuttaa hyvinvointiin positiivisesti. Työ voi kuitenkin myös kuluttaa loppuun työntekijän voimavarat ja terveyden. Työssäkäyvän ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat sekä työ että vapaa-aika. (Rauramo 2012, 8, 10.)

Työhyvinvointia käsitteenä ei voi määritellä yhdellä ainoalla tavalla. Työhyvinvointi muodostuu työntekijän henkilökohtaisesta kokemuksesta työhönsä ja siihen lasketaan sisältyvän ne tekijät, jotka työntekijä kokee vaikuttavan työhyvinvointiinsa. (Ranta & Tilander 2014 9,11.) Työnteko on työntekijälle mielekästä ja sujuvaa, jos työntekijä saa tehdä työtään turvallisessa työympäristössä ja työyhteisössä (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 6, viitattu 29.8.2019). Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee työhyvinvoinnin kokonaisuudeksi, johon sisältyvät työ, työn mielekkyys, terveys, turvallisuus ja hyvinvointi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Kokonaisvaltaiseen työhyvinvointiin kuuluvat sekä psyykinen että fyysinen ja henkinen ja sosiaalinen työhyvinvointi. Työhyvinvointia käsitellessä on katsottava näitä kaikkia osa-alueita, ei mitään näistä yksittäin. (Virolainen 2012,11.) Työhyvinvointi muuttuu koko ajan työhön liittyvien kuormitus- ja voimavareteijöiden välisten tasapainon muutosten vuoksi (Puttonen ym. 2016, 6, viitattu 29.8.2019).

Käsite työn imu kuvaa työhyvinvointia positiivisena tilana. Työn imua kuvaavat tarmokkuus, omistautuminen ja työhön uppoutuminen. (Hakanen 2004, 28; Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007, 6; Rauramo 2008; Luukkala 2011, 38; Virolainen 2012, 90; 17.) Työn imun käsitteen tultua käyttöön työhyvinvointia on voitu alkaa tutkia sekä pahoinvoinnin että hyvinvoinnin näkökulmista (Hakanen 2004, 28; Manka ym. 2007, 6). Työpahoinvointia aiheuttaa eniten työssä olevan kiireen lisäksi stressi. Näiden lisäksi työpaikkakiusaaminen on yksi työpahoinvointia aiheuttava tekijä. Nämä tekijät yhdessä tai erikseen estävät työhyvinvoinnin toteutumista. (Virolainen 2012, 30.)

### 2.1. Työhyvinvoinnin perusta

Työn tekemistä ohjaa Suomessa useat eri lait muun muassa työturvallisuuden, työterveyden, työaikojen ja työsuojelun näkökulmasta (Työterveyslaitos 2019, viitattu 27.8.2019). Työterveyshuoltolaki edellyttää työnantajaa järjestämään työterveyshuollon. Lain tarkoituksena on edistää sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden



terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä sekä työyhteisön toimintaa. (L1383/2001.) Työturvallisuuslain tarkoituksena on puolestaan parantaa työympäristöä ja työolosuhteita niin, että työntekijöiden työkyky on turvattu ja sitä ylläpidetään. Lain tarkoitus on myös ehkäistä ja torjua työstä ja työympäristöstä johtuvia terveystahittoja. (L738/2002.)

Jokainen työntekijä näkee työpaikkansa eri tavalla, koska jokainen katsoo sitä omalla asenteellaan. Asenteidensa pohjalta ihminen havaitsee ja tulkitsee ympäristöä omalla tavallaan. Työhyvinvoinnin kokemiseen vaikuttavat asenteiden lisäksi myös työntekijän persoonallisuus, osaaminen sekä terveys ja fyysinen kunto. Työntekijän kokemaan työkykyyn vaikuttavat työn henkinen ja fyysinen kuormittavuus, työstä palautuminen, terveydentila, ravitsemus ja uni. (Manka ym. 2007, 8.) Virolainen (2012, 12) lisää vielä elämäntilanteen, esimerkiksi elämänasenteen sekä työyhteisön vaikuttavan työhyvinvoinnin kokemiseen.

Kun työntekijällä on elämänhallinnan tunne, hän uskaltaa kohdata myös haastavia tilanteita. Hallinnan tunteeseen kuuluvat aktiivisuus, positiivisuus, sinnikkyys ja taito kuunnella. Nämä kaikki ovat tärkeitä ominaisuuksia työelämässä, ja niitä kutsutaan alaistaidoiksi. Kasvumotivaatio tarkoittaa sitä, että työntekijä haluaa kehittyä ja oppia uutta jatkuvasti. Halua kehittyä työssä edistävät muun muassa työn haasteellisuus, vapaus ja työtovereilta saatu tuki. (Manka ym. 2007, 8.) Työntekijälle hallinnan tunteen tuo tunne ja kokemus siitä, että osaa tehdä työnsä (Luukkala 2011, 31). Vastuu oman ammattitaidon ylläpitämisestä on työntekijällä itsellään (Sosiaali- ja terveysministeriö, viitattu 29.8.2019). Tuntiessaan olevansa osaava työssään, työntekijä kykenee rentoon työntekoon ja hän jaksaa tehdä sitä paremmin. Hän myös kokee työstä tulevan stressin positiiviseksi ja hän pystyy käyttämään voimavarojaan paremmin työntekoon. Tämän vuoksi osaaminen onkin yksi tekijä, jonka varaan työhyvinvointi rakentuu. (Luukkala 2011, 31.)

Manka ym. (2007) nostavat työhyvinvointiin vaikuttaviksi tekijöiksi yksilön, organisaation, esimiehen, ryhmähengen ja työn. Ihmisten arvostaessa toistensa työtä, olemalla avoimia vuorovaikutustilanteissa sekä auttamalla muita, toteutuu hyvä ryhmähengi. Hyvän ryhmähengen taustalla on myös luottamuksen kokeminen ja onnistumisen tunteet. Työhyvinvoinnin ilmeneminen tulee mahdolliseksi, kun organisaation ja työntekijöiden välillä vallitsee myönteinen vuorovaikutus. (Manka ym. 2007, 7, 9.) Saman toteavat Rydström, Dalheim Englund, Dellve & Ahlstrom (2017) omassa tutkimuksessaan, sillä heidän tutkimukseensa osallistuneet naiset kokivat työkykynsä parantuneen johtamisen ollessa laadukasta ja kun työpaikalla sai sosiaalista tukea (Rydström ym. 2017, 4, viitattu 30.8.2019). Virolainen (2012) kirjoittaa puolestaan ihmisen tarpeesta ilmaista omia tunteitaan

ja tämän vuoksi työntekijöillä tulisi olla mahdollisuus näyttää tunteensa myös töissä. Tunteiden vapaa ilmaiseminen pitäisi onnistua etenkin työntekijöiden välillä sekä työntekijöiden ja esimiesten välillä. Jos työntekijä tukahduttaa tunteensa, seurauksena voi olla työpahoinvoinnin kokeminen sekä ahdistuneisuus. (Virolainen 2012, 19.)

Esimiehet ovat vastuussa työoloista (Rauramo 2008, 146). Esimiehen tuki on yksi tekijä, joka vaikuttaa positiivisesti työn imun kokemiseen (Virolainen 2012, 90). Esimiehen tehtävä on huolehtia, että työntekijät ovat motivoituneita toimimaan organisaation tavoitteiden mukaisesti. Esimiehellä onkin tärkeä rooli vuorovaikutuksen luomisessa työtovereihin. Hänen täytyy kuunnella, kannustaa ja rakentaa luottamusta sekä havainnoida työntekijöiden tunteita. Esimiehen täytyy osata katsoa tämän hetken lisäksi tulevaisuuteen ja reagoida uudistuksiin luomalla niihin tarvittavat edellytykset. (Manka ym. 2007, 9.) Rauramo (2008) tuo esille myös sen, miten työyhteisön tuki on esimiehelle tärkeää. On tärkeää, että esimies ei erottaudu työyhteisöstä, vaan että he kaikki kokisivat kuuluvansa samaan porukkaan. Esimiehen kehittymisen kannalta työyhteisöllä on suuri merkitys ja esimiehen oma hyvinvointi vaikuttaa koko työyhteisöön. (Rauramo 2008, 147.) Myös Luukkala (2011) kirjoittaa esimiehen tukemisen tärkeydestä. Hänen mukaansa yksi hyvä tapa esimiehen tukemiseen on tehdä omat työtehtävänsä niin hyvin kuin mahdollista. On myös tärkeää, että työntekijät ovat itse aktiivisia ja kertovat esimiehelleen töihinsä liittyvistä asioista, vaikka esimies ei itse ehtiskään kysyä sitä. Työntekijöiden olisi myös itse kyettävä ottamaan asioista selvää, mikäli esimies ei esimerkiksi muista kertoa joistakin töihin liittyvistä asioista. (Luukkala 2011, 271.)

Työhyvinvointia voidaan tutkia tuloksellisuuden kannalta. On todettu, että työntekijän hyvinvointi vaikuttaa positiivisesti työn tulokseen. Panostamalla työhyvinvoinnin edistämiseen saadaan siis siihen käytetyt resurssit takaisin lisien kanssa. Hyvän työn kautta työntekijä kokee työnhallinnan tunteen ja tämän seurauksena kokee vähemmän stressiä, sairastumisen riski pienenee sekä kokee olevansa motivoituneempi. (Manka ym. 2007, 6,7,9; Työterveyslaitos, viitattu 30.8.2019.) Myös Rauramo (2008) tuo esille samat asiat. Hän mainitsee tuloksellisen työnteon lisäksi hyvinvoinnista huolehtimisen vähentävän työntekijöiden sairaudesta johtuvia poissaoloja sekä tapaturmia. Näin ollen työnantajalle ei tule ylimääräisiä kuluja sairauspoissaolojen vuoksi. (Rauramo 2008, 18.) Työhyvinvoinnin yhteydet sairauspoissaoloihin tulee esille Laineen (2019) tekemässä pro gradu -tutkielmassa. Hän toteaa sairauspoissaoloja olevan vähemmän niillä tutkimukseen vastanneilla työntekijöillä, jotka kokivat työhyvinvointinsa hyväksi. Ja käänteisesti puolestaan työhyvinvoinnin kokemuksen ollessa heikompi, myös sairauspoissaoloja oli enemmän. (Laine 2019, 36.)

## 2.2. Työhyvinvoinnin kehittäminen

Vastuu työhyvinvoinnista on jokaisen työntekijän tehtävä, kun työhyvinvointia katsotaan kokonaisvaltaisen toimintamallin näkökulmasta. Työhyvinvointivastuu kuuluu työntekijän ja työnantajan lisäksi myös esimiehille, työtovereille ja alan asiantuntijoille. Työhyvinvoinnin asiantuntijoita ovat muun muassa työterveyshuollon, työsuojelun ja henkilöstötoimen asiantuntijat. Koska työhyvinvointivastuu jakautuu monelle eri osapuolelle, asiantuntijoilta edellytetään hyvää yhteistoimintaa. (Ranta & Tilander 2014, 10; Työterveyslaitos, viitattu 30.8.2019.) Tämä yhteistyö syntyy, kun asioita pohditaan yhdessä, arvioidaan, mitataan mittareilla, keskustellaan ja tehdään työtä (Manka ym. 2007, 30). Virolainen (2012) painottaa puolestaan työpaikan johdossa olevien henkilöiden sitoutumisen tärkeyttä työhyvinvoinnin kehittämisen asioissa (Virolainen 2012, 134). Myös Rauramo (2008) korostaa johdon roolia työhyvinvoinnin kehittämisessä, mutta tuo esille kaikkien työyhteisössä työskentelevien olevan vastuussa tästä. (Rauramo 2008, 146).

Työhyvinvoinnin kehittämisessä kohteena voi olla mikä tahansa asia, jonka on havaittu vaikuttavan työyhteisössä hyvinvointiin (Ranta & Tilander 2014, 11). Kehittämisen pääpaino on oltava työniloa ja innostusta lisäävien keinojen etsimisessä, mutta täysin huomiotta ei saa jättää henkilöstön negatiivisia tuntemuksiakaan (Manka ym. 2007, 4). Työhyvinvoinnin kehittämisen taustalla olisi tärkeää olla moraaliset käytännöt sekä eettiset periaatteet (Rauramo 2008, 146).

Puttonen ym. (2016) kuvaavat työhyvinvoinnin kehittämisen toteutusta viiden eri vaiheen avulla: muutostarve, nykytilan analyysi, uudistaminen, uudet toimintatavat ja projektin päättäminen. Aluksi työyhteisössä tunnistetaan tarve muutokselle, jonka jälkeen käydään yhdessä läpi nykytilan analyysi. Tällöin jokainen saa tuoda esille omasta mielestään tärkeimmät kehittämistarpeet. (Puttonen ym. 2016, 21, viitattu 2.9.2019.) Kehittämisen kohteita kannattaa järjestellä tärkeysjärjestykseen, koska montaa kohdetta ei voi samanaikaisesti kehittää. Yhtä aikaa aloitettujen kehittämistoimenpiteiden riskinä on niiden pintapuoliseksi jääminen. (Manka ym. 2007, 4, 29; Virolainen 2012, 135.) Nykytilan analyysia seuraa uudistamisvaihe, jolloin kehittämissryhmissä mietitään työhyvinvoinnin kehittämisen keinot ja muutokset. Puttosen ym. (2016) mukaan työhyvinvoinnin kehittämisessä tärkein vaihe on uusien toimintatapojen käyttöönotto, johon pitää erityisen hyvin panostaa. Projektin

päättämisen jälkeen kehittämistä ei saa lopettaa, vaan kehittämisen tuloksia seurataan. (Puttonen ym. 2016, 21, viitattu 2.9.2019.) Työntekijöille jaetaan omat vastualueet ja aikataulut sekä toimia seurataan arviointi- ja seuranta-aikataulun avulla (Manka ym. 2007, 27, 30). Virolaisen (2012) mukaan työhyvinvointisuunnitelman toteutumisen seuranta voi toteuttaa esimerkiksi säännöllisten palaverien kautta. Uusien toimintatapojen käyttöönotolle on annettava riittävästi aikaa, jotta ne tulevat osaksi käytäntöä. (Virolainen 2012, 135-136.)

Haasteena kokonaisvaltainen työhyvinvointikäsitys tuo muun muassa päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden mukaan saamisen kehittämistyöhön sekä henkilöstön kyvykkyyden ja innokkuuden tuottaa uudenlaisia toimintatapoja. Asiantuntijoiden mukaan saaminen olisi hyvä tietää jo hanketta suunnitellessa. (Ranta & Tilander 2014, 16, 25, 26.) Työhyvinvointiohjelmien tulisi olla suunniteltu sopivaksi juuri sen tietyn organisaation käyttöön (Virolainen 2012, 136). Kuitenkaan kovin radikaaleihin muutoksiin ei yleensä ilmene innostusta. Ihminen on mukavuusalueellaan, kun hän saa tehdä työtä totutuilla toimintatavoilla. Uuteen toimintatapaan siirtyminen saattaa pelottaa, ja aina muutokseen ei ole riittävästi energiaa. Työhyvinvoinnin kehittämisen mukana tulevat haasteet voivat lannistaa, mutta kehittämisessä voidaan päästä myös eteenpäin, kun toimijoilla on energiaa ja ennakkoluulottomuutta. (Ranta & Tilander 2014, 16, 25, 26.)

### **2.3. Hoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä**

Hoitotyössä työhyvinvoinnin edellytyksissä korostuvat työn sisällöllinen merkitys, yhteisöllinen tekeminen ja vuorovaikutuskysymykset (Ranta & Tilander 2014, 14). Utraisen (2009) mukaan hoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat tutkimusten mukaan ensisijaisesti olleet hoitajien välinen yhteisöllisyys ja potilashoito. Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä on lisäksi erilaiset työn organisoinnin tavat. (Utrainen 2009, 83.)

Hoitajien väliset ihmissuhteet ovat työhyvinvointia parantava tekijä. Sosiaaliset ja ammatilliset suhteet vaikuttavat suuresti hoitajien työhyvinvointiin, ja hoitajille voimaa antava tekijä on vuorovaikutussuhteet muiden ihmisten kanssa. Hoitajien keskuudessa merkittävää on yhteenkuuluvuuden tunne, yhteistyö ja kommunikaation toimiminen. Toimiva tiimityö on positiivisesti yhteydessä tyytyväisyyteen. Lisäksi hoitajien ja lääkäreiden väliset suhteet ovat merkittävässä roolissa

työhyvinvoinnin kannalta. (Utriainen 2009, 83–84.) Schön Persson, Nilsson Lindström, Petterson, Nilsson & Blomqvist (2018) toteavat tutkimuksessaan, että työryhmään kuuluminen on voimavara, mikä parantaa hoitotyöntekijän hyvinvointia. Luottamus, vastavuoroinen vastuu ja yhteistyö olivat edellytyksiä työryhmän yhteenkuuluvuuden tunteelle. (Schön Persson ym. 2018, 4302, 4307, viitattu 28.8.2019.)

lökkään hoitajan työtyytyväisyys erikoissairaanhoidossa on parempi kuin nuoremman. Useilla mitareilla on saatu tulokseksi, että 30-vuotiaat ja sitä nuoremmat hoitajat voivat työssään iäkkäämpiä heikommin. Korkean iän on todettu olevan voimavara työssä. Vaikka iäkkäille työ on usein fyysisesti raskasta, he ovat sitoutuneita työhön ja kokevat työnsä kutsumuksena. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola 2008.) Sairaanhoidajien työolobarometrissa 2016 Hahtela (2017) toteaa samansuuntaisesti: 26-35 vuotiaat ovat työn vetovoimaisuutta ja työhyvinvointia kartoittavissa kysymyksissä vastanneet yleisesti kysymyksiin muita ikäluokkia kriittisemmin, vanhemmat ikäluokat ja alle 25-vuotiaat olivat puolestaan tyytyväisempiä. Yli 64-vuotiaat kokevat tutkimuksen mukaan eniten työn imua sekä sitä, että heidän tekemää työtään kunnioitetaan sen vastuullisuuden ja merkityksellisuuden vuoksi. Stressin ja väsymyksen alaisena ajoittain työskentelemisen kokivat hankalimmaksi 25-vuotiaat tai sitä nuoremmat sairaanhoidajat. Vastaajista 56-64 –vuotiaat puolestaan kokivat väsymyksestä ja stressistä huolimatta työnsä mielekkääksi. (Hahtela 2017, viitattu 9.8.2019.)

Hoitajien kokemaan työhyvinvointiin vaikuttavat hoitajien erilaiset työtehtävät. Johtotehtävissä työskentelevien keskuudessa on todettu olevan korkeampi työtyytyväisyys. Työn organisointiin liittyvät tekijät, kuten esimerkiksi työn ja kodinhoidon yhdistäminen, työajat, työtehtävien määrä ja vaihtelevuus sekä esimieheltä saatu tuki vaikuttavat hoitajien työhyvinvointiin. (Utriainen 2009, 82, 85–86.) Arvostusta kaivataan esimiehen lisäksi myös muilta työkavereilta ja asiakkailta (Kanste ym. 2008).

Hoitajien välisten suhteiden ja työn organisoinnin tapojen lisäksi potilashoidolla on merkittävä yhteys työhyvinvointiin. Erityisesti korkeatasoisesti toteutettuna potilashoito on olennainen positiivisesti työhyvinvointiin vaikuttava tekijä. (Utriainen 2009, 84-85.) Pitkäaikaisella hoidolla ja sitä kautta rakennetulla läheisellä hoitajan ja potilaan välisellä suhteella ei ole positiivista vaikutusta ainoastaan potilaan hoidon kannalta, vaan läheinen potilassuhde on tärkeä voimavara myös työntekijälle (Schön Persson ym. 2018, 4307, viitattu 28.8.2019).

Sairaanhoitajien työolobarometrissa 2016 korkeatasoista hoidon laatua käsittelevässä osiossa kaikki ikäryhmät arvioivat ammattirakenteen ja henkilöstömäärän olevan riittämättömiä työn vaativuuteen nähden (Hahtela 2017, viitattu 9.8.2019). Saman toteavat Kinnunen, Roine ja Aaltonen (2019). He kirjoittavat työterveyslaitoksen tekemästä Kunta 10 –tutkimuksesta, jossa yhtenä osiona on kysytty hoitajien ja lääkäreiden arviota työn määrästä. Lähihoitajista puolet vastasi työmäärän olevan suurempi kuin he jaksaisivat tehdä. Sairaanhoitajat arvioivat hiukan positiivisemmin, mutta heistäkin 47% arvioi työmäärää liian suureksi. (Kinnunen ym. 2019, 331, viitattu 28.8.2019)

Hoitajille merkityksellistä on potilaiden hoitaminen, auttaminen sekä paraneminen, ja hoitajat haluaisivatkin antaa mahdollisimman hyvää hoitoa potilailleen. Tasokas hoito vaikuttaa potilastyytyväisyyteen, joka johtaa taas siihen, että myös hoitajat ovat tyytyväisempiä omaan työhönsä. Mitä parempi ja syvempi yhteys hoitajalla on potilaaseen, sitä enemmän potilashoidolla on vaikutusta työhyvinvointiin. Vahvan yhteyden tavoittamiseksi hoitajien on tärkeää pitää yllä toivoa potilaan paranemisesta ja auttaa potilasta elämän tarkoituksen löytämisessä. (Utriainen 2009, 84–85.) Kuitenkaan terveydenhuollon ammattilaiset eivät ponnisteluista huolimatta pysty aina parantamaan potilaita ja näkevät työssään paljon kärsimystä. Nämä ovat tekijöitä, jotka kuormittavat terveydenhuollossa työskenteleviä ihmisiä. (Ahola & Hakanen 2010, 2142.) Myös Sailo & Vartti (2000) ovat todenneet, että hoitajan henkisiä voimavaroja kuluttaa sairaan potilaan hoito (Sailo & Vartti 2000, 255).

#### **2.4. Myötätuntouupumus - riski auttajan työssä**

Ammattiauttajat kohtaavat työssään toisten ihmisten kärsimystä. Asiakkaan kärsimys ja kohtalo vaikuttavat usein myös auttajaan. Toistuvat emotionaalisesti kuormittavat tilanteet altistavat työntekijän myötätuntostressille. Myötätuntostressi tarkoittaa emotionaalista tilaa, joka syntyy, kun ammattiauttaja kohtaa traagisia asioita ja haluaa auttaa kärsivää ihmistä. Myötätuntostressin pitkittyessä auttajalle saattaa kehittyä myötätuntouupuminen. (Nissinen 2007, 54-55; Fagerström, Koivikko, Rauramo 2016, 63.)

Toivola (2004) kirjoittaa Charles R. Figleyn luoneen myötätuntouupumus –käsitteen

havainnollistamaan sekundaarista stressireaktiota. Figleyn mukaan myötätuntouupumisesta voi seurata työtehon laskua, kykenemättömyyttä työntekoon sekä yksityiselämän vaikeuksia. Si-  
jaistraumatisoitumisesta ja tunnetartunnasta puhuttaessa puhutaan läheisesti myös myötätuntou-  
pumisesta. (Toivola 2004, viitattu 11.9.2017.)

Myötätuntouupuminen on yksi loppuun palamisen muoto (Figley 2002, 5). Kun hoitajat kokevat loppuun palamista ja traumaperäistä stressihäiriötä työssään, voidaan puhua myötätuntouupumi-  
sesta (Galiana, Arena, Oliver, Sansó & Benito 2016, 599, viitattu 14.8.2019). Myötätuntouupumi-  
nen on siis työperäistä uupumista, ja sille tyypillisiä tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi fyysiset stres-  
sireaktiot, turtuneisuus, kynnisyys, ammatillisen itsetunnon heikkeneminen sekä ihmissuhdeongel-  
mat niin työssä kuin vapaa-ajallakin. Lisäksi autettavien tilanteet ja kokemukset nousevat toistu-  
vasti mieleen tietoisina ja alitajuisina ajatuksina. (Nissinen 2007, 54–55, 59, 248.) Galiana ym.  
(2016) lisäävät oireisiin vielä avuttomuuden, ahdistuksen ja vihan tunteet sekä työssä tulevat klii-  
niset arviointivirheet. He myös toteavat mahdollisiksi oireiksi verenpaineen nousun sekä unihäiriöi-  
den ilmaantumisen. (Galiana ym. 2016, 599, viitattu 14.8.2019.)

Työstä johtuva tunnekuormitus edeltää usein myötätuntouupumista sekä työuupumista. Lähes  
kaikki auttajat kokevat nämä molemmat muodot. (Toivola 2004, viitattu 11.9.2017.) Riski myötä-  
tuntouupumiseen on olemassa jokaisella ammattiauttajalla (Nissinen 2007, 54). Toiset ihmiset al-  
tistuvat helpommin myötätuntouupumiseen kuin toiset, riippuen omista aikaisemmista kokemuk-  
sista sekä henkilön rakenteellisesta alttiudesta. Lisäksi tähän alttiuteen vaikuttaa töiden kuormitus-  
taso. Liian suuri kuormitus töissä lisää myötätuntouupumisen mahdollisuutta. Jämäkkyydellä ja so-  
siaalisella tuella on myötätuntouupumiselta suojaava vaikutus. (Toivola 2004, viitattu  
11.9.2017.) Nissinen (2007) kirjoittaa työn sisällöllä olevan suurin vaikutus riskiin sairastua myö-  
tätuntouupumiseen, eikä auttajan ammatillisella tasolla tai persoonallisuudella kuten voisi ajatella  
(Nissinen 2007, 54).

Myötätuntouupumisten hoidon kannalta tärkeää on ennakoida tilanteet ja havaita ne mahdollisim-  
man varhaisessa vaiheessa (Toivola 2004, vitattu 11.9.2017). Työyhteisössä on hyvä tehdä haas-  
tavien tilanteiden purkamista varten selvät pelisäännöt (Fagerström ym. 2016, 64). Haastavaa hoi-  
dossa on se, että myötätuntouupumisen eteneminen on hidasta ja sen alkamista on vaikea huo-  
mata. Vaikeaa myötätuntouupumisen tunnistamisesta tekee myös se, että oireet voivat olla

hyvinkin samanlaisia kuin mielenterveyden häiriöissä. Oireiden syntymiseen johtavat tekijät olisi tärkeää selvittää, jotta myötätuntouupumukseen sairastunutta osataan lähteä hoitamaan oikein. (Nissinen 2007, 55-56.) Myötätuntouupumisesta kärsivä kokee usein riittämättömyyttä, että ei ole saanut tehtyä tarpeeksi (Toivola 2004, viitattu 11.9.2017). Hän voi kokea, että ei tiedä ja osaa tarpeeksi ja ammatissa toimiminen voi alkaa tuntua väärältä (Nissinen 2007, 55).

Jotta lisätraumatisoituminen voidaan välttää, on hoitajan hyvä pitää tietyt rajat potilaiden ja itsensä välillä (Toivola 2004, viitattu 11.9.2017). Ammattiauttajan olisi hyvä ottaa tukijan ja tarkkailijan rooli, jolloin hän edelleen suhtautuu empaattisesti potilaaseen, mutta kuitenkin pitää itsensä erillisenä hänen tilanteestaan (Nissinen 2007, 74-75). Työntekijä voi vaikuttaa itse myötätuntostressin ehkäisyyn omaa ammatti-identiteettiään kehittämällä. On tärkeää osata tunnistaa omat henkilökohtaiset varoitusmerkit ja olla armollinen itseään kohtaan. (Fagerström ym. 2016, 64.)

Toivola (2004) mainitsee auttajan yhdestä persoonallisuustyypistä, jossa henkilö ajattelee olevansa onnistunut silloin, kun on kanssaihminen arvostama ja rakastama. Tällainen ajattelutapa ei ole helppo auttajan kannalta, ja se aiheuttaa auttajassa jatkuvaa riittämättömyyden tunnetta. Jatkuva onnistumisen tavoittelu ja siitä mahdollisesti seuraava epäonnistuminen aiheuttaa joidenkin tutkijoiden mukaan työperäistä uupumusta. Auttajan on hyvin tärkeää muistaa pitää suhde autettavaan pelkästään ammatillisena. Kun ei päästä autettavaa liian lähelle omaa henkilökohtaista elämää, tulee suojelleeksi samalla itseään. (Toivola 2004, viitattu 11.9.2017.)

Traumaterapia on hyvä hoitomuoto myötätuntouupumisen hoidossa pahimman alkutilanteen mentyä ohitse. Traumaterapiassa pyritään käymään läpi tilanteeseen liittyvää avuttomuuden ja ylivoimaisuuden tunnetta ja edetä lopulta miettimään, miten tilanteessa olisi voinut toimia toisin ja missä onnistuttiin. (Toivola 2004, viitattu 11.9.2017.) Nissinen (2007) kirjoittaa puolestaan myötätuntouupumisen hoitoon sopivan samat keinot mitä työuupumiseen yleensä käytetään. Näihin kuuluvat esimerkiksi koulutuksesta huolehtiminen, työnhajauksen saatavuus sekä yhteisön kehittämispäivien järjestäminen. Myös riittävästä levosta huolehtiminen, vaikuttaminen työtehtävien sopivaan määrään ja siihen, kuinka kuormittavia ne ovat, on tärkeää. Auttajana työskenteleviltä tulisi kysyä, kuinka raskaaksi he kokevat työnsä emotionaalisesti sekä tiedustella, mitkä tekijät häntä tukisivat hänen työssään. (Nissinen 2007, 185-186.)





### 3. KIPU KÄSITTEENÄ JA KIVUNARVIOINTI

Kipu voidaan jakaa krooniseen ja akuuttiin kipuun. Kroonisella kivulla tarkoitetaan pitkäaikaista kipua ja akuutilla kivulla puolestaan lyhytaikaista kipua. Postoperatiivinen kipu on lyhytkestoista eli akuuttia. (Salo 2010, 4.) Akuutti kipu eroaa siis kroonisesta kivusta sen keston ja tarkoituksen vuoksi. Kun akuutti kipu on lyhytaikaista, krooninen kipu kestää puolestaan yli 6 kuukautta. Ajallisen keston lisäksi krooniseksi kivuksi ajatellaan kipua, joka johtuu kipua tuottavasta sairaudesta, mikä ei parane. (Paakkari 2017.) Yhteistä näille kiputyypeille on se, että molempien kiputyypin kipu johtuu kudonsvauriosta tai hermojärjestelmän vauriosta (Hamunen & Kontinen 2015, 1921, viitattu 11.4.2017; Paakkari 2017).

Postoperatiivista kipua eli leikkauksen jälkeistä kipua kokee 80% potilaista, vaikka olisivatkin saaneet lääkitystä kipuihinsa. Leikkauksen jälkeistä kipua hoidettaessa tavoitteena on kiputilan pysyvän levossa <3-4/10 VAS-asteikolla arvioituna (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 20, 100.) Lähes aina kipu koetaan hankalimpana välittömästi kirurgisen toimenpiteen jälkeen ja yleensä se lievenee muutama päivä toimenpiteen jälkeen tai sen aikana (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 30). Valitettavan usein leikkauksen jälkeen kipua koetaan kuitenkin pidempään kivun muuttuessa krooniseksi eri syiden vuoksi. Esimerkiksi heti leikkauksen jälkeen koetulla kivuliaisuudella voi olla merkitystä kivun kroonistumisen kannalta: mitä kovempi kipu, sitä suuremmalla todennäköisyydellä kipu pitkittyy. (Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen & Vainio 2018, 306.)

Leikkaukseen tulevista potilaista 30–50% on huolissaan siitä, millainen kipu leikkauksesta seuraa. Hyvä keino saada potilaalle turvallisempi ja parempi olo leikkauksen suhteen on antaa tietoa kivun hoidosta. Tiedon antaminen vaikuttaa positiivisesti lieventäen kipukokemusta. (Hamunen & Kontinen 2015, 1921, viitattu 11.4.2017.) Ennen leikkausta annettavalla tiedolla on merkitystä siihen, miten potilas tuntee kipua leikkauksen jälkeen. Tiedon saaminen voi vähentää postoperatiivista kiputuntemusta. (Salanterä ym. 2006, 92.) Se miltä kipu tuntuu, riippuu siitä, millainen ja kuinka runsas kudonsvaurio on kyseessä. Ihon ja luun, pehmytkudoksen ja sisäelinten sekä hermojen leikkaus aiheuttavat kaikki erilaista kipua potilaalle laadultaan ja voimakkuudeltaan. (Hamunen & Kontinen 2015, 1921, viitattu 11.4.2017.) Näiden lisäksi on tärkeää muistaa se, että kivun tuntemus ja sen taso ovat erilaisia eri potilailla (Hamunen 2017, 8, viitattu 12.8.2019).

Kivun hoitoon on olemassa paljon erilaisia tapoja ja toimenpiteitä. Tärkeintä on ensinnäkin saada tietoon, kuinka voimakkaasti ja millaisena potilas tuntee kivun (Hamunen & Kontinen 2015, 1921, viitattu 11.4.2017). Hoitaja voi auttaa potilasta arvioimaan kipuaan erilaisten asteikkojen avulla. Hän voi käyttää sanallista (VRS), visuaalista (VAS) tai numeerista mittaria riippuen potilaasta itseltään. Mittareiden lisäksi hoitaja voi nähdä potilaan kivuliaisuuden monilla muillakin tavoilla. Potilas voi käyttäytyä, liikkua sekä elehtiä eri tavalla kuin normaalisti (Salo 2010, 7-8). Hän voi asettaa kätensä suojaamaan kipeää paikkaa tai koskettaa tätä. Lisäksi potilas voi ilmaista kipua kasvojensa ilmeitä muuttamalla tai äänensä avulla, kuten ähkimällä tai huokailemalla. (Salanterä ym. 2006, 59.) Lisäksi monissa eri fysiologisissa mittauksissa voi näkyä muutosta (Salo 2010, 8). Kivun seurauksena verenpaine nousee ja tekee hengittämisestä haastavampaa. Lisäksi rytmihäiriöitä voi olla kivuliaalla potilaalla enemmän kuin tavallisesti. (Ukkola ym. 2001, 29.) Kivunhallintamenetelmien käyttö vaikuttaa hoitotyössä hoidon laatuun positiivisesti, jolloin myös hoitajien työtyytyväisyys ja sitä kautta henkinen hyvinvointi paranevat (Sailo & Vartti 2000, 251).

#### **4. KUVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia työhyvinvoinnistaan, kun he hoitavat leikkauksen jälkeisissä kivuissa olevaa potilasta. Tavoitteena on saada tietoa hoitajien työhyvinvoinnista heidän hoitaessaan kivuliasta potilasta. Tiedon kautta hoitajat voivat tarkastella heidän työhyvinvointiinsa vaikuttavia asioita ja hyödyntää tietoa työhyvinvointinsa edistämisessä.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on kipupotilaan hoitamisesta?
2. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on työhyvinvoinnistaan hoitaessaan kivuliasta potilasta?
3. Miten leikkauksen jälkeisistä kivuista kärsivän potilaan hoitajan työhyvinvointia voidaan edistää?

## 5. KVAILEVAN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

### 5.1. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa tietystä aiheesta kokonaisuus (Salminen 2011, 3). Tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, koska hoitohenkilökunta haluaa saada tutkimustietoa aiemmista työhyvinvointia käsittelevistä tutkimuksista, jotta he voivat hyödyntää tietoa työhyvinvoinnin edistämisessä.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Muita tyyppejä ovat systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Näistä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on käytetty eniten. Salmisen (2011) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus, jossa säännöt ja tutkimuskysymykset eivät ole kovin tiukkoja. Siinä käytetään kattavia aineistoja, joiden valinnassa metodiset säännöt eivät aseta rajoituksia. (Salminen 2011, 6.) Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen (2013) toteavat puolestaan hieman eri tavalla tutkimuskysymyksestä kuin Salminen. Heidän mukaansa tutkimuskysymysten tulee olla riittävän tarkkoja, jotta tutkittavaa asiaa voidaan analysoida tarpeeksi perustavanlaatuisesti. Tutkimuskysymykseen nojaten kerätään aineistosta tietoa, josta koostetaan laadullinen, kuvaileva vastaus. (Kangasniemi ym. 2013, 291, viitattu 15.8.2019.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa narratiiviseen ja integroivaan muotoon (Salminen 2011, 7-8). Opinnäytetyössämme käytämme narratiivista muotoa, koska haluamme kuvata opinnäytetyömme aiheeseen liittyviä edeltävästi tehtyjä tutkimuksia. Narratiivisiin katsauksiin kuuluu useita tyyppejä: kriittinen katsaus, nopea katsaus, scoping katsaus, yleiskatsaus, kartoittava katsaus ja state-of-the-art katsaus. (Stolt ym. 2016, 9.)

Narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen voi liittyä laaja kysymyksenasettelu. Kysymyksenasettelun laajuus voi vaihdella ja siihen voi liittyä monenlaisia rajauksia. Usein narratiivinen kirjallisuuskatsaus käsittelee sellaisia tieteellisiä tutkimuksia, jotka on julkaistu aikaisemmin. (Stolt ym. 2016, 9.) Sen avulla tutkimustietoa saadaan päivitettyä (Salminen 2011, 7). Lisäksi se syventyy etenkin

vertaisarvioitujen tutkimusten tutkimiseen. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus voi suuntautua tutkimuksiin, joiden vaihtelevat tutkimusasetelmat liittyvät yhden tutkimusaiheen alueeseen. Se voi myös ohjautua kuvaamaan menettelytapoja ja tutkimusprosesseja tai tutkittavan aiheen menetelmällisiä osatekijöitä. Narratiivisen kirjallisuuskatsaukseen liittyy myös puutteita. Siinä ei arvioida valittua materiaalia sen luotettavuuden perusteella. (Stolt ym. 2016, 9.)

## 5.2. Aineiston hankinta ja valintakriteerit

Kirjallisuuskatsaukseen ei voida löytää tuloksia ilman tutkimuskysymyksiä. Laadittaessa tutkimuskysymyksiä, kiinnitetään huomiota neljään eri tekijään, jotka ovat potilasryhmä tai tutkittava ongelma, tutkittavat interventiot, interventioiden vertailut ja kliiniset tulokset. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007.) Hyvä tutkimuskysymys ei ole liian suppea, jotta kysymykseen voidaan löytää vastaus kirjallisuudesta. Toisaalta tutkimuskysymys ei voi liian laaja, jotta tutkittavaa aineistoa ei tule liikaa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 24.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston riittävyteen vaikuttaa se, kuinka laaja tutkimuskysymys on (Kangasniemi ym. 2013, 295, viitattu 15.8.2019).

Hakusanaja valittaessa on tärkeää miettiä sitä, minkälaista tietoa toivotaan löytyvän. Haun kannalta tärkeitä käsitteitä mietitään silloin, kun tutkimuskysymyksiä ei voi suoraan käyttää hakulausekkeena. Oikeat hakusanat eivät välttämättä löydy ensimmäisellä yrittämällä, vaan erilaisia hakuja joutuu ehkä tekemään useita kertoja. Olisi hyvä, jos hakulausekkeeseen kuuluisi maksimissaan neljä hakukokonaisuutta. (Stolt ym. 2016, 36–37.)

Hakusanojen valitseminen ja yhdisteleminen oli haasteellista, sillä suoraan aiheeseemme liittyviä tutkimuksia näytti alkuun olevan todella vähän. Käytimme apuna Oulun ammattikorkeakoulun kirjastoinformaattikon ohjeistusta saadaksemme parhaat mahdolliset hakutulokset. Valitsimme hakusanoiksi *postoperative, pain, nurse, experience, pain management, burn-out, stress, cope* ja *job satisfaction*. Hauissa yhdistimme hakusanaja muun muassa seuraavanlaisesti: *nurse AND experience AND "pain management"* ja *nurse AND experience AND "postoperative pain"*.

Peruslausekkeen valinnan jälkeen päätetään ne tietokannat, joita käytetään. Tätä valintaa säätelee

aihe, jota haetaan sekä työ, joka on tekeillä. Tietoa olisi hyvä etsiä monesta tietokannasta. Tällöin aiheesta, jota tutkitaan, saadaan tietoa mahdollisimman laajasti. Perushakulausekkeen muokkaamisessa on otettava huomioon se, että eri tietokannat eivät toimi samalla tavalla. (Stolt ym. 2016, 42.) Mikäli aineistoa valitaan eksplisiittisellä tavalla (toinen tapa on implisiittinen), hakusanojen ja kieli- ja aikarajoitusten käyttö ei ole kiveen hakattua, vaan niistä voidaan poiketa tutkimuksen tekemisen aikana, mikäli tutkimuskysymykseen vastaaminen sitä edellyttää (Kangasniemi ym. 2013, 296, viitattu 15.8.2019).

Kirjastoinformaattikon ohjeistuksella valitsimme työhön kaksi kotimaista ja kaksi kansainvälistä tietokantaa, jotta saisimme käyttöömme sekä suomen- että englanninkielisiä tutkimuksia. Tietokannoiksi valittiin Medic, Finna, Ebsco (Cinal) ja Elsevier, jotka ovat ammattikorkeakoulumme käytävissä. Suorittaessamme hakuja, emme kuitenkaan valitettavasti löytäneet suomenkielisistä hakukannoista (Medic ja Finna) kirjallisuuskatsauksemme sopivia tutkimuksia. Kaikki valitut tutkimukset ovat englanninkielisiä ja suurin osa niistä on haettu Ebsco-tietokannasta. Otimme kirjallisuuskatsauksemme mukaan myös yhden tutkimuksen, jonka haimme PubMed-tietokannasta. Emme alun perin olleet valinneet PubMed-tietokantaa tutkimusten hakukannaksi, mutta koska olimme tehneet etukäteishakuja myös kyseisestä tietokannasta, oli jäänyt muistikuva, että PubMed on myös käytettävissämme. Tutkimus oli kuitenkin mielestämme sen verran hyvä sisällöltään, että halusimme ottaa senkin mukaan analyysiin.

Saimme tutkimuksia hakiessamme yhteensä 712 tutkimusta hakutulokseksi. Tästä aloitimme valitsemaan tutkimukset otsikon, tiivistelmän ja koko tekstin perusteella. Tutkimuksia valittiin otsikon perusteella yhteensä 44 ja tiivistelmän perusteella 20. Koko tekstin perusteella valittuja tutkimuksia on yhteensä 8. Hakutulokset on kuvattu taulukossa 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten lähdetiedot on listattu otsikon *Kirjallisuuskatsauksen aineisto* alle. Lisäksi teimme analyysikehyksen, jossa tulee esille opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista tärkeimmät tiedot (liite 1).

TAULUKKO 1. Hakutulokset

Tietokanta	Hakutulos	Otsikon	Tiivistelmän	Koko tekstin
------------	-----------	---------	--------------	--------------

		perusteella hyväksytyt	perusteella hyväksytyt	perusteella hyväksytyt
<b>Ebsco/Cinahl</b>	tuloksia 106: 23.10.2018 nurse* AND experience* AND postoperative* AND pain*	12	6	2
	tuloksia 132: 24.10.2018 (nurse or nurses or nursing) AND (burn-out or stress) AND pain man- agement	4	2	0
	tuloksia 362: 24.10.2018 nurse AND experience AND pain management	23	9	3
	tuloksia 45: 24.10.2018 nurse AND pain AND cope	1	1	1
	tuloksia 5: 24.10.2018 nurse AND job satis- faction AND pain man- agement	1	0	0
	tuloksia 60: 25.5.2018 Nurse AND experience AND postoperative pain	1	1	1
	=710	=42	=19	=7
<b>PubMed</b>	tuloksia 2: 23.10.2018 nurse* AND pain pa- tient* AND experience	1	1	1
	pain AND nurses OR nursing AND "job satis- faction" OR "well-be- ing"	1	0	0
Tutkimuksia yht- eensä	=712	=44	=20	=8

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit kuuluvat yhtenä vaiheena kirjallisuuskatsauksen tekemiseen. Varsinkin sisäänottokriteerien olisi hyvä olla tarkkoja ja määriteltyjä, jolloin tutkimusten suotuisa valinta ehkäistään. Sisäänotto- ja poissulkukriteerin suuntautumisessa otetaan huomioon seuraavat asiat: 1) sen aiheen kohderyhmä, jota tutkitaan, 2) tutkittava toiminto tai interventio, 3) toiminnon tai intervention verrokki, 4) tulokset, jotka kuuluvat tutkittavaan aiheeseen ja 5) tutkimusasetelma.



Näiden kriteerien asettamisen perusteella voidaan tutkimukseen mukaan otettavaa kirjallisuutta rajata esimerkiksi kielen perusteella, aikarajauksella tai ottamalla mukaan vain sellaisia tutkimuksia ja kirjallisuutta, jotka on aikaisemmin julkaistu. (Stolt, ym. 2016, 26, 57.) Kangasniemi ym. (2013) tarkentavat sisäänotto- ja poissulkukriteerien käyttöä. Kun aineistoa valitaan implisiittisellä tavalla, arviointi- ja sisäänottokriteereistä ei välttämättä tiedoteta, kuten ei myöskään käytetyistä tietokannoista. Eksplisiittisessä tavassa valita aineistoa käytetään puolestaan hyväksi esimerkiksi kieli- ja aikarajoituksia. (Kangasniemi ym. 2013, 295, viitattu 15.8.2019.)

Sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella haettavia tutkimuksia tarkastellaan tietyssä järjestyksessä. Aluksi tarkastellaan ja valitaan tutkimuksia otsikon perusteella. Tämän jälkeen valinta tehdään tiivistelmien perusteella ja viimeiseksi huomioidaan kokonaiset tekstit. Hakemalla tietoa näiden kriteerien mukaisesti tunnistetaan olennainen kirjallisuus ja vähennetään sellaisten katsausten mahdollisuutta, joissa esiintyy virheitä tai jotka ovat puutteellisia. (Stolt ym. 2016, 26–27.)

Valitsemiemme tutkimusten täytyi vastata tutkimuskysymyksiin. Aikarajaukseksi valitsimme vuonna 2005 ja sitä myöhemmin tehdyt tutkimukset, jotta tutkimusten tulokset olisivat ajantasaisia eikä luotettavuus kärsisi. Tutkimuksen tuli olla suomen- tai englanninkielinen sekä kokonaan luettavissa ja ilmainen. Tutkimuksen täytyi löytyä käytettävissämme olevista tietokannoista. (taulukko 2.)

*TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit*

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin	Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Aikavälillä 2005–2018 julkaistut tutkimukset	Aikaisemmin kuin vuonna 2005 julkaistut tutkimukset
Tutkimus on suomen- tai englanninkielinen	Tutkimus on muu kuin suomen- tai englanninkielinen
Tutkimus on kokonaan luettavissa	Tutkimus ei ole kokonaan luettavissa
Tutkimus on ilmainen	Tutkimus on maksullinen

### 5.3. Aineiston analyysi

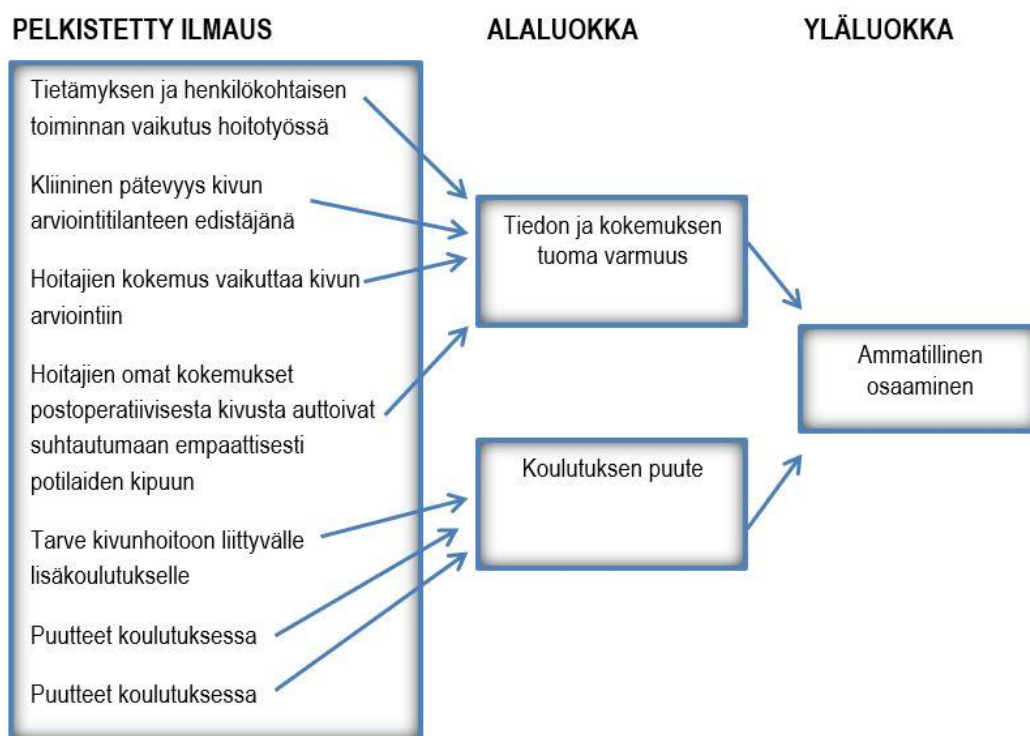
Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineiston järjestämisen apuvälineenä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää laadullisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysilla aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin kadottamatta sen sisältämää tietoa. Opinnäytetyössämme käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia, jonka avulla tutkimusaineistosta pyritään muodostamaan teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103, 107-108, 122, 140.) Myös Kangasniemi ym. (2013) kirjoittavat aineiston tulosten tarkastelemisesta ja aineiston järjestämisestä tiiviiseen muotoon, mutta he eivät käytä mitään tarkempaa nimitystä asiasta. He tarkentavat tulosten tarkastelun tapahtuvan vertailemalla niiden yhteyttä yhteiskunnalliseen, teoreettiseen sekä käsitteelliseen kontekstiin. (Kangasniemi ym. 2013, 297, viitattu 15.8.2019.)

Aloitimme aineiston analyysin lukemalla tutkimukset useaan kertaan läpi kokonaisuuden hahmottamiseksi. Aineistoon perehtymisen jälkeen alleviivasimme tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja. Käytössämme olevat tutkimukset olivat englanninkielisiä, joten suomensimme ilmaiset käyttäen apuna nettikäännöspalveluja (Googlen kääntäjä ja sanakirja.org). Ensimmäinen vaihe sisällönanalyysissa on aineiston redusointi eli pelkistäminen. Pelkistykseen kohteena on aineistosta tutkimuskysymysten perusteella kootut analyysiyksiköt, jotka voivat olla lauseita, sanapareja tai pelkkiä sanoja. Näiden lisäksi ajatuskokonaisuus voi myös olla analyysiyksikkö. Pelkistäminen tapahtuu siten, että aineistosta jätetään tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois joko tiivistämällä dataa tai pilkkomalla sitä osiin. Alkuperäisilmausujen pelkistämisen jälkeen pelkistetyt ilmaukset lisätään allekkain uudelle konseptille. (Stolt ym. 2016, 87; Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

Pelkistämisen jälkeinen vaihe sisällönanalyysissa on klusterointi eli ryhmittely. Klusteroinnissa syntyy pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Klusteroinnissa samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset ryhmitellään ja yhdistetään eri luokiksi, joko samankaltaisuuden tai eroavaisuuden perusteella, jolloin syntyvät alaluokat. Jokaiselle alaluokalle annetaan luokan sisältöä kuvaava käsite. Syntyneiden yleisten käsitteiden myötä aineisto tiivistyy alkuperäisestä. (Stolt ym. 2016, 87; Tuomi & Sarajärvi 2018, 123-124.)

Klusterointia seuraa abstrahointi eli käsitteellistäminen. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen

kannalta olennainen tieto. Abstrahointia voidaan kuvata prosessiksi, jossa tutkija muodostaa syn-  
 tyneiden käsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteestaan. Alaluokkien nimeämisen jälkeen luo-  
 kittelua jatketaan yhdistämällä alaluokat yläluokiksi ja yläluokat pääluokiksi. Abstrahointia jatketaan  
 niin kauan kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta. Lopuksi nimetään yhdistävä  
 luokka, joka on tutkimustehtävää kuvaava ilmaus. Koko analyysin ajan on tärkeä tarkkailla, että  
 aineistossa säilyy polku alkuperäiseen tekstiin. (Stolt ym. 2016, 87; Tuomi & Sarajärvi 2018, 124-  
 125, 127.) Kuviossa 1 on kuvattu esimerkin kautta pelkistettyjen ilmausten luokittelua.



KUVIO 1. Esimerkki pelkistettyjen ilmausten luokittelusta

## 6. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

### 6.1. Tunteet kivunhoitajan työssä

Lajittelimme aineistosta nousseet tunteet hoitajan työnhyvinvoinnin kannalta katsottuna positiivisiin ja negatiivisiin tunteisiin.

**Negatiivisiksi tunteiksi** ajattelimme aineiston perusteella seuraavia tunteita: huoli, turhautuminen, epäonnistuminen, ahdistuneisuus, uupuminen, epävarmuus, pelko, kärsimys, riittämättömyys, voimattomuus ja epävarmuus.

Hoitajat kokevat huolta siitä, että heillä on vastuu kivun lievittämisestä (Ljusegren, Johansson, Berglund & Enskär 2011, 467, viitattu 14.8.2019). Pellico, Gilliam, Lee & Kerns (2014) kirjoittavat hoitajien tuntevan huolta myös siitä, että potilaat käyttävät opiaatteja väärin. Turhautumista puolestaan koettiin tilanteissa, joissa hoitajat kokivat epäonnistuneensa kivunlievittämisessä. Kommentit kuvaavat hoitajien turhautuneisuutta ja käsitystä siitä, että he ovat epäonnistuneet henkilökohtaisesti, koska he eivät kyenneet lievittämään potilaiden kipua. (Pellico ym. 2014, 28, viitattu 5.4.2019.) Lisäksi turhautumista ja negatiivista asennetta hoitajissa aiheuttaa Abdalrahimin, Saw-sam, Majali & Bergbomin (2010) mukaan hoitajilla tunne siitä, että heidän tarjoamaansa näkymätöntä hoitotyötä, kuten psykologista tukea, ei arvosteta (Abdalrahimin ym. 2010, 167, viitattu 23.8.2019).

Toistuvat lääkemuutospyynnöt tekivät hoitajien jo valmiiksi kiireisistä päivistä stressaavia ja ennalta-arvaamattomia (Pellico ym. 2014, 28, viitattu 5.4.2019). Hoitajat kokivat stressiä myös ennen työvuoroa, koska potilaat ja stressaavat tilanteet olivat jo valmiiksi mielessä. Tämä teki töihin menemisestä epämukavaa. Mahdollisuus työolosuhteista puhumiseen ja tunteiden ilmaisuun vahvisti kykyä käsitellä stressaavia tilanteita. (Ljusegren, Johansson, Berglund & Enskär 2012, viitattu 12.4.2019.)

Useassa tutkimuksessa esiin nousi hoitajien kokema epäonnistumisen tunne kivun hoidossa. Tähän vaikuttivat kivunhoidon tehoamattomuus sekä se, että hoitajat kokivat kivunhallintaan tarvittavan osaamisensa puutteelliseksi. Kun potilaiden kipu ei hellittänyt, sairaanhoitajat kohtasivat perinteisen psykologisen ongelman tuntemalla itsensä epäonnistuneeksi (Lindberg & Engström 2011,

166, viitattu 3.4.2019). Pellicon ym. (2014) tutkimuksessa yksi osallistujista kertoo: "Riippumatta siitä, mitä annat heille kipuun, heillä on aina kipua. Mikään ei auta." "No matter what you give them for their pain they always have pain. Nothing helps." (Pellico ym. 2014, 29.)

Abdalahim ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat kokevansa pelkoa hoitaessaan kivuliasta potilasta potilaan aggressiivisuuden vuoksi. He kuvaavat tilannetta, jossa hoitaja kysyy potilaalta sanallista arviota kivusta. Tilanteessa, jossa potilas hermostuu, korottaa ääntään ja pyytää hakemaan lääkäriä luokseen, hoitaja kokee potilaan toiminnan aggressiivisena ja tämä aiheuttaa hänessä pelkoa. (Abdalahim ym. 2010, 166, viitattu 3.4.2019.) Tilanteissa, joissa suoritettiin haastavia toimenpiteitä tai lapsi huusi, sairaanhoitajat kokivat puolestaan voimattomuutta (Ljusegren ym. 2011, 467, viitattu 14.8.2019).

Slatyer, Williams & Michael (2014) tutkimuksessa kerrottiin, että ahdistus ja uupumus uhkasivat sairaanhoitajan hyvinvointia, jos hän ei saanut positiivista muutosta potilaalle kivunhoidossa. Kun sairaanhoitajat alkoivat kokea uupumusta potilaskontaktissa, jotkut sairaanhoitajista lopettivat vuorovaikutuksen potilaan kanssa ja lähtivät "tuulettumaan" suojellen näin omaa hyvinvointiaan. Irritautumisessa sairaanhoitajalla oli mahdollisuus tukahduttaa oma tunnekuohunta, koska tällöin sairaanhoitaja pystyi kääntämään huomion pois omasta voimattomuudestaan. Irritautumisen avulla sairaanhoitaja sai aikaa itselleen ryhmittä uudelleen ja virittäytyä uudestaan potilastyöhön. (Slatyer ym. 2014, 233, 236, viitattu 23.8.2019.)

**Positiivisia tunteita** ilmeni tutkimuksissa huomattavasti vähemmän kuin negatiivisia. Tutkimuksista esiin nousi hoitajien kokema tyytyväisyys kivunhoidon onnistumisesta ja luottamus omaan osaamiseensa. Akuutin hoidon sairaanhoitajilla ilmeni voimakasta halua helpottaa potilaidensa kipua. (Lindberg & Engström 2011, 16; Ljusegren ym. 2011, 466, viitattu 3.4.2019.)

## 6.2. Kivun arviointi ja hoito

Kivuliaan potilaan kipujen lieventyminen koetaan niin, että **kivun hoito on onnistunut**. Sairanhoitajat, jotka tunsivat kykenevänsä suojelemaan potilaita tehokkaalla kivunlievityksellä, kokivat positiivisen tilan vaikuttavan heidän omaan hyvinvointiinsa. Akuuttihoitajat tunsivat sisäisesti tyytyväisyyttä ja onnellisuutta onnistuessaan lievittämään potilaan kipua. Kun kipua saatiin lievitettyä ja potilaalla oli hyvä olla, hoitajat pystyivät rentoutumaan. (Lindberg & Engström 2011, 167, viitattu

3.4.2019; Slatyer ym. 2014, 233, viitattu 23.8.2019.) Myös Ljusegren ym. (2011) tutkimuksen haastatteluissa todettiin, että kun lapsen kipu seurasi odotettua kaavaa ja he noudattivat hoitoa, hoitajat luottivat tietoonsa ja tunsivat olonsa mukavaksi (Ljusegren ym. 2011, 466, viitattu 23.8.2019).

**Kivun hoito** koettiin tutkimuksissa **epäonnistuneeksi**, jos potilaiden kipu ei hellittänyt yrityksistä huolimatta. Tämä sai hoitajissa aikaan monenlaisia ”negatiivisia” tunteita. Hoitajat tunsivat riittämättömyyttä, pelkoa ja voimattomuutta, kun lapset eivät reagoineet hoitoon kaikista kivunhoitoyrityksistä huolimatta (Ljusegren ym. 2011, 466-467, viitattu 23.8.2019). Riittämättömyyden, voimattomuuden ja pelon lisäksi potilaiden kivuliaisuus aiheutti hoitajissa kärsimystä, uupumista sekä ahdistuneisuutta. Epäonnistumista kuvattiin avuttomuuden, ahdistuneisuuden ja uupumisen tunteilla, jotka heikensivät sairaanhoitajien hyvinvointia. (Slatyer ym. 2014, 233, viitattu 3.4.2019.)

Useassa tutkimuksessa tulee esille, että kipu ei aina lieviy oikeanlaisista kipulääkkeistä huolimatta. Tästä huolimatta osassa tutkimuksissa näkyy hoitajien kokemus potilaalle määrätystä liian alhaisista lääkeannoksista. Osallistajat korostivat, ettei potilaiden kipu ollut täysin lievittynyt kipulääkkeen jälkeen. He viittasivat siihen, että syy oli alhainen lääkeannos. (Abdalahim ym. 2010, 166, viitattu 3.4.2019.)

**Kivun arviointiin vaikuttavista tekijöistä** kerrottiin useassa tutkimuksessa. Osa tekijöistä on kivun arviointia helpottavia, osa puolestaan vaikeuttaa kivun arvioinnin tekemistä. Wikström, Eriksson, Fridlund, Årestedt & Broström (2016) mukaan helpottaviin asioihin kuuluvat kliininen pätevyys ja hoitajien kokemukset postoperatiivisesta kivusta ja kivusta yleensä. Näillä on merkitystä tilanteissa, joissa hoitajat arvioivat potilaan kivuliaisuutta. (Wikström ym. 2016, 805, viitattu 14.8.2019.)

Hoidon jatkuvuus ja hyvä potilas-hoitaja-suhde nähtiin myös kivun arviointia helpottavana tekijänä ja hyvän potilassuhteen todettiin olevan edellytys onnistuneelle kivunlievitykselle. Hoidon jatkuvuus mahdollistaa myös sen, että hoitaja tuntee potilaan hyvin muutenkin kuin vain kivun piirteiden tiedostamisen perusteella. Kun hoitaja tutustuu potilaaseen, helpottuu myös kivun arviointi. (Lindberg & Engström 2011, 165, 168; Wikström ym. 2016, 806, viitattu 3.4.2019.)

Wikström ym. (2016, 804) kirjoittavat, miten potilaan kyky kuvata kipua vaikuttaa myös hoitajan toimintaan kivun arvioinnin tilanteissa. Mikäli potilas kykenee kuvailemaan kipuaan yksityiskohtaisesti, helpottuu kivun luonteen ja voimakkuuden arvioiminen. Potilaiden osallistuminen auttoi sairaanhoitajia ymmärtämään potilaiden kivunlievityksen tarpeen ja mieltymykset sekä tarjoamaan

toteuttamiskelpoisia hoitoja ja emotionaalista tukea (Slatyer ym. 2014, 230, 234, 236, viitattu 12.4.2019). Potilaiden kivunilmaisun kykyyn heikentävästi vaikuttavia tekijöitä olivat puolestaan Wikströmin ym. (2016) tutkimukseen osallistuvien hoitajien mukaan kivusta johtuvat vahvat tunteet, kuten huutaminen ja nauraminen (Wikström ym. 2016, 804, viitattu 23.8.2019). Lindbergin ja Engströmin (2011) tutkimuksessa akuutin hoidon sairaanhoitajat kertoivat, että joskus oli vaikea uskoa potilaiden olevan niin kipeitä kuin he sanoivat. Silloin täytyi vain luottaa potilaan sanoihin ja laittaa syrjään omat uskomukset potilaan kiputasosta. (Lindberg & Engström 2011, 167, viitattu 3.4.2019.)

Heikentyneen kivun ilmaisemisen lisäksi potilaiden pre- ja postkirurgiset olosuhteet tai postoperatiiviset kognitiiviset häiriöt vaikeuttivat kivun arviointia, koska nämä estivät potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä viestintää. Lisäksi samassa tutkimuksessa todetaan analgeesien ja septisten olosuhteiden aiheuttaman väsymyksen vaikeuttavan potilaiden kykyä keskustella, jolloin myös kivun arviointi vaikeutuu. Yhteisen kielen puuttuminen hoitajan ja potilaan välillä aiheuttaa myös ongelmia kivun arviointia tehdessä. (Wikström ym. 2016, 804, viitattu 3.4.2019.) Potilaan kanssa keskusteluun toi myös haastetta potilashuoneen puutteellinen äänieristys. Intiimejä ja luotamuksellisia keskusteluja oli hankala käydä, kun kaikki postoperatiiviset potilaat olivat samassa suuressa huoneessa ja heidät oli erotettu vain verhoilla. (Lindberg & Engström 2011, 168, viitattu 12.4.2019.)

Osassa tutkimuksista tulee ilmi vanhempien läsnäolon vaikutus kivun arviointia suoritettavissa tilanteissa. Twycrossin ja Collinsin (2013) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kokivat vanhempien toivovan lapselleen kipulääkettä, vaikka hoitajan näkemyksen mukaan lapsi ei vaikuta kivuliaalta. Heidän tutkimukseensa osallistuvien hoitajien mukaan vanhemmat saattoivat sanoa lapsen kivun hoitajan arviota voimakkaammaksi, mutta toisaalta heidän mukaansa vanhemmat ja lapset jättivät myös mainitsematta olemassa olevat kivut. (Twycross & Collins 2013, 168, viitattu 23.8.2019.) Wikström ym. (2016) kirjoittavat siitä, että ihannetilanteessa potilaiden, omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmat kivusta otetaan huomioon, koska heillä kaikilla on erilainen näkemys kivusta ja sen hoidosta (Wikström ym. 2016, 802, 809, viitattu 12.4.2019).

**Kivun hallinnan ja hoidon onnistumisessa on osallisena useat eri tekijät.** Tutkimukseen valitun aineiston perusteella nämä tekijät voivat olla potilaslähtöisiä, sairaanhoitajasta tai resursseista johtuvia. Lisäksi tähän vaikuttaa oleellisesti hoitajien ja lääkärin tekemä yhteistyö kivun hoidon tilanteissa.

Rehej ym. (2009) ja Twycrossin & Collinsin (2013) tutkimuksessa käy ilmi, että kivun hoitoon valmentava koulutus on puutteellista, eikä hoitajilla ole näin ollen edellytyksiä optimaaliselle kivunhoidolle (Rehej ym. 2009, 277; Twycrossin & Collinsin 2013, 168, viitattu 12.4.2019). Puutteellisen koulutuksen lisäksi hoitajien riittämätön dokumentointi ja raskaat työmäärät nähtiin tutkimukseen valituissa aineistoissa kivun hoitoa heikentävinä asioina (Rehej ym. 2009, 277, viitattu 12.4.2019; Abdalrahim ym. 2010, 167, viitattu 18.8.2019). Osallistujat kertoivat, että ajan puute, raskas työmäärä ja henkilöstön puute estivät optimaalista kivunhallintaa (Rehej ym. 2009, 277, viitattu 12.4.2019; Abdalrahim ym. 2010, 167, viitattu 18.8.2019; Twycross & Collins 2013, 168, viitattu 23.8.2019).

### 6.3. Resurssit

Sairaanhoitajat kokivat **organisatoristen tekijöiden** vaikuttavan hoitotyön tekemiseen ja kivunhoitotyöhön. Tutkimuksissa tuli ilmi työnkuva sekä sairaalan säännöt ja rajoitukset, jotka vaikuttivat sairaanhoitajien auktoriteettiin ja asenteisiin kivunhallinnassa. (Rehej ym. 2009, 277, viitattu 23.8.2019.) Sairaanhoitajat kokivat, että heidän oli vaikea soveltaa oppimaansa määräysten vuoksi (Abdalrahim ym. 2010, 167, viitattu 18.8.2019). Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmän rakenteen ja kulttuurin vaikutukset olivat nähtävissä kivunhoitotyössä. Niiden koettiin olevan jopa esteenä sairaanhoitajien suorittamassa kivunhoidossa. (Rehej ym. 2009, 277, viitattu 23.8.2019.)

Abdalrahim ym. (2010) tutkimuksessa hoitajat kertoivat, että heidän odotetaan toteuttavan täydellistä hoitotyötä, mutta heillä ei ole kuitenkaan tarvittavia edellytyksiä täydellisen hoitotyön toteuttamiseen (Abdalrahim ym. 2010, 167, viitattu 23.8.2019). Osallistujat korostivat terveydenhuoltojärjestelmässä vallitsevaa lääkärikeskeistä ilmapiiriä, joka ei ota huomioon sairaanhoitajien roolia ja päätöksiä kivunhallinnassa (Rehej ym. 2009, 277, viitattu 14.8.2019).

Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa mainittiin sana "**riittävä**", kun puhuttiin kivunhoitoon käytettävästä **ajasta**, muuten esillä oli lähinnä liian vähäinen käytössä oleva aika. Wikström ym. (2016) kuvaavat seuraavasti: *adequate time in the pain assessment situation increased the chances of patients making themselves understood, while being in a hurry put patients at risk of being misunderstood and left in pain* (Wikström ym. 2016, 806, viitattu 14.8.2019).



Kuten edellä toteamme, liian vähäinen aika oli suuressa roolissa opinnäytetyöhön valituissa aineistoissa, kun puhutaan hoitotyössä käytettävissä olevasta ajasta. **Ajan puutteen** kerrottiin johtuvan osittain henkilöstön puutteesta ja muista organisatorisista rajoitteista. Tämä johtaa siihen, että henkilökunnalla ei ole aikaa olla potilaiden kanssa ja käydä heidän kanssaan tärkeitä keskusteluja kivun arvioinnin kannalta. Tämän vuoksi potilaat voivat joutua väärinymmärretyiksi ja eivät näin saa kivuilleen helpotusta. (Rehej ym. 2009, 277-278; Abdalrahim 2010, 167; Lindberg & Engström 2011, 170; Twycross & Collins 2013, 168, viitattu 3.4.2019.) Lindbergin ja Engströmin (2011) tutkimuksessa todetaan, että hieronta olisi hyvä ei-farmakologinen kivunlievityskeino, mutta hoitajilla ei yleensä ole aikaa toteuttaa sitä potilaiden ollessa tuskaisia (Lindbergin ja Engströmin 2011, 167, viitattu 3.4.2019).

Tutkimuksissa kävi ilmi, että henkilökunnan puute vaikuttaa suoraan potilastyöhön (Pellico ym. 2014, 28, viitattu 3.4.2019). **Raskaat työmäärät ja henkilöstön puute** olivat esteenä optimaaliselle kivunhallinnalle. Sairaanhoidajat kokivat, että lisääntyvät ei-sairaanhoidolliset tehtävät rajoittivat heidän suhdettaan potilaaseen. Lisääntyvien ei-sairaanhoidollisten tehtävien myötä sairaanhoidajat alkoivat omaksua tehtävälähtöisen työjärjestelmän, joka vaikutti heti heidän osallistumiseensa potilaan kivunhoitoon. Suuri työmäärä ja sairaanhoidajien puuttuminen johti myös siihen, että potilaan tarpeeseen saada kivunlievitystä ei voitu aina heti vastata (Rehej ym. 2009, 277-278; Abdalrahim ym. 2010, 167, viitattu 5.4.2019.)

#### 6.4. Ammatillinen osaaminen

Useissa tutkimuksissa korostui **koulutuksen puute ja lisäkoulutuksen tarve**. Rehej ym. (2009) tutkimuksessa suurin osa osallistujista kertoi, että hoitotyön koulutusjärjestelmä ei toimi ja kivunhallintaan valmistavassa koulutuksessa ilmenee puutteita. Opetussuunnitelman sisältö sisältää farmakologisia toimenpiteitä eikä sisällä potilaiden näkemyksiä ja kulttuuria kivunhoidossa. (Rehej ym. (2009, 277, viitattu 14.8.2019.) Pellicon ym. (2014) tutkimuksessa ehdotettiin lisäkoulutusta, jossa painotettaisiin järjestäytyneen lähestymistavan kehittämistä kivunhoitotyössä (Pellico ym. 2014, 29, viitattu 14.8.2019).

Kivunhoitoon liittyvän **tiedon puutteen** koettiin olevan esteenä tehokkaalle kivunhallinnalle. Sairaanhoidajat kokivat, että heillä ei ollut riittävästi yleistä tietoa kivunhallinnasta ja erityisistä farmakologisista toimenpiteistä. Osallistujien kommentoissa kuvataan myös henkilökohtaista

epäonnistumista puutteellisesta tietopohjasta johtuen, liittyen yksilölliseen kivun arviointiin, kroonisen kivun hoitoon ja farmaseuttisten aineiden riittämättömään ymmärtämiseen. (Rehej ym. 2009, 277; Pellico ym. 2014, 29, viitattu 3.4.2019.)

**Tieto kivusta ja kivunhoidosta** auttoi hoitajia tuntemaan olonsa itsevarmaksi (Ljusegren ym. 2011, 466, viitattu 12.4.2019). Wikström ym. (2016) tutkimuksessa kliinisen pätevyyden kerrottiin olevan kivun arvioinnissa edistävä tekijä, kun taas kokemattomuus oli esteenä kivun arvioinnissa. Tieto potilaan kokemasta leikkauksen jälkeisestä kivusta sai hoitajan tarkkailemaan tarkasti potilaan käyttäytymistä. (Wikström ym. 2016, 809, viitattu 23.8.2019.) Myös Abdalrahim ym. (2010) tutkimuksessa kerrotaan, että kun hoitajalla oli kokemukseräistä tietoa erilaisten leikkausten aiheuttamista kivuista, he huomasivat potilaan kivun. Tällöin hoitajat ymmärsivät postoperatiivisen kivun luonteen ja he tunsivat empatiaa potilaita kohtaan. Hoitajat uskoivat, että potilailta on oikeus olla kivuttomia. (Abdalrahim ym. 2010, 166, viitattu 23.8.2019.)

Hoitajat tunsivat olonsa mukavaksi ja he luottivat omaan tietämykseensä, kun potilas noudatti kivunhoitoa ja kivunhoito onnistui (Ljusegren ym. 2011, 466; Slatyer ym. 2014, 233, viitattu 12.4.2019). Pellicon ym. (2014) tutkimuksesta käy ilmi, että hoitotyön ammattilaisten tietämyksellä ja henkilökohtaisella toiminnalla on myös myönteinen vaikutus potilaaseen (Pellico ym. 2014, 29, viitattu 23.8.2019).

## 6.5. Yhteistyö

Rehej ym. (2009) tutkimuksessa todettiin, että **sairaanhoitajan ja potilaan välinen rajallinen suhde** oli esteenä hyvälle kivunhoidolle. Useat sairaanhoitajat mainitsivat, että yksipuolinen suhde sairaanhoitajan ja potilaan välillä rajoitti heidän suhdettaan potilaaseen. (Rehej ym. 2009, 277, viitattu 23.8.2019.) Kivun vuoksi aggressiiviseksi muuttunut potilas aiheutti hoitajassa pelkoa, ja vaikutti tämän vuoksi hoitajan ja potilaan väliseen suhteeseen (Abdalrahim ym. 2010, 166, viitattu 3.4.2019). Lisäksi potilaan kivunilmaisun esteet vaikeuttivat sairaanhoitajan ja potilaan välistä suhdetta. Tutkimuksessa mainittuja kivunilmaisun esteitä ovat esimerkiksi ahdistunut persoonallisuus, pre- tai postoperatiivisen kognitiiviset häiriöt sekä väsymystä aiheuttavat lääkkeet tai septiset olosuhteet (Wikström ym. 2016, 804, viitattu 3.4.2019).

Twycross ja Collins (2013) kirjoittavat tutkimuksessaan **vanhempien tärkeästä roolista** lastensa kivun hoidossa. Heidän tutkimuksessaan hoitajat kertovat vanhempien mahdollisuudesta olla apuna lapsen kivun lievittämisessä lääkkeettömillä keinoilla esimerkiksi lasta lohduttamalla ja keskustelemalla hänen kanssaan, katsomalla televisiota yhdessä ja niin edelleen. Hoitajat myös ajattelevat, että vanhempien tuntiessa hyvin oman lapsensa kipukynnyksen, he voisivat ilmoittaa lapsen kivusta hoitajalle. Toisaalta, kuten aikaisemmin on jo todettu, hoitajien kokemuksen mukaan vanhemmat tai lapset eivät aina ilmoita lapsella olevasta kivusta. Sairaanhoitajat kokivat myös ajoittain voimattomuutta, jos he eivät voineet käydä keskustelua suoraan lapsen kanssa, vaan keskustelut käytiin vanhemman välityksellä. (Twycross & Collins 2013, 168, viitattu 14.8.2019.)

**Yhteistyötä tiimin jäsenten välillä** pidettiin välttämättömänä, koska ilman yhteistyötä potilaan tarpeita ei voida täyttää. Erityisesti vaikeiden potilastapausten kohdalla monialaista tukea pidettiin myös merkittävänä. (Pellico ym. 2014, 29, viitattu 3.4.2019.) Slatyer ym. (2014) kirjoittavat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat hakivat tukea kollegoiltaan, kun he olivat kokeneet epäonnistuneensa potilastyössä tai tarvitsivat apua kivunhoidossa. Eräs vanhempi sairaanhoitaja totesi: "Tieto on voimaa." "Knowledge is power." (Slatyer ym. 2014, 234, 237, viitattu 23.8.2019.)

Sairaanhoitajat korostivat terveydenhuoltojärjestelmän lääkärikeskeistä ilmapiiriä, joka ei ota huomioon sairaanhoitajien roolia ja päätöksiä kivunhallinnassa (Rehej ym. 2009, 277; Abdalrahim ym. 2010, 168, viitattu 5.4.2019). Sairaanhoitajat kertoivat tunteesta, että heidän täytyi tarkistaa lääkärin tekemät lääkemääräykset kahdesti varmistaakseen potilaan asianmukaisen kipulääkityksen (Twycross & Collins 2013, 170, viitattu 3.4.2019). Toisaalta Slatyer ym. (2014) tutkimuksessa kerrottiin, että vuorovaikutus sairaanhoitajan ja lääkärin välillä antoi sairaanhoitajille mahdollisuuden kliiniseen suunnitteluun ja turvallisen asiantuntijan antamaan riittävän lääkityksen (Slatyer ym. 2014, 234, viitattu 14.8.2019).

## 7. POHDINTA

### 7.1. Tulosten tarkkailu ja johtopäätökset

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli saada tietoa hoitajien työhyvinvoinnista heidän hoitaessaan kivuliasta potilasta. Tiedon kautta hoitajat voivat tarkastella heidän työhyvinvointiinsa vaikuttavia asioita ja hyödyntää tietoa työhyvinvointinsa edistämisessä. Etsimme vastauksia laatimiimme tutkimuskysymyksiin hoitajien työhyvinvointia, myötätuntuupumista ja hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitamisesta käsittelevistä tutkimusartikkeleista. Hakukriteerit täyttäneitä tutkimuksia löytyi yhteensä kahdeksan ja kaikki tutkimusartikkelit olivat ulkomaisia.

Päätarkoitus oli etsiä tutkimustietoa hoitajan työhyvinvoinnista hoitajien hoitaessa kivuliaita potilaita. Aloitimme aiheeseen lähestymisen etsimällä tietoa yleisesti hoitajien kokemuksista kipupotilaan hoitamisesta. Tutkimuksia lukiessamme kiinnitimme huomiota siihen, millaisia tunteita hoitajilla nousee kipupotilaiden hoitamisesta, ja mitkä tekijät nämä tunteet mahdollisesti aiheuttavat. Tavoitteenamme oli lähestyä hoitajien kokemuksia siltä kannalta, mikä voisi mahdollisesti vaikuttaa hoitajan työhyvinvointiin.

Tutkimuksissa nousi esille paljon erilaisia tunteita, joita kipupotilaan hoitaminen hoitajassa aiheuttaa. Monen niin sanotun negatiivisen tunteen huomattiin johtuvan suurimmaksi osaksi epäonnistuneesta kivun hoidosta (Lindberg & Engström 2011; Ljusegren ym. 2011; Slatyer ym. 2014). Osassa tutkimuksissa nousi esille myös omaisten ja potilaiden sekä lääkärikeskeisyyden aiheuttamat ”negatiiviset” tunteet. Lääkärikeskeisyys ei huomioi sairaanhoitajien roolia kivun hoidon arvioinnissa ja hoidossa (Rehej ym. 2009; Abdalrahim ym. 2010).

Hoitajat reagoivat onnistuneeseen kivun hoitoon ”positiivisilla” tunteilla. Kivun hoidon onnistumisen lisäksi se, että hoitaja tunsu olonsa varmaksi ja osaavaksi hoitaessaan kivuliaita potilaita, sai heidät tuntemaan tyytyväisyyttä ja luottamusta. (Lindberg & Engström 2011; Ljusegren ym. 2011.) Johtopäätöksenä hoitajien kokemista tunteista voinee ajatella, että hoitajat kokevat kipupotilaan hoitamisen sekä haastavana että antoisana.

Analyysiä tehdessä tutkimuksissa nousi esille useita potilaasta johtuvia kivun arviointiin vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi potilaan kyky kuvata kipua ja kivunilmaisuuun vaikuttavat esteet (Wikström ym.

2016). Lisäksi hoitajien kliinisellä pätevyydellä ja postoperatiivisen kivun hoidon kokemuksella huomattiin olevan merkitystä. Kivun hoitoon vaikuttavissa asioissa korostuivat puolestaan tutkimuksissa koulutuksen puute, raskaat työmäärät sekä hoitajien kokemus siitä, että lääkärit eivät määrää potilaille riittävää kipulääkitystä. (Abdalahim ym. 2010; Ljusegren ym. 2011; Pellico ym. 2014; Slatyer ym. 2014; Wikström ym. 2016.)

Analyysissa ilmeni, että koulutus vaikutti suuresti hoitajien kokemuksiin kivunhoitotyössä. Tiedon ja kokemuksen kerrottiin tuovan hoitajille itsevarmuutta. Kuitenkin hoitajat kokivat usein tietotasonsa puutteelliseksi ja toivoivat enemmän kivunhoitoa käsitteleviä lisäkoulutuksia. Wikström ym. (2016) tutkimuksessa kliinisen pätevyyden kerrottiin olevan kivun arvioinnissa edistävä tekijä, kun taas kokemattomuus oli esteenä kivun arvioinnissa. Lisäksi Abdalahim ym. (2010) mukaan hoitajien kokemusperäinen tieto erilaisten leikkausten aiheuttamista kivuista auttoi potilaan kivun tunnistamisessa, ja hoitajat tunsivat empatiaa potilaita kohtaan. Tietoperustassa mainitsimme Luukkalan (2011) kirjoittavan työhyvinvoinnin rakentuvan osittain osaamisen varaan. Tunne siitä, että on osaava työssään, saa työntekijän jaksamaan työssään paremmin ja hän voi kokea työstä tulevan stressin positiivisena asiana. (Abdalahim ym. 2010, 31.) Lisäksi ajattelempa, että henkilökunnan tietämyksellä on myös hyötyä potilaille, koska tällöin he saavat ammattitaitoista hoitoa.

Analyysissa tuli esille myös erilaiset organisatoriset tekijät, jotka vaikuttivat sairaanhoitajien tekemään hoitotyöhön ja saattoivat olla jopa esteenä kivunhoitotyölle. Näitä erilaisia vaikuttavia tekijöitä olivat esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmän rakenne ja kulttuuri sekä sairaalan omat säännöt ja rajoitukset. Organisatoriset tekijät toivat sairaanhoitajien työhön myös ajan puutetta ja liian suuria työmääriä. Henkilökunnan puute ja raskaat työmäärät vaikuttivat estävästi optimaaliseen kivunhallintaan (Rehej ym. 2009). Abdalahim ym. (2010) tutkimuksessa puolestaan ilmeni, että hoitajilta odotetaan täydellistä kivunhoitotyötä siitä huolimatta, että hoitajilla ei ole sen toteuttamiseen tarvittavia edellytyksiä (Abdalahim ym. 2010). Osallistujat korostivat terveydenhuoltojärjestelmässä vallitsevaa lääkärikeskeistä ilmapiiriä, joka ei huomioi sairaanhoitajien ajatuksia kivunhallinnassa (Rehej ym. 2009). Koska kivun hoidon onnistumiseen on yhteydessä usein myös hoitajasta riippumattomat seikat, voidaan ajatella, että hoitajan ei ole aina helppo toteuttaa kivun hoitoa.

Tutkimuksissa tuli esille yhteistyön merkitys kipupotilaan hoitotyössä. Analyysissa ilmeni, että hoitajat tekevät yhteistyötä potilaiden, omaisten ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Hoitajat pitivät monialaisen tuen merkitystä suurena erityisesti vaikeiden potilastapausten kohdalla (Pellico ym. 2014). Slatyer ym. (2014) tutkimuksessa sairaanhoitajien kerrottiin hakevan tukea

kollegoiltaan erityisesti kokiessaan epäonnistuneensa potilastyössä tai kun he tarvitsivat apua kivun hoitoon liittyvissä asioissa. Myös sairaanhoitajan ja potilaan välinen yhteistyö ja hyvän potilas-suhteen rakentaminen olivat merkittäviä kivun hoidon kannalta. (Slatyer ym. 2014.) Sairaanhoitajan ja potilaan välinen rajallinen suhde oli esteenä hyvälle kivun hoidolle. Erityisesti lasten kivun hoidossa korostui myös omaisten merkitys. (Rehej ym. 2009.) Twycross ja Collins (2013) kirjoittavat puolestaan tutkimuksessaan, että parhaimmillaan omaiset antoivat hoitajalle lapsen kipuun liittyvää tietoa ja he osasivat myös tulkita lapsen kipua tuntiessaan lapsensa kipukynnyksen. Toisaalta samassa tutkimuksessa mainitaan myös hoitajien kokevan voimattomuutta siitä, että keskusteluja ei aina pystynyt käydä lapsen kanssa, vaan keskustelut jouduttiin hoitamaan vanhemman välityksellä. (Twycross & Collins 2013.)

Onnistunut kivun hoito oli usein seurausta toimivasta hoitaja-potilassuhteesta sekä tiedon ja kokemuksen tuomasta varmuudesta (Ljusegren ym. 2011; Slatyer ym. 2014). Lisäksi riittävä käytettävissä oleva aika kivun arviointitilanteissa toi potilaille mahdollisuuden kuvailla kipuaan ja oloaan tarkemmin, jolloin kivun arviointi helpottui (Rehej ym. 2009). Nämä asiat saivat hoitajat tuntemaan tyytyväisyyttä ja luottamusta sekä halua helpottaa potilaiden kipua.

Hoitajien hyvinvoinnista kirjoitetaan suoraan vain yhdessä tutkimuksessa. Slatyer ym. (2014) tutkimuksessa kerrottiin, että ahdistus ja uupumus uhkasivat sairaanhoitajan hyvinvointia, jos kipuun annettu hoito ei helpottanut potilaan oloa. Kun potilaskontaktit uuvuttivat hoitajan, hän saattoi lopettaa hetkeksi vuorovaikutuksen potilaan kanssa suojellakseen omaa hyvinvointiaan. (Slatyer ym. 2014.)

Vaikka hyvinvoinnista mainittiin suoraan vain yhdessä tutkimuksessa, voidaan kuitenkin tietoperustaan nojaten löytää tutkimuksista muutamia muita hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Kuten Virolainen (2012) kirjoittaa, on stressi yksi työpahoinvointia aiheuttava tekijä (Virolainen 2012, 30). Tämä tuli esille myös Ljusegrenin ym. (2011) tekemässä tutkimuksessa: He kirjoittavat tutkimuksessaan hoitajien kokemasta stressistä, jota he kokevat jo ennen työvuoroaan. Potilaat ja stressaavat tilanteet olivat mielessä työajan ulkopuolellakin, ja se teki töihin menemisestä epämurkavaa. Mahdollisuus työolosuhteista puhumiseen ja tunteiden ilmaisuun vahvistivat kykyä käsitellä stressaavia tilanteita. (Ljusegren ym. 2011.)

Tutkimusten mukaan kivun arviointiin ja hoitoon heikentävästi vaikuttivat kiire, liian suuri työmäärä, koulutuksen puute sekä hoitajan vähäinen työkokemus. Lisäksi rajoitettu hoitaja-potilassuhde sekä

omaisten "haitallinen" hoitoon osallistuminen tekivät kivun arvioinnista ja hoidosta haasteellisempaa. (Rehej ym. 2009; Abdalrahim 2010; Lindberg & Engström 2011; Twycross & Collins 2013; Pellico ym. 2014.) Virolainen (2012) toteaa kiireen olevan yksi työpahoinvointia aiheuttava asia (Virolainen 2012, 30). Ajattelemme, että kiireen myötä työ voi alkaa tuntua suorittamiselta, mikä voi vaikuttaa työn mielekkyyden kokemiseen. Utriainen (2009) puolestaan ottaa esille potilas-hoitaja – suhteen vaikutuksen työhyvinvointiin. Hänen mukaansa potilashoidon vaikutus hyvinvointiin vahvistuu, mitä syvempi ja parempi yhteys hoitajalla potilaaseen on. Koska nämä edellä mainitut asiat heikentävät kivun hoitamisen laatua, voidaan ajatella, että ne myös välillisesti vaikuttavat hoitajan työhyvinvointiin. (Utriainen 2009, 84-85.)

Myös tälle edellä mainitulle ajatuksellemme löytyy vahvistusta tietoperustaan valituista lähteistä. Utriainen (2009) kirjoittaa korkeatasoisen hoidon vaikuttavan olennaisesti positiivisessa mielessä työhyvinvointiin. Mikäli korkeatasoinen hoito ei onnistu, seurauksena voi olla työhyvinvoinnin heikkeneminen. (Utriainen 2009, 84-85.) Tutkimuksissa esiin tulleet, yllämainitut kivun arviointiin ja hoitoon vaikuttavat asiat, voivat osaltaan vaikuttaa korkeatasoisen hoidon toteutumattomuuteen.

Ljusegren ym. (2011) mainitsivat tutkimuksessaan, että mahdollisuus työolosuhteista puhumiseen ja tunteiden ilmaisuun auttoivat hoitajia selviämään stressaavista tilanteista (Ljusegren ym. 2011). Ajattelemme, että työpaikalla vallitseva puhumisen mahdollisuus auttaa varmasti hoitajia jaksamaan välillä raskaaltakin tuntuvassa työssään paremmin. Tästä syystä työpaikoilla olisi mielestämme erittäin tärkeä kiinnittää huomiota avoimen keskustelukulttuurin ylläpitämiseen. Voidaan myös ajatella, että avoin keskustelukulttuuri vaikuttaa positiivisesti työilmapiiriin, mikä taas voisi auttaa työntekijää tuntemaan turvallisuutta työpaikalla. Myös Virolainen (2012) tuo esille saman asian, kuin mitä itse ajattelemme. Hänen mukaansa työntekijä, joka ei voi näyttää tunteitaan avoimesti työpaikallaan, voi kokea työpahoinvointia sekä ahdistuneisuutta. Tämä johtuu ihmisten tarpeesta ilmaista omia tunteitaan, ja tämä tarve ei häviä mihinkään työpäivien aikana. (Virolainen 2012, 19.)

## **7.2. Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimuksia tehdessä tavoitteena on saada tuloksista mahdollisimman totuudenmukaisia. Erilaisen tutkimus- ja mittaustapojen käyttäminen on mahdollista, kun halutaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 231.) Myös tutkimuseettinen neuvottelukunta on

ottanut kantaa tutkimuksen luotettavuudesta ja eettisestä kannasta listaamalla asioita, jotka ovat oleellisia hyvään tieteelliseen käytäntöön pyrkiessä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6, viitattu 14.3.2017).

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan rehellisyys, tutkimuksen tekemisen, tallentamisen ja esittämisen sekä tutkimustulosten arvioinnin huolellisuus ja tarkkuus ovat toimintatapoja, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Lisäksi he painottavat avoimuutta ja vastuuta tutkimustulosten julkaisussa. Heidän julkaisemaan tekstissä otetaan huomioon myös se, että muiden tutkijoiden työtä ja tutkimuksia olisi tärkeää kunnioittaa ja näihin viittaaminen olisi tehtävä oikealla tavalla. Tutkimuslupien ajantasaisuus, tutkimukseen osallistuvien roolien ja vastuiden huomioiminen sekä rahoitusasioiden huolellinen kirjaaminen kuuluvat myös hyvän tieteellisen käytännön mukaiseen tutkimuksen tekemiseen. (2013, 6-7. Viitattu 14.3.2017.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessämme olemme viitanneet lähteisiin Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Emme ole esittäneet toisen henkilön kirjoittamia tietoja ominamme, vaan olemme asianmukaisesti lisänneet lähdeviitteet tietojen perään. Huolehdimme tutkimuslupien ajantasaisuudesta Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa. Aluksi olimme hakeneet tutkimuslupaa joulukuuhun 2018, koska tavoite oli saada opinnäytetyö valmiiksi tuohon ajankohtaan mennessä. Vaihtuvien elämäntilanteiden vuoksi opinnäytetyön eteneminen viivästyi, ja meidän täytyi hakea jatkoaikaa opinnäytetyön tekemiselle. Tutkimuslupaa jatkettiin joulukuuhun 2019 saakka.

Mikäli tutkimusta tehdessä ei toimita näiden käytäntöjen mukaisesti, voidaan tutkimusta pitää epärehellisenä ja -luotettavana. Myös vilpin käyttäminen loukkaa näitä käytäntöjä. Vilpiksi katsotaan sellaisten asioiden tuomista tutkimustuloksiin, joita ei tutkimukseen valituista lähteistä löydy. Myös se, jos tutkijat vääristelevät alkuperäisiä havaintoja tai eivät ota tutkimukseensa mukaan kaikkia valituissa lähteissä esiin tulleita tutkimuksen kannalta oleellisia asioita, katsotaan vilpiksi. Lisäksi omien ja muiden tekstien plagiointi sekä omalla nimellä tai ilman lupaa esitetyt toisen ihmisen tekemät tutkimussuunnitelmat tai -tulokset sekä tutkimusaineistot, tutkimushavainnot ja tutkimusideat katsotaan vilpiksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 26-27; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 8-9, viitattu 14.3.2019.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009) ovat kirjoittaneet seikoista, joiden mukaan luotettavuutta voidaan tarkastella. Yhtenä asiana voidaan kiinnittää huomiota tutkimuksen kohteeseen ja siihen miksi tämä kohde on valittu. Lisäksi heidän mukaansa voidaan miettiä tutkijan sitoutumista tutkimukseen eli



mikä tekee tutkimuksesta tärkeän tutkijalle ja millaisia olettamuksia tutkijalla on aloittaessaan tutkimuksen tekemistä. Aineiston keruun menetelmät, tekniikka sekä erityispiirteet vaikuttavat myös luotettavuuteen kuten myös perusteet tutkimuksen tiedonantajien valintaan. He myös ottavat esille tutkijan ja tiedonantajan suhteen, millä tavalla tiedonantajat ovat ottaneet kantaa tutkimuksen tuloksiin, kommentoivatko he tuloksia ja vaikuttivatko kommentit tulosten esittämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.)

Näiden edellä mainittujen lisäksi tutkimuksen tekemiseen käytetty aikataulutus sekä aineiston analysointi ovat asioita, jotka on hyvä ottaa huomioon luotettavuutta arvioitaessa. Myös tutkimuksen eettisen tasokkuuden pohtiminen sekä tutkimusraportin luotettavuuden ja sen aineiston analysoinnin ja keräämisen arvioiminen ovat oleellisia asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuuden ja eettisyyden parantamiseksi on tärkeää edetä tutkimuksen teossa johdonmukaisella ja läpinäkyvällä tavalla (Kangasniemi ym. 2013, 297).

Tähän opinnäytetyöhön luotettavuutta tuo se, että tekijöitä on kaksi. Olemme molemmat käyneet tutkimuksia läpi samoilla sisäänotto- ja poissulkukriteereillä, valituilla tietokannoilla sekä hakusanoilla. Yhdessä arvioimme, mitkä tekstit otetaan mukaan, ensin otsikon, sitten tiivistelmän ja vielä viimeiseksi koko tekstin perusteella. Ongelmatilanteissa olemme voineet kysyä toisiltamme neuvoa ja pohtia asioita yhdessä. Luotettavuutta lisää myös se, että mietimme sopivien hakusanojen ja tietokantojen valintaa kirjastoinformaattikon kanssa useaan kertaan. Näin saimme ammattilaisen näkökulmaa tiedonhakuprosessiin.

Tutkimuksen luotettavuutta heikentävä tekijä on opinnäytetyön tekijöiden heikohko englannin kielentaito. Emme löytäneet suomenkielisiä tutkimuksia, vaan kaikki valitut tutkimukset ovat englanninkielisiä. Käytimme kääntämisessä apuna Sanakirja.org -sivua sekä Googlen kääntäjää. Vaarana on se, että emme ole tulkinneet oikein alkuperäisiä tutkimuksia, ja tämän vuoksi tutkimustulokset väärentyvät. Etsiessämme tutkimuksista analyysiyksiköitä pelkistämistä varten, käänsimme yksiköt englannin kieleltä suomen kielelle. Tässä on voinut tapahtua virheellisiä tulkintoja, joten tämä myös voi heikentää tutkimuksemme luotettavuutta. Ilmausten pelkistämisen jälkeen mietimme, olisiko alkuperäisten ilmausten täytynyt olla englannin kielellä.

Aloittaessamme opinnäytetyön tekemistä meillä oli tietynlaisia olettamuksia siitä, millaisia asioita tutkimuksen tuloksissa voisi tulla eteen. Tämän vuoksi olemme kiinnittäneet erityistä huomiota avoimeen suhtautumiseen, kun kävimme läpi tutkimukseen valittuja lähteitä. Emme ole ottaneet

mukaan vain meidän olettamuksiamme tukevia asioita, vaan olemme avoimesti huomioineet myös meitä yllättäneet seikat.

Sisäänottokriteereistä poiketen otimme tutkimukseemme myös yhden tutkimuksen, joka löytyi hakukannasta, jota emme valinneet aluksi tiedonhakukannaksemme. Otimme tämän tutkimuksen PubMed-tietokannasta. Olimme tehneet etukäteishakuja myös kyseisestä tietokannasta ja mieleen oli jäänyt sellainen kuva, että myös tämä tietokanta on käytettävissämme. Myöhemmin sisäänottokriteerijä kerratessamme, huomasimme, ettei kyseistä tietokantaa ollut valittu. Tutkimus oli sisältöään kuitenkin mielestämme melko rikas, joten päätimme ottaa tutkimuksen mukaan analyysiin. Ajattelemme kuitenkin, että tämän tutkimuksen ottaminen ei sinällään vaikuta kirjallisuuskatsauksemme luotettavuuteen, koska PubMed tietokantana on luotettava ja täysin käyttökelpoinen tietokanta.

Mielestämme kirjallisuuskatsauksemme luotettavuutta lisää se, että tutkimuksia valitessamme mietimme todella tarkkaan, mitä tutkimuksia otetaan mukaan. Kävimme tutkimuksia läpi siten, että pidimme koko ajan mielessämme tutkimuskysymykset ja pohdimme, vastaako tutkimus oikeasti valitsemiimme tutkimuskysymyksiin. Kolmanteen tutkimuskysymykseen emme saaneet suoraan vastausta, mikä taas on kirjallisuuskatsauksemme laatua heikentävä tekijä. Kolmannessa tutkimuskysymyksessä etsittiin tietoa, miten leikkauksen jälkeisistä kivuista kärsivän hoitajan työhyvinvointia voidaan edistää. Vain yhdessä tutkimuksessa sivuttiin suoraan hoitajan hyvinvointia ja kyseisessä tutkimuksessa käsiteltiin hoitajan näkökulmaa hoitaessaan jatkuvissa kivuissa olevia potilaita. Kolmanteen tutkimukseen ei siis täysin löytynyt vastausta, sillä siihen olisi tarvittu tutkimus, jossa käsitellään hoitajien näkökulmaa työhyvinvoinnistaan nimenomaan postoperatiivisessa hoidossa.

Aineistoa läpi käydessämme ja opinnäytetyömme edetessä jätimme yhden tutkimuskysymyksen pois. Suunnitteluvaiheessa kysymyksiä oli neljä, mutta vähensimme niiden määrää kolmeen, kun aloimme käydä tarkemmin valittua aineistoa läpi. Kysymys oli tällainen: Mitkä tekijät heikentävät hoitajien kokemusten mukaan kipupotilasta hoitavan hoitajan jaksamista? Mielestämme tämä kysymys oli tavallaan turha, koska vastaus tähän tulee esille etsiessä vastauksia muihin tutkimuskysymyksiin.

Valitsemamme aineisto on mielestämme laadukasta ja osa tutkimuksista on alkuperäistutkimuksia. Käytimme myös paljon aikaa analyysivaiheessa kategorioiden suunnitteluun. Pohdimme tarkkaan,

miten pelkistetyt ilmaukset kannattaa ryhmitellä ja minkä nimisiä kategorioita näistä kannattaa muodostaa. Käytimme hahmottelussa apuna esimerkiksi itse piirtämiämme kaaviokuvia.

Tästä aiheesta emme löytäneet aikaisempia suomenkielisiä tutkimuksia, joten siksi tämän tutkimuksen tekeminen oli tarkoituksenmukaista. Opinnäytetyöhöemme lähteiksi valitut tutkimukset on tehty ulkomailla. Mietimme, kuinka paljon hoitajien työolot vaihtelevat eri maiden välillä ja ovatko tutkimustuloksemme suoraan hyödynnettävissä Oulussa. Toisaalta lähes jokaisessa tutkimuksessa toistuivat samat työhyvinvointiin ja kivunhoitoon vaikuttavat asiat maasta riippumatta.

### 7.3. **Jatkotutkimusaiheet**

Etsiessämme tutkimuksia kirjallisuuskatsaukseen emme löytäneet aiheesta yhtään Suomessa tehtyä tutkimusta. Olisimme kaivanneet kotimaisia tutkimustuloksia, jolloin työmme tilaaja hyötyisi varmemmin tämän työn tuloksista. Lisäksi kiinnostaisi tietää, onko kotimaisten ja ulkomaisten hoitajien työhyvinvoinnin välillä eroja.

Tästä syystä olisi mielenkiintoista tehdä haastattelututkimus Oulun yliopistollisen sairaalan postoperatiivisille osastoille. Tutkimuksessa voisi selvittää, millaiseksi leikkauksen jälkeistä kipua hoitavat hoitajat kokevat siellä oman työhyvinvointista sekä mitkä asiat he näkevät työhyvinvointia parantavina ja heikentävinä tekijöinä.

## LÄHTEET

Ahola, K. & Hakanen, J. 2010. Terveysammattilaisen työuupumus: erityisenä haasteena vuorovai-  
kutus auttamistyössä. Duodecim. Katsaus. Viitattu 7.8.2019, [https://www-terveysportti-  
fi.ezp.oamk.fi:2047/xmedia/duo/duo99077.pdf](https://www-terveysportti-fi.ezp.oamk.fi:2047/xmedia/duo/duo99077.pdf)

Fagerström, V., Koivikko, A., Rauramo, P. 2016. Sosiaalialan työsuojelu ja – hyvinvointi. Otavan  
kirjapaino Oy.

Figley, C. 2002. Treating compassion fatigue. Viitattu 12.8.2019, [https://ebookcentral.pro-  
quest.com/lib/oamk-ebooks/reader.action?docID=1138596&query](https://ebookcentral.proquest.com/lib/oamk-ebooks/reader.action?docID=1138596&query)

Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N. & Benito, E. 2016. Compassion Satisfaction, Compas-  
sion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis.  
Viitattu 14.8.2019, [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(16\)31198-8/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(16)31198-8/fulltext)

Hahtela, N. 2017. Sairaanhoidajien työolobarometri 2016. Sairaanhoidajaliiton selvitys sosiaali- ja  
terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Viitattu 9.8.2019, [https://sairaanhoita-  
jat.fi/wp-content/uploads/2017/01/tyoolobarometri\\_2016.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/01/tyoolobarometri_2016.pdf)

Hahtela, N. 2019. Sairaanhoidajien työolobarometri 2018. Sairaanhoidajaliiton selvitys sosiaali- ja  
terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Viitattu 19.8.2019, [https://sairaanhoita-  
jat.fi/wp-content/uploads/2019/01/tyoolobarometri\\_2018\\_web.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2019/01/tyoolobarometri_2018_web.pdf)

Hakanen, J. 2004. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-  
alueilla. Työterveyslaitos. Viitattu 28.8.2019, [http://www.julkari.fi/bitstream/han-  
dle/10024/136585/Hakanen\\_Työuupumuksesta\\_ty%c3%b6n\\_imuun.pdf?sequence=1&isAllo-  
wed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136585/Hakanen_Työuupumuksesta_ty%c3%b6n_imuun.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hamunen, K. 2017. IASP:n vuoden 2017 teema on kipu leikkauksen jälkeen. Kipuviesti 1/2017. Viitattu 12.8.2019, <https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/c0165be433ea96b349695425ecd778bc/1565591989/application/pdf/224319/Kipuviesti%201-2017.pdf>

Hamunen, K. & Kontinen, V. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. Duodecim. Viitattu 11.4.2017, <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12492.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:51/2007.

Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen E., 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25(4). Viitattu 15.8.2019, <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1614408>

Kanste, O. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Terveystuoltohenkilöstön työhyvinvointi kunnallisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 5.

Kinnunen, M., Roine, R. & Aaltonen, L-M. 2019. Ammattitautina kiire ja uupumus. Lääkärilehti 6/2019 VSK 74. Artikkel. Viitattu 28.8.2019, <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/kantapaan-kautta/ammattitautina-kiire-ja-uupumus/>

Laine, S. 2019. Työhyvinvoinnin yhteys sairauspoissaoloihin. Tapaustutkimus sosiaali- ja terveystalouden organisaatiossa. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 30.8.2019, [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20190117/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20190117.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20190117/urn_nbn_fi_uef-20190117.pdf)

Luukkala, J. 2011. Jaksaa, jaksaa, jaksaa... -Työhyvinvointitaitojen kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Manka, M-L., Kaikkonen, M-L. & Nuutinen, S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön. Eväitä kehittämistyön avuksi. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen yliopisto & Euroopan Sosiaalirahasto. Viitattu 14.8.2017, <http://www.uta.fi/jkk/synergos/työvinvointi/tyhyopas.pdf>

Nissinen, L. 2007. Auttamisen rajoilla. Myötätuntouppumisen synty ja ehkäisy. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Paakkari, P. 2017. Krooninen (pitkäaikainen) kipu - lääkehoito. Lääkärikirja Duodecim. Artikkelinä. Viitattu 12.4.2017, [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00939&p\\_hakusana=akuutti%20kipu,%20krooninen%20kipu](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939&p_hakusana=akuutti%20kipu,%20krooninen%20kipu)

Puttonen, S., Hasu, M. & Pahkin, K. 2016. Työhyvinvointi paremmaksi: Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. Viitattu 29.8.2019, <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130787/Ty%C3%B6hyvinvointi%20paremmaksi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Porvoo: Bookwell Oy.

Rauramo, P. 2008. Työhyvinvoinnin portaat. Viisi vaikuttavaa askelta: Porvoo: Edita Publishing Oy.

Rauramo, P. 2012. Työhyvinvoinnin portaat. Viisi vaikuttavaa askelta. Porvoo. Bookwell Oy.

Ryström, I., Dalheim Eglund, L., Dellve, L. & Ahlstrom, L. 2017. Importance of social capital at the workplace for return to work among women with of long-term sick leave: a cohort study. Research Article. Viitattu 30.8.2019, <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-017-0234-2>

Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Salanterä S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M., 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 28.3.2017, [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Tietoa ja tutkimuksia työhyvinvoinnista. Viitattu 6.5.2017, <http://stm.fi/tietoa-tyohyvinvoinnista>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Työhyvinvointi. Viitattu 29.8.2019, <http://stm.fi/tyohyvinvointi>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenus Print

Toivola, K. 2004. Myötätuntouupumus - auttajan työperäinen riski. Viitattu 11.9.2017, [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ttl00149&p\\_haku=akuutin](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00149&p_haku=akuutin)

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 14.3.2019, [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

L 21.12.2001/1383. Työterveyshuoltolaki. Finlex. Viitattu 7.8.2017, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6terveyshuoltolaki>

L 23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki. Finlex. Viitattu 7.8.2017, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Työterveyslaitos. Työhyvinvointi. Viitattu 30.8.2019, <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>

Työterveyslaitos. 2019. Viitattu 27.8.2019, <https://www.ttl.fi/tyohon-liittyva-lainsaadanto/>

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy

Utriainen, K. 2009. Arvostava vastavuoroisuus ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin



ytimeä hoitotyössä. Oulun yliopisto. Viitattu 10.4.2017, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514291128.pdf>

Virolainen, H. 2013. Kokonaisvaltainen työhyvinvointi. Helsinki: BoD - Books on Demand.

## KIRJALLISUUSKATSAUKSEN AINEISTO

Abdalrahim, M.S., Majali, S.A. & Bergbom, I. 2010. Jordanian surgical nurses' experiences in caring for patients with postoperative pain.

Lindberg, J-O. & Engström, Å. 2011. Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management".

Ljusegren, G., Johansson, I., Berglund, G. & Enskär, K. 2011. Nurses' experiences of caring for children in pain.

Pellico, L.H., Gilliam, W.P., Lee, A.W. & Kerns, R.D. 2014. Hearing New Voices: Registered Nurses and Health Technicians Experience Caring for Chronic Pain Patients in Primary Care Clinics.

Rehej, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., Anoodheh, M., 2009. Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management.

Slatyer, S., Williams, A.M. & Michael, R. 2015. Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective.

Twycross, A. & Collins, S. 2013. Nurses' Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain.

Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A. 2016. Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis.

**Opiskelijat: Tuuli Karppinen & Jonna Saartoala Tutkimusongelma / tutkimuskysymys: Hoitajan työhyvinvointi kipupotilaan hoitotyössä**

Tutkimusartikkelin tekijät, julkaisuvuosi ja missä julkaistu (lehden nimi)	Artikkelin nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja sen analyysi	Keskeiset tutkimustulokset
Abdalahim, M.S., Majali, S.A. & Bergbom, I.  Applied Nursing Research, 2010	Jordanian surgical nurses' experiences in caring for patients with postoperative pain	Kuvata kirurgisen sairaanhoitajan kokemuksia hoitaessa postoperatiivisessa kivussa olevia potilaita.	N= 12, Kvalen ohjeet laadullisen tiedon analysoimiseen	Potilaiden laadullisen ja tehokkaan hoidon varmistamiseksi terveydenhuolto-organisaation on annettava sairaanhoitajille riittävät valtuudet ja ymmärrettävä heitä.
Rehej, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., Anoodheh, M.  Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2009	Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management	Postoperatiivisen kivun hoidon esteiden tunnistaminen sairaanhoitajien kokemusten ja käsitysten perusteella	N= 26, laadullinen sisällönanalyysi	Neljä pääteemaa nousi kivun hoidon esteeksi: sairaanhoitajien rajoitettu auktoriteetti, puutteet koulutuksessa, rajoitettu suhde potilaan ja hoitajan välillä sekä häiriöt kivunhallintatoimenpiteissä.
Jan-Olov Lindberg & Åsa Engström  Pain Management Nursing, 2011	Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management"	Kuvata akuuttihoiton sairaanhoitajien kokemuksia arvioidessa ja hoitaessa potilaiden kipua postoperatiivisessa tehohoitoyksikössä.	N=6, sovellettu laadullinen sisällönanalyysi	Hyvä potilassuhde on välttämätöntä kivunlievityksen onnistumiselle.
Ljusegren, G., Johansson, I., Berglund, G. & Enskär, K.  Child: care, health and development. 2011	Nurses' experiences of caring for children in pain	Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia lastenkivunhoidossa.	N=21, sisällönanalyysi	Kivun noudattaessa odotettua kaavaa sairaanhoitajat luottivat omaan tietoonsa ja tunsivat olonsa mukavaksi. Ennalta-arvaamattomissa tilanteissa sairaanhoitajat tunsivat pelkoa, voimattomuutta, luovuttamista ja epäluottavuutta.
Linda H. Pellico, Wesley P. Gilliam, Allison W. Lee & Robert D. Kerns  The Open Nursing Journal, 2014	Hearing New Voices: Registered Nurses and Health Technicians Experience Caring for Chronic Pain Patients in Primary Care Clinics	Saada tietoa sairaanhoitajien ja (HT)terveydenhuollon teknikoiden kokemuksista hoitaessaan kroonisista kivuista kärsiviä potilaita.	N=57, Krippendorffin menetelmä	Tutkimus osoittaa, että hoitotyöntekijät tarjoavat potilaskeskeistä hoitoa. Tiimipohjaisella työllä on tärkeä merkitys.
Susan Slatyer, Anne M. Williams & Rene Michael  International Journal of Nursing Studies, 2015	Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective	Kehittää substantiivinen teoria, joka selittää sairaalassa työskentelevän sairaanhoitajan näkökulmaa hoitaessa potilaita, joilla on jatkuvaa kipua.	N=44, jatkuva vertailumenetelmä	Sairanhoitajien hyvinvointiin vaikutti negatiivisesti, jos potilaan kipu ei hellittänyt.
Twycross, A. & Collins, S.  American Society for Pain Management Nursing, 2013	Nurses' Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain	Selvittää hoitajien näkemyksiä tehokkaan kivunhallintaa helpottavista tekijöistä ja sen esteistä. (Osa laajempaa tutkimusta)	N=30 (jaettiin pieniin ryhmiin), sisällönanalyysi	Sairanhoitajilla ja hoitohenkilökunnalla on liian vähän tietoa kipupotilaan hoidosta. Hoidon laatua heikentäviä tekijöitä: suuri työmäärä, pula henkilöstöstä, sairaanhoitajien välinen epäselvä vuorovaikutus lasten ja heidän vanhempiensa kanssa.
Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A.  Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2016	Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis	Kuvata terveydenhuollon ammattilaisten hoitokokemuksia ja toimia heidän arvioidessaan postoperatiivista kipua	N= 24, tutkimus analysoitiin kriittisten tapausten analyysillä	Kommunikaatiotaidot ja työolot vaikuttavat kivunarvioinnin suorittamiseen. (aika, hoidon jatkuvuus ja kliininen osaaminen, potilaiden kipuilmaisut, kipuluokitus...)