



**KIPUPOTILAAN HOITOMALLIN
KEHITTÄMINEN
YLEISSAIRAALAPSYKIATRIAN
OSASTOLLA**

Hannaleena Kohvakka

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013
Ylempi ammattikorkeakou-
lututkinto
Kliinisen asiantuntijan kou-
lutusohjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Mielensterveys- ja päihdetyö

KOHVAKKA, HANNALEENA:

Kipupotilaan hoitomallin kehittäminen yleissairaalapsykiatrian osastolla

Opinnäytetyö 106 sivua, joista liitteitä 13 sivua
Huhtikuu 2013

Kipu on kaikille tuttu, moniulotteinen aisti- ja tunnekokemus, joka sijoittuu ruumiin ja mielen rajapinnalle. Kroonisesta kipuoireilusta kärsii lähes puoli miljoonaa suomalaista ja sitä voidaan pitää kansantautina. Kroonistuessaan kipuoireiluun kuuluu monia seurannaisvaikutuksia niin fyysisellä, psyykkisellä kuin sosiaalisella elämän alueella, joten kipututkimus sekä kivunhoitokin on monialaista.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämisprojektina Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Tampereen yliopistollisen sairaalan yleissairaalapsykiatrian osastolla. Tarkoituksena oli kehittää yleissairaalapsykiatrian osaston kipupotilaan hoitomallia hoitotyön näkökulmasta. Kehittämisprojektissa edettiin toimintatutkimuksen vaiheiden mukaisesti. Aineisto kerättiin kirjallisuuskatsauksella sekä hoitajien ryhmähaastatteluilla ja analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Tavoitteena opinnäytetyöllä oli parantaa kipupotilaiden hoidon laatua yleissairaalapsykiatrian osastolla.

Tutkimuskysymysten avulla selvitettiin tietoa kipupotilaan hoidosta sekä hoitajien kokemuksia ja heidän käyttämiään keinoja liittyen kipupotilaan hoitoon ja hoidon kehittämiseen sekä kehittämisprojektin vaikutuksista heidän omaan toimintaansa. Keskeisiksi teemoiksi sekä kirjallisuuden että hoitajien kokemusten perusteella nousivat hoitajien asenteet, potilasopetus, psykologiset menetelmät, perheiden merkitys, potilaiden kipukokemukset ja moniammatillinen yhteistyö.

Hoitajien ymmärtävä asenne, hoitotyön tavoitteiden asettaminen sekä potilaan selviytymisen tukeminen ovat olennaisia tekijöitä kipupotilaan hoitotyössä. Saatujen tulosten pohjalta syntyi hoitomalli hoitotyön näkökulmasta. Sitä edelleen kehittämällä saadaan apuväline kipupotilaiden hoidon toteutuksen ja hoitajien perehdytyksen tueksi. Hoitomallin päivittäminen, osastotuntien ja opintopiirien järjestäminen sekä tiedon jakaminen käytännön työn ohessa, ylläpitäisi hoitajien tietotaitoa. Hoitomallin käyttöön oton toteutumista osastolla tulee tutkia jatkossa.

Asiasanat: kivunhoito, kipu, krooninen kipu, toimintatutkimus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Clinical Expertise

KOHVAKKA, HANNALEENA:

Development of a Treatment Model for Pain Patients in a General Hospital Psychiatric Unit

Master's thesis 106 pages, appendices 13pages
April 2013

This thesis was executed as a development project in General Hospital Psychiatry Unit of Tampere University Hospital in Pirkanmaa Hospital District. Its main purpose was to develop the treatment model of chronic pain patients from a nursing point of view. The aim was to improve the quality of pain patients' treatment in the general hospital psychiatry unit.

The development project was carried out according to the stages of action research. The present situation of the treatment was studied by reviewing articles and interviewing nurses. The data was analyzed by qualitative content analysis.

The research questions were used to find out information about the patients' treatment and the experiences and perceptions nurses have about the treatment, the development of the treatment, and the impact the development project had on their work. The main themes that both literature and nurses' experience highlighted were the attitudes of nurses, patient education, psychological methods, importance of family, patients' pain experiences, and multi-professional collaboration.

With the results gained it is possible to create a treatment model for chronic pain patients. By this model, all nurses participating in pain patients' treatment model could be familiarized with to the treatment.

Key words: pain treatment, pain, chronic pain, action research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1	Kipu	8
2.2	Krooninen kipu	10
2.3	Kivunhoito	13
2.3.1	Kroonisen kivunhoito.....	14
2.3.2	Psykologinen kivunhoito.....	17
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	22
4	TOIMINTATUTKIMUS.....	23
4.1	Toimintatutkimus kehittämis- ja tutkimusmenetelmänä.....	23
4.2	Toimintatutkimuksen prosessi	24
4.2.1	Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	29
4.2.2	Ryhmähaastattelujen toteutus	31
4.2.3	Aineiston analyysi.....	34
5	TULOKSET	38
5.1	Kipupotilaan hoito kirjallisuuden perusteella	38
5.1.1	Hoitajien asenteet	38
5.1.2	Potilasopetus	39
5.1.3	Psykologiset menetelmät.....	39
5.1.4	Perheiden merkitys.....	41
5.1.5	Potilaiden kipukokemukset	41
5.1.6	Moniammatillinen lähestymistapa	43
5.2	Hoitajien kokemuksia kipupotilaiden hoitotyöstä	44
5.2.1	Hoitajien kokemuksia omahoitajasuhteessa.....	44
5.2.2	Läheisten kanssa syntyneitä kokemuksia.....	46
5.2.3	Kokemuksia kipupotilaiden erilaisista tarpeista.....	47
5.2.4	Kokemuksia tutkimus- ja hoitajakson aikaisista haasteista	48
5.2.5	Kokemuksia hoitajien tiedon tarpeesta	49
5.2.6	Hoitajien kokemuksia kehittämishaasteista	51
5.3	Hoitajien käyttämiä keinoja kipupotilaiden hoidossa.....	52
5.3.1	Luottamuksellinen hoitosuhde	52
5.3.2	Hoidon suunnittelu ja toteutuksesta huolehtiminen	53
5.3.3	Potilaan tilanteen kartoitus	55
5.3.4	Potilaan tiedon lisääminen	56
5.3.5	Potilaan selviytymisen tukeminen.....	57
5.3.6	Eri lähestymistapojen mukainen käyttö	59

5.4	Hoitajien näkemyksiä kipupotilaiden hoidon kehittämisestä osastolla	61
5.4.1	Hoitajien tehtäväkuvan selkeyttäminen moniammatillisessa työryhmässä	61
5.4.2	Hoidon tavoitteiden selkeyttäminen	62
5.4.3	Hoitotyön sisällön kehittäminen	64
5.4.4	Hoitajien tietotason ylläpitäminen	67
5.5	Hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikutuksesta omaan toimintaan	68
5.6	Kipupotilaan hoitoprosessin kuvaus	70
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	72
6.1	Eettisyys	72
6.2	Luotettavuus	73
6.3	Tulosten tarkastelu	78
6.3.1	Hoitajien asenteet	78
6.3.2	Potilasopetus	79
6.3.3	Psykologiset menetelmät	80
6.3.4	Perheiden merkitys	81
6.3.5	Potilaiden kipukokemukset	82
6.3.6	Moniammatillinen yhteistyö	84
6.4	Kehittämissuhteet	85
	LIITTEET	94
	Liite 1. PSHP:n organisaatio	94
	Liite 2. Tietoinen suostumus	95
	Liite 3. Hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitotyöstä	97
	Liite 4. Hoitajien käyttämiä keinoja kipupotilaiden hoidossa	99
	Liite 5. Hoitajien näkemyksiä kipupotilaan hoidon kehittämisestä osastolla	101
	Liite 6. Hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikutuksesta omaan toimintaan	103
	Liite 7. Kirjallisuuskatsauksen taulukko	104

1 JOHDANTO

Kipu voi olla joko varoitus akuutista vaarasta tai pitkäkestoinen seuralainen. Kroonistuksessaan kivulla on monenlaisia seurannaisvaikutuksia. Se voi aiheuttaa toimintakyvyn rajoittumista, masennusta ja muita psyyken reaktioita sekä muutoksia elämäntilanteessa. Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan viidesosa aikuisista kärsii pitkittyneestä kiputilasta. Suomessa näitä oireita on melkein puolella miljoonalla ihmisellä ja kroonista kipua voidaan pitää kansantautina. (Haanpää 2010a, 7; Tola & Martikainen 2008, 1; Granström 2010, 10.) Kipututkimus on vilkasta sekä perustutkimuksen että kliinisen tutkimuksen sarjoilla, mutta hoitotieteessä kivun tutkimus on vielä nuorta, etenkin kroonisen kivun tutkimisen suhteen (Haanpää 2010a, 7; Kauppila ym. 2008). Kipu ja sen kokeminen on subjektiivista, mikä tekee sen tutkimisesta haasteellista. Kipuun sisältyy fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus, joten kipututkimus on monialalaista, kuten kivunhoitokin. (Varti 2000, 39.)

Hoitotyön lähtökohtana on, että potilaan kipukokemus uskotaan eikä sitä aseteta kyseenalaiseksi ja hoitajien tehtävänä on auttaa kroonisesta kivusta kärsivää potilasta selviytymään jokapäiväisestä elämästä. (Eloranta 2002, 2-4; Holma 2008, 11.) Potilas tarvitsee tietoa kivusta ja sen hoidosta hahmottaakseen kiputilanteensa (Kiuru 2006, 40). Potilaan ja henkilökunnan välinen luottamuksellinen suhde on olennaista hoidon toteutumisen kannalta (Salanterä 2008, 43) ja sairaanhoitaja on avainasemassa potilaan kivunhoidossa, koska hän kommunikoi suoraan potilaan kanssa (Vartiainen 2000, 22). Vaikean pitkäaikaisen kivunhoito on moniammatillista yhteistyötä (Holma 2008, 10), jossa eri erikoisalojen ja eri ammattiryhmien osaamista voidaan hyödyntää saumattomasti ja potilas lähipiireineen on moniammatillisen toiminnan tärkein osa (Pohjolainen 2009, 259).

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämissuorituksena Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, Tampereen yliopistollisen sairaalan yleissairaalapsykiatrian osastolla, jossa kipupotilaat ovat suurin hoidettava potilasryhmä eli 50-60% osastolla hoidettavista potilaista. Potilaat tulevat osastolle yleensä läheteellä, joko sairaanhoitopiiriin alueelta, erityisvastuualueilta tai erityisvastuualueiden ulkopuolelta. Kipupotilaiden hoito on haastavaa moniammatillista yhteistyötä, jossa hoitotyön rooli on merkityksellinen. Tausta-ajatuksena osaston

toiminnassa on biopsykososiaalinen viitekehys. (Alaja 2012; Leskinen 2011; Hietaharju & Leskinen 2009.)

Kipupotilaiden psykiatrista hoito- ja tutkimusprosessia on kehitetty yleissairaalapsykiatrian vastuuyksikössä ja erityisesti vuodeosastolla 2000-luvun alusta alkaen. Tähän on olennaisesti liittynyt yhteistyön kehittäminen kipupoliklinikan ja kuntoutustutkimusyksikön kanssa. Molemmat tahot toimivat myös yhteistyökumppaneina kliinisessä työssä. Molemmipuolisen potilaskonsultoinnin ja niihin liittyvien verkostopalaverien lisäksi asiantuntijuutta jaetaan kuukausittaisissa yhteistyöpalavereissa. Selkeiden yhteistyömallien luominen ja niiden ylläpitäminen on hyödyttänyt kaikkia yhteistyötahoja. (Hietaharju & Leskinen 2009.)

Kipupotilaat tulevat osastolle joko kipupotilaan tutkimusjaksolle, kipupotilaan hoitojaksolle tai työkyvyn arviointijaksolle. Osastojaksojen pituudet ovat keskimäärin 1-3 viikkoa, riippuen jakson tarpeista ja tavoitteista. Kipupotilaan viikon mittainen tutkimusjakso edeltää kipupotilaan hoitojaksoa tai sisältyy siihen. (Yleissairaalapsykiatrian vastuuyksikön toiminta-kertomus 2011, Hietaharju & Leskinen 2009.)

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää yleissairaalapsykiatrian osaston kipupotilaan hoitomallia. Aihe nousi sekä työelämän tarpeesta että omasta kiinnostuksesta kehittää kipupotilaan hoitojaksolle tulevien potilaiden hoitoa ja tehdä hoitajien osuutta kipupotilaan hoidossa selkeämmäksi. Kehittämisprojektin aikana kerättiin aiempaa tietoa kirjallisuudesta sekä haastateltiin osastolla työskenteleviä hoitajia. Aineiston analysoinnin tuloksena saatiin tietoa kipupotilaan hoidosta sekä hoitajien kokemuksista ja näkemyksistä kipupotilaiden hoitoon liittyen ja miten heidän hoitoaan tulisi kehittää edelleen ja kuinka kehittämisprojekti oli vaikuttanut hoitajien toimintaansa. Hoitomallin kehittämisen myötä tavoitteena oli parantaa kipupotilaiden hoidon laatua yleissairaalapsykiatrian osastolla.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kipu

Kansainvälinen kipujärjestö, IASP (International Association for the Study on Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tuntemukseksi sekä kokonaisvaltaiseksi kokemukseksi, joka liittyy tosiasialliseen tai mahdolliseen kudosaivuriin tai joka kuvataan sellaisena (IASP 2012). Olennaista on, ettei kivun sensorista tuntemusta voida erottaa tunnekokemuksesta (Winterowd ym. 2000, 3-4). Kipu on yksilöllinen epämiellyttävä tunne tai tila ja kokijalleen aina todellinen. Kipua ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta (Sailo 2000a, 30.) Kivun luonteeseen kuuluu vaihtelu ajan, paikan ja mielentilan mukaan (Ojala 2010, 4). Etenkään pitkittynyt kipu ei ole vain yksittäinen oire, vaan sitä voidaan pitää oireyhtymänä kivun moniulotteisuuden vuoksi. Kipuun sisältyy fyysinen, toiminnallinen sosiaalinen ja psyykinen komponentti ja sen kokeminen ja hoito ovat myös kulttuurisidonnaisia. (Varti 2000, 39.) Kipu on yksityistä, niin kauan kuin se pysyy muilta ihmisiltä salassa. Julkista kivun kokemisesta tulee kipukäyttäytymisen kautta, johon vaikuttavat sosiaaliset, kulttuuriset ja psykologiset tekijät. (Sarlio 2000, 24-25.)

Yleisimmin kipu jaotellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Ne ovat erotettu toisistaan kivun kestolla. Kipu on kroonista, kun se kestää pidempään kuin mitä kudosten odotettu paranemisaika on tai se on kestänyt yli kolme kuukautta. (Manner 2006, 12; Sailo 2000a, 35.) Akuutin ja kroonisen kivun erottaminen on tärkeää, koska niiden merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaiset. Akuutti eli lyhytaikainen kipu varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta, ja sille on tyypillistä äkillisyys, ohimenevyys ja paikannettavuus. Kroonisen eli pitkäaikaisen kivun merkitys on erilainen kuin akuutin kivun. Usein krooniselle kivulle ei voida löytää mitään hyödyllistä tehtävää, vaan kivun aiheuttajana voi olla esimerkiksi kipuhermojärjestelmän vaurioituminen. Voidaan puhua erikseen kudosaivuriokivusta ja hermovauriokivusta. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2011; Eloranta 2002, 8; Vainio 2009c, 15.)

Kipuaisti on ihmisille ja eläimille hengissä selviämisen edellytys, koska akuutti kipu varoittaa vaarasta (Vainio 2009c, 16). Ihmisille ja eläimille ovat yhteisiä kivun aiheuttamat biologiset tekijät, jotka ilmeisesti ovat perintötekijöiden määräämiä. Näitä tekijöi-

tä ovat esimerkiksi verenpaineen ja pulssin muutokset sekä välittömät ilmaisut kuten pako, väistämisreaktio, huuto, irvistäminen, tai liikkumattomuus. (Vaino 2009a.) Kipu-aistimus syntyy tarvittaessa hyvin nopeasti, mutta sen syntyprosessi on monimutkainen. Hermojen sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia ohjaavat välittäjäaineet, joista esimerkiksi endorfiini vähentää kipuherkkyyttä. Kivun aistiminen on hyvin kehittynyt elimistön toiminto ja kivun tutkijat näkevät sen niin tärkeänä keinona lajin ja yksilön selviytymisen kannalta, ettei kivun aistimus voi olla yhden mekanismin varassa. Tästä arvellaan johtuvan, että harvoin löydetään yhtä lääketta tai hoitoa, joka vaikuttaisi koko kipuprosessiin. (Granström 2010, 17-18.)

Kipua ei voi mitata suoraan sen subjektiivisen luonteen vuoksi, vaan ainoa keino on havainnoida ihmisen käyttäytymistä, jotta saataisiin käsitys hänen kokemasta kivusta (Estlander 2003, 65). Kipukäyttäytyminen, kivun ilmaiseminen, on reagointia kiputunteeseen. Se on sekä yksilöllistä, tahdosta riippumatonta että opittua. (Sarlio 2000, 26.) Kipukäyttäytymistä ovat kasvojen ilmeet, käytöksen muutos, ääntely ja sanat, joilla kuvataan kiputilaa tai siihen pyydetään helpotusta. Tapa arvioida kipua kyselykaavakkeiden avulla, lääkkeen ottaminen, lääkäriin hakeutuminen, tiettyjen liikkeiden välttäminen tai vetäytyminen pois sosiaalisista kontakteista ovat myös kipukäyttäytymistä. Siihen liittyy myös se merkitys, jonka ihminen kokemalleen kivulle antaa. (Sarlio 2000, 26; Estlander 2003, 65.)

Lääketieteen käsitys kivusta perustui pitkään ajatukselle, että kivun voimakkuus on suorassa suhteessa vaurion vaikeusasteeseen ja että kipu on joko elimellistä tai psyykkistä. Sitten modernien tutkimusmenetelmien myötä on saatu tietoa mielen ja fysiologisten tapahtumien vuorovaikutuksesta, jolloin tämä 1980-luvulle vallalla ollut perinteinen biolääketieteellinen käsitys on alkanut muuttua. Psykosomatiikka, lääketieteen alue joka tutkii psyykkisten ongelmien ja ruumiillisten oireiden välistä yhteyttä, on myös pohjautunut biolääketieteelliseen ajatteluun. Tässä valossa tunne-elämän ongelmilla on nähty olevan yhteys ruumiillisiin oireisiin ja sairauksiin. Psykiatriset tautiluokitukset ja diagnoosit perustuvat siihen, että psyykkisten oireiden taustalla oleva psykopatologia tai sairaus pyritään tunnistamaan. Ongelmallista on, että tautiluokituksissa kuvattujen kipuhäiriöiden syntymekanismeista ei vielä ole ollut tietoa, jota olisi voitu hyödyntää yksittäisten potilaiden hoidossa. Uudet kuvantamismenetelmät ja kehittynyt tutkimusteknologia ovat lisänneet tietoutta psyykkisten ja fysiologisten tapahtumien yhteyksistä. On saatu tietoa, että ulkoiset sekä mielen sisäiset tapahtumat muovaavat hermoverkkojen

rakenteita ja esimerkiksi voimakkaan kivun kokeminen muuttaa aivojen sähköistä ja kemiallista toimintaa. Kokeellisen tutkimuksen mukaan miellyttävien ajatusten on todettu vähentäneen kipua ja epämiellyttävien ajatusten lisäävän sitä. Psykkisten ja elimellisten tapahtumien syitä ja seurauksia ei voida erottaa, koska ne ovat jatkuvassa yhteydessä toisiinsa. (Vainio 2009b.)

Kivun kokeminen ja ilmaiseminen eivät selity pelkästään elimellisestä vauriosta tai vammasta, vaan siihen vaikuttaa biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät ja niiden vuorovaikutuksen merkitys. Kipua ja sen hoitoa voidaankin tarkastella biopsykososiaalisen ajattelutavan kautta. (Estlander 2003, 33.) Biopsykososiaalisen mallin mukaan ihmisen terveyttä ja sairautta tarkastellaan monitasoisen järjestelmän toimintana. Kehon toimintojen, ajatuksien, tunteiden, motivaation ja sosiaalisten suhteiden nähdään olevan vuorovaikutuksessa keskenään ja muuttuvan jatkuvasti, muodostaen siten dynaamisen kokonaisuuden. (Vainio 2009c, 26.)

Nykyään on käytetty myös käsitettä kokonaiskipu, joka huomioi kivun kokemuksellisuuden ja sen moniulotteiset vaikutukset ihmisen elämässä. Kokonaiskipu nähdään muodostuvan muun muassa fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, kulttuurisesta, hengellisestä ja yhteisöllisestä kivusta. (Eloranta 2002, 4.) Nämä eri tekijät, jotka kokonaiskipun tuntemukseen vaikuttavat, voivat auttaa ymmärtämään kipupotilaan tuntemuksia ja tunnistamaan erilaisia kipukokemuksia (Sailo 2000a, 30).

2.2 Krooninen kipu

Krooninen kipu voidaan jaotella nosiseptiiviseen eli kudosisvauriokipuun, neuropaattiseen eli hermovauriokipuun ja idiopaattiseen kipuun, kun selkeää kipua selittävää kudosis- tai hermovauriota ei löydy. Psykogeenistä kipu on silloin, kun se selittyy psyykkisin mekanismein. (Vainio 2009e, 154-157.)

Kroonisella kivulla ei ole tarkoitusta (Winterowd ym. 2000, 4), mutta monet tunteet ja psyykkiset tekijät liittyvät siihen, kuten masennus, ahdistus, pelko-välttämiskäytös, post-traumaattiset stressireaktiot, väsymys sekä vähäinen sosiaalinen aktiivisuus, unettomuus, ruumiintoimintojen tarkkailu ja viha (Ojala 2010, 10). Pitkään jatkuva kipu on

elämänkriisi, joka käynnistää jossakin vaiheessa suruprosessin ja henkilökohtaisen prosessin, jotta uudenlainen elämänhallinta olisi mahdollista saavuttaa (Kiuru 2006, 40). Nykyaikaisen kipututkimuksen keinoin on pystytty selkeästi osoittamaan, että kivun jatkuessa pitkään se aiheuttaa muutoksia keskushermostossa. Vaikka kivun alkuperäinen syy olisi jo hävinnyt, syntyneet muutokset ylläpitävät kipua. Tällöin kipu muuttuu oireesta itsenäiseksi sairaudeksi. (Vuorinen 2004, 8.) Krooninen kipu voi aiheuttaa lääkeriippuvuutta, ahdistuneisuutta ja se voi haitata työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista elämää. Aktiivisuuden väheneminen taas altistaa eristäytymiselle, masennukselle sekä fyysinen terveydentilan heikkenemiselle. (Otis 2007, 1.) Krooninen kipu voi aiheuttaa myös erilaisia muutoksia perhedynamiikassa ja parisuhteessa ja elämänpiirin kaventuessa kipupotilaat usein tuntevat itsensä yksinäisiksi ja eristyneiksi (Eloranta 2002, 1).

Eloranta (2002) kuvasi tutkimuksessaan kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia, kroonisen kivun vaikutuksia heidän arkielämässä ja kivun kanssa selviytymistä (Eloranta 2002, 2). Tutkimustuloksissa kipu näyttäytyi subjektiivisena kipukokemuksena. Kipupotilaat myös pyrkivät mieluummin salaamaan kuin näyttämään kivuliaisuuttaan. Kipu oli enimmäkseen muuttumatonta ja jatkuvaa, aiheuttaen kärsimystä ja vaikutuksia minäkuvaan sekä elämänasenteeseen. Kivun jatkuessa tapahtui muutoksia perheen sisäisissä suhteissa ja muussa sosiaalisessa elämässä, vaikka potilaan saivatkin hoitoa. Toimintarajoitukset myös hankaloittivat arkielämässä selviytymistä. Kipuongelman jatkuessa korostui potilaiden krooninen kivun hallinta, joka koostui itsehoitokeinoista ja lääketieteellisestä hoidosta sekä kipupotilaan kokemista voimavaroista ja hänen käsityksestään tulevaisuudesta. Kipupotilaat olivat kokeneet monenlaista kohtelua terveydenhuollon asiakkaina. Kivun olemassaolon uskottavuuteen oli ollut vaikuttamassa se, oliko kivulle onnistuttu löytämään lääketieteellinen syy ja miten terveydenhuoltohenkilöstö oli uskonut kipuun. Terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus ja potilaslääkärisuhde korostuivat, kun kipuongelma oli jatkunut pidempään. (Eloranta 2002, 55.)

Kroonista kipua ja masennusta ei ole perusteita pitää yhtenä ja samana asiana, mutta niillä on kuitenkin paljon yhteistä. Kivun muututtua krooniseksi on masennus luonnollinen reaktio terveyden menetykokemukseen, mikä on seurausta siitä, että kroonisessa kivussa mahdollisuudet osallistua normaaliin kotielämään, työhön ja liikkumiseen rajoittuvat ja usko tulevaisuuteen heikkenee. (Granström 2006.) Kuusisen (2004) tutkimuksen mukaan kipu ja depressio ovat erillisiä ulottuvuuksia. Koetulla kivulla ei ollut yhteyttä elämänhallintaan, mutta se vaikuttaa tähän aiheuttamiensa toimintahaittojen

kautta. (Kuusinen 2004, 56.) Psykososiaalisista resursseista sosiaalinen tuki ennusti depressio-oireissa tapahtuvaa muutosta sekä alkutilanteen suurempi aktiivisuus oli yhteydessä suurempaan oireilun vähenemiseen. Oireiden väheneminen oli sitä suurempaa, mitä enemmän puoliso tai läheinen koettiin alkutilanteessa huolehtivaksi. (Kuusinen 2004, 69.)

Manner (2006) selvitti tutkimuksessaan kroonisesta neuropaattisesta kipuoireyhtymästä aiheutuvaa sosiaalista haittaa (Manner 2006, 33). Tulosten perusteella sosiaalinen haitta muodostui taloudellisen toimeentulon alentumisesta sekä sosiaalisen verkoston kapeutumista, joka vaikutti eniten sosiaalisen haitan muodostumiseen. Sosiaalisen verkoston kapeutumiseen liittyi harrastuksista luopuminen ja ystävyys-suhteiden vähentyminen sekä fyysinen että psyykinen väsymys. Sopeutuminen uuteen elämäntilanteeseen vaatii paljon voimavaroja sekä kipupotilaalta itseltään, lähipiiriltä että palvelujärjestelmältä, ja tiedon saanti kivun hallintaan ja palvelujärjestelmään liittyen oli tärkeä osa tätä sopeutumisprosessia. Sosiaalinen haitta, joka oli aiheutunut kroonisesta hermovauriokivusta, on kiputilan aiheuttamien esteiden ja ongelmien kokonaisuus. Se vaikeuttaa tai estää sopeutumasta kiputilaan ja sen aiheuttamiin elämän muutoksiin. (Manner 2006, 85-87.)

Krooninen kipu on pysyvä stressitekijä, joka hallitsee elämää ja ajatuksia. Sen myötä elämän rasittavuus lisääntyy ja selviytymiseen tarvittavat voimavarat kaventuvat. Kivunhallinta käsite kuvaa ihmisen selviytymistä kroonisen kivun kanssa ja kivunhallinta nähdään olevan yksilön toteuttamaa onnistunutta kivunhoitoa. Yksilö käyttää kivunlievitysmenetelmiä ja arvioi näiden menetelmien vaikutusta toteuttaessaan kivunhallintaa, kun taas kivun säätely on kivun vaikutusten vähentämistä eri tilanteissa. Yksilön omista selviytymiskeinoista voi paljolti riippua, miten vahvasti krooninen kipu vaikuttaa ihmisen arkielämään ja toimintakykyyn. (Eloranta 2002, 19-20; Sailo 2000a, 35.) Saariaho (2012) selvitti varhaisten, pääasiassa tunneperäisten vastoinkäymisten yhteyttä pitkäaikaiseen kipuun, masentuneisuuteen ja kivun aiheuttamaan haittaan. Saariahon mukaan krooninen kipu on yhteydessä esimerkiksi varhaisiin vahingollisiin lapsuuden kokemuksiin, tunneperäiseen tuskaan, masentuneisuuteen, katastrofointi- ja avuttomuususkomuksiin, sosiaaliseen eristäytymiseen ja työtyytymättömyyteen. Tutkimustulokset tukivat ajatusta, että vaikeinta kivun aiheuttamaa haittaa kokevat krooniset kipupotilaat kärsivät varhaisesta tunneperäisestä kaltoinkohtelusta. Lapsuudenaikaisilla traumaattisilla kokemuksilla on pitkäaikaiset vaikutukset hyvinvointiin ja sairastavuuteen. Saariahon tutkimus korostaa varhaisten haitallisten skeemojen seurauksia krooni-

sessä kivussa ja sen seuralaisessa, masennuksessa, jotka molemmat aiheuttavat huomattavan elämän laadun heikkenemisen. Vaativuuden/ylíkriittisyyden ja uhrautumisen skeemat esiintyvät kroonisesta kivusta kärsivillä useimmin ja johtivat käyttäytymiseen, joka hankaloitti kiputilaa ja esti heitä toipumasta. Skeematerapia voi Saariahon (2012) mukaan tarjota erityistä apua kroonisten kipupotilaiden hoitomenetelmänä. (Saariaho 2012, 11-12.)

2.3 Kivunhoito

Hoitotyön lähtökohtana on aina se, että potilaan kipukokemusta ei aseteta kyseenalaiseksi, vaan häntä uskotaan. Hoitotieteessä korostetaan kivun subjektiivisuutta ja ilmiön laaja-alaisuutta. Hoitotyön tehtävänä on auttaa kroonista kipua sairastavaa potilasta selviytymään jokapäiväisestä elämästä. (Eloranta 2002, 2-4; Holma 2008,11.) Jotta potilas kykenisi hahmottamaan oman tilanteensa, tarvitsee hän tietoa kivusta sekä sen eri hoitomahdollisuuksista (Kiuru 2006, 40). Tärkeää on, että hoitohenkilökunnan ja potilaan välille saadaan luotua luottamuksellinen suhde (Salanterä 2008, 43). Yhteisymmärryksen ja jaetun näkemyksen saavuttaminen on yksi hoidon onnistumisen edellytys ja se mahdollistuu yhteistyösuhteessa. Hoitoon osallistuminen ja siitä hyötyminen edellyttää potilaalta aktiivista osallistumista ja omaa vastuuta. Yhteistyösuhteessa potilaan käsityksiä kunnioitetaan, mutta vaihtoehtoisia näkemyksiä voidaan tuoda esille. (Estlander 2003, 171.)

Sairaanhoitaja on avainasemassa potilaan kivunhoidossa, koska hän kommunikoi potilaan kanssa suoraan. Potilaan ja hoitajan välinen suhde on usein perusta moniammatilliselle yhteistyölle potilaan kivunhoidossa. (Vartiainen 2000, 22.) Omahaohitajan roolina on huolehtia moniammatillisessa työryhmässä potilaiden perehdytyksestä ja orientoinnista laitosjaksolle, heidän perustarpeidensa toteuttamisesta ja yleisestä hyvinvoinnista sekä jatkuvan palautteen toteutumisesta. Sairaanhoitaja voi myös toteuttaa ryhmätoimintaa, jossa on terveyskasvatuksellinen luonne. (Estlander 2003, 213.)

Kivun kirjaaminen on tärkeä osa kivunhoitoa. Kirjaamisen avulla voidaan saattaa tietoon mitä hoitotoimia on tehty, mitä suunnitellaan tehtäväksi ja välittää potilaan oma kipukokemus häntä hoitavalle henkilökunnalle. Hyvän hoitotyön kirjaamisen edellytyksenä on, että sen avulla mahdollistetaan hoidon jatkuvuus, suunnittelu, toteutus ja arvi-

ointi sekä varmistetaan potilasturvallisuus. Hoidon laadun varmistaminen sekä kehittäminen mahdollistuvat myös hyvän kirjaamisen avulla. Kivun kirjaaminen perustuu tietoon erilaisista kiputyypeistä, kivun ilmenemismuodoista sekä yksilöllisistä tekijöistä liittyen kivun ilmaisemiseen. Kipuanalyysi, joka tehdään moniammatillisena yhteistyönä, toimii pohjana kirjaamiselle. Kipuanalyysi perustuu potilaan omaan kertomukseen kivusta ja sitä tehdessä kiinnitetään huomiota hänen tapaansa ja sävyyn puhua kivusta, sekä kertomuksen pituuteen. (Sailo 2000b, 97, 99.)

Kipupotilaan hoidon suunnittelu perustuu kokonaisvaltaiseen arviointiin, johon sisältyy psyyken, kognition ja käyttäytymisen arviot somaattisen diagnostiikan lisäksi (Tola & Martikainen 2008, 1). Kipupotilaan tutkimuksen ja hoidon aikana saadut tiedot ja tehdyt havainnot kirjataan yliopistollisissa sairaaloissa käytössä olevaan moniammatilliseen hoitokertomukseen. Esitiedot, löydökset, päätelmät ja jatkosuunnitelma kirjataan niin, että myös potilas kykenee ymmärtämään tekstin. Selkeät ja huolelliset merkinnät ovat perusta hoitovasteen arvioille. (Haanpää 2009, 122; Nykänen & Junttila 2012, 18.) Hoitotyön kirjaukset varmistavat potilaan hoidon jatkuvuuden ja edistävät potilasturvallisuutta. Yhdenmukainen tieto edistää tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä eri käyttötarkoituksiin sekä myös kirjaamisen tarve vähenee. Kirjauksissa tulee huomioida hoidon ja hoitotyön suunnitelmat, toimenpiteet ja hoitotyön toiminta sekä arvioida näiden vaikutusta potilaan vointiin. Hoidon aikana kootaan hoitotyön yhteenveto, josta tulee esille potilaan saama hoito hoitajakson aikana, potilaan vointi jakson päätyttyä sekä olennaiset tiedot jatkohoidon kannalta. Hoitotyön yhteenveto voidaan potilaan luvalla lähettää jatkohoitopaikkaan. (PSHP 2012c; Hassinen & Tanttu 2008.)

2.3.1 Kroonisen kivunhoito

Kroonisen kivunhoito on prosessi, joka perustuu potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten asettamiin yhteisiin tavoitteisiin. Potilaan edistymistä seurataan ja toimintakykyä arvioidaan määrätyn väliajoin ja potilaan omaa vastuuta korostetaan hänen hoito- ja kuntoutusprosessissaan. Konkreettiset välitavoitteet selkeyttävät ja jäsentävät potilaalle hänen tilannettaan. Keskeinen sisältö hoidossa ja kuntoutuksessa on luottamuksen rakentuminen omaan suoriutumiseen, selviytymisen koheneminen harjoittelun avulla ja tilanteeseen mukautuminen. Onnistunut kivunhoito edellyttää riittävää tietoa ja taitoa, vaikuttaviksi todettujen menetelmien käyttöä sekä toimivia hoitoketjuja, jolloin voidaan

säästää sekä yksilön kärsimystä että yhteiskunnan kustannuksia. (Tola & Martikainen 2008, 3-4.)

Kipupotilaiden ensisijainen hoitovastuu on perusterveydenhuollossa, joka tarvittaessa konsultoi erikoissairaanhoidon (Haanpää 2010b). Vaikean pitkäaikaisen kivunhoito on moniammatillista yhteistyötä, jossa lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä osallistuvat potilaan hoitoon (Holma 2008, 10). Moniammatillisella työllä voidaan tarkoittaa työtä, jossa tekijät edustavat eri ammatteja, toimien kuitenkin samalla sektorilla (Pohjolainen 2009, 259). Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata asiakastyössä eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus, integroimalla yhteen eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot (Isoherranen 2005, 14). Kiputyöryhmässä toteutetaan biopsykososiaalista viitekehystä, jossa lääkäri ja fysioterapeutti edustavat biologis-fyysistä puolta, kun taas psykososiaalisen puolen edustajia voivat olla esimerkiksi psykologi ja sosiaalityöntekijä (Pohjolainen 2009, 259). Moniammatillisessa työryhmässä lääketieteen eri erikoisalojen ja eri ammattiryhmien osaamista voidaan hyödyntää saumattomasti. Yleensä kiputyöryhmä on osaston tai sairaalan kipupotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta vastaava eri ammattiryhmien edustajista koostuva työryhmä. Ryhmän jäsenillä on kollektiivinen vastuu kipupotilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta ja ryhmän toimintaperiaatteet ja päätöksentekomenetelmät ovat selkeästi ja täsmällisesti sovittuja. Ryhmän tärkein jäsen on kuitenkin kipupotilas, sillä hänen aktiivinen osallistumisensa on hoidon onnistumisen edellytys. Hoidon sisällön tavoitteiden tulee olla potilaan kannalta sellaisia, joihin hän voi sitoutua. (Holma 2008, 10; Manner 2006, 25; Tola & Martikainen 2008, 3; Pohjolainen 2009, 260.) Moniammatillinen työryhmä tarvitsee johtajan, joka yhdessä ryhmän kanssa valitsee asioiden tärkeysjärjestyksen ja asettaa aikarajat. Johtaja auttaa myös jäseniä tarkentamaan näkemyksiään, jotta käsiteltävästä asiasta ei tule epäselvyyksiä. Moniammatillinen työryhmä on parhaassa tapauksessa enemmän kuin osiansa summa, jolloin toiminta on tehokasta ja ilman turhia päällekkäisyyksiä. Se edellyttää, että ollaan selvillä miten oikeat kyvyt yhdistetään parhaiten. Käytännön työskentelyssä työryhmän jäsenten tieto ja kokemus konkretisoituvat ja jäsenten väliset erot tulisi nähdä voimavarana. (Pohjolainen 2009, 260, 262.)

Krooninen kipu hallitsee ihmisen tietoisuutta sekä tuhoaa mielialaa, toimintakykyä, itseluottamusta ja ajatusmaailmaa. Hoidolla pyritäänkin vaikuttamaan sekä itse kipuun, että myös kroonisen kivun seuraustekijöihin. Jos erilaisista hoitoyrityksistä huolimatta poti-

laan kiputilanteeseen ei saada apua, on heidän opittava elämään kivun kanssa ja hyväksyttävä se osaksi arkea. (Holma 2008, 5-6; Salanterä 2008, 43.) Hoidon tavoitteena on jäsentää potilaan elämäntilannetta, vähentää kipua ja siitä aiheutuvaa haittaa, parantaa toimintakykyä sekä vahvistaa selviytymiskeinoja. Kipupotilasta hoitavan työryhmän tehtävänä on tukea ja kannustaa potilasta, sekä motivoida itsehoitoon, harjoitteluun ja liikuntaan. (Pohjolainen 2009, 261.)

Perusedellytys kipupotilaan hoidolle on hyvä jatkuva hoitosuhde (Tola & Martikainen 2008, 2). Heikkinen-Lefortin (2009) mukaan kivun tuomiin muutoksiin sopeutuminen vaatii kivun kokijalta runsaasti psyykkisiä voimavaroja, joita kokemukset lääkärin vastaanotolla voivat heikentää tai vahvistaa, joten lääkärin suhtautuminen kipuun osoittautui tärkeäksi tekijäksi. Mielisairaaksi tai liian sairaaksi leimaaminen vaikuttaa myös kokemukseen omasta itsestä. (Heikkinen-Lefort 2009, 64.) Somaattisista hoidoista vastaava lääkäri, joka ei kiellä kivun olemassaolon todellisuutta, voi rakentaa potilaaseen luottamuksellisen suhteen, joka itsessään lievittää kipua ja ahdistuneisuutta (Vainio 2009d, 160).

Valtaosa kipupotilaista tarvitsee lääkehoitoa ja yleensä käytetään eri mekanismeihin vaikuttavia lääkkeitä yhdessä (Holma 2008, 11). Kudosvauriokivun ja hermovauriokivun hoidossa käytettävien lääkkeiden tehosta on olemassa hyvää tutkimusnäyttöä ja tarvittaessa voidaan käyttää myös eri mekanismeihin vaikuttavien lääkkeiden yhdistelmää (Tola & Martikainen 2008, 3). Kroonisen kivun lääkehoito suunnitellaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti ja joskus sopivan lääkkeen löytäminen saattaa kestää kuukausia. Ensisijaisia lääkkeitä kroonisen kivun hoidossa ovat kivun säätelyjärjestelmään ja sen välittäjäaineisiin vaikuttavat lääkkeet, kuten esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet ja epilepsialääkkeet. (Vainio 2009c, 89.)

Sopivan kipulääkityksen etsinnän rinnalla on tärkeää huolehtia riittävästä informoinnista, lääkkeettömien kivunhallintakeinojen ohjauksesta ja potilaan rohkaisusta. Kun potilaat saavat tietoa siitä, mistä kivussa on kyse sekä yksilölliset ohjeet, tuetaan potilaan sopeutumista ja hänen mahdollisuuksiaan vaikuttaa omaan vointiinsa. (Tola & Martikainen 2008, 2.) Holma (2008) tutki kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kokemuksia lyhyestä ohjausinterventiosta. Intervention avulla oli tarkoitus vahvistaa kipupotilaiden voimavaroja ja helpottaa arkipäivän selviytymistä. (Holma 2008, 6.) Tutkimuksen tulosten mukaan kipupotilaiden voimavaroja mahdollisti tiedon saaminen, vertaisryh-

mään osallistuminen, ohjaajan rooli, omaisten osallistuminen, turvallinen ilmapiiri ja kipukurssin kehittäminen. Tuloksista nousi esille, että teoreettinen tieto kroonisesta kivusta koettiin tarpeelliseksi, kipuun liittyvien tunteiden ja ajatusten käsittely merkitykselliseksi ja tieto kivunhallintamenetelmistä toi uusia mahdollisuuksia hallita kipua. (Holma 2008, 36-37.)

Psykologiset tekijät, kuten pelot ja masentuneisuus voivat pitkittää tai hidastaa kivuista kuntoutumista. Pelot saattavat johtaa liialliseen varovaisuuteen ja liikunnan välttämiseen, mikä puolestaan aiheuttaa rappeutumismuutoksia lihaksissa, verenkierrossa sekä hermostossa ja voi johtaa kiputilan vaikeutumiseen ja jännitystilojen lisääntymiseen. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2011.) Kroonisesta kivusta kärsiville potilaille on tärkeää antaa tietoa liikunnan roolista kivun hallinnassa ja sen rentouttavasta vaikutuksesta. Liikuntaneuvonnassa kannattaa hyödyntää fysioterapeutin osaamista. Rentoutumisen merkitys, huomion suuntaaminen pois kivusta potilasta kiinnostaviin asioihin sekä hyvää oloa tuottavien asioiden tärkeys on hyvä tuoda esille potilaalle. (Tola & Martikainen 2008, 2-3.)

Fysioterapia käyttää kroonisen kivun hoidossa fysikaalisia keinoja, rentoutusharjoituksia ja erilaisia psykologisesti vaikuttavia menetelmiä. Kipupotilaan ohjaus tähtää kivun lievittymiseen ja potilaan itsenäisempään oteeseen. (Holma 2008, 11-12.) Kroonisesta kivusta kärsivän potilaan voidaan fysioterapiassa lähteä purkamaan kivun perusasioiden selvittämiseksi. Kipumekanismien läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa voi auttaa häntä löytämään elämäänsä helpotusta. Fysioterapia kannattaa aloittaa potilaan asenteiden ja uskomusten kyseenalaistamisella, jos niissä huomataan vääristymiä. (Ojala 2010, 2.)

2.3.2 Psykologinen kivunhoito

Psykologisen kivun hoidon tavoitteena on lisätä tietoa kipuun liittyvistä tekijöistä ja hoitomahdollisuuksista, purkaa kipuun liittyvää toivottomuuden kehää sekä lisätä kipupotilaan omia kivunhallintakeinoja (Holma 2008, 11-12). Hoidon vaikuttavuus on usein parempi hoitomuotoja yhdisteltäessä (Kukkurainen & Knaappila, 2007).

Auttaja-potilas suhde ja siinä tapahtuva vuorovaikutus ovat kaiken hoidon perusta. Auttajan ominaisuudet, vuorovaikutustapahtuma ja potilaan kokemus siitä, että hänen ko-

kemuksiaan kuunnellaan, uskotaan ja että hän tulee ymmärretyksi, ovat yksittäisiä hoitomenetelmiä ja tekniikoita tärkeämpiä tekijöitä. Kipupotilaan psykologinen hoito vaatii laajaa teoreettista tietämystä sekä psykologiasta että kivusta ja auttaja tarvitsee myös työvälineitä, erityisten hoitomenetelmien yksityiskohtien hallintaa. Lisäksi esimerkiksi potilaan ja auttajan motivaatio ja sitoutuminen ovat perusedellytyksiä hoidolle. Kannatteleva ja muutosta tukeva vuorovaikutussuhde, toivon ylläpitäminen, ongelmien riittävä kartoittaminen, hoidon yksilöllisyys sekä yhteinen, jaettu näkemys ovat myös keskeisiä elementtejä potilaan onnistuneen hoidon mahdollistumiselle. (Estlander 2003, 168-169.)

Kannattelu on psykoterapeuttisen työn ohella myös osa yleistä hoitotyötä. Auttaja ottaa vastaan ja kestää potilaan vaikeat kokemukset ja on hänen kanssaan kärsimyksessä, jonka kiputilanne aiheuttaa. Auttaja kantaa potilaan kuormaa yhdessä hänen kanssaan. Auttajan empatia, aito kiinnostus, kuunteleminen ja pohtiminen, luottamus, potilaan kunnioitus, hoitokontaktin jatkuvuus ja rauhallinen fyysinen ympäristö luovat puitteet kannattelevalle hoidolle. Toivon ylläpitäminen liittyy kaikkeen auttamistyöhön ja on yhteydessä muun muassa pystyvyyskäsitusten vahvistamiseen. Uusien taitojen, esimerkiksi rentoutustekniikan oppiminen, voi lisätä hallinnan tunnetta ja pystyvyyttä, mikä puolestaan vähentää kivun tuottamaa ahdistusta ja keinottomuutta. Auttajan täytyy myös tietää riittävästi potilaasta, jolle hoito suunnitellaan. Lääketieteellisen diagnoosin ja kivun kartoittamisen lisäksi tulee olla arvio siitä, mitkä tekijät ovat aiheuttaneet ja ylläpitävät potilaan ongelmaa ja mitä muuttamalla tilanne voisi korjaantua. Uskomukset, tunteet, fysiologiset tapahtumat, käyttäytyminen, ihmissuhteet, elämäntilanne ja elämänhistoria voivat olla vaikuttamassa potilaan kiputilanteeseen. Alkututkimuksen aikana on tarkoitus selvittää millaisesta hoidosta potilas voisi hyötyä ja luoda yksilöllinen hoito-ohjelma, jolloin myös alkaa yhteistyösuhde. Joskus hoidon tavoitteet voivat olla ristiriitaisia ja potilaan hoitoon liittyvillä henkilöillä tai tahoilla voi olla eriävät käsitykset hoidon tavoitteista. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on, että päästään yhteisiin tavoitteisiin. (Estlander 2003, 169-171.)

Kroonisesta kivusta kärsivät omaavat yleensä joitakin selviytymiskeinoja, miten elää kivun kanssa. Erilaisten selviytymiskeinojen joustava käyttö auttaa potilasta tulemaan kivun kanssa toimeen. Olemassa olevat keinot selviytyä pohjaavat ihmisen persoonallisuuteen, totuttuihin tapoihin ja varhain opittuihin malleihin, jotka tulevat automaattisesti käyttöön vaikeissa tilanteissa. Näiden keinojen jäsentäminen ja uudenlaisten selviytymiskeinojen oppiminen voi olla osa kipukuntoutusta tai terapeuttista työskentelyä. Sel-

viytymiskeinot voi liittyä kivun vähentämiseen, esimerkiksi lääke- tai kylmähoidon avulla tai rentoutumiseen keinoin, jolloin tietoisesti haetaan rentoutunutta olotilaa. Kei-not voivat olla myös huomion suuntaamista muualle, jolloin pyritään saamaan ajatukset pois kivusta tekemällä jotakin mielenkiintoista tai uudelleen määrittelyn avulla, jolloin tietoisesti pyritään näkemään kipu sellaisessa valossa, jotta sen kestää paremmin. Myös tunteiden tuuletus on selviytymiskeino, jolloin kiputilanteen tuottamia tunteita pyritään purkamaan ja työstämään ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden välttämiseksi. Henki-sen tuen etsintä esimerkiksi joogan tai rukoilemisen keinoin tai emotionaalisen tuen etsintä, jolloin haetaan läheisiltä tai ammattihenkilöiltä tukea tunteiden käsittelyyn, voi myös auttaa kipupotilasta selviytymään. (Vuorimaa 2007.)

Terapian onnistumisen kannalta kroonisesta kivusta kärsivän potilaan uskomuksilla on nähty olevan merkitystä. Haitallisimpien uskomusten omasta kivusta on nähty liittyvän ensiksi kivun syytekijöihin. Mikäli kipupotilaan mielestä hänen kivulleen ei ole selittä-vää tekijää, ennustaa se terapian kannalta huonoa hoitoennustetta. Toinen ennustetta heikentävä tekijä on, jos potilas kokee kipunsa aina samanlaisena, ilman vaihtelua. Eri-tyisen raskauttavaa on, jos potilas uskoo kivun olevan aina vakavaa. Uskomusten haital-lisuudesta antaa viitettä kroonisen kivun seurausten arviointi. Kipupotilaan uskoessa seurausten olevan väistämättömät ja katastrofaaliset, nähdään sen ennustavan huonoa tulosta terapialle. Erityisen haitallinen uskomus on syyllistäminen, etenkin jos potilas syyttää kivusta itseään. (Ojala 2010, 4-5.)

Kognitiivisella käyttäytymisterapialla on saatu hyviä tuloksia kroonisen kivun hoidossa ja kipukuntoutuksessa paras vaikuttavuus on tutkimustulosten mukaan ollut hoitokoko-naisuuksilla, joissa on mukana kognitiivis-behavioraalinen psykologinen ote. Psykote-rapiasta on nähty saatavan apua sen myötä, että kipuun liittyvä pelko, ahdistus ja ma-sennus vähenee terapian avulla ja näin ollen vaikuttaa kivun kokemiseen. (Tola & Mar-tikainen 2008, 3.) Kognitiivinen käyttäytymisterapia on lähestymistapa, jolla pyritään uskomusten ja käyttäytymisen muuttamiseen. Se on tiettyihin taustateorioihin perustuva ja erilaisia joustavasti sovellettavissa olevia kognitiivisia sekä käyttäytymisterapeuttisia työskentelymuotoja sisältävä kokonaisuus. Hoidon tavoitteena on, että potilas tulee pa-remmin kipunsa kanssa toimeen. Lähestymistapa sopii hyvin biopsykososiaaliseen vii-tekehykseen. Hoidon tavoitteet laaditaan hyvän alkututkimuksen pohjalta yhteistyössä potilaan kanssa. Auttajan rooli on neuvoa sekä opastaa ja potilas osallistuu aktiivisesti hoitoonsa ja on siitä myös omalta osaltaan vastuussa. Hoidossa on keskeistä kipuun

liittyvien käsitteiden, kokemusten ja ilmiöiden jäsentäminen. Tavoitteet voivat olla konkreettisia, kuten lääkityksen vähentäminen ja liikunnan lisääminen tietyille tasolle tai yleisemmälle tasolle asetettuja, kuten oireiden sietäminen, parempi selviytyminen arkielämässä ja työssä, kivun hallinta ja pystyvyys. Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä voidaan soveltaa joko yksilö- tai ryhmäterapiassa ja niitä yhdistetään usein moniammatillisiin hoito-ohjelmiin. (Estlander 2003, 194-195.)

Kroonisesta kivusta kärsivien terapioissa on pyritty löytämään uusia muotoja ja vaihtoehtoja, joiden avulla voitaisiin helpottaa elämää kroonisen kivun kanssa. Eräs näkökulma on kroonisen kivun hyväksyminen. (Ojala 2010, 12.) Hyväksymis- ja omistautumisterapia (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), on kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto, joka pohjautuu funktionaaliseen käyttäytymisanalyysiin. Pitkäaikaisten terveysongelmien yhteydessä ongelmaksi usein muodostuvat yritykset hallita tunteita ja ajatuksia. Vaihtoehtoisena lähestymistapana on vastustamisen sijaan hyväksyä tilanne ja pyrkiä toteuttamaan elämässään itselle arvokkaita asioita ja tavoitteita kivuista huolimatta. (Kukkurainen & Knaappila, 2007.) Tavoitteena on, että vaikka kivun intensiteetti ei välttämättä laske, kivun sietokyky kasvaa, jolloin elämä kivun kanssa muuttuu ja arjessa pärjääminen helpottuu (Ojala 2010, 13). Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa käytetään muun muassa metaforia, erilaisia tietoisuusharjoituksia, joiden avulla opitaan tarkastelemaan nykyhetkeä ja lisäämään tietoisuutta siitä. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on hyvä yhdistää potilasopetukseen ja fyysisen suorituskyvyn parantamiseen pyrkivään harjoitteluun. (Kukkurainen & Knaappila, 2007.)

Landström (2006) tutki näkykö hyväksymis- ja omistautumisterapian (ACT) soveltaminen yleissairaalapsykiatrian osastolla hoitotuloksessa, tapahtuuko hyväksynnässä ja psyykkisessä joustavuudessa muutosta hoitajakson aikana ja mikä on sen yhteys hoitotulokseen (Landström 2006, 17). Tulokset viittasivat siihen, että hyväksyntä on tärkeä osa toipumisprosessia ja hyväksymis- ja omistautumisterapia näyttää vaikuttavan laajalaisemmin potilaan elämäntilanteeseen kuin vertailtavana ollut terapia. Erityisesti niiden psykiatristen potilaiden kohdalla, joille on kasaantunut psyykkisten ongelmien lisäksi somaattisia vaivoja ja taloudellisia tai sosiaalisia ongelmia, näyttäisi hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltamisella olevan vaikutusta. (Landström 2006, 34.)

LaChapelle (2008) on tutkinut kroonisen kivun hyväksymisprosessia ja tutkimuksen mukaan hyväksymistä on edesauttanut tiedon saanti ja sen mahdollistama omatoimi-

suus, liittyen fyysiseen harjoitteluun, ruokavalioon, uneen, huumoriin ja sosiaalisiin suhteisiin, perinteisen lääketieteellisen hoidon ohella. Toinen merkittävä hyväksymistä edistävä tekijä on tutkitusti ollut sosiaalinen tuki niin perheeltä ja ystäviltä kuin vertaisryhmistä ja terveydenhuoltohenkilökunnaltakin. Lähimmäisiltä haluttiin enemmän emotionaalista ymmärrystä ja tukea, kun taas vihan ja pettymysten käsittelyyn toivottiin tukea ammattilaisilta ja vertaisryhmiltä. Suurimpia esteitä hyväksymiselle olivatkin tuen puuttuminen sekä toisten hyväksymättömyys sairautta kohtaan. Kivun jatkuva läsnäolo oli myös esteenä kivun hyväksymiselle, sen psyykkisen ja fyysisen kuormittavuuden vuoksi. (LaChapelle ym. 2008).

Kroonisen kivun hyväksymisestä on tutkimusten mukaan merkittävää apua kroonisesta kivusta kärsivien arjessa pärjäämiseen. Näkökulma vaatii moniammatillisen työryhmän suunnittelemaa ja toteuttamaa terapiaa ja kroonista kipua mitattaessa tulee huomioida muutakin kuin kivun voimakkuutta. Yksi käytetyimmistä kroonisen kivun mittareista maailmalla on CPAQ (Chronic Pain Acceptance Questionnaire), joka mittaa kroonisen kivun emotionaalisia, kognitiivisia, ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä (Ojala 2010, 3, 37.) Ojalan (2010) mukaan suomen kielelle käännetty CPAQ -mittari on osoittautunut luotettavaksi reliabiliteettinsa ja validiteettinsa suhteen ja mittaria voi vapaasti käyttää tutkimustyössä ja käytännön kliinisessä toiminnassa. (Ojala 2010, 21, 49.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää yleissairaalapsykiatrian osaston kipupotilaan hoitomallia hoitotyön näkökulmasta.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Mitä aiempaa tietoa on kipupotilaan hoitotyöstä?
2. Millaisia kokemuksia hoitajilla on kipupotilaan hoitotyöstä osastolla?
3. Mitä hoitotyön keinoja hoitajat kokevat käyttävänsä kipupotilaan hoidossa?
4. Mitä näkemyksiä hoitajilla on kipupotilaan hoidon kehittämisestä osastolla?
5. Miten hoitajat ovat kokeneet kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikuttaneen omaan toimintaansa?

Opinnäytetyönä toteutetun kehittämisprojektin tavoitteena oli parantaa kipupotilaiden hoidon laatua yleissairaalapsykiatrian osastolla.

4 TOIMINTATUTKIMUS

4.1 Toimintatutkimus kehittämis- ja tutkimusmenetelmänä

Tässä opinnäytetyössä ja kehittämisprojektissa käytetään metodisena viitekehyksenä toimintatutkimusta. Toimintatutkimus on yleisnimitys lähestymistavoille, joissa pyritään kehittämään jotakin muutokseen tähtäävillä toiminnoilla ja saamaan aikaan todellista muutosta. Samalla myös tutkitaan näitä muutoksia. (Sutinen 2010, 37.) Terveystieteiden järjestelmissä toimintatutkimuksen keinoin on pyritty parantamaan elinolosuhteita ja käytäntöjä (Koshy ym. 2011, 1). Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa toiminnan kehittämiseksi ja siinä tutkitaan ihmisten toimintaa. Muusta kehittämisestä toimintatutkimus eroaa siltä osin, että sen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa ja saattaa se julkisesti arvioitavaksi. (Heikkinen 2006, 16, 30.) Toimintatutkimus yhdistää teorian ja käytännön (Heikkinen 2006, 29), mikä tässäkin kehittämisprojektissa on olennainen näkökulma. Tavoitteena on käytännössä todetun ongelman ja sitä koskevan teoreettisen tiedon lisääminen (Lauri 1997, 119).

Toimintatutkimusta on karkeasti jaoteltuna mahdollista tehdä kahdella tavalla: tutkija joko alkaa kehittää tutkivalla otteella omaa työtään tai etsii itselleen tutkimuskohteen (Huominen & Rovio 2006, 94). Tutkija voi olla ulkopuolinen toimintatutkija, joka tutustuu työtehtäviin ja käy dialogista keskustelua työyhteisön jäsenten kanssa tai tutkija voi olla myös osa työyhteisöä (Heikkinen 2006, 30), kuten itse olin toimiessani työyhteisön jäsenenä kehittämisprojektin aikana. Tutkija liittyy tiedeyhteisöön raportoimalla tuloksistaan, tiedottaa hyvistä käytänteistä ja osallistuu yhteiskunnalliseen keskusteluun (Heikkinen ym. 2007, 10) sekä kehittää ja aktivoi toimintaa osallistuen toiminnan suunnitteluun ja arviointiin (Heikkinen 2006, 29). Omaa työtään kehittävää tutkijaa voidaan kutsua toimija-tutkijaksi. Yleensä toimija-tutkija tuntee tutkimusaiheensa kirjallisuuden ja tutkimuksen pohjalta ja kiinnostuksen synnyttää jokin käytännön ongelma, jonka hän on havainnut. Tutkija alkaa etsiä tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat kiinnostuksen kohteeseen ja rakentaa taustatiedon pohjalta toimintamallin, jolla asiaan voidaan vaikuttaa. Mallin toimivuutta toimija-tutkija haluaa kokeilla käytännössä. Hän usein tarkastelee kehittämisprosessia yhteisön ulkopuolisena asiantuntijana. (Huovinen & Rovio 2006, 94-95.) Haasteena toimija-tutkijalla on tutkijan identiteetin omaksuminen. Toimintatutkija on tavallaan tutkijan ja toimijan välimaastossa ja kenttätöissä hän osallistuu muu-

tosprosessiin. (Huovinen & Rovio 2006, 95.) Tutkijan roolin dilemma toimintatutkimuksessa on yleisesti koettu. Muutoksen toteuttamiseen liittyy ristiriita, että minkä verran tutkijan pitää tai hän edes saa aktiivisesti vaikuttaa prosessin kulkuun. Toimintatutkimuksessa pyritään aitouteen ja tasavertaisuuteen, jolloin samalla on kyse tavoitteesta luoda moraalisesti eheä ja empaattinen tutkijahahmo ja käytännön tasolla turvata yhteistyön edellytys. (Kuula 2001, 116, 170-171.) Toimintatutkimus on prosessi, jonka aikana tutkijan rooli muuttuu ja kehittyy koko ajan (Veijola 2004, 43).

On pidetty tärkeänä, että toimintatutkimukseen osallistuvat muutkin kuin ammattitutkijat ja eri osapuolten välistä vuorovaikutusta pyritään edistämään toiminnan kehittämiseksi. Toimintatutkimuksessa reflektiivisyys on osa kehittämisprosessia. Reflektiivisellä ajattelulla tarkoitetaan, että ihminen tarkastelee ajatussisältöjään, kokemuksiaan etäännyen itsestään ja siten näkee oman toimintansa ja ajattelunsa uudessa näkökulmassa. Reflektointi on totuttujen toiminta- ja ajattelutapojen perusteiden pohdintaa ja sen avulla voidaan miettiä esimerkiksi työyhteisön käytänteitä ja tarkastella ajattelutapoja uudessa valossa, keskustella ja kehittää niitä. Toimintatutkimus voidaan mieltää itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seuraavat toisiaan. Sykli alkaa tutkijan suunnitellessa ja toteuttaessa uuden toimintatavan, jonka toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön aikana ja sen pohjalta luodaan uusi, entistä parempi toimintatapa. (Heikkinen 2006, 32-34.)

4.2 Toimintatutkimuksen prosessi

Tämä kehittämisprojektina toteutettu opinnäytetyö toteutettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan yleissairaalapysykiatrian osastolla. Osastolla on kehitetty kipupotilaan hoitoa 2000-luvun alusta alkaen (Hietaharju & Leskinen 2009). Projektit ovat työyhteisössä keino aikaansaada ja tukea tietoista kehittämistä, jonka tulisi yleensä palvella perustehtävän parempaa hoitamista. Toimintoja sekä niiden sisältöjä olisikin kehitettävä niiden ihmisten kanssa, joita ne koskevat. Kehittämisen tarkoituksena on vahvistaa työyhteisön toimintaa, eikä olla itsetarkoitus. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 18-19.) Kipupotilaan hoitomallia kehitettiin yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa, jonka jäsen myös itse olen. Työryhmään kuuluvalla osastonlääkärillä on psykiatrian ja kivunhoidon erityispätevyys, ja myös erityistyöntekijöiltä löytyy erityisosaamista ja pitkäaikaista kokemusta kipupotilaiden hoidosta. Tässä opinnäytetyössä hoitomallin ke-

hittäminen rajattiin hoitotyön näkökulmaan kipupotilaiden hoidossa. Hoitomallin kehittämiseen osallistuvat hoitajat valikoituvat työryhmästä vapaaehtoisuuden, kiinnostuksen ja kokemustaustan perusteella.

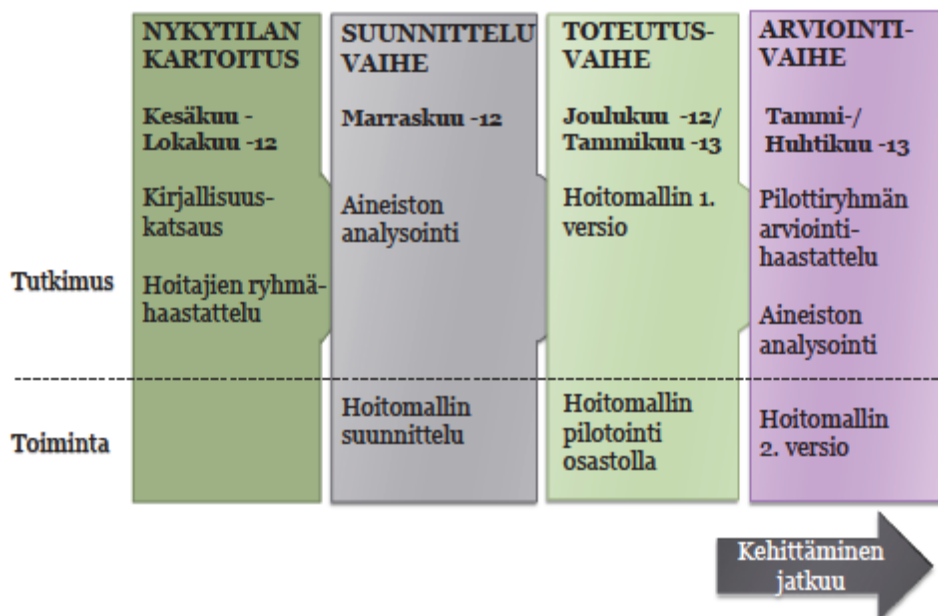
Yleissairaalapsykiatrian osasto, YSP1, toimii Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) aikuispsykiatrian vastuualueella. Kohdeorganisaation sijoittumista PSHP:ssa on kuvattu kuviolla (Liite 1). Yleissairaalapsykiatrian vastuuyksikössä toimii konsultaatiopoliklinikka PPSY ja vuodeosasto YSP1 (Hietaharju & Leskinen 2009). Yleissairaalapsykiatrian vuodeosastolla toteutetaan somatiikan ja psykiatrian yhteistyötä edellyttävien häiriöiden tutkimusta ja hoitoa. Yksikkö on avo-osasto, jossa on 12 sairaansijaa. Yksikön tehtäväalueita ovat kipupotilaan psykiatrinen tutkimus- ja hoitajakso, unihäiriötutkimus, syömishäiriön hoito, neuropsykiatrinen tutkimusjakso, äidin psykiatrinen hoito vauvan kanssa, elimellisoireisen häiriön tutkimus ja hoito, työkyvyn arviointi, joka perustuu erikoisalojen yhteistyöhön sekä psykiatrinen hoito liittyen yleissairauksiin. (PSHP 2012a.)

Kipupotilaan hoitajaksoa edeltää tutkimusjakso, jonka prosessia on kuvattu QPR-ohjelmiston (Quality. Processes. Results.) avulla ja sen hyväksytty versio on valmistunut alkuvuodesta 2012. Prosessikuvauksen avulla voidaan konkretisoida jokaiselle työntekijälle uusi toimintatapa. Prosessien kuvaamisen avulla on mahdollista keskustella toiminnasta ”yhteisellä kielellä” ja jokainen yksilö voi hahmottaa roolinsa prosessissa. Kuvauksessa myös omahoitajan roolia on kuvattu tarkemmin, ja siinä korostui muun muassa yhteistyösuhteen merkitys potilaan ja omahoitajan välillä. (Kipupotilaan psykiatrinen tutkimusprosessi 2011; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vastaa tulevaisuuden haasteisiin QPR processguiden avulla 2006, 4.)

Osaston työryhmä on moniammatillinen ja koostuu 14 sairaanhoitajasta, kahdesta mielenterveyshoitajasta, osastonhoitajasta, osastonlääkäristä, erikoistuvasta lääkäristä sekä osa-aikaisesta psykologista, sosiaalityöntekijästä ja fysioterapeutista. (Tervetuloa oppimaan 2012). Kipupotilaan hoitoon osallistuvat kaikki työryhmän edustajat sekä viikoittaiseen moniammatilliseen arviointineuvotteluun osallistuva yleissairaalapsykiatrian klinikan osastonylilääkäri. Kipupotilaan hoitomallin kehittämiseen osallistuivat osastonlääkäri, jolla on kivunhoidon erityispätevyys sekä kehittämisprojektiin osallistuvat hoitajat.

Toimintatutkimuksessa kiinnitetään huomiota siihen, miten asiat ovat olleet ja mihin suuntaan ne ovat menossa. Se on prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen. (Heikkinen 2006, 36.) Tutkimuksen tekeminen hahmotetaan yleensä prosessina, joka etenee johdonmukaisesti vaihe vaiheelta ja siinä vuorottelevat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi. Kirjallisuuskatsausta seuraavat tutkimussuunnitelma, tutkimustehtävien ja -ongelmien asettaminen, aineiston keruu ja analysointi sekä tulosten esittäminen ja lopulta laajemmat päätelmät. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 9; Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 78.) Tässä opinnäytetyössä edettiin toimintatutkimuksen vaiheiden mukaisesti eli toteutettiin nykytilan kartoitus, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Opinnäytetyönä toteutetun kehittämisprojektin toteutuksen aikataulua ja etenemistä on kuvattu kuviolla (Kuvio 1).

KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUKSEN VAIHEET JA AIKATAULU



KUVIO 1. Kehittämisprojektin eteneminen ja aikataulu.

Toimintatutkimusta suunniteltaessa tutkija hahmottelee tutkimusasetelmaa ja -tehtävää koskevia kysymyksiä sekä ideoi kenttätöitä. Tutkija tutustuu kirjallisuuteen sekä täsmentää näkökulmaansa aiempien tutkimusten, keskeisten käsitteiden ja teoriasuuntausten pohjalta. Suunnitteluvaiheessa tutkija myös päättää millä keinoin hän aineiston hankkii. Suunnitelman merkitys korostuu, koska toimintatutkimuksessa nähdään toiminnan kehittyvän vähitellen syklisesti, ja ilman suunnitelmaa tutkijan toiminnassa ko-

rostuisivat itsereflektio ja uudelleensuunnittelu. (Huovinen & Rovio 2006, 96-97.) Tämän opinnäytetyön suunnitelma valmistui kesäkuun 2012 alussa ja tutkimusluvan työ sai kesäkuun puolivälissä. Edeltävästi aiheeseen oli perehdytty hakemalla tietoa aiemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Työyhteisön osastonlääkärille ja osastonhoitajalle oli esitelty suunnitelma, otettu vastaan heidän näkemyksiään ja sovittu käytännön toteutuksesta. Suunnitelman teko edelsi kehittämisprojektin toteutuksen vaiheita.

Nykytilaa kartoitettiin kirjallisuuskatsauksen avulla, perehtymällä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, sekä selvittämällä kohdeorganisaation nykytilaa muun muassa kipupotilaiden määrän suhteen. Kirjallisuuskatsauksen tietoja täydennettiin kartoittamalla hoitajien kokemuksia kipupotilaiden hoitoon liittyen toteuttamalla ryhmähaastattelu teemahaastattelun menetelmällä. Ryhmähaastattelun teemat nousivat kirjallisuuskatsauksesta. Kirjallisuuskatsauksen ja ryhmähaastattelun toteutus kuvataan myöhemmin tässä raportissa.

Toiminta kentällä on luottamuksellisten suhteiden rakentamista ja parhaimmillaan dialogista oppimista. Uuden tiedon löytyminen edellyttää sekä tutkijalta että osallistujilta avointa reflektiota. (Huovinen & Rovio 2006, 102, 104.) Kenttävaiheessa tutkijan tulee varmistaa, että kaikki osallistujat suostuvat tutkimusaineiston keräämiseen vapaaehtoisesti. On myös hyvä kertoa, miten tutkimus hyödyttää osallistujia ja vaikuttaa heidän työhönsä. Ensimmäiseen tapaamiseen kannattaa valmistautua huolella, sillä se vaikuttaa usein osallistujien asenteisiin. (Huovinen & Rovio 2006, 101-102.) Tässä kehittämisprojektissa kaikille osaston hoitajille annettiin kehittämisprojektista etukäteen tietoa elokuussa 2012 sähköpostitse lähetetyllä saatekirjeellä, jossa heitä pyydettiin ilmaisemaan kiinnostuksensa osallistua ryhmähaastatteluun ja kehittämisprojektiin kahden viikon kuluessa. Haastattelusta ja kehittämisprojektista tiedotettiin myös henkilökunnan työryhmäneuvottelussa ennen määräajan umpeutumista. Kaiken kaikkiaan kahdeksan hoitajaa ilmoitti halukkuudestaan osallistua haastatteluun.

Tavoitteena kehittämisprojektissa oli haastatella kaikkia kiinnostuksensa ilmaisseita hoitajia, mutta se ei mahdollistunut hoitajien vuorotyön asettamien haasteiden, lomien, poissaolojen tai päällekkäisten työtehtävien vuoksi. Haastattelu toteutettiin lokakuussa 2012 ja siihen kutsuttiin neljä aiemmin kiinnostuksensa ilmaissutta hoitajaa, jotka olivat osallistuneet kipupotilaiden hoitoon osastolla yleissairaalapsykiatrian osastolla yli vuoden ajan. Tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolista tietoa hoitajien kokemuk-

sista, joten haastatteluun pyrittiin kutsumaan mahdollisimman eripituisia aikoja osastolla työskennelleitä hoitajia, joilla oli erilaiset työhistoriat ja ammatillinen kokemustausta.

Kirjallisuuskatsauksen ja ryhmähaastattelun tulosten pohjalta edettiin suunnitteluvaiheeseen, jossa suunniteltiin ensimmäinen versio kipupotilaan hoitomallista. Kipumallin pilotti-versio oli raakavedos mallista, jossa oli lyhyesti esitelty kipupotilaan hoitoon liittyviä aihealueita. Pilottimallin yhteydessä esiteltiin myös kaksi kipupotilaan tilannetta kartoittavaa kaavaketta: Lintonin -kipukysely ja kroonisen kivun hyväksymistä kartoittava CPAQ -kysely.

Toteutusvaiheessa ensimmäinen versio hoitomallista pilotoitiin käytäntöön testaamalla sitä hoitajien käytössä. Pilottiryhmä muodostui ensimmäiseen haastatteluun osallistuneista hoitajista, jotka olivat haastattelun yhteydessä ilmaisseet halukkuutensa osallistua myös pilotointiin. Yksi neljästä ensimmäisessä haastattelussa olleesta hoitajasta ei kuitenkaan päässyt osallistumaan pilottimallin esittelyyn, joten pilottiryhmä koostui kolmesta hoitajasta. Pilottimalli esiteltiin joulukuussa 2012 pilottiryhmälle, joiden kanssa käytiin pilottimallin osa-alueet läpi ja pyydettiin tutustumaan malliin, sekä sen ohessa esitelyihin kaavakkeisiin. Malli käytiin läpi kahdella eri kerralla, koska aikataulut ja työvuorot eivät mahdollistaneet mallin esittelyä samaan aikaan kaikille hoitajille. Pilottimallin käyttöönottoaika jäi varsin lyhyeksi, eivätkä hoitajat ehtineet varsinaisesti käyttää pilottimallia kipupotilaiden hoidossa. Hoitajia pyydettiin kuitenkin tutustumaan noin kuukauden ajan malliin ja pohtimaan sen sisältöä ja rakennetta kipupotilaan hoitotyön näkökulmasta sekä kuinka mallia olisi mahdollista kehittää edelleen. Esiteltyjen kyselykaavakkeiden käyttöönoton mahdollisuuksia pyydettiin myös tarkastelemaan hoitotyön näkökulmasta. Toimintatutkija keskustelee osallistujien kanssa, tuo esille omia havaintojaan ja kyselee osallistujien mielipiteitä sekä kirjoittaa havaintonsa tutkimuspäiväkirjaansa (Huovinen & Rovio 2007, 106-107). Pilottimallin käyttöönoton aikana ylläpidin kenttätöissä keskustelua kipupotilaan hoidosta ja kirjoitin tekemiäni havaintoja tutkimuspäiväkirjaan.

Helmikuun alussa pilottiryhmän hoitajia haastateltiin uudestaan, jolloin kysyttiin heidän kokemuksiaan siitä kuinka he arvioivat kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikuttaneen heidän toimintaansa ja ajatteluunsa sekä kuinka he kehittäisivät kipupotilaan hoitoa jatkossa. Näin ollen oli edetty arviointivaiheeseen. Saadun tiedon pohjalta kipupotilaan hoitomallin ensimmäistä versiota voitiin edelleen kehittää.

4.2.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää miten ja mistä näkökulmista aihetta on aiemmin tutkittu ja miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121). Tarkoituksena on myös järjestelmällinen ja kriittinen kirjallisuuden kerääminen sekä analysointi perustellusti muotoillun kysymyksen, tutkimusongelman, avulla (Stolt & Rautasalo 2007, 58; Leino-Kilpi 2007, 2). Kirjallisuuskatsausten toteuttamisessa käytettävä systematiikka, luotettavuuden arviointi ja tulosten yksityiskohtainen esittäminen lisäävät katsausten käyttöarvoa, sekä tutkimuksissa että käytännön hoitotyössä. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Kirjallisuuskatsaus etenee suunnitellusti eri vaiheiden kautta prosessinomaisesti, jokaisen vaiheen rakentuessa edellisen vaiheen pohjalle (Stolt & Rautasalo 2007, 58; Kyngäs ym. 2007, 62-63). Ongelmien asettamisen ja kohderyhmän määrittämisen jälkeen tehdään kirjallisuushaku. Hakuprosessi tulee suunnitella huolellisesti etukäteen ja haun tavoitteena on löytää mahdollisimman kattavasti aiheeseen liittyvät tutkimukset. (Stolt & Rautasalo 2007, 58.)

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusongelmaan liittyvän aiemman tutkimuksen kriittinen ja tiivis katsaus, jonka pohjalta tutkija tekee synteesin. Kirjallisuuskatsaus osoittaa lukijalle esiteltävän uuden tutkimuksen tärkeyden ja sen millä tavoin se täydentää aiempia tutkimuksia. (Stolt & Rautasalo 2007, 58.) Kirjallisuuskatsauksessa noudatetaan tieteellisen tutkimuksen periaatteita eli se perustuu tutkimussuunnitelmaan, on toistettavissa ja pyrkii vähentämään systemaattista harhaa (Kyngäs ym. 2007, 63). Kirjallisuuskatsaus muodostaa tutkimukselle teoreettisen taustan ja esittää sen, mistä näkökulmista ja miten asiaa on aiemmin tutkittu (Stolt & Rautasalo 2007, 58).

Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet tulee arvioida kriittisesti. Tämä on olennaista, jotta pystytään arvioimaan katsauksella saadun tiedon luotettavuutta. Kriittisessä arvioinnissa mielenkiinnon tulisi kohdistua ainakin katsauksen haun kattavuuteen. Tulisi myös huomioida, että positiiviset tutkimustulokset tulevat julkaistuksi suuremmalla todennäköisyydellä kuin negatiiviset tulokset. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen hakuprosessissa käytettiin suomalaisia tietokantoja Medic, Arto ja Aleksis sekä kansainvälisiä tietokantoja CINAHL ja PubMed. Kirjallisuushaussa käytettiin asiasanoja: kipu, krooninen kipu, hoito, hoitotyö,

psykologia ja käyttäytyminen ja englanninkielisinä hakusanoina: ”pain”, ”chronic pain” ”nursing”, ”pain management”, ”behavior” ja ”psychological” Hakuja tehtiin pääosin näiden asiasanojen yhdistelmillä ja asiasanoja myös katkaistiin ja käytettiin niiden perässä * tai ? tietokannasta riippuen. Suomenkielisistä tietokannoista sopivia hakutuloksia tuli ainoastaan Medic tietokannasta, joista lopullisesti hyväksytyiksi tuli ainoastaan 2 tutkimusartikkelia. Kansainvälisistä tietokannoista artikkeleita hakusanoilla löytyi runsaasti, joten rajasin hakuja koskemaan tuoreimpia tutkimuksia ja asiantuntija-artikkeleita. Kansainvälisiä artikkeleita tuli valituksi yhteensä 14. Yhteensä valittuja artikkeleja oli siis 16.

Rajauksia tehtiin tietokannoista riippuen liittyen aikaan: Medic vuodet 2000–2012 sekä CINAHL ja PubMed vuodet 2006–2012, ikään: aikuiset 19-64v. ja mukaan otettiin vain kokotekstit. Poisvalikointia on tehty ensin otsikon, sitten abstraktin ja lopuksi tekstin läpikäynnin perusteella. Sekä lasten, ikääntyneiden ja syöpäpotilaiden kipua on tutkittu runsaasti, mutta nämä tutkimusartikkelit rajautuivat pois aiheen perusteella, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Suomalaisista artikkeleista tuli valituksi ainoastaan hakuprosessin perusteella löytyneet tutkimusartikkelit, asiantuntija-artikkelien poisvalikoinnin jälkeen. Kansainvälisistä artikkeleista tutkimusartikkeleita on 11 ja asiantuntija-artikkeleita 3. Kansainväliset asiantuntija-artikkelit vastasivat hyvin tutkimuskysymykseen erityisesti hoitotyön näkökulmasta, josta tutkittua tietoa oli varsin vähän saatavilla. Kirjallisuushaun toteutumista on kuvattu taulukossa (Taulukko 1).

Kirjallisuuskatsauksen teko alkoi tutkimusluvan saamisen jälkeen. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta valikoituivat ryhmähaastattelussa käytetyt teemat. Kirjallisuuskatsauksen teko eteni koko toimintatutkimuksen prosessin ajan. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet artikkelit on esitetty kirjallisuuskatsauksen taulukossa, joka on liitteenä (Liite 7).

TAULUKKO 1. Kirjallisuushaut ja valitut artikkelit

Tietokanta	Hakusanat	Kaikki osumat	Hyväksytyt artikkelit
Medic Rajaus: 2000-2012 kokotekstit	kipu* krooninen kipu* hoitotyö*	23	0
	kipu* psykologia*	69	2
CINAHL Rajaus: Full text av. abstract. av. 2006-2012 age 19-56 human, English language	chronic pain* nursing*	33	7
	chronic pain pain management behavior*	16	6
PubMed Rajaus: Full text av. abstract. av. 2006-2012 age 19-56 human, English language	psychological chronic pain nursing	9	1

4.2.2 Ryhmähaastattelujen toteutus

Toimintatutkimukseen osallistujia haastatteleamalla voidaan selventää ja syventää kenttätöön aikana syntyneitä havaintoja. Toimintatutkimuksessa käytetään erityisesti teema-haastattelua, jossa haastattelurunko tehdään kenttätöössä keskeisiksi havaituista teemoista. Haastattelijan tulee nojata ennalta tarkkaan mietittyyn haastattelurunkoon, jottei rooli työyhteisön jäsenenä vaikuttaisi häiritsevästi rooliin tutkijana. (Huovinen & Rovio 2006, 109-111.) Toimintatutkimuksessa haastattelu antaa mahdollisuuden selventää ja syventää kenttätöön aikana syntyneitä havaintoja (Huovinen & Rovio 2006, 109). Haastattelut voivat muistuttaa spontaania keskustelua, mutta haastatteluissa on aina tietty päämäärä johon pyritään. Haastattelijalla on tiedon intressi, jonka pohjalta hän tekee kysymyksiä ja aloitteita, kannustaa vastaamiseen sekä ohjaa keskustelua. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 23.) Ryhmähaastattelulla on useita etuja, kuten se, että tietoa saadaan useilta ihmisiltä yhtä aikaa ja ryhmä tukee myös ujompiä ja arempia osallistujia. Haastattelijan on tärkeää huomioida kaikki osallistujat ja ottaa huomioon ryhmädynamiikan vaikutukset. (Huovinen & Rovio 2006, 109-111.) Ryhmän kontrolloivat vaikutuksen, sekä myönteiset että kielteiset, on huomioitava tuloksia tulkittaessa ja johtopäätöksiä tehtäessä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 207).

Toimintatutkimuksessa käytetään erityisesti teemahaastattelua, jossa haastattelurunko rakennetaan kenttätöissä tärkeiksi havaituista teemoista. Toiminnan eri vaiheissa tukija voi kysyä osallistujilta yhteisesti koetusta muutoksesta ja analysoida, miten vastaukset muuttuvat ajan kuluessa. (Huovinen & Rovio 2007, 110.) Teemahaastattelu vastaa hyvin laadullisen tutkimuksen lähtökohtia eli todellisen elämän kuvaamista ja pyrkimystä tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Teemahaastattelussa aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymyksen tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 203–204.) Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa, edetään etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Ihmisten tulkinnat asioista, heidän asioille antamansa merkitykset sekä merkitysten syntyminen vuorovaikutuksessa ovat teemahaastattelussa metodologisesti merkityksellisiä tekijöitä. Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimuskysymysten mukaisesti ja etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Nykytilaa kartoittava ryhmähaastattelu toteutui osaston tiloissa, se nauhoitettiin nauhurilla ja sen kesto oli 1h 15 min. Aineisto oli ainoastaan itseni käytössä, se säilytettiin lukitussa tilassa ja salasanan takana ja hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Haastatteluihin osallistuvilta hoitajilta pyydettiin kirjallisesti tietoinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta (Liite 2). Opinnäytetyön tulokset käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettöminä, eikä opinnäytetyön raportista yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan.

Tavoitteena oli, että haastatteluun osallistuvilla olisi erilaiset työhistoriat ja ammatillinen kokemustausta, jotta hoitajilta saatu tieto olisi mahdollisimman monipuolista. Tämä tavoite onnistui nykytilaa kartoittavan ryhmähaastattelun kohdalla hyvin. Haastatteluun osallistuneet neljä hoitajaa olivat eri-ikäisiä, eri sukupuolen edustajia, erilaisen kokemustaustan omaavia ja eripituisia aikoja osastolla työskennelleitä, joilla kaikilla oli kuitenkin yli vuoden pituinen kokemus kipupotilaiden hoidosta. Tämä näkyi monipuolisena keskusteluna, joka oli vahvasti vuorovaikutteista ja kokemuksia jakavaa. Hoitajilla oli sekä yhteneviä että eriäviä kokemuksia kipupotilaiden hoidosta ja heidän käyttämänsä keinot olivat myös monipuolisia, johon vaikutti niin hoitajan ammatillinen ja koulutuksellinen tausta kuin henkilökohtaiset kokemuksetkin. Roolini haastattelijana oli johdattaa keskustelua kirjallisuuskatsauksen pohjalta nousseiden teemojen pohjalta, sekä huo-

lehtia, että kaikki ryhmän jäsenet saivat puheenvuoron. Olin valmistautunut hyvin etukäteen tekemällä teemojen pohjalta rungon ja apukysymyksiä, joita ei kuitenkaan juuri tarvinnut käyttää, sillä keskustelu eteni luontevasti ja vilkkaasti aihepiiristä toiseen. Muuten pyrin olemaan tutkijan roolissa neutraali, enkä tuonut esille omia näkökulmiani aihepiiriin liittyen. Tämän linjauksen tein tietoisesti, sillä tavoitteena oli kuulla erityisesti hoitajien kokemuksia ja olemassa olevia hoitotyönkeinoja, jolloin luottamuksellisuus ja salliva asenne olivat erityisen tärkeitä. Ryhmähaastattelussa korostui, että keskustelijoina oli hoitotyön ammattilaisia, joilla oli mielipiteitä ja osaamista aihepiiriin liittyen. Haastattelu eteni nopeasti ja aineistosta tuli rikas, vaikka käytetty aika jäikin jokseenkin lyhyeksi.

Ryhmähaastatteluun valikoituneet teemat kirjallisuuskatsauksen pohjalta olivat hoitajien asenteet, kuulluksi tuleminen, ohjaus ja tiedon anto, moniammatillisuus, perheen ja läheisten huomioiminen sekä menetelmät. Haastattelusta saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla, jonka prosessia on kuvattu myöhemmin.

Pilottiryhmän arviointihaastattelu toteutettiin pilottimallin läpikäymisen ja käyttöönoton jälkeen. Arviointihaastattelu sijoittui helmikuun 2013 alkuun. Tavoitteena oli haastatella kolmea hoitajaa, jotka olivat tutustuneet pilottimalliin reilun kuukauden ajan. Yksi hoitajista oli sairaana, yksi hoitajista tuli haastatteluun kesken yövuoron ja osaston henkilöstötilanteet aiheuttivat yhden hoitajan tulon haastatteluun myöhässä. Kaiken kaikkiaan tämä vaikutti myös siihen, että käytettävissä ollut aika rajautui yhteen tuntiin. Haastatteluun osallistui siis kaksi hoitajaa. Muuttuneiden tilanteiden vuoksi tunnelma haastattelussa oli aluksi rauhaton, haastateltavat väsyneitä ja oma roolini tutkijana oli haasteellinen. Tutkijan roolia oli vaikea pitää yllä, koska haastateltavien vähäinen määrä ja kaikki odottamattomat muutokset osastolla nostivat vahvasti omaa rooliani työyhteisön jäsenenä pintaan. Arviointihaastattelussa lähdin etsimään vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen: Mitä näkemyksiä hoitajilla on kipupotilaan hoidon kehittämisestä osastolla? sekä Miten hoitajat ovat kokeneet kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikuttaneen omaan toimintaansa? Keskustelu oli tunnelmasta huolimatta avointa, mutta näkemykset eivät olleet haastattelijoiden lukumäärän vähyydestä johtuen kovin moniulotteisia. Esiotin haastattelijana omia kokemuksiani esimerkkinä, tavoitteena synnyttää keskustelua. Tämä kuitenkin vaikeutti haastattelijan roolia entisestään eikä välttämättä edistänyt keskustelua. Myös tästä arviointihaastattelusta saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

4.2.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen ja ryhmähaastattelujen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiprosessia voidaan pitää laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina. Sitä voidaan pitää joko yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Tällä menetelmällä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Sisällönanalyysin avulla voidaan myös tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Sisällönanalyysiä ei voida pitää pelkästään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä, vaan myös määrällisellä sisällön analyysillä on oma historiansa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Olennaista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samantyyppiset ja erilaisuudet. Luokkien, jotka kuvaavat aineistoa, tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Sisällönanalyysi on Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan tieteellinen metodi, jonka tavoitteena on analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentti ymmärretään tässä asiayhteydessä hyvin laajasti, joten se voi olla miltei mikä tahansa kirjallisessa muodossa oleva materiaali. Kirjoitettua tai suullisesti annettua aineistoa analysoidaan ja sen avulla tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan siis kerätyn tietoaineiston tiivistämistä. Analyysimenetelmä sopii hyvin täysin strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Sisällönanalyysillä pyritään muodostamaan kuva tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, joka yhdistää tulokset aiheen laajempaan kontekstiin ja ilmiötä koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 103; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–23.) Sisällönanalyysillä tarkoitetaan myös keinoa kuvata dokumenttien sisältöä selkeästi ja sanallisesti. Aineiston tiivistämisellä ei saa kadottaa sen sisältämää informaatiota. Tiivistämisen tarkoitus on päinvastainen; informaatioarvon lisääminen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107–110.) Sisällönanalyysissä analyysiyksikön määrittäminen ennen analyysiprosessin aloittamista on tärkeää. Yleisimmin käytettyjä analyysiyksiköitä ovat sana, lause, lauseen osa, yhden tai useamman lauseen muodostama ajatuskokonaisuus tai sanojen yhdistelmä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25.) Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkö oli lause tai useamman lauseen muodostama ajatuskokonaisuus.

Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon, ilman että sen sisältämää informaatiota kadotetaan. Laadullisessa sisällönanalyysissä aineisto aluksi pilkkotaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi kootaan uudelleen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. Analyysiä tehdään laadullisessa aineistossa tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko aineistolähtöisesti (induktiivisesti), teorialähtöisesti (deduktiivisesti) tai teoriaohjaavasti, riippuen siitä perustuuko analyysi ja luokittelu aineistoon vai valmiiseen teoreettiseen viitekehukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-117.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtävään käsitteitä yhdistämällä. Abstrahointia voidaan kuvata prosessiksi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta, jolloin teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan jatkuvasti alkuperäisaineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Tällöin empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat, jotka ovat muodostuneet empiirisestä aineistosta. Luokittelun pohjalta muodostetut käsitteet, tai kategoriat sisältöineen, kuvataan myös tuloksissa. Johtopäätöksiä tehdessä tutkijan päämääränä on ymmärtää, mitä asiat tutkitaville merkitsivät. Pyrkimys ymmärtää tutkittavia heidän omista näkökulmistaan käsin on tavoitteena kaikissa analyysin vaiheissa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 112-113.)

Tässä opinnäytetyössä ryhmähaastatteluista saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Nykytilaa kartoittava ryhmähaastattelu sekä arviointihaastattelu kuunneltiin läpi tarkkaan ja aukikirjoitettiin sana sanalta. Induktiivinen aineistolähtöinen analyysi kuvataan karkeasti kolmevaiheiseksi prosessiksi, joka koostuu aiheiston redusoinnista eli pelkistämisestä, aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä ja abstrahoinnista eli teoreettisten käsitteiden luomisesta (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108). Pelkistämällä tarkoitetaan, että aineistosta koodataan tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Tässä analysoinnin vaiheessa kohteena olevasta aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi tapahtua joko tiivistämällä kohteena olevaa informaatiota tai pilkkomalla sitä osiin, tutkimustehtävän ohjauksessa toteutusta. Pelkistäminen voidaan toteuttaa niin, että aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja ja alleviivataan ne erivärisillä kynillä. Alleviivatut ilmaukset voidaan poimia sivun reunaan ja siirtää erilliselle konseptille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.) On olennaista, että pelkistetyt ilmai-

sut kirjataan tarkkaan samoilla termeillä, kuten teksti on aineistossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Tässä opinnäytetyössä aukikirjoitettu aineisto luettiin tarkkaan läpi ja perehdyttiin sen sisältöön. Aukirjoitus ja aineiston analysointi toteutettiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen eli alle kuukauden sisään haastattelun toteutuksesta. Kun aineisto oli litte-roitu, lähdettiin aineistosta etsimään tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmauksia. Nykytilaa kartoittavassa haastattelussa etsittiin ensin ilmauksia, jotka ilmensivät hoitajien kokemuksia kipupotilaiden hoitotyöstä osastolla. Ilmaukset alleviivattiin tietyn värisellä kynällä. Seuraavaksi aineistosta etsittiin ilmauksia tutkimuskysymykseen millaisia keinoja hoitajat käyttävät kipupotilaiden hoidossa. Nämä alleviivattiin erivärisellä kynällä. Alleviivatuista ilmauksista tehtiin pelkistettyjä ilmauksia, joissa tavoitteena oli säilyttää alkuperäistä ilmausta sisältö mahdollisimman hyvin. Pelkistetyt ilmaukset listattiin erillisille papereille. Hoitajien kokemuksia ilmentäviä pelkistettyjä ilmauksia tuli listatuksi yhteensä 143 kpl ja hoitajien käyttämiä keinoja ilmentäviä pelkistettyjä ilmauksia tuli 110 kpl. Arviointihaastattelun aineiston kanssa toimittiin samalla tavalla. Aukikirjoitusta aineistosta etsittiin ensin ilmauksia, jotka ilmensivät hoitajien näkemyksiä kipupotilaiden hoidon kehittämisestä osastolla sekä hoitajien kokemuksia hoitomallin kehittämisen vaikutuksista omaan toimintaan. Myös nämä ilmaukset alleviivattiin aihepiirin mukaisesti eri väreillä ja siirrettiin pelkistetyt ilmaukset erillisille papereille. Arviointihaastattelun aineistosta hoitajien näkemyksiä kehittämisestä ilmentäviä pelkistettyjä ilmauksia tuli 96 kpl ja kokemuksista hoitomallin kehittämisen vaikutuksista omaan toimintaan ilmentäviä pelkistettyjä ilmauksia 25 kpl.

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa alkuperäisilmaukset, jotka on koodattu aineistosta, käydään läpi tarkasti ja aineistosta etsitään samanlaisuuksia ja/tai erilaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet, jotka tarkoittavat samaa asiaa, ryhmitellään ja yhdistellään luokiksi. Ne myös nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Tässä työssä aineistosta etsittiin samankaltaisuutta ja/ tai erilaisuutta kuvaavia pelkistettyjä ilmauksia. Samaa asiaa tarkoittavat tai arvioivat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdisteltiin. Ryhmittelyn jälkeen käsitteet sisältävät luokat nimettiin niiden sisältöä kuvaavasti alaluokiksi. Syntyneet alaluokat ryhmiteltiin uudelleen ja muodostettiin luokittelun seurauksena niiden yläluokat. Luokittelun aikana aineisto tiivistyy, kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittely luo pohjan kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen seuraa klusterointia, jonka katsotaan olevan osa abstrahointiprosessia. Käsitteellistämässä, abstrahoinnissa, edetään alkuperäisinformaation käyttämisestä sanallisista ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointi jatkuu luokituksia yhdistelemällä niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Aineiston osio, jossa pelkistykset ilmensivät hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikutuksista omaan toimintaan, oli pelkistettyjä ilmauksia niukasti eikä alaluokat siltä osin yhdistyneet yläluokkatasolle saakka. Muilta osin aineisto ryhmiteltiin ala- ja yläluokiksi.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysoimisessa käytetään apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä laadittaessa luokittelurunkoa, jonka varassa tutkimuksista koottava tieto tiivistetään. Sisällönanalyysillä saatavat luokat eivät siis ole kirjallisuuskatsauksen tulos, vaan apukeino tiivistäen ja systemaattisesti tarkastella tutkimuksissa olevaa tietoa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 123-124.) Tässä työssä kirjallisuuskatsauksesta saatu aineisto ryhmiteltiin sisällönanalyysin luokittelurungon avulla luokiksi. Aineisto muodostui 16 artikkelista, joita on tarkemmin kuvattu aiemmin. Aineistolähtöisellä sisällön analyysillä luotiin systematiikka (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 124) tarkastella aiempaa tietoa kipupotilaan hoidosta. Näin saatiin tarkastelulle runko ja sisällysluettelo (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 124). Aineisto ryhmiteltiin aiheen perusteella kuudeksi luokaksi. Aineiston tuloksia on käsitelty luokkien mukaisesti kappaleessa 5.1 Kipupotilaan hoito kirjallisuuden perusteella.

Seuraavassa osiossa käydään läpi tuloksia, jotka ovat syntyneet kehittämissuorituksen myötä, aiemmasta kirjallisuudesta ja hoitajien ryhmähaastatteluista kerätyn aineiston analysoinnin pohjalta.

5 TULOKSET

5.1 Kipupotilaan hoito kirjallisuuden perusteella

Kirjallisuuden perusteella kipupotilaan hoito muodostui hoitajien asenteista, potilasope-
tuksesta, psykologisista menetelmistä, perheiden merkityksestä, potilaiden kipukoke-
muksista ja moniammatillisesta lähestymistavasta.

5.1.1 Hoitajien asenteet

Hansson (2011) kumppaneineen toivat esille tutkimuksessaan, että kipupotilaiden ko-
kemana terveydenhuollon henkilöstön positiivinen lähestymistapa ilmeni ymmärtävänä
kohtaamisena, jolloin hoitajat suhtautuivat kroonisesta kivusta kärsiviin arvostavasti,
heidän kipukokemustaan ei kyseenalaistettu ja heidät otettiin vakavasti. Tutkimuksen
mukaan oli tärkeää, että hoitajat kysyivät potilaan kipukokemuksesta ja saivat näin käsi-
tyksen heidän kokonaistilanteestaan, pelkkä kivun voimakkuuden kysyminen ei ollut
riittävää. Myönteinen lähestymistapa ilmensi toivoa ja auttoi heitä selviytymään. Nega-
tiivisena lähestymistapana nähtiin kohtaamiset, joissa henkilökunnan suhtautuminen
koettiin loukkaavana tai vähättelevänä. Nämä kokemuksen jäivät vahvasti potilaiden
mieliin ja he kokivat tullessa häpäistyiksi ja heidän tilanteensa asetettiin kyseenalai-
seksi. He myös kokivat joutuvansa taistelemaan saadakseen hoitoa ja tutkimuksia. Jos
potilaat kokivat, etteivät hoitajat olleet empaattisia, johti se suurempaan kärsimyksen
kokemukseen. (Hansson ym. 2011, 444, 448-449.)

Prem (2011) kumppaneineen ovat tutkineet hoitajien asenteita ja uskomuksia suhteessa
krooniseen kipuun. Tutkimuksen mukaan henkilökohtainen kokemus kroonisesta kivus-
ta vaikuttaisi asenteisiin ja uskomuksiin suuremmassa määrin kuin hankittu tietämys
muodollisen koulutuksen puitteissa. Hoitajilla oli tulosten mukaan vanhempi orientoi-
tuminen biolääketieteelliseen kuin käyttäytymisen näkökulmaan. Kivunhoitoprosessin
puutteita ei voitu selittää asenteista tai myyteistä johtuvaksi, mutta nähtiin mahdollise-
na, että ne voivat olla yhteydessä riittämättömään tietoon kivusta. (Prem ym. 2011, 227,
232.)

5.1.2 Potilasopetus

Nelson & Tucker (2006) tutkivat kuinka lyhyt psykoedukatiivinen interventio laskee kipuun liittyvää katastrofointia fibromyalgiapotilailla. Interventioiden tarkoituksena oli opettaa fibromyalgiaa sairastavia muuttamaan ajatteluaan, luopumalla katastrofoinnista ja korvaamalla se myönteisillä selviytymiskeinoilla. Nämä sairaanhoitajien toteuttamat psykoedukatiiviset ohjaustilanteet saivat hyvää palautetta potilailta ja heidän perheenjäseniltään, joiden tyytyväisyys sekä tietämys kivun katastrofoinnista lisääntyivät. (Nelson & Tucker 2006.)

Fenwick (2012) kumppaneineen tutki päätöksentekoprosessia ja itsehallintaa pitkäaikaisessa kivussa. Heidän mukaansa pitkäaikainen kipu vaikuttaa identiteettiin ja ongelmat monimutkaistuvat kipuun ja menetyksen kokemukseen liittyen, josta kipupotilaita hoitavien sairaanhoitajien on tärkeä olla tietoisia. Lähes kaiken hoitoon liittyvän kivun todettiin olevan yhteydessä itsehallintaan, joten hoitajien olisi tärkeä opastaa potilasta päätöksentekoprosesseissa itsehallintaan liittyen. Tämä tulisi huomioida hoitotyön käytännöissä, sillä tarvitaan kivunhallinnan asiantuntijoita, jotka voivat aktiivisesti auttaa potilasta kivunhallinnassa. (Fenwick, Chanoyer & St John 2012, 53, 62-63.) Janken (2011) ja kumppaneiden tutkimuksen mukaan rentoutusharjoitukset ovat opettaneet eniten itsehallintaa kroonisesta kivusta kärsiville potilaille (Janke, Spring & Weaver 2011, 944).

5.1.3 Psykologiset menetelmät

Adams ym. (2006) tarkastelevat artikkelissaan biopsykososiaalisen mallin lähtökohdista käsin psykologisten sovellusten käyttöä kipupotilaiden hoidossa. He tuovat esille sovellusten usein perustuvan kognitiivisen käyttäytymisterapian periaatteisiin, koska sen menetelmien käytöstä on eniten tieteellistä näyttöä. On kuitenkin olemassa useita psykologisia lähestymistapoja, joita voidaan käyttää kroonisen kivun hoidossa. Olennaista on, että psykologiset lähestymistapojen on keskityttävä emotionaalisiin, kognitiivisiin ja käyttäytymiseen liittyviin näkökohtiin ja tarkastelemalla potilaan uskomuksia, antamalla tietoa heidän tilastaan, vähentämällä ahdistusta ja opettamalla tehokkaampia kivunhallintakeinoja. (Adams, Poole & Richardson 2006, 290, 297.) Myös Vlaeyen (2007) kumppaneineen tuo esille artikkelissaan, että kivun psykologia on kehittynyt nopeasti ja

kognitiivisen käyttäytymisterapioiden kroonisen kivunhoitointerventiot ovat laajentuneet huomattavasti. Näiden interventiot on todettu tehokkaiksi vähentämään kroonisesta kivusta syntyvää kärsimystä ja todettu myös kustannustehokkaiksi. Artikkelissa kuitenkin todetaan, etteivät interventiot ole kaikkien potilaiden saatavilla, jotka voisivat hoidosta hyötyä, joten kliininen käytäntö vaatii vielä kehittämistä. (Vlayen, Crombez & Goubert 2007, 179, 186.)

Artikkelissaan Richardson ym. (2006) tarkastelivat psykologisten lähestymistapojen sovellettavuutta hoitotyöhön ja he tuovat esille, että sairaanhoitajat pystyvät hyvin soveltamaan näitä lähestymistapoja liittyen kroonisen kivun hallintaan. Sairanhoitajat eivät ole perinteisesti koulutettuja kognitiivinen käyttäytymisterapian periaatteisiin, mutta tämä lähestymistapa sisältää erilaisia komponentteja ja tekniikoita joita voi käyttää hoitotyön käytännöissä ja näitä taitoja voidaan helposti soveltaa ja intergroida käytettäväksi apuna kroonisen kivun hoidossa. (Richardson, Adams & Poole 2006, 1196.)

Van Huet ym. (2009) selvittivät tutkimuksessaan tekijöitä, jotka johtivat onnistuneeseen pitkän aikavälin kivun hallintaan. Tutkimuksen mukaan monimutkaisuus krooninen kivun kysymyksissä ja sen yleisyys yhteisöissä viittaa siihen, että tarvitaan useita lähestymistapoja helpottamaan kroonisen kivun pitkän aikavälin hoitoa. Tutkijoita kiinnostava löydös oli, että hyväksymisellä ja muutosvalmiudella näytti olevan suurempi vaikutus kivun itsehallintaan kuin käyttäytymisterapeuttisilla menetelmillä. Tämä havainto näyttäisi tukevan oletusta, että menetelmistä, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapia (ACT) voisi olla enemmän hyötyä kuin käyttäytymisterapeuttisista menetelmistä pitkän aikavälin kivun hallinnassa. (Van Huet, Innes & Whiteford 2009, 2031, 2039.)

Dysvikin ym. (2011) mukaan voidaan ymmärtää paremmin potilaan kokemusta elämästä kroonisen kivun kanssa, jos käyttäytymisterapeuttiset tekniikat yhdistetään narratiiviseen lähestymistapaan, mikä parantaisi hoitotyön laatua. Hoitajia tulisi kannustaa kuuntelemaan potilaan tarinoita ja näkemään niiden arvo. (Dysvik, Sommerseth & Jacobsen 2011, 41.)

5.1.4 Perheiden merkitys

Lewandowski ym. (2007) ovat tarkastelleet artikkelissaan teoriaohjaavia hoitomuotoja kroonisen kivun ja perheen näkökulmasta. He tuovat esille, että kroonisella kivulla voi olla kauaskantoisia vaikutuksia perheeseen ja on tärkeää tutkia perheellisuutta kroonisen kivun kokemuksessa ja tarvittaessa tarjota pari- tai perheterapiaa, jos se nähdään tärkeältä kokonaisvaltaisen kivunhoidon kannalta. Krooninen kivun läsnäolo voi vaikuttaa perheessä merkittäviä kielteisellä tavalla, mutta perhe voi joissakin tapauksissa myös edistää ja osittain ylläpitää kipuongelmaa. Perhesysteemit, kognitiivisen käyttäytymisterapian mallit ja operantti ehdollistuminen, jonka mukaan kipukäyttäytyminen kehittyy opittuna vasteena ympäristön reaktioihin, tarjoavat tärkeän teoreettisen perustan ymmärtää kroonisesta kivusta kärsivän ihmisen perheen monimutkaisia toimintoja. Teoreettisten käsitteiden tuntemus ja teorialähtöisemmät hoitomuodot voivat parantaa terapeutista ulottuvuutta psykiatristen sairaanhoitajien työssä, jotka työskentelevät kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kanssa. (Lewandowski ym. 2007, 1028, 1040-1041.)

Dopson (2010) tuo artikkelissaan esille, että huoltajien ja perheenjäsenten tuki on yksi edellytys moniammatillisen kivunhallintaohjelman toteutumiselle. Kivunhallintaohjelmissa perhe tulee tietoisemmaksi asioista ja voi tukea potilasta jatkossa, ettei hänen tilanteensa uusiutuisi. (Dopson 2010, 39-40.)

5.1.5 Potilaiden kipukokemukset

Dysvik (2011) kumppaneineen on tutkinut elämän mielekkyyttä kroonisessa kivussa hoitotyön näkökulmasta narratiivisella lähestymistavalla ja tutkimuksen mukaan kudosaivuriokivulla voi olla subjektiivisesti koettuna pienempi vaikutus elämän mielekkyyteen, kuin sillä että yksilö pelkää. Henkilön uskomusjärjestelmä, asenteet, varhaiset kokemukset, sairaus, henkilökohtaiset voimavarat, kivun merkitys ja se, missä määrin sairaanhoitaja ymmärtää kokonaistilannetta ovat yhteydessä siihen, miten on mahdollista elää mielekästä elämää. Kuuntelemalla potilaan kipukokemusta voidaan tutkia, mikä tukee sairaanhoitajan pyrkimystä vähentää kipua ja tukea niitä alueita, jotka voivat johdattaa mielekkääseen elämään. Fyysistä sekä emotionaalista tukea tarvitaan jatkuvasti muuttuviin tarpeisiin ja tuen on sovelluttava potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Pärjäävien ihmisten tilanne voi tulla aliarvioiduksi ja he saattavat kärsiä tarpeettomasti. Sairaanhoi-

tajien on myös kiinnitettävä huomiota siihen, että tavoitteilla voi olla erilaisia merkityksiä eri ihmisille ja ne saattavat edustaa tärkeitä toivon näkökohtia. (Dysvik, Sommerseth & Jacobsen 2011, 36, 41.)

Knaster (2010) on tutkinut Meilahden kipuklinikalla kipupotilaiden aggression ja suuttumuksen yhteyttä koettuun kipuun ja mielialaoireisiin. Tutkimuksen päälöydöksenä oli suuttumuksen ja aggression sisäänpäin suuntaamisen yhteys depression, erityisesti sen fyysisiin oireisiin, mikä oli riippuvainen kivun intensiteetistä. Niillä potilailla joilla oli paljon kipua, sisäänpäin suuntautunut tapa käsitellä omaa suuttumustaan yhdistyi unettomuuteen, väsymykseen, huonoon työssä jaksamiseen ja libidon heikkouteen. Sisälle padottu suuttumus ja aggressio yhdistyvät depression tämän tutkimuksen löydösten mukaan. Ulospäin suuntautunut tapa käsitellä suuttumusta ei aineistossa yhdistynyt mielialaan tai koettuun kipuun. (Knaster 2010, 28-29.) Masennuksen fyysiset oireet suhteessa kognitiivisiin ja emotionaalisiin oireisiin korostuivat tutkimuksessa merkittävästi. Aggressio ja suuttumus kroonisen sairauden kuten kivun yhteydessä ovat osa luonnollista sopeutumisosuutta ja aggressio voi olla myös positiivinen voimavara, mutta näitä tunnekokemuksia tulee arvioida tarkemmin jos ne kuormittavat potilasta tai merkittävästi vaikuttavat hoitoprosessiin. Ulospäin suuttumuksensa ilmaisevat potilaat saavat herkästi vaikean potilaan leiman, mikä pahimmillaan johtaa hoitosuhteen ennenaikaiseen päättymiseen. (Knaster 2010, 29.)

Wahl (2009) kumppaneineen on tutkinut kroonisen kivun ja elämänlaadun suhdetta. Tutkimuksen mukaan suoraa suhdetta näiden kahden tekijän välillä ei löytynyt, mutta tulokset tukevat olettamusta, että kroonisen kivun ja elämänlaadun välinen suhde on monimutkainen. Stressiin liittyvien oireiden todettiin vaikuttaneen voimakkaimmin elämänlaatuun. Aiempien tutkimusten mukaan kroonista kipua sairastavat ovat useimmiten eriasteisesti ahdistuneita ja kokevat negatiivisia muita tunteita, kuten vihaa, turhautumista, masentuneisuutta ja kaunaa, joita voidaan pitää stressiin liittyvinä oireina ja jotka vaikuttavat haitallisesti elämänlaatuun. Myös väsymyksellä ja koetulla terveydentilalla todettiin olevan yhteys elämänlaatuun. (Wahl ym. 2009.)

5.1.6 Moniammatillinen lähestymistapa

Moniammatillisen kipukuntoutuksen on Pohjalaisen ym. (2010) tutkimuksen mukaan oletettu vaikuttavan pitkittyneestä kivusta kärsivien potilaiden masennukseen moniulotteisena terapeuttisena ketjuna. Tavoitteena kipukuntoutuksessa oli sopivien selviytymiskeinojen löytyminen, elämänhallinnan lisääntyminen, elämäntilanteen jäsentyminen, kivusta aiheutuvan haitan lievittyminen, motivoituminen omaehtoiseen harjoitteluun ja toimintakyvyn parantuminen. Tutkimuksessa moniammatilliseen tiimiin kuului lääkäri, psykologi, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Tutkimuksessa todettiin kuntoutujien masennuksen helpottaneen merkittävästi. Liikkumisen pelko väheni myös merkittävästi ja siihen todennäköisemmin oli vaikuttamassa kuntoutujien asenteisiin vaikuttaminen, tieto, vertaistuki ja eri liikuntamuotojen kokeilu. Kipukuntoutujien alkuvaiheen ahdistuksen voimakkuus ennusti huonoa kuntoutustulosta elämänlaadun osalta, joten kipupotilaiden ahdistuksen seulonta ja kipuun liittyvän ahdistuksen tehotettu hoito olisikin tulosten valossa tarpeellista. Tutkimuksen mukaan kipukuntoutuksen tulisi alkaa heti diagnostisten tutkimusten ja hoitojen loputtua, joka parantaisi kipukuntoutuksen tuloksia. (Pohjolainen ym. 2010, 1535, 1543-1544.)

Dopsonin (2010) artikkelissa esittelemissä kivunhallintaohjelmissa tuetaan potilaita kehittämään olemassa olevia hyödyllisiä kivunhallintamenetelmiä, vähentämään hyödyttömiä keinoja sekä oppimaan ja harjoittelemaan uusia strategioita hallita kipua. Potilaat tapaavat moniammatillisen työryhmän eri työntekijöitä, jotka opettavat erilaisia taitoja ja tukevat potilasta asettamaan tavoitteita, jotka ovat mielekkäitä ja mahdollisia toteuttaa. Tämä motivoi myös pitkän aikavälin tavoitteiden asettamiselle. Sairaanhoitajat opettavat potilaita muun muassa lääkehoitoon, unihygieniaan ja rentoutumistekniikoihin liittyen. (Dopson 2010, 35, 38-40.)

Stenner & Courtenay (2008) tutkivat sisäisiä asiantuntijasuhteita ja niiden tukea sairaanhoitajille kivun määrittelyä tehdessä. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö palveli useita toimintoja. Kontakti lääkäreihin, joilla oli asiantuntemusta kivunhoidosta, oli tärkeää sairaanhoitajien tuen saamisen ja jatkuvan oppimisen kannalta. (Stenner & Courtney 2008, 276, 282-283.)

5.2 Hoitajien kokemuksia kipupotilaiden hoitotyöstä

Hoitajien kokemukset kipupotilaiden hoitotyöstä koostuivat hoitajien kokemuksista omahoitajasuhteessa, läheisten kanssa syntyneistä kokemuksista, kokemuksista kipupotilaiden erilaisista tarpeista, kokemuksista tutkimus- ja hoitajakson aikaisista haasteista, kokemuksista hoitajien tiedon tarpeesta sekä hoitajien kokemuksista kehittämishaasteista. Analyysin etenemistä on kuvattu sitä esittävällä kuviolla, joka on liitteenä (Liite 3).

5.2.1 Hoitajien kokemuksia omahoitajasuhteessa

Hoitajat kokivat kipupotilaiden kanssa omahoitajasuhteessa turhautumisen tunteita. He kokivat, että potilaat olivat kiinni kivussa tai ja puhuivat vain siitä. Tämä herätti hoitajissa myös ärtymyksen tunteita. Turhautumiseen liittyi myös voimattomuutta ja riittämättömyyden tunteita, koska potilaita oli jo paljon tutkittu ja tehty hoitoyrityksiä.

”...kun ollaan niin siinä kivussa kiinni, niin se turhautuminen, et miten potilas voisi nähdä jotain muutakin kuin sen kivun. Et se on semmonen mikä herättää ehkä myös ärtymystäkin.”

”Heitä on niin valtavasti tutkittu ja hoitoyrityksiä on... Ni semmoinen voimattomuus, että mitä minä voin tehdä.”

Omahoitajasuhteessa syntyi ymmärrys potilasta kohtaan hoitosuhteen jatkuessa. Hoitosuhteet kipupotilaiden kanssa koettiin myös hyvällä tavalla haastavina ja niissä oli koettu onnistumisen kokemuksia. Omaan potilaaseen hoitajat kokivat syntyvän erityisen suhteen verrattuna muihin potilaisiin, jossa ymmärryksellä oli keskeinen rooli.

”...ne voi olla tällei niin kun hyvällä tavalla haastekin, että on niin kuin hyviä kokemuksia siitä, että on menty eteenpäin.”

”Omaan potilaaseen tulee jotenkin semmonen erilainen ymmärrys...”

Potilaan odotuksiin vastaaminen oli hoitajien kokemusten mukaan merkittävä omahoitajasuhteen elementti. Hoitajat kokivat, että kipupotilailla oli paljon ennako-odotuksia tai

–asenteita psykiatrasta osastojaksoa kohtaan. Potilaat olivat tuoneet esille hulluksi leimaantumisen pelkoja tai tulleet jaksolle suurten odotusten kanssa, jotka eivät aina olleet realistisia. Hoitajien kokemus myös oli, että potilaille oli ennakkoon luvattu ehkä liikaa, jolloin potilaiden odotukset osastojaksosta olivat osin vääristyneet. Kipupotilaiden vaativuus, katkeruus ja siihen vastaaminen koettiin haastavana ja tärkeänä osana omahoitajuutta.

”...monet tulee sillä asenteella, että mikä tää psykiatria hänen kohdallaan... se merkitys, että onks hän hullu ja näin.”

”Se vaativuus ja ne odotukset, ni ne on kyllä semmosta mikä on omalla kohalla aika haasteita.”

Hoitajat kokivat omahoitajuuden haastavana kipupotilaiden hoidossa. Omahoitajan koettiin olevan ensimmäisenä vastaanottamassa potilaan usein kaoottista tilannetta. Vastuu omahoitajan tehtäviin sekä potilaan puolella olemiseen liittyen koettiin myös kuormittavana. Hoitosuhteessa koettiin jäävän välillä yksin potilaan kanssa. Hoitajat kokivat myös kipupotilaiden ongelmakeskeisen puheen vastaanottamisen kuormittavana.

”Sillon kun se eka kerran tulee kaikkine ongelmineen, ni se on se omahoitaja siinä kaaoksessa ensin.”

”...välillä tuntuu siltä, että on sen potilaan kanssa aika yksin siinä hoitosuhteessa.”

Potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta oli kaikkein tärkein asia omahoitajuudessa hoitajien kokemuksen mukaan. Kuulluksi tulemisen myötä hoitajat kokivat luottamuksen syntymisen mahdollistuvan. Hoitajien kokemuksen mukaan kipupotilailta saatu palaute oli vahvasti sen suuntaista, että he olivat tulleet kuulluksi osastolla ja hoitajat myös itse kokivat, että kuulluksi tuleminen osastolla toteutuu.

”Kyllä se on mun mielestä kaikkein tärkein asia, oli nyt minkä ryhmän potilaista kysymys hyvänsä, että se kuulluksi tuleminen...”

”Ainakin on palautetta tullut ihmisiltä täällä, että on tullut kuulluksi. Et on semmosia hyviä kokemuksia.”

5.2.2 Läheisten kanssa syntyneitä kokemuksia

Hoitajat kokivat, että läheisiltä saadaan tietoa potilaan tilanteesta. Heidän kokemuksen mukaan läheisten näkemys saattoi olla myös erilainen kuin potilaan esille tuoma kokemus tilanteestaan. Pari- ja perhetapaamiset koettiin tärkeinä osana hoitoa, mutta kaikki potilaat eivät aina halunneet että läheisiä tavattaisiin. Hoitajat kokivat, että tällöin perheessä saattoi olla salaisuuksia, joita potilaat eivät halunneet paljastaa. Salaisuuksien esille tuominen saattoi hoitajien kokemuksen mukaan olla kuitenkin hyödyllistä potilaan hoidon kannalta, etenkin jos se liittyi esimerkiksi potilaan poikkeavaan kipukäyttäytymiseen kotona tai ilmoitettua runsaampaan lääkkeiden käyttöön.

”Et kyllähän ne näkemykset on sitten siinä ympäristössä ni pikkasen erilaiset kuin se potilaan kokemus.”

”Siellä voi just olla tämmösiä jotain salaisuuksia, ettei haluta että tulee perhe sieltä, että pelätään että sieltä paljastuu ne asiat sitten.”

Läheisten myös koettiin tarvitsevan tukea hoitajien kokemuksen mukaan. Läheisten mukaan ottaminen hoitoon koettiin tärkeänä, koska kipupotilas elää heidän kanssaan ja jakaa potilaan kanssa kipuun liittyvät kuormittavat ilmiöt. Hoitajat kokivat, että läheiset ovat usein aika väsyneitä. Hoitajat toivat myös esille, että potilaat voivat käyttäytymisellään herättää perheessä erilaisia tunteita ja niihin puuttuminen koettiin hankalaksi, etenkin jos tilanne oli kestänyt pitkään ja siihen oltiin perheessä totuttu.

”...et kyllä siinä niin potilaan tuen lisäksi läheiset tarvitsee ihan yhtä lailla.”

”...mikä hänen tarpeensa on siellä perheessä, minkälaisia tunteita hän haluaa ympärilleen herättää. Että joskus näihin puuttuminen voi olla hankalaa.”

Hoitajat kokivat, että kipupotilaiden perheissä ilmeni usein kommunikaatio-ongelmia. Läheiset saattoivat kertoa hoitajille huolensa potilaan tilanteesta, mutta kieltää kertomasta potilaalle asiasta. Hoitajien kokemuksen mukaan esille tulleet katkokset kommunikaatiossa vääristävät perhekuviota. Puhumattomuuden hoitajat kokivat aiheuttavan perheenjäsenten vetäytymistä omiin oloihinsa. Hoitajien mukaan perheissä puhumattomuus oli menemistä helpoimman kautta, ei osattu puhua tai ei nähty ongelmaa.

” Että siellä on näitä katkoja ja on näitä, etten halua että toinen tietää ihan kaikkee. Et nää kaikkihan vääristää sen perhekuvion sitten.

”Puhumista ei oo koskaan liikaa, oikeeta puhumista siellä kotona. Monesti ne on sitten kaikki sulkeutuneet jokainen omaan lokeroonsa siellä kotona. ”

5.2.3 Kokemuksia kipupotilaiden erilaisista tarpeista

Hoitajat kokivat, että kipupotilaiden oli yleensä vaikea rentoutua. Heillä oli kokemusta, että potilaat hengittivät pinnallisesti tai hengitys oli vaillinaista, mikä oli yhteydessä oman kehon tuntemukseen ja rentoutumiseen, joten potilaat olivat hyvin jännittyneitä. Koettiin, että potilaiden oli myös usein vaikea pysähtyä.

”...rentoutumisen taito on monella hukassa ja semmoinen hengittäminen.”

” Ne on vähän kuin rautakankia nämä kipupotilaat.”

Hoitajien mukaan kipupotilaiden voimavarat oli löydettävä uudelleen. Koettiin, että potilailla oli olemassa olevia voimavaroja, mutta heidän itsensä oli niitä vaikea nähdä tai tunnistaa niitä kivun alta. Haasteellisena koettiin kipupotilaiden näköalattomuus, elämän muuttuminen kipujen myötä ja kuinka tukea potilaita menemään rajoitteista huolimatta elämässä eteenpäin.

”Kyllä paljon löytyy semmosta voimavaraa. ”

”Monestikin tuntuu, että potilaat on kauheen näköalattomia ja kyllä se tosiasia on, että kyllä se elämä on muuttunut kipujen myötä. Et mikä se sitten kullekin on se juttu, mikä vois eteenpäin viedä, niin sen löytäminenhan se on tietysti iso haaste.”

Hoitajat kokivat, että kipupotilailla oli psyykkisen tuen tarvetta. Koettiin, että heitä oli usein paljon tutkittu tai kokeiltu eri hoitomuotoja, mutta psyykkinen tuki oli jäänyt vaillinaiseksi. Myös konkreettisen tiedon antamiseen masennuksesta koettiin olevan tarvetta, koska potilaille ei aina ollut täysin selvinyt, mitä masennus oikeasti tarkoittaa ja

miten se näkyi heidän tilanteessaan. Potilaat olivat myös usein pettyneet saamaansa kohteluun terveydenhuollossa ja sen kokemuksen purkaminen koettiin tarpeellisena.

”...on kokeiltu kaikenmoista tän kipupotilaan kanssa, mutta se psyykkinen tuki on jäänyt vähän huonolle.”

”Niin kun monet puhuu, tämmöset kipupotilaatkin masennuksesta, mutta ne ei tiedä mitä se masennus on.”

5.2.4 Kokemuksia tutkimus- ja hoitajakson aikaisista haasteista

Kipupotilaan tutkimusjakson hoitajat kokivat usein lyhyeksi. Potilaat olivat käyneet usein pitkän tien erikoisalalta toiselle ja lopulta tulleet osastolle viikon tutkimusjaksolle, joka koettiin riittämättömän lyhyeksi ajaksi, jotta potilaille olisi voitu antaa psyykkistä tukea. Hoitajille oli myös epäselvää, mitä viikon tutkimusjakson aikana olisi tarpeellista tehdä. Potilaiden puhumisen tarve koettiin usein niin valtavana, että siihen koettiin olevan haasteellista vastata lyhyessä ajassa. Hoitajat myös kokivat, että lyhyellä jaksolla ei ollut potilasta kohtaan oikein lähteä tarkastelemaan liian vaikeita asioita, vaikka siihen olisi nähty tarvettakin.

”Ja mitä voi niin kun tehdä sen viikon aikana, et joku pieni askel menis eteenpäin.”

”Senpä takia viikko kaks tuntuu lyhyeltä ajalta. Koska siellä voi olla vuosien puhetta mitä pitäis kuunnella.”

Tutkimus- ja hoitajakson tavoitteiden erot saattoivat olla hoitajille epäselviä. Kipupotilaita tuli osastolle kipupotilaan viikon tutkimusjaksolle, kahden viikon työkyvyn arviointijaksolle sekä kipupotilaan hoitajaksoille, jonka pituus määriteltiin tarpeen mukaan. Hoitajat kokivat haasteellisena erottaa, mitä hoitajan kunkin jakson aikana tuli tehdä ja mitä tavoiteltiin. Viikon tutkimusjakson pohdittiin olevan psykiatrisen diagnoosin kartoittamista ja sen tyyppisten asioiden tarkastelua varten, jolloin hoitaja koki itsensä tiedon hakijaksi. Haastavana koettiin myös hoitolinjojen epäselvyys, esimerkiksi liikkumiseen aktivoimisen suhteen. Hoitosuunnitelmien olisi toivottu olevan selkeästi esillä, jolloin yhteisesti asetetut tavoitteet olisi ollut helpompi löytää.

”Mikä on se työkyvyn arviointi ja mikä siinä on se... Tai pitempi kivunhoitojakso. Miten erotat ne, mitä tarttee kumpaankin?”

”Niin, jotenkin keskeisissä tiedoissa se hoitosuunnitelma, että mikä on tän tavoitteet tälle potilaalle tälle jaksolle.”

Hoitajat kokivat myös kirjaamisessa olevan haasteita. Kipupotilaan käyttäytymisen havainnoinnin koettiin olevan haastavaa ja vaikka havaintoja tehtiinkin, niiden kirjaamisen uskottiin jääneen vaillinaiseksi. Koettiin, että osa tiedosta jäi viemättä eteenpäin, kun kaikkea tietoa ei pystytty kirjaamaan tai jakamaan sanallisesti.

”Kyl mä koen, että niitä havaintoja tehdään, mutta se kirjaaminen, se jää vaillinaiseksi.”

”Kun ei kerree puhumaan lääkärin kanssa, ei kerree välttämättä kunnolla kirjata, eikä kenenkään kanssa kerree puhumaan siitä asiasta.”

5.2.5 Kokemuksia hoitajien tiedon tarpeesta

Hoitajien kokemus oli, että he tarvitsevat tietoa kipusairauksista. He kokivat kipupotilaiden kanssa epävarmuutta, jos he eivät tienneet riittävästi vammoista ja sairauksista joita potilailla oli, jolloin oli vaikea myös ohjata potilaita kipuongelman kanssa. Potilailta saattoi olla myös kipuoireilua, josta tietoa ei ollut kenelläkään tai kipu näyttäytyi epätyypillisinä oireina, jolloin hoitajat kokivat tietonsa vajavaiseksi. Hoitajat myös kokivat, että potilaat odottivat hoitajien tietävän heidän kipusairauksistaan, ja jos näin ei ollut, vaikutti hoitaja vähemmän luotettavalta. Kipukohtauksien aikana hoitajat olivat kokeneet tarvetta tietää enemmän potilaan fyysisistä rajoitteista ja kyvyistä, jotta olisivat voineet auttaa ja ohjata potilaita esimerkiksi oikeisiin asentoihin.

”Kipupotilaiden kanssa tulee usein epävarma olo, että ihan oikeasti osaanko minä nyt sitten ja kun se on tosiasia, että heillä on monenlaisia vammoja ja niille on diagnoosit ja näin”

”Ne puhuu niillä hienoilla nimillä ja tulee ihan tyhmä olo välillä. Et en mä ees tiedä mikä tää diagnoosi on, että kuinka luotettavalta tää nyt vaikuttaa sitten.”

Hoitajat kaipasivat tietoa kivusta ja kivunhoidosta. Hoitajat kokivat, että jonkin verran tietoa oli jo olemassa, mutta myös perustietoa kivusta kaivattiin lisää. Lääkehoidosta hoitajat kokivat saaneensa vähitellen tietoa käytännössä. He kokivat, että hoitotyön kannalta olisi tärkeämpi ollut lisätä tietoa muista kivunhoitokeinoista.

”Ihan ylipäättään kivusta. Ihan niin kuin perustietoa. Oon mä jotain lokenukin, mutta jotenkin semmosta ainakin kaipaa.”

”No siitä on kyllä, en tiedä riittävästi, mutta siihen on pikkuhiljaa tutustunut, tuohon lääkehoitoon”

Hoitajat kokivat tarvetta saada lisää tietoa menetelmistä, joita käyttää kipupotilaiden hoidossa. Käytössä olevien menetelmien rinnalle kaivattiin lisää vaihtoehtoisia menetelmiä, joista olisi mahdollista valita kullekin potilaalle sopivia menetelmiä. Koettiin, että menetelmistä olisi apua kipupotilaiden kanssa työskentelyssä ja niiden käyttö voisi helpottaa omaakin jaksamista. Eri hoitajilla oli kokemusta erilaisista menetelmistä, joihin heidän eriävistä koulutus- ja kokemustaustoistaan. Kokemusta oli esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian, hyväksymis- ja omistautumisterapian sekä ratkaisukeskeisten menetelmien käytöstä. Osalle hoitajista jotkut menetelmät olivat vieraita tai niiden käyttö oli jäänyt, koska ne koettiin haastavina ja niiden käyttöön kaivattiin ohjausta.

”Mä kaipaisin vähän niin kuin tällaisten menetelmien... vaihtoehtoja, että mitä kaikkea vois käyttää. Tietysti voisi ite mieltä mitä minkäkin potilaan kanssa, mutta olis enemmän kuin ne kaks.”

”Mäkin muutaman potilaan kanssa käytin. Mä innostuin siitä silloin kun XXX puhu täällä siitä. Mutta se jäi sitten jotenkin. Mutta se on hyvä.”

5.2.6 Hoitajien kokemuksia kehittämishaasteista

Moniammatillinen yhteistyö koettiin kipupotilaiden kohdalla tärkeänä ja siinä nähtiin olevan myös haasteita. Eri ammattiryhmien välisen yhteistyön koettiin selkeyttävän potilaan tilannetta ja helpottavan hoitajia, koska vastuu tuli jaetuksi. Joidenkin ammattiryhmien kanssa yhteistyössä koettiin haasteita ja vuoropuhelussa vähentymistä. Ajankäytön haasteet hoitajat kokivat vaikeuttavan yhteistyön tekemistä, sekä eri ammattiryhmien että oman ammattiryhmän edustajien kanssa. Hoitajat pohtivat myös, voisivatko itse olla aktiivisempia ottamaan kontaktia eri ammattiryhmien jäseniin. Koettiin tarvetta löytää lisää aikaa keskustelulle potilaan tilanteesta ja hoidosta. Kipupoliklinikan hoitajien kanssa ei juurikaan koettu olevan yhteistyötä ja se nähtiin puutteena. Koettiin, että yhteistyön kehittäminen kipupoliklinikan hoitajien kanssa voisi mahdollistaa tiedon jakamisen puolin ja toisin.

”Sitten se, et täällä ei ole yksin potilaan kanssa. Mä oon kokenu kyl tosi tärkeenä nää erityisammattiryhmät jotka on mukana.”

”Ja onhan se hirveen vaikeeta löytää aikaa, kun miettii työparityöskentelyäkin, ni se että vaikka työparit pystyis keskustelemaan potilaan tilanteesta ja hoidosta ni... kauheen vähän sellasta.”

Hoitajat pohtivat diagnoosikeskeisyyttä kipupotilaan hoitoon liittyen. Tutkimus- ja hoitajaksot koettiin osastolla diagnoosikeskeiseksi ja todettiin, että osittain oli tavoitteenaikin löytää diagnoosi potilaalle jakson aikana. Hoitotyön näkökulman toivottiin kuitenkin korostuvan ja että potilaita autettaisiin heidän omasta viitekehuksestään lähtöisin, eikä lääketieteen viitekehys korostuisi hoidossa. Osittain koettiin, että potilasta oli helpompi auttaa, jos hänen psykiatrisia diagnoosejaan ei tiennyt etukäteen. Psykiatriset diagnoosit saattoivat antaa potilaasta ennakkokäsityksen hoitajalle, joka kuitenkin usein muuttui kun potilaaseen syntyi hoitosuhde.

”Tää on hyvin diagnoosikeskeistä tää hoito ja tutkimus täällä, ja tarkoitus on hakeekin se joku diagnoosi.”

”..., kun etukäteen lukee papereita ja näitä diagnooseja ni tulee semmonen ennakkokäsitys potilaasta. Mut aika usein kun potilasta tapaa niin se muuttuu.”

Koulutuksen tarvetta koettiin etenkin erilasten menetelmien, esimerkiksi rentoutusharjoitusten käyttöön. Myös sisäisen koulutuksen hyöty nähtiin, jolloin työryhmässä olemassa olevaa tietotaitoa voitaisiin käyttää hyväksi.

”Tää on se osa-alue mihin määhän kaipaamaan paljon... jotain koulutustakin ois kiva saada.”

”Enemmän sitä semmosta osastotuntityyppisiä juttuja ois kiva, että vois sitten niin kun jakaa sitä tietoo...”

5.3 Hoitajien käyttämiä keinoja kipupotilaiden hoidossa

Hoitajien käyttämät keinot kipupotilaiden hoidossa koostuu luottamuksellisesta hoitosuhteesta, hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta huolehtimisesta, potilaan tilanteen kartoituksesta, potilaan tiedon lisäämisestä, potilaan selviytymisen tukemisesta sekä eri lähestymistapojen menetelmien käytöstä. Analyysin etenemistä on kuvattu sitä esittävällä kuviolla, joka on liitteenä (Liite 4.)

5.3.1 Luottamuksellinen hoitosuhde

Hoitosuhteen aloitus oli hoitajien näkemyksen mukaan merkityksellinen luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen kannalta. Aluksi hoitajat lähestyivät kipupotilaita empaattisesti ja pehmeästi. He joutuivat myös alussa kohtaamaan potilaiden ennakkokäsityksiä psykiatriaa kohtaan, purkamaan näitä käsityksiä ja pehmittelemään potilaiden asenteita. Tulohaastattelussa puolestaan kerrottiin olennaiset asiat osastojakson sisällöstä. Nähtiin, että potilas saattoi vuorovaikutussuhteessa hyvinkin nopeasti päättää, luottiko hoitajaan vai ei. Näin ollen hoitosuhteen aloitus ensikohtaamisesta lähtien nähtiin olevan merkityksellinen.

”Niin, jotenkin alkuun se lähestyminen aika pehmeätä ja empaattista. Et se alku on nimittäin niin kun tärkeä.”

”Että joskus joutuu tekemään semmosta alustavaa pehmittelyä, ennen kuin pääsee itse asiaan sitten potilaan kanssa.”

Aito kuunteleminen koettiin kaikkein tärkeimpänä hoitotyön keinona kipupotilaiden kanssa, jotta luottamus voidaan saavuttaa. Potilailla oli usein kokemuksia, etteivät he aiemmin olleet tulleet kuulluksi ja sen purkaminen nähtiin merkityksellisenä. Hoitajien mukaan, kuuntelun tuli olla aitoa ja vastaanottavaa, todellista kuuntelua ja ajan antamista. Nähtiin tärkeänä ottaa vastaan potilaan kertomus ja jäädä kuuntelemaan mitä potilas sanoo sillä hetkellä, eikä lähteä selittämään tai analysoimaan asioita liiaksi. Olennaista hoitajien mukaan oli, että potilaalle syntyy kuulluksi tulemisen kokemus ja että he kokivat saaneensa apua, jonka myötä potilas vähitellen pystyi katsomaan asioita myös toisesta näkökulmasta.

”Tulee mieleen aika ja kuuntelu. Aikaa pitää antaa näille potilaille ja se, se että tosiaan kuunnella. Et ei siinä tarvii tietää oikeestaan mitään, eikä ruveta sitten selittelemään.”

”Ja sitten myöskin semmosia mitä he ovat ainakin kokeneet kuulleensa, niin epäasiallisia kommentteja. Et senkin purkaminen on se ihan yks oma juttunsa.”

Kipukokemuksen uskominen nähtiin myös merkityksellisenä ja luottamuksellisen hoitosuhteen edellytyksenä. Hoitajista oli tärkeää, ettei potilaan kipukokemusta vähätelty ja siihen uskottiin, esimerkiksi kipukohtauksen aikana. Nähtiin myös tärkeänä, ettei potilaan kertomaa kokemusta kyseenalaistettu. Hoitajien mukaan potilaat kokivat tarvetta tulla ymmärretyksi, joten siihen tuli vastata.

”...kuinka käyttäytyy kipukohtauksissa. Se on heille tärkeätä. Et tuleeko siinä tunne, että nyt uskotaan, välitetään vai mitätöidään.”

”Ja ymmärrystä, sitä ymmärrystä. Sitä ne kyllä vaatii.”

5.3.2 Hoidon suunnittelu ja toteutuksesta huolehtiminen

Vastuun jakaminen moniammatillisessa työryhmässä nähtiin tärkeänä kipupotilaiden hoidossa. Eri ammattiryhmiltä tullut tieto ja sen jakaminen auttoi hoitajien mukaan ymmärtämään ja selkeyttämään potilaiden tilannetta. Kipupotilaiden tilanteessa nähtiin usein olevan paljon muutakin ongelmaa kuin pelkkä kipu, esimerkiksi taloudelliset ongelmat. Tästä syystä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön uskottiin olevan merkityksel-

listä, jotta vastuuta voitiin jakaa. Hoitavan lääkärin koettiin olevan läheisin yhteistyökumppani, jolta saattoi kysyä potilaan asioista ja hoidosta, koska lääkäri perehtyi potilaan tilanteeseen kokonaisvaltaisesti. Moniammatillisuuden nähtiin myös vaikuttavan parhaassa tapauksessa niin, että kuulluksi tulemisen ohella potilas saattoi alkaa myös ymmärtämään tilannettaan paremmin.

”Kun kipupotilailla ei ole se pelkkä kipu ja kuinka se kanssa pärjätä ja tulla toimeen ja elää. Vaan se talous on romahtanut.”

”Tää moniammatillisuus, niin meillä on tavallaan etu, että paitsi potilas tulee kuulluksi täällä, niin hän myös alkaa ymmärtämään itseensä toisella tavalla.”

Hoitajat toivat esille hoitajan roolin tiedostamisen merkityksen. Osa hoitajista koki myös epävarmuutta siitä, mikä heidän roolinsa oli tutkimus- tai hoitajaksolla. Viikon tutkimusjaksolla nähtiin hoitajan olevan enemmän tukihenkilö ja yhdyshenkilö, jolloin tiedon kartoittaminen oli omahoitajan keskeisin tehtävä. Hoitajan roolin nähtiin olevan lähtökohtaisesti hoitotyön näkökulmaa korostava, vaikka hoitajan tehtäviin kuului myös kerätä tietoa diagnostiikkaa varten lääketieteen näkökulmasta.

”Onks se viikko sitten semmonen missä yritetään sitä psykiatrissa diagnoosia hakee ja tän tyyppisiä asioita? Että tota me ollaan vaan semmosia tukihenkilöitä ja tota yhdyshenkilöitä.”

”Me ollaan potilaita varten kuitenkin pääsääntöisesti, vaikka me autetaan lääkäreitä siinä diagnostiikassa, mutta se pääsääntöinen lähtökohta on se hoitotyön näkökulma.”

Tavoitteiden määrittely ja niissä pysymisestä huolehtiminen nousi myös tärkeäksi tekijäksi kipupotilaiden hoidossa. Etenkin viikon tutkimusjaksolla nähtiin tärkeänä, ettei lähdetty asettamaan tavoitteita liian laajoiksi. Kipupotilaiden moniongelmallisessa tilanteessa nähtiin pienikin liikahdus merkitykselliseksi. Potilaille haluttiin antaa mahdollisuus tuoda asioitaan esille, mutta ei haluttu lähteä avaamaan kipeitä asioita liiaksi, vaan eteneminen tapahtui potilaan ja perheen ehdoilla. Joidenkin asioiden käsittelyä tuettiin myös jatkamaan jatkohoidossa.

”Että mikä sieltä löytyy, pieni askel. Ettei lähde harppomaan pitkillä askeleilla ja jätä portaita väliin.”

”...mutta mitä salaisuuksia sieltä läheteään onkimaan ja kyllä niillä ei tarvi hirveitä salaisuuksia olla kun siinä perheessä on niin paljon niitä ongelmia...”

5.3.3 Potilaan tilanteen kartoitus

Kipupotilaan elämänhistorian kartoittaminen ja potilaan persoonaan tutustuminen nähtiin tärkeänä osana kipupotilaiden hoitotyötä. Potilaan persoonaan ja hänen elämänvaiheisiin tutustuminen tapahtui esimerkiksi elämänjanaa tehden ja sitä läpikäyden. Kun potilaaseen tutustuttiin paremmin, pystyttiin ymmärtämään myös miten hoidossa kannattaa edetä. Hoitajien mukaan oli tärkeä hyväksyä, että potilas ei välttämättä kaikenlaisista hoitokeinoista tai tiedosta hyödy. Nähtiin, että kun saadaan tietoa potilaan persoonan vahvuuksista ja haasteista, voidaan sitä käyttää hyväksi myös hoitokeinoja valitessa. Potilaille oli huomioitu olevan erilaisia tapoja omaksua asioita, esimerkiksi toiset omaksuivat asioita silmillään, toiset korvillaan, jolloin oli mielekästä valita potilaalle ominainen tapa.

”...että tavallaan voi ittekin muuttaa vähän kurssia sen potilaan mukaan.”

”Se on vähän, et pääsee jyvälle siitä, että minkälainen persoona on kyseessä. Kun on näitä erialaisia omaksumistapoja. Jos tykkää omaksua asioita silmillään, niin annetaan sit materiaalia silmille...”

Selviytymiskeinojen kartoittaminen oli yksi hoitajien keino kartoittaa potilaan tilannetta. Hoitajat pyrkivät tarkastelemaan, miten potilaat olivat aiemmin toimineet selviytyäkseen ja mitä olivat tehneet, että olivat kiputilanteen kanssa selvinneet tähän saakka.

”...et mitenkä on aikaisemmin toiminut jotenkin.”

”Et jotain on tehnyt, ettei oo menny vielä huonommaks.”

Läheisten kuuleminen miellettiin olennaisen osana kipupotilaiden hoitotyötä. Nähtiin, että koska perheen ja läheisten kanssa potilas elää, tapahtuu myös kipuoireiluun liittyvät ilmiöt heidän läsnä ollessaan. Läheisiltä saatiin siis arvokasta tietoa potilaan tilanteesta. Hoitajien oli tapana selvittää, mitä potilas oli perheelle kertonut tilanteestaan. Esimerkiksi kivusta oli usein puhuttu, mutta ei välttämättä masennuksesta. Perhetapaamisissa haluttiin kuulla sekä potilaan näkemys tilanteestaan että läheisten ajatuksia siitä.

”Kyllähän se niin kun selkeästi täytyy ottaa mukaan, koska läheisten kanssahan tämä potilas elää ja siellä tapahtuu nämä ilmiöt...”

”Se potilaan oma näkemys... niin ensin, ja kuullostella sitä perheenjäsenten mielipiteitä ja näkemyksiä siitä tilanteesta...”

5.3.4 Potilaan tiedon lisääminen

Potilaan tiedon lisääminen kipuun vaikuttavista tekijöistä nähtiin osana kipupotilaan hoitotyötä. Tietoa annettiin terveyteen ja elämäntapaan liittyvistä perusasioista, kuten vuorokausirytmistä, ravitsemuksesta, liikunnasta, unesta ja niiden vaikutuksista toisiinsa sekä potilaan kiputilanteeseen. Myös lääkehoidosta ja sen vaikutuksista annettiin tietoa tarvittaessa.

”Ihan perusasioista ylipäättäänsä, ihan vuorokausirytmistä ja tämmöset, sieltä pitää lähteekin.”

”Ulkoilu, ulkona oleminen, pois sisältä lähteminen ja tota tietysti toi ruokailu on tärkeä...”

Potilaan tiedon lisääminen kipuun yhteydessä olevista psyykkisistä tekijöistä nähtiin tärkeäksi kipupotilaiden hoitotyössä. Hoitajat pyrkivät lähestymään kipua psyyken kautta ja näin ollen laajentamaan potilaan tietoutta kivun luonteesta. Hoitajat toivat esille, että potilailla ei välttämättä ollut riittävästi tietoa masennuksesta ja kuinka se on yhteydessä kipuun. Hoitajien mukaan potilailla oli lähtökohtaisesti jo paljon tietoa esimerkiksi lääkkeistä, kivusta ja sen taustatekijöistä ja hoitajien tehtävänä oli tämän tiedon yhdistäminen; antaa tietoa miten kipuun vaikuttavat tekijät vaikuttavat toinen toisiinsa.

”Minä koen että minun tiedon antaminen on sitä että kun potilaille on tietoo lääkkeistä, on kivusta ja sen olemuksesta ja mistä se tulee tai ei tule, niin näitten yhdistäminen.”

”Kun niiltä kysyy sitten usein, että no millä lailla ne masennuksen oireet sitten niin kun näkyy. Niin siitä tulee ilmi, että mitä se oikein on se masennus loppujen lopuksi. Mitä kaikkee se voi olla, se masennus... ja myöskin kipua.”

5.3.5 Potilaan selviytymisen tukeminen

Aktiivisuuteen tukeminen oli merkittävä tekijänä kipupotilaan selviytymisen tukemisessa. Hoitajat pyrkivät miettimään yhdessä potilaiden kanssa, millaiseen toimintaan potilas voisi kivusta huolimatta aktivoitua osastojakson jälkeen. Heitä tuettiin osallistumaan esimerkiksi mielekkäisiin harrasteryhmiin, jotka olivat avoimia kaikille. Myös sosiaalisten suhteiden uudelleen aktivoimiseen tuettiin, esimerkiksi ottamaan yhteyttä ystäviin tai muihin läheisiin, jos yhteydenpito oli jäänyt kipupotilaan vetäytyttyä ihmissuhteista. Hoitajat myös lähtivät yhdessä ulos potilaiden kanssa, jossa heidän mukaansa potilaiden oli helpompi avautua asioistaan ja kokemuksistaan. Aktiivisuuden lisääntymisen nähtiin tuovan tunnetta elämänhallinnasta.

”Kivusta huolimatta voi tehdä asioita ja masentuneenakin voi mennä maalaamaan., vaikka se on ehkä hankalampaa...”

”Kipupotilaiden kanssa on hyvä lähteä ulos. Ja moni tuolla, kun astutaan ovesta ulos niin jotenkin ihminen avautuu.”

Kipupotilaan voimavarojen tukeminen oli hoitajien tärkeä keino tukea kipupotilaiden selviytymistä. Hoitajat pyrkivät vuorovaikutussuhteessa potilaan kanssa löytämään olemassa olevia voimavaroja, jotka olivat jääneet kiputilanteen vuoksi käyttämättä tai joita potilas ei tunnistanut itsessään. Näitä löytyneitä voimavaroja pyrittiin tukemaan ja suuntaamaan potilaiden ajatuksia eteenpäin hankalasta kiputilanteesta. Pohdittiin, että potilaisiin suhtauduttaisiin kipukuntoutujina, joka ilmensi aktiivisempaa ja voimavaroihin keskittyvää asennetta, jossa potilaalla oli vaikutusmahdollisuuksia kiputilanteeseensa. Näin ollen pyrittiin myös välttämään liiallista hoiva-asennetta, jonka pahimmillaan nähtiin passivoivan potilaita. Tällöin hoitaja ei ajautuisi mukaan kipupotilaan negatiivi-

seen ja passiiviseen ajatuskierteeseen, vaan toimisi enemmän kannustajana ja mahdollisuuksien osoittajana.

”Ja yrittää löytää niitä voimavaroja sieltä elämästä. Et en mä rikki mennyttä korjata voi, mutta jotain uutta ja uusia mahdollisuuksia löytää.”

”...se että ei ole meidän potilaat, kipupotilaat, kipupotilaita, vaan he ovat kipukuntoutujia. Ja se antaa ihan eri merkityksen siihen otteeseen, että potilasta hoivataan ja hoidetaan, kuntoutujia tsempataan ja jotenkin löydetään niitä voimavaroja...”

Läheisten tukeminen nousi tärkeäksi tekijäksi kipupotilaiden selviytymisen tukemisessa. Kipupotilaiden oireiluun liittyvät ilmiöt nähtiin olevan usein läheisille raskaita ja voimia vieviä ja läheisten nähtiin tarvitsevan tukea potilaiden ohella. Lähinnä perhe- ja paritapaamisia järjestettiin ja niiden yhtenä tavoitteena oli tukea avoimuuteen ja kuormittavien asioiden esille tuomiseen, joilla läheiset pääsisivät puhumisen alkuun. Tapaamisissa pyrittiin huomiomaan kaikki osapuolet neutraalisti ja samaan läheiset puhumaan keskenään vuoropuhelua, ei pelkästään hoitajien kautta. Kuuleminen ja asioiden näkyväksi tekeminen nähtiin tärkeänä. Myös avohoidon valjastaminen mukaan pyrittiin toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan.

”.. nämä ilmiöt, mitkä on monesti tosiaankin omaisille todella raskaita ja voimia vieviä. Et kyllä siinä niin potilaan tuen lisäksi läheiset tarvihtee ihan yhtä lailla.”

”Ja usein myös sitäkin, että yrittää saada nää ihmiset puhumaan keskenään jotenkin. Kun ne puhuu hoitajan kautta jotenkin. Keskenään, sitä vuoropuhelua perheen sisällä.”

Vertaistuen järjestäminen oli käytössä oleva keino tukea potilaan kuntoutumista. Hoitajat saattoivat vaihtaa omakohtaisia kokemuksia potilaiden kanssa ja tukivat vertaistuen piiriin osastoyhteisössä. Osastojakson jälkeen ohjattiin potilaita kolmannelle sektorille, esimerkiksi kipuryhmiin, joissa kipupotilaat tapasivat vertaisiaan. Myös internetistä haettiin tietoa yhdessä potilaan kanssa vertaistukimahdollisuuksista.

”He saavan hirveen hyvää vertaistukee täällä osastolla muilta potilailta.”

”Kolmannelle sektorille kipuryhmiin, Kivunhoitoyhdistys vai mikä se on Tampereella.”

5.3.6 Eri lähestymistapojen mukainen käyttö

Kipumestarin työkalut -työkirja oli hoitajien keskuudessa aktiivisessa käytössä. Sen tausta-ajatuksena oli kognitiivinen terapia. Hoitajien mukaan työkirjan avulla saattoi palata perusasioihin tarkastelemaan potilaan elämää ja kiputilannetta, löytää voimavaroja ja uusia keinoja selvitä kivun kanssa.

”Että mää vaan niin loistavana pidän tota meidän työkirjaa, kipumestarin työkalut, että siellä on sitä minkälainen sinä olet, miten sinä toimit...”

”Hyviä tehtäviä siinä on kyllä. Ja näitä voimavaratehtäviä. Niitä mä oon siinä käyttänykin paljon.”

Käyttäytymisanalyysin hyödyntäminen oli hoitajien keskuudessa vaihtelevaa. Funktionaalinen käyttäytymisanalyysi oli käyttäytymisterapeuttisista menetelmistä käytössä. Ne, jotka olivat saaneet menetelmän käyttöön ohjausta, kokivat sen käytön hyödyllisenä. Hoitajien näkemyksen mukaan käyttäytymisanalyysin kaaviokuvan avulla saattoi tehdä näkyväksi potilaan tilanteen ja sitä saattoi hyödyntää koko hoidon ajan. Osa hoitajista oli innostunut ensin menetelmän käytöstä, mutta sen käyttö oli jäänyt sen jälkeen. Hoitajat kuitenkin näkivät sen aktiivisemmalle käytölle perusteita.

”Mä oon tykänny käyttää, silloin harvoin kun oon käyttänyt, on se käyttäytymisanalyysi, oikein se kaavio. Siis minä hyödyn siitä ja potilas hyöttyy siitä, mikä sehän olennainen on. Se on hieno, se on todella hyvä. Se tekee näkyväksi ja se kulkee mukana koko sen hoidon ajan.”

”Mäkin muutaman potilaan kanssa käytin... Mut se jäi sitten jotenkin. Mutta se on hyvä.”

Rentoutumisharjoitukset olivat hyvin käytettyjä menetelmiä kipupotilaiden kanssa. Hengitysharjoituksiin nähtiin erityisesti tarvetta antaa ohjausta. Käytössä oli erilaisia rentoutusharjoituksia, riippuen hoitajien koulutustaustasta. Esimerkiksi progressiivisen rentoutuksen ja mindfulness -menetelmiä oli käytössä, mutta myös CD-rentoutuksia käytettiin.

”Kyllähän rentoutuminen on yks tärkein ja sit semmonen perusasia, että ihmiset osaa hengittää.”

”Mä oon näitä progressiivisen rentoutuksen juttuja tehny...”

Ratkaisukeskeisiä menetelmiä oli käytössä, jos hoitajalla oli siihen koulutustaustaa. Kipupotilaiden kanssa käytössä oli muun muassa erilaiset kysymysten asettelut, näkyväksi tekeminen, ulkoistavat-, poikkeus- ja tavoitekysymykset sekä tähtihetkiharjoitukset ja asteikkokysymykset.

”Minä käytän niitä ratkaisukeskeisyyden menetelmiä.”

”...Otetaan se asiakkaan/potilaan asia tohon pöydälle ja niin kun yhdessä tarkastellaan.”

Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmistä hoitajien käytössä oli lähinnä arvo-
tehtävät sekä metaforat.

”Jos tykkää enemmän käyttää korvia, niin käytetään vaikka metaforia...”

”Sitten se elämän arvot. Nää nyt varmaan toimii joka potilaan kohdalla.”

Hoitajat käyttivät erilaisia menetelmiä tarpeen mukaan, riippuen potilaan tilanteesta tai hoitajien kokemuksesta menetelmien käytöstä. Hoitajat mielsivät kaikki konkreettiset harjoitukset hyvinä, kuten myös kaikki keinot mitkä osoittautuivat toimiviksi kipupotilaiden kanssa. Käyttökelpoisten menetelmien nähtiin olevan varsin yksinkertaisia, joiden tarkoituksena oli saada potilaiden ongelmatilannetta auki. Hoitajien mukaan potilaat herkästi innostuivat tehtävistä ja erilaisista menetelmistä. Hoitajat myös näkivät, että oli hienoa kokea yhteinen oivallus potilaan kanssa, kun joku keino auttoi.

”Kaikki konkreettiset harjoitukset on hirveen hyviä.”

”Ei ne niin ihmeellisiä oo. Kun jotenkin vaan sais auki sitä ongelmatilannetta, on se mikä keino tahansa.”

5.4 Hoitajien näkemyksiä kipupotilaiden hoidon kehittämisestä osastolla

Hoitajien näkemyksiin kipupotilaiden hoidon kehittämisessä osastolla kuuluu hoitajien tehtäväkuvan selkeyttäminen moniammatillisessa työryhmässä, hoidon tavoitteiden selkeyttäminen, hoitotyön sisällön kehittäminen ja hoitajien tietotason ylläpitäminen. Analyysin etenemistä on kuvattu sitä esittävällä kuviolla, joka on liitteenä (Liite 5.)

5.4.1 Hoitajien tehtäväkuvan selkeyttäminen moniammatillisessa työryhmässä

Hoitajan tehtäväkuvan selkeämpi kuvaaminen nousi hoitajien mielestä kehittämistarpeeksi. He kokivat tärkeänä, että hoitajan työtehtäviä konkretisoitaisiin ja toimenkuvaa selkeytettäisiin, koska niiden nähtiin jossain määrin hämärtyneen.

”Konkretisoida mitä se lääkehoito pitää sisällään. Mitä hoitaja tekee.”

”Ite ainakin ajattelen, että kun sais vielä selkeemmin sen hoitajan roolin siihen, mikä se on ja mitä ne työtehtävät siinä on.”

Eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämiseen nähtiin myös tarvetta. Hoitajien mukaan kipupotilaan hoidossa oli paljon asioita tarkasteltavana ja myös eri ammattiryhmät tarkastelivat päällekkäisiä asioita potilaiden kanssa. Hoitajat toivoivat selkeämpää rajaamista, mitkä asiat kuuluivat minkäkin ammattiryhmän vastuulle. Hoitajilla oli myös epävarmuutta sen suhteen mitä erityistyöntekijät konkreettisesti potilaiden kanssa tekivät. Toivottiin lisää tietoa esimerkiksi toimintaterapeutin ja fysioterapeutin työstä, koska toiminnan kautta nähtiin potilaiden tilanteesta saatavan arvokasta tietoa, joka ei välttämättä nouse esille keskusteluissa. Koettiin, että erityistyöntekijöiden tapaamisista saatu tieto saattoi jäädä hyödyntämättä hoitotyössä, jos sitä ei ollut saatavilla tai ei osannut käyttää hyödyksi. Yhteistyön vahvistaminen erityistyöntekijöiden kanssa nähtiin olevan olennaista potilaan kokonaisuhoiton toteutumisen kannalta. Muiden ammattiryhmien työn arvostuksen nähtiin lisäävän myös työhyvinvointia.

”Ehkä siinä sitten sitä rajaamista, ettei sitä päällekkäistä työtä tulis niin paljon. Ja oisko tyyliin ihan riittää jokaiselle jotakin.”

*”Toimintaterapian tämmösistä mahollisuuksista ja mitä täälläkin kipupotilaat käy siel-
lä, niin siitä tiän hirmu vähän.”*

Hoitajan tehtäväkuvan tarkentaminen potilaan aktiivisuuden tukemisessa nähtiin tarpeellisena. Hoitajat kokivat epävarmuutta, kuinka ohjata kipupotilaita esimerkiksi liikunnan lisäämiseen, jos potilaat eivät kokeneet liikuntaa mielekkäänä tai hoitajilla ei ollut tietoa riittävästi mitkä toiminnot tukisivat potilaan selviytymistä, eivätkä aiheuttaisi lisää kipuja. Hoitajat näkivät, että usealla potilaalla kipu invalidisoi merkittävästi ja tuntui haastavalta löytää turvallisia keinoja auttaa potilasta aktiivisuuden tukemisessa. Osaamista ja tietoa aktiivisuuden tukemiseen kaivattiin erityisesti muilta ammattiryhmiltä, jolloin hoitaja voisi tukea ja motivoida potilasta moniammatillisesti luotujen ohjeiden pohjalta hoitajakson ajan.

*”...niin siinä sit hoitajalla tieto, että ihan varmasti ei tapahdu vahinkoa. Jotenkin sem-
mosen varmistuksen tarvihtees, mikä varmaan tulee muista ammattiryhmistä sitten hei-
dän tietonsa kautta. ”*

*”Et kyl ne enemmän sitten menee sinne, että kipu invalidisoi aika tavalla... mitäs jos ei
oo liikunnallinen ihminen, niin kuinka hälle tyrkätä sitten nää liikuntamuodot ja kaikki
tämmöset käyttöön otettavaksi...”*

5.4.2 Hoidon tavoitteiden selkeyttäminen

Hoitajat näkivät, että tavoitteiden konkretisointi hoidon alussa olisi tärkeää. Tulohaastattelussa tavoitteita hoitajien kokemuksen mukaan kyllä asetettiin, mutta niihin kaivattiin vielä selkeyttä. Toivottiin, että jos esimerkiksi kivunhallintakeinojen tarkastelu asetettiin hoidon tavoitteeksi, konkretisoitaisiin mitä se tarkoittaa kunkin potilaan kohdalla, jolloin myös potilaat hyötyisivät niistä paremmin. Hoitotyön tavoitteet tahtoivat hämärtyä hoidon yleisistä tavoitteista hoitajien kokemuksen mukaan ja niihin saatettiin nimetä tavoitteita, jotka eivät olleet erityisesti hoitotyön aluetta.

*”Ja minusta niitä tavoitteita on toki tulohaastattelussa asetettukin, jonkun verran, mutta
ehkä vielä enemmän sitä selkeyttä siihen.”*

”...potilas tulee ja tota tavoitteena on tällä hoitajaksolla... keskittyä tähän kivun hallintaan. No mitä se tarkoittaa?”

Tavoitteiden rajaaminen suhteessa potilaan tarpeeseen ja jakson pituuteen nähtiin myös tärkeänä. Hoitajat näkivät, että tavoitteita ei saisi olla liikaa ja ne tulisi suhteuttaa hoitajakson pituuteen. Heillä oli kokemus, että hoitajaksolle saatettiin suunnitella paljon erilaisia järjestettäviä tapaamisia, jotka välillä tuntuivat ylimitoitetuilta ja niihin toivottiin rajaamista ja priorisointia. Hoitajat myös pohtivat koska olisi perusteltua siirtää jatkohoidon tarkempi suunnittelu lähettävälle taholle. Yleisesti koettiin, että kahden tai kolmen viikon hoitajaksolla hoitajilla oli usein liian paljon toteutettavia asioita, mitä kolmivuorotyön asettamat haasteet entisestään hankaloittivat. Hoitajien näkemyksen mukaan hoitoajat saattoivat pitkittyä, tai potilaita otettiin jälkipoliklinisille käynneille hoitajakson jälkeen, jos tavoitteisiin ei päästy määrättyssä ajassa. Hoitajat kaipasivat hoitajakson prosessin kuvausta, josta ilmeni myös mitä enimmillään osastolla kipupotilaiden hoidossa on mahdollista tehdä ja että kaikkien potilaiden kohdalla toteutettaisiin samaa toimintamallia, yksilölliset tarpeet huomioiden. Koettiin myös tarvetta löytää keinoja rajata tavoitteita potilaan elämänaikaisten tapahtumien käsittelyssä. Tiedostettiin, että esimerkiksi traumaattisilla tapahtumilla saattoi olla yhteys potilaan tämän hetkiseen tilanteeseen, mutta koettiin epävarmuutta kuinka rajata asioiden käsittelyä, ettei asiat saisi liian suurta roolia hoitajakson aikana. Tavoitteiden asettamisen yhteydessä nähtiin myös tarvetta asettaa niitä korostuneemmin potilaslähtöisesti, jotta potilas voisi sitoutua tavoitteisiin paremmin. Tavoitteiden rajaamisen uskottiin myös edesauttavan, ettei hoitajille tulisi kuormittunut olo. Nähtiin, että jos haluttiin toteuttaa laadukasta hoitotyötä, täytyisi töitä rajata tai hoitajakso olla suunnitellusti pidempi, jos tarvetta sille nähtäisiin tavoitteita asetettaessa.

”...että ei niitä tavoitteita ihan mahottomasti. Eihän siis kukaan pysty niin kun kaikkee hoitamaan.”

”...et pitäis napakoittaa, Ei tulis itellekäänkään sellasen massiivisen kuorman alle jäämisen olo.”

5.4.3 Hoitotyön sisällön kehittäminen

Tutkimus- ja hoitajaksojen sisältöjen erottelu ja kuvaaminen oli hoitajien näkemyksen mukaan olennaista hoitotyön sisällön kehittämisessä. Hoitajat kokivat, että pilottimallissa oli niin paljon asiaa, että sisällön jaottelu jakson tarpeen mukaan voisi helpottaa asioiden jäsentämistä, eikä se tuntuisi niin kuormittavalta. Toivottiin, että eri tutkimus ja hoitajakset ja niiden tarve kuvattaisiin pääpiirteittäin.

”...tässä on hirveesti, että minkä jaottelis millekin jaksolle niin kyllähän se olis varmaan hyvä tehdä selkeemminkin.”

”...sais niin kun jollakin tavalla ne lokeroitua omaan lokeroonsa ja otettua sieltä sen mitä milloinkin tarvitaan, ni ainakin tulis sitten ne niin kun pääpiirteittäin.”

Hoitotyön sisällön rakentuminen valittujen tavoitteiden pohjalta oli myös hoitajien mielestä tärkeää. Nähtiin olennaisena, että tavoitteita asetettiin yhdessä potilaan kanssa ja niiden tuli kulkea mukana koko hoidon ajan. Hoidon sisältöä ja tavoitteita mietittäessä nähtiin tärkeänä tutustua potilaan tarpeisiin ja ajatuksiin kivusta, sekä esittää myös vaihtoehtoja hänen omille näkemyksilleen. Hoitajien mukaan hoitoprosessiin saattoi vaikuttaa merkittävästi potilaan yksilölliset tarpeet ja hoidon tavoitteet muuttua myös kesken hoidon, kun tietoa potilaan tilanteesta tuli lisää. Heidän näkemyksensä oli, että erityisen tärkeää oli tiedostaa hoidon tavoitteet.

”Tietysti meidän tehtävä on myös etsiä niitä tavoitteita siellä, mutta potilaalla pitäis ensin olla omat ja sitten täällä löytää niille tavoitteille niitä...”

”Aina tulee uusia tilanteita, uusia asioita, mitkä voi vaikuttaa siihen... millon on kivunhoitopotilas, se tulee tänne, sillä on päihteiden käyttö siellä...miten se muuttaa sitä hoitoprosessia. Ja muuttaako se millään tavalla.”

Ryhmähoidon mahdollisuuksien huomioiminen kipupotilaan hoidossa nähtiin tarpeellisenä. Hoitajat kuitenkin toivat esille, että osastolla kipupotilaita ei tulisi eriyttää muista potilasryhmistä. Heidän näkemys oli, että olemassa olevia ryhmiä voisi tarkastella enemmän myös kipupotilaita hyödyttävässä muodossa. Varsinaisten kivunhallintaryhmien perustaminen tuntui haastavalta osasto-olosuhteissa, koska se nostaisi kipupotilaat

eri asemaan ja uuden ryhmän perustaminen vaatisi lisää resursseja. Hoitajien näkemyksen mukaan, kipupotilaat voisivat hyötyä esimerkiksi elämänhallintataitojen tarkastelusta, tavalla jossa kipua ei nostettaisi erilleen muista elämän haasteista.

”...koska kipupotilaat, tai kuka tahansa potilas niin, niin tuskin kukaan haluaa olla erityinen, sillä lailla... joo, tollasia yleisiä ihan tavallisia asioita, ettei oteta kipua erillensä, kun he tekee sen jo ihan ite.”

”Ihan näitä elämänhallintataitoja siellä ja muuta siellä, mutta sitä vois nostaa tekemättä uutta ryhmää tai jotain, että niitä vois sisältöjä muokata.”

Seksuaalisuuden huomioiminen osana kipupotilaan hoitoa nähtiin hoitotyön sisällön kehittämisessä yhtenä tärkeänä tekijänä. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen oli hoitajien mielestä olennaista, sillä aiheen uskottiin olevan haastava ottaa esille potilaiden taholta, vaikka siihen saattoi olla tarvettakin. Puheeksi ottaminen nähtiin parhaiten tapahtuvan PLISSIT –mallin mukaisesti, jolloin annettaisiin lupa puhua ja jos todettaisiin tarve tiedolle, sitä voitaisiin tarpeen mukaan antaa. Hoitajien mielestä seksuaalisuuden huomioiminen kipupotilaiden hoidossa ei ollut automaattista ja siihen olisi tarve kiinnittää huomiota. Hoitajat kuitenkin kokivat, että harvoin seksuaalisuus nousi kipupotilailla merkittäväksi keskustelun aiheeksi, vaikka siitä kysyttiin. Nähtiin merkittävänä, että seksuaalisuus otettaisiin puheeksi heti hoidon alussa, kun kartoitettiin hoitajakson tavoitteita ja tällöin aiheeseen olisi myös helpompi myöhemmin palata. Tulohaastattelu koettiin parhaimpana tilanteena ottaa ensimmäisen kerran asia puheeksi, koska monet seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset liittyivät lääkehoitoon ja tällöin paikalla olisi myös lääkäri. Hoitajat kokivat, ettei välttämättä tarvetta erikseen nimetä kumpi ammattiryhmän edustaja asian ottaisi puheeksi. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen koettiin luontevammaksi, jos se tuli esille etukäteen potilaan täyttämässä kyselykaavakkeessa. Hoitajien näkemyksen mukaan kyselykaavake täytyi kuitenkin käydä suullisesti läpi, jotta todellinen lupa puhua asiasta annettaisiin. Esteitä puheeksi ottamiselle nähtiin olevan aihealueen vaativuus, häveliäisyys, tiedon puute tai ettei asiaa aina muistanut ottaa puheeksi, koska kipupotilailla oli paljon muita kuormittavia tekijöitä elämässä. Nähtiin tärkeänä, että seksuaalisuudesta puhuttaisiin enemmän työryhmässä ja siitä saataisiin lisää tietoa.

”Häveliäitä asioitahan nämä on, niin ainakin annetaan PLISSITin mukaan se lupa puhua. Ja sitten jos me tiedetään, että nyt on tarvetta sitten tiedolle, niin me voidaan sitä antaa...”

”Se on meidän työntekijöiden tietämättömyys, ja häveliäisyyskin ja ehkä siitä pitäis pitää enemmän ääntä tuolla osastollakin ja osastotunti ainakin.”

Kyselykaavakkeiden hyödyntäminen hoitotyössä nähtiin myös yhtenä keinona kehittää hoitotyön sisältöä. Hoitajien näkemyksen mukaan heille esitellystä Lintonin -kipukyselykaavakkeesta voisi olla hoitotyössä hyötyä erityisesti kartoitusvaiheessa. Hoitajien mielestä kaavakkeella kartoitettiin lyhyesti olennaiset asiat kipupotilaan tilanteesta, jolloin tiedot olisi helposti käytettävissä myös omahoitajasuhteessa. Lintonin -kipukyselyssä tiedusteltiin potilaan omaa käsitystä siitä, kuinka todennäköistä on, että kipu jää pitkäaikaiseksi, jonka hoitajat kokivat merkityksellisenä, eikä heidän mielestään tulohaastattelukaavakkeista vielä löytynyt vastausta tähän kysymykseen. Hoitajat myös pohtivat, voisiko kaavake olla yksi potilaalle kotiin etukäteen lähetettävistä kaavakkeista. Hoitajille esitelty kivun hyväksymiseen liittyvä CPAQ-kaavake nähtiin myös puuttuvan käytössä olevista kyselykaavakkeista. Potilaan kivun hyväksymisen kartoitusta olisi hoitajien näkemyksen mukaan tärkeä kartoittaa hoidon alussa, koska se määrittelee mitä välineitä olisi hyvä ottaa hoitosuhteessa käyttöön. Potilaan valmius työskennellä kivunhallintakeinojen kanssa nähtiin olevan yhteydessä kivun hyväksymiseen. Kyselykaavakkeiden tehostetumpi käyttö, joka jatkuisi läpi hoidon, nähtiin kehittämisten kohteena. Kaavakkeiden nähtiin myös tukevan kirjaamista, jos niiden avulla esimerkiksi haastatettiin potilasta.

”Mun mielestä tässä yhessä kaavakkeessa hyvin lyhyesti hyvin kysymyksiin kartoitetaan sekä fyysisiä, psyykkistä että sosiaalista näkemystä potilaan kivusta. Se on erinomaista.”

”Vaikka he ne tulokaavakkeet käyvät läpi ja vastaa, niin ei sieltä löydy vastauksia tämmösiin kysymyksiin. Eikä siihen miten kipu on hyväksytty... sehän vaikuttaa hirveesti siihen, mitä välineitä me otetaan siinä hoitosuhteessa käyttöön.”

5.4.4 Hoitajien tietotason ylläpitäminen

Tutkitun tiedon jakaminen koettiin tarpeelliseksi esimerkiksi koulutuksen ja osastotuntien muodossa. Hoitajille oli syntynyt ymmärrys, että tutkimustieto kivusta ja kivun hoidosta oli mennyt eteenpäin viime vuosien aikana, jota toivottiin saatavaksi käyttöön otetuksi. Myös lääkäriltä toivottiin uusimman tiedon jakamista kivunhoitoon liittyen sekä luentojen muodossa että käytännön tilanteissa omien näkökulmien ja tiedon esille tuomisena, antaen myös ehdotuksia millaisia asioista kannattaa hakea lisää tietoa.

”Tää tutkimustieto kivusta, hoidosta, se on menny niin eteenpäin tässä ihan viime vuosina, että kaikki tieto tervetuloa. ”

”Lääkäri... on kuitenkin niin lähellä tietoa ja päässä varmasti vaikka minkälaista uutta... Se mitä hän ajattelee kivunhoidosta ja just nää uudet suuntauokset... viljelijä, että ottakaa selville, kattokaa tuota ja näin. ”

Opintopiirityöskentelyn kehittäminen osaksi osaston jatkuvia käytäntöjä nähtiin myös mahdollisuutena pitää hoitajien tietotasoa yllä. Opintopiirityyppisesti tapahtuva vastavuoroinen keskustelu sekä hoitomallin sisällön että kivunhoitoon liittyvien asioiden suhteen nähtiin mahdollisuutena sisäistää paremmin hoitajien tietoutta osaston käytännöistä ja kivun hoidosta, kuin pelkän luentotyypin koulutuksen keinoin. Nähtiin kuitenkin tärkeänä, että jos uutta tietoa jaetaan, täytyy jollakin opintopiiriin osallistujista olla tutkittua tietoa aiheeseen liittyen, jotta on mahdollista oppia uutta. Nähtiin myös tärkeänä, että hoitomalleja päivitetäisiin jatkuvasti kokoontumalla säännöllisin väliajoin siihen nimettyjen henkilöiden toimesta.

”... jos se kivunhoitomalli on ollu joskus vuosia sitten, miten se on muuttunut, et semmosta dialogia, mitä se on, sitä puhumista... et niinkun ihmiset sisäsitäs paljon paremmin sitä, kun sitä sitten puhuis. ”

”Mun mielestä se vaatii sen, että jollain olis tietoa mitä jaetaan, koska muuten ei synny mitään uutta. ”

5.5 Hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikutuksesta omaan toimintaan

Hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikutuksesta omaan toimintaan toteutettua analyysin etenemistä on kuvattu sitä esittävällä kuviolla, joka on liitteenä (Liite 6).

Hoitajien kokemuksen mukaan kipupotilaan hoito osastolla jäsenyi paremmin hoitomallin kehittämisen myötä. Kipupotilaan hoitoon liittyvistä asioista puhuminen muun muassa ryhmähaastattelujen aikana oli hoitajien mielestä auttanut jäsentymisessä. Aiemmin kipupotilaan hoitoprosessi oli tuntunut laajalta sekä hajanaiselta, ja myös perehdytyksestä oli puutteellisia kokemuksia. Tietoa kiputilaan hoitoon liittyvistä asioista oli kerääntynyt eri tahoilta, joten kokonaisuutta oli ollut sen myötä vaikea hahmottaa. Hoitomallin kehittämisen myötä tutkimus- ja hoitajaksojen tarkoitus oli vähitellen alkanut hahmottua hoitajille, mutta edelleen kipupotilaan eri osastojaksot saattoivat mennä sekaisin ja aiheuttaa hämmennystä osalla hoitajista.

”...jotenkin se tuntu, että se jäseny ihan eri tavalla nyt sitten kun sitä käytiin tässä pienemmässä porukassa läpi.”

”Mulle se koko kipumalli oli semmonen yks möykky.”

Hoitajat kokivat ymmärtävänsä potilaan kipukokemusta paremmin hoitomallin kehittämisen myötä. Hoitajien mukaan ymmärrys oli lisääntynyt, kun he olivat tiedostaneet potilaiden kivun subjektiivisuuden, eivätkä kokeneet tarvetta vähätellä kipukokemusta. Hoitajat kokivat ymmärryksen potilaiden kipukokemusta kohtaan vahvistuneen ja synnyttäneen halun oppia lisää. Hoitajat kokivat myös oivaltaneensa, että kivun kokemuksessa ei välttämättä ole psykologisia selittäviä tekijöitä, joita olisi aina tarve lähteä tulkitsemaan. Hoitajilla oli myös kokemus, että potilaan kipua oli helpompi ymmärtää, jos sille oli löytynyt tutkimuksista fyysinen syy. Jos syytä ei ollut löydetty, oli kipuun vaikeampi suhtautua.

”Niin kun potilas kertoo ni sitä toisella tavalla ottaa ne kivut mitä potilaalla on. Ymmärtää niitä ehkä paremmin.”

”...että välttämättä ei löydy niitä semmoisia tulkinnan paikkoja, että miksi ihminen kokee kivun niin kuin hän kokee.”

Hoitajien kokemuksen mukaan, heidän tietonsa kivusta lisääntyi kipupotilaan hoitomallin kehittämisen myötä. Hoitajat kokivat, että saatuaan tietoa kivusta he alkoivat kiinnittää potilaan kipuun erilaisia huomiota ja alkoivat ottaa siitä eri tavalla selvää. He myös kokivat, että kivusta täytyisi olla hoitajilla riittävästi tietoutta kipupotilaita hoidettaessa. Hoitajat myös kokivat, että vaikka pilottimallin sisälsi hyvin ytimekkäästi asioita, tuli sen läpikäymisen myötä näkyväksi, että on paljon asioita joihin kipupotilaiden hoidossa tulisi kiinnittää huomiota. Kun hoitajat tiedostivat, että kipupotilaan hoidosta on olemassa paljon uutta tietoa, kokivat he sen herättäneen kiinnostusta lähteä hakemaan tietoa lisää sekä antaneen uutta pontta hoitotyön tekemiseen.

”... ni mitä se kipu on. Niin kun sen ymmärtäminen on tuonu sillä tavalla, tai siihen on kiinnittänyt eri tavalla huomiota ja alkanu ottamaan siitä eri tavalla selvää.”

”Paljon on uutta tällä alalla, alueella mitä siis huomaa, että ei tiedä. Siis mielenkiinnolla huomaa... että saa sieltä uutta pontta lähteä tutkimaan asiaa ja lähtee hoitamaan.”

Hoitajien kokemuksen mukaan pilottimalli tuntui laajalta. Heistä pilottimalli tuntui katavalta, mutta sen laajuus herätti epäilyn, voisiko kaikkia osa-alueita mahdollista käydä yhden potilaan kohdalla läpi. Hoitajat myös pohtivat, että eri potilaiden kohdalla mahdollisesti painottuisivat eri asiat. Kehittämisen myötä hoitajat myös kokivat, että osastolla toiminnassa oleva käytäntö viikon tutkimusjakson aikana haastatella potilasta ja sen jälkeen toteutuvalla hoitajaksolla käyttää tutuksi tullutta materiaalia potilaan tarpeen mukaan.

”...kun tämän luki lävite, niin tuli semmonen huh huh, että onko joskus nää asiat saatu jopa pakettiin ennen kuin potilas kotiutuu.”

”Minusta tää toimii aika hyvin mikä meillä on nyt tällä hetkellä, siinä mielessä että se on sitä raakaa haastattelua se ensimmäinen viikko. Ja sitten hoidossa sitten ne mitä on tottunu käyttämään...”

5.6 Kipupotilaan hoitoprosessin kuvaus

Kehittämiprojektin tuloksena, sekä kirjallisuudesta saadun tiedon että hoitajien kokemusten ja näkemysten perusteella, kuvautui kipupotilaan hoitoprosessin kuvaus yleissairaalapsykiatrian osastolla. Kehittämiprojektin myötä todentui, että kipupotilaan moniammatillinen hoito eteni prosessina, jossa hoitotyön ja potilaan prosessi oli osa kokonaisuutta. Hoidon etenemistä prosessina on kuvattu kuviolla (Kuvio 2).

Kipupotilaan hoitoprosessin alussa, kartoitusvaiheessa, toteutettiin moniammatillinen kartoitus. Hoitoprosessin alkuvaiheessa hoitajien asenteet näyttäytyivät olennaisena tekijänä. Aito kohtaaminen ja kipupotilaan ymmärtäminen oli tärkeää hoitajien toiminnassa, samoin kuin potilaiden kipukokemusten kuuntelu ja niihin uskomisen. Kipukokemusten kartoittaminen nousi tärkeäksi tekijäksi, koska se toi näkyväksi miten kipu potilaan elämään vaikuttaa, tuoden sitä kautta tietoa potilaan kokonaistilanteesta, hänen näkökulmastaan käsin. Hoitajien asenne, sekä ymmärrys kivusta ja kipukokemuksista, mahdollisti luottamuksellisen suhteen muodostumisen, joka loi edellytyksen koko hoitoprosessin mahdollistumiselle. Hoitaja loi potilaan kanssa yhteistyösuhteen, jossa potilaan rooli oli aktiivinen ja osallistuva. Kartoitusvaihe sijoittui kipupotilaan tutkimusjakson ajalle, joka oli määritelty viikon pituiseksi. Tutkimusjakso edelsi kipupotilaan hoitojaksoa, mutta kartoitusvaiheessa käynnistynyt yhteistyösuhte ja kartoitettu tieto potilaasta oli perusta hoitojaksolle.

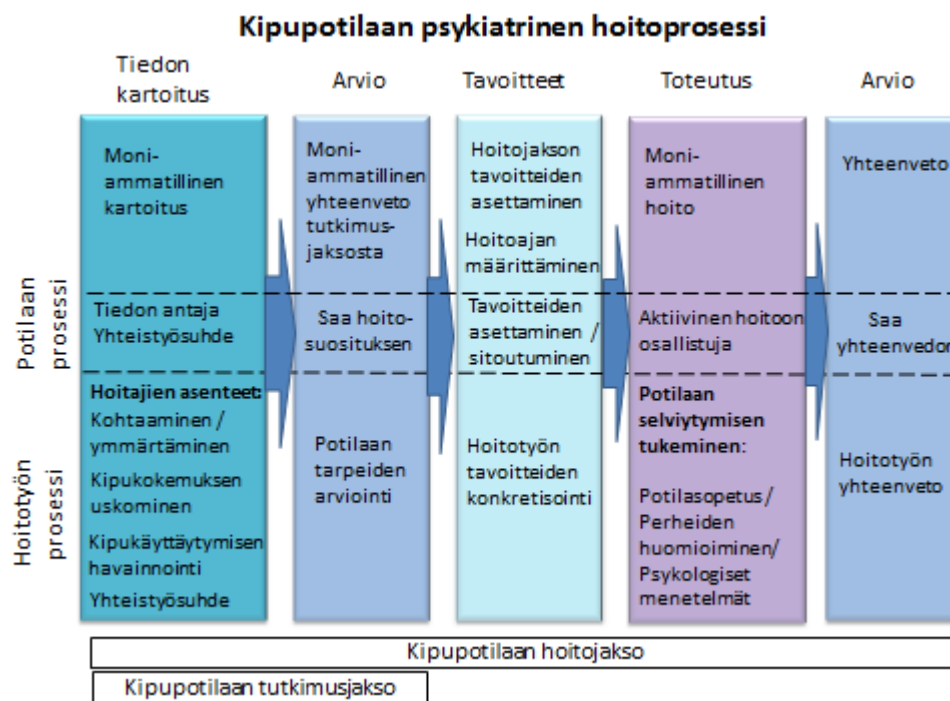
Arviointivaiheessa hoitotyön rooliksi muodostui potilaan tarpeiden määrittäminen, joka mahdollistui tutustumalla potilaaseen ja hänen tilanteeseensa luottamuksellisen yhteistyösuhteen aikana. Potilaan kipukäyttäytymisen havainnointi eri tilanteissa ja eri hoitajien toimesta mahdollisti monipuolisen arvioinnin teon ja myös vastuu havaintojen kirjaamisesta jakautui. Saatujen tietojen pohjalta hoitajan oli mahdollista selvittää, mitä potilas kokee tarvitsevansa ja mitkä ovat keskeisiä haasteita hänen kiputilanteessaan. Kartoitettu tieto tuotiin moniammatillisen työryhmän käyttöön, jolloin se voitiin ottaa huomioon moniammatillisessa arviossa.

Tarpeiden määrittämisen kautta voitiin asettaa hoidolle tavoitteet, joihin potilas itse pystyi sitoutumaan ja siten myös hyötymään hoidosta paremmin. Tavoitteet tuli asettaa yhdessä potilaan kanssa ja suhteuttaa hoitoaikaan, jolloin tavoitteiden saavuttaminen

tuli mahdolliseksi. Hoitotyön tavoitteet tuli erottaa hoidon yleisistä tavoitteista ja konkretisoida, mikä auttoi hahmottamaan hoidon sisältöä sekä potilaalle että koko työryhmälle.

Hoito toteutui moniammatillisen yhteistyön tuloksena, jossa potilas oli työryhmän jäsen. Hoitajien rooliksi muodostui potilaan selviytymisen tukeminen, mikä toteutui kartoittamalla olemassa olevia selviytymiskeinoja ja auttaa potilasta löytämään uusia keinoja tukea selviytymistään. Selviytymisen tukeminen mahdollistui potilasopetuksen ja psykologisten menetelmien avulla, sekä huomioimalla perheet osana hoitoa. Potilas nähtiin aktiivisena hoitoon osallistujana.

Hoitojakson lopussa hoidon toteutumista ja vaikuttavuutta oli tärkeä arvioida moniammatillisen työryhmän toimesta. Hoitotyön yhteenveto oli keino tarkastella hoitotyön tavoitteiden toteutumista kipupotilaan hoidossa, arvioida potilaan sen hetkistä vointia ja turvata hoidon jatkuvuus, saattamalla hoitojaksolla kerätty tieto jatkohoitopaikan tietoon, potilaan luvalla.



KUVIO 2. Kipupotilaan hoitoprosessin kuvaus

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys

Tutkimuksen etiikka ja tutkijan moraali ovat tärkeitä kysymyksiä laadullisessa tutkimuksessa. Hyvän tutkimuksen kriteereitä ovat tieteen etiikan mukaan tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus. Se kattaa myös sen millaisia lähteitä käytetään ja sen miten niitä käytetään sekä tutkimuksen eettisen kestävyuden. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122–124.) Tutkimuksen uskottavuus, kuten myös tutkijan etiikka, rehellisyys ja vilpittömyys, perustuvat hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tuomi & Sarajärvi 2002, 129–130). Tämän opinnäytetyön aikana pyrin toimimaan ja raportoimaan mahdollisimman avoimesti, eettiset näkökulmat huomioon ottaen. Toisaalta täyden objektiivisuuden saavuttaminen on mahdotonta, sillä sekä tutkijalla, että sillä, mitä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä jo tiedetään, on vaikutusta toisiinsa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara ym. 2004, 152).

Tutkimukseen osallistuneiden ihmisten itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa antamalla päättää osallistumisestaan tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Tässä opinnäytetyössä ryhmähaastatteluihin osallistuvia hoitajia pyydettiin allekirjoittamaan tietoinen suostumus – kaavake (Liite 2), jossa tiedotettiin opinnäytetyön ja haastattelun tarkoituksesta sekä mahdollisuudesta kieltäytyä osallistumisesta milloin tahansa. Tutkimusaineiston käsittelyssä tulee ottaa huomioon luottamuksellisuus ja anonymiteetti (Eskola & Suoranta 1998, 57). Tälle opinnäytetyölle haettiin lupa normaalien käytäntöjen mukaisesti ja tutkimusaineistoa käsiteltiin asianmukaisesti ja luottamuksellisesti, säilytettiin sovitulla tavalla ja aineisto hävitettiin käsittelyn jälkeen. Aineiston analyysin raportista ei pysty hoitajia tunnistamaan ja pelkistetyt ilmaukset on myös valittu anonymiteettiä kunnioittaen.

Laadullisessa tutkimuksessa tulee myös pohtia tutkijan roolia suhteessa tiedonantajiin eettisten kysymysten näkökulmasta. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa Suhde voidaan kuvata hoitotieteellisessä tutkimuksessa arkipäivän vuorovaikutusta muistuttavaksi suhteeksi. Manipulaation vaara on olemassa, vaikka tutkija kuinka vilpittömästi pyrkisikin tasavertaiseen suhteeseen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39; Paunonen & Vehviläinen & Julkunen 1998, 29-33.) Kehittämiprojektin toteutus omassa työyhteisössä asetti tiettyjä haasteita myös eettisestä näkökulmasta. Haastattelutilanteessa, johon olin

pystynyt etukäteen hyvin valmistautumaan, pystyin säilyttämään neutraalin haastattelijarooli alusta loppuun saakka. Haastateltavien hoitajien asenne oli tällöin myös asiallinen ja aiheeseen keskittyvä. Hoitajat toivat esille myös luottamuksellisia asioita, josta voi päätellä roolini herättäneen luottamusta. Toiminta kentällä on luottamuksellisten suhteiden rakentumista osallistujiin, jota ilman kenttätyö ja aineiston keruu on vaikea toteuttaa (Huovinen & Rovio 2007, 102). Toisen haastattelun käytännön haasteet aiheuttivat roolissani hajautumista työryhmän jäsenen ja haastattelijan roolin välille. Kiire aikataulu, haastatteluajankohdan myöhästyminen, suunniteltua pienempi ryhmäkoko sekä keskustelut ennen haastattelua vaikeuttivat pysymistäni haastattelijan roolissa. Koin tarvetta johtaa aktiivisemmin keskustelua ja tuoda esille tarkentavia kysymyksiä ja kommentteja, jos keskustelu ei edennyt. Tämä saattoi vaikuttaa hoitajien omaan aktiivisuuteen ja luoda kiireen tuntua. Hoitajat kuitenkin pystyivät kertomaan omia näkökulmiaan ja myös kyseenalaistamaan tarkentavia kommentteja, jos olivat niistä eri mieltä.

6.2 Luotettavuus

Toimintatutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa tulisi huomio kiinnittää tutkimuksen lähestymistapaan, tutkimusongelmien määrittelyyn, tutkimusprosessin etenemiseen ja käytettyihin arviointimenetelmiin sekä saatuun tutkimusaineistoon ja lopputulokseen. (Lauri 1997, 121.) Toimintatutkimuksessa ajatellaan, miten asiat ovat olleet ja mihin suuntaan ne ovat menossa ja siinä tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi (Heikkinen 2006, 16, 36). Laurin (1997, 114) mukaan pyritään teoretietoa ja käytännön kokemuksellista tietoa yhdistelemällä ratkaisemaan yhteisössä ilmeneviä ongelmia ja saamaan aikaan muutosta. Tämän opinnäytetyön metodiksi sopi toimintatutkimus, koska työssä tarkasteltiin kipupotilaan hoidon tilaa yleissairaalapsykiatrian osastolla sekä kuinka sitä nykytilan kartoituksen perusteella tulisi kehittää, jotta kipupotilaan hoidon laatu osastolla paranisi. Kehittämiprojektilla pyrittiin löytämään ratkaisuja epäkohtiin, joita kenttätyössä nousi esille osallistujien toimesta ja siinä myös onnistuttiin. Kehittämiprojektin tulosten myötä näyttäytyi kipupotilaan hoidossa osastolla sekä hyviä käytäntöjä että kehittämishaasteita, jotka voidaan huomioida jatkossa.

Tutkimuksen lähtökohdaksi tulisi valita selvästi määritellyt tutkimusongelmat, joihin tutkimuksessa pyritään etsimään ratkaisua (Lauri 1997, 122). Opinnäytetyössä edettiin etsien vastauksia tutkimuskysymyksiin, joiden pohjalta myös tulososion otsikointi ra-

kentui. Tutkimuskysymysten avulla toteutui opinnäytetyön tarkoitus kehittää kipupotilaan hoitomallia yleissairaalapsykiatrian osastolla hoitotyön näkökulmasta. Toimintatutkimuksessa aihetta voi olla vaikea rajata kovin tarkasti ja tutkimuskysymykset voivat jäädä melko yleiselle tasolle, mikä johtuu muun muassa siitä, että tutkimusprosessin aikana tavoitteet voivat muuttua. (Lauri 1997, 122.) Tässä opinnäytetyössä pilottimallin arviointivaihe jäi aikataulullisten syiden vuoksi pintapuolisemmaksi kuin oli suunniteltu. Tämä ei kuitenkaan estänyt opinnäytetyön tavoitetta toteutumasta, vaan kipupotilaan hoidon laatua on mahdollista parantaa kehittämisprojektin tuloksena.

Toimintatutkimus etenee peräkkäisinä sykleinä, jotka muodostavat spiraalin. Siinä toiminta ja ajattelu yhdistyvät, liittyen toisiinsa kehämäisesti edeten suunnittelun kautta toimintaan, havainnointiin, reflektioon ja jälleen uudelleensuunnitteluun. (Heikkinen ym. 2007, 80.) Toimintatutkimuksessa tulosten arvioinnissa tulee ottaa huomioon koko tutkimusprosessi ja sen etenemiseen liittyvät tekijät. Tutkimusprosessin eri vaiheiden etenemistä on arvioitava jatkuvasti ja osallistujat on tärkeä saada motivoitumaan ja sitoutumaan tutkimusprosessiin, koska tuloksia syntyy vain heidän toimintansa kautta. (Lauri 1997, 122-123.) Tässä kehittämisprojektissa edettiin toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti vaiheittain, jonka etenemistä kuvattiin kuviolla. Toiminta ja tutkimus vuorottelivat jatkuvasti koko kehittämisprojektin ajan ja reflektointia tapahtui sekä ajattelun että käytännön tasolla koko ajan. Muutokset ja käytännön haasteet, joita väistämättä kehittämisprojektin aikana tuli vastaan, vaikuttivat kehittämisprojektin etenemiseen. Näitä tekijöitä olivat muun muassa työvuorojen asettamat haasteet, sairauslomat, omat aikataulumuutokseni ja muuttuvat tilanteet työyhteisön arjessa ja potilastyössä. Tilanteissa täytyi tehdä uusia suunnitelmia ja sopeutua muutoksiin. Toiminta ei haasteista huolimatta kuitenkaan estynyt ja suuri merkitys oli sillä, että osallistujat olivat hyvin motivoituneita ja sitoutuneita pohtimaan kipupotilaan hoitoa ja sen kehittämistä. Aihe oli lähtökohtaisesti kiinnostusta herättävä ja osallistujat valikoituneet oman kiinnostuksen perusteella, mikä lähtökohtaisesti vaikutti motivaatioon. Pyrin myös ylläpitämään positiivista asennetta ja motivaatiota tuomalla esille havaintojani ja johtopäätöksiani kipupotilaan hoidosta kehittämisprojektin aikana.

Toimintatutkimuksessa osallistuminen edellyttää tutkijan ja tutkittavan läheistä yhteistyötä sekä asiantuntemuksen jakamista. Tutkimusaineiston jatkuva analysointi ja tulosten käyttäminen toiminnan kehittämiseen kuuluvat toimintatutkimuksen luonteeseen. Kenttävaihe on parhaimmillaan dialogista oppimista, jossa toteutuu osallistuminen, si-

toutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja reflektiivisyys. (Huovinen & Rovio 2007, 102-103.) Kehittämiprojektin aikana toin työryhmälle esille, että kirjallisuudesta nousseet tulokset olivat monelta osin yhdensuuntaisia osastolla toteutettavien hoitolinjojen kanssa. Käsitykseni osastolla toteutettavasta hoitotyön laadusta oli projektin myötä vahvistunut ja koin tärkeänä sen esille tuomisen. Kehittämiprojektin aikana keräämäni tieto näkyi työssäni ja jaoin tietoa myös työryhmälle kenttätyössä. Jatkuva reflektointi, sekä keskustelujen että päiväkirjan välityksellä, kehitti ymmärrystäni kipupotilaan hoitoprosessista osastolla. Mielestäni luottamuksellinen ja avoin suhde kehittämissuhteisiin toteutui.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kattavuudella tarkoitetaan aineiston kokoa sekä analyysia ja näiden tulkintaa että tuloksin avaamista ja avaamisen laajuutta tutkimustekstiin. Tutkimusaineisto on konteksti- ja tilannesidonnaista. Tämä tulee pyrkiä ottamaan huomioon tuloksia tulkittaessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 202.) Laadullinen tutkimusaineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy (Nieminen 1997, 216). Kirjallisuuskatsauksesta saadun aineiston haku- ja analysointiprosessia pyrin kuvaamaan raportissa mahdollisimman tarkasti ja havainnollistamaan kaavioilla. Kirjallisuuskatsauksen aineisto oli mielestäni riittävän kattava suhteessa käsiteltävään aiheeseen. Hoitajien haastatteluista saatu aineisto oli riittävän rikas ja antoi vastauksia tutkimuskysymyksiin ja edustaa tutkimuksen kohteena olevan yhteisön jäsenistöä hyvin. Haastattelujen analysoinnin vaiheita pyrin kuvaamaan avoimesti ja tarkasti. Latvasen & Vanhanen-Nuutisen (2003) mukaan sisällönanalyysin haasteena on aineiston pelkistäminen sillä tavoin, että se kuvaa riittävän yksinkertaistetusti ja mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Luokittelun luotettavuus mahdollistaa validien päätelmien teon ja aineiston yhteyden osoittamisen saatuihin tuloksiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36, 37.) Tämä raportin tavoitteena on ollut, että lukija pystyisi seuraamaan kehittämissuhteiden etenemistä mahdollisimman hyvin. Tekstiin ja liitteisiin sijoitetuilla kuvioilla on pyritty havainnollistamaan ja helpottamaan seuraamista.

Laadullisen tutkimuksen ja toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on suositeltu käytettäväksi validoinnin käsitettä. Sen voidaan nähdä pitävän sisällään historiallisen jatkuvuuden, reflektiivisyyden, dialektisyyden, toimivuuden ja havahduttavuuden. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149.) Toimintatutkijan on pohdittava tutkimuskohteensa historiaa, koska toiminta ei ala tyhjästä eikä pääty koskaan ja koska toimintaprosessi sijoittuu tiettyyn historialliseen, poliittiseen ja ideologiseen yhteyteensä. Historiallista

jatkuvuutta on mahdollista tarkastella kertomuksen teorian näkökulmasta, jolloin kaikkien kertomusten taustalla nähdään olevan kulttuurinen kertomusvaranto, jonka pohjalta syntyy uusia kertomuksia. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149.) Tässä opinnäytetyössä hoitajien kertomusten taustalla oli vaikuttamassa heidän henkilökohtaiset kulttuurinsa, ammatti-identiteettinsä sekä kokemustaustansa sekä osaston yhteiset toimintatavat ja kulttuuri. Hoitajat peilasivat niitä vasten kokemuksiaan kipupotilaiden hoidosta ja esittivät ajatuksia sen kehittämiseksi. Tavoitteena oli, että haastatteluun osallistuvilla hoitajilla olisi erilaiset taustat, jolloin tarinat heidän kokemuksiinsa liittyen olisivat monipuolisia ja kuvaisivat osaston nykytilaa kipupotilaiden hoidon suhteen mahdollisimman luotettavasti. Tämä mahdollistui ja vaikka kokemukset olivat subjektiivisia, niistä löytyi sekä eroavaisuuksia että yhtymäkohtia sekä keskenään, että aiempaan tietoon verrattaessa. Hoitajat olivat olleet eripituisia aikoja osastolla töissä, joten osalle kipupotilaan hoitokulttuuri ja toimintatavat olivat selkeämpi kuin toisille. Haastattelun aikana tietoa tuli jaetuksi ja tapahtui myös oppimista. Kertomukset jatkavat kiertokulkua: yksilö saa kertomisen voimavarat ympäröivästä kulttuurista ja yhteisöstä ja palauttaa oman tarinansa omana muunnelmanaan edelleen tarinoiden kiertokulkuun (Heikkinen & Syrjälä 2006, 150).

Laadullinen tutkimus perustuu tukijan ymmärrykseen ja vähitellen kehittyvään tulkintaan ja sanotaankin, että tutkijan tärkein tutkimusväline on hän itse (Heikkinen & Syrjälä 2006, 152). Tutkijan on tärkeä reflektoida omaa rooliaan tutkimuksessa ja oman identiteetin rakentumista tutkimuksen rinnalla. Reflektiivisyys onkin toimintatutkimuksen syklin peruskäsitteitä, sillä uuden kehittäminen perustuu aikaisemman toiminnan reflektointiin, reflektion käynnistäessä aina seuraavan toimintasyklin. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 152,154.) Olen tuonut esille toimintatutkimuksen prosessin kuvauksessa myös oman roolini näkymistä kehittämisprojektissa ja pyrkinyt avoimesti kuvaamaan toimintani tavoitteita ja mahdollisia vaikutuksia. Toimintatutkijan roolin haastavuus tuli esille erityisesti tilanteissa, joissa kaksoisroolini työryhmän jäsenenä ja toimintatutkijana korostui. Pilottiryhmän haastattelutilanteeseen liittyvät poikkeamat nostivat esille roolini työryhmän jäsenenä vahvemmin, jolloin haastattelijan rooli muuttui aktiivisemmaksi ja saattoi vaikuttaa haastateltavien keskusteluaktiivisuuteen. Tästä huolimatta haastattelijat toivat esille omia näkemyksiään kipupotilaan hoidon kehittämiseksi sekä kokemuksiaan kehittämisprojektin vaikutuksista omaan toimintaan. Haastateltavien määrän pienentyminen pilottiryhmän osalta kolmesta hoitajasta kahteen hoitajaan vaikutti siihen, ettei aineisto toisen haastattelun osalta ollut niin monipuolinen ja laaja kuin oli tavoitteena.

Roolini toimintatutkijana, osana työyhteisöä, synnytti jatkuvaa reflektointia keräämäni tiedon ja käytännön työn välillä. Toimiessani hoitajan kipupotilaiden kanssa keräämäni tieto tuli testatuksi ja sovelletuksi käytännössä. Jatkuva vuoropuhelu teorian ja käytännön välillä johti oman ajattelun muokkaantumiseen, mikä puolestaan tekemäni potilastyön kautta näyttäytyi työryhmälle esimerkiksi kirjausten ja raportoinnin kautta. Myös tämän prosessin etenemistä olen kuvannut raportissa.

Tutkija pyrkii raportissaan tuomaan esille sosiaalisen toiminnan kerroksellista ja yhteismitatonta luonnetta. Tutkija sisällyttää tekstiinsä erilaisia tulkintoja ja tuo esille ihmisten äänet mahdollisimman autenttisesti. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 154-155.) Tässä opinnäytetyössä haastateltavien kokemukset ja näkemykset on pyritty säilyttämään mahdollisimman autenttisina, kun sisällön analyysiä käyttäen niitä on analysoitu ja niistä on tehty synteesejä. Tätä on pyritty todentamaan käyttämällä autenttisia lainauksia tuloksia esitettäessä.

Toimintatutkimusta arvioidaan toimivuusperiaatteen näkökulmasta sen käytännön vaikutusten, kuten hyödyn kannalta. Onnistunut tutkimus saa osallistujat uskomaan omiin kykyihinsä sekä taitoihinsa, ja parhaimmillaan voimaannuttaa. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 155, 157.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa kipupotilaiden hoidon laatua. Kehittämisen kohteena oli hoitotyö ja osallistujat hoitajia. Opinnäytetyön tuloksena syntyi tietoa kirjallisuuskatsauksen ja hoitajien haastattelujen pohjalta, jonka myötä kipupotilaan hoitomallia oli mahdollista kehittää. Kehittämisprojektin myötä hoitajien tieto lisääntyi ja jäsenyi sekä tulosten pohjalta syntyi synteesejä, joiden avulla hoitomallinkehittäminen edelleen on mahdollista. Kipupotilaiden hoidon laatu on näin ollen parantunut kehittämisen aikana ja opinnäytetyön tavoite tullut saavutetuksi.

Hyvän tutkimuksen ominaisuus on havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Uskottavuus ei perustu väitelauseisiin eikä niiden perusteluihin, vaan kokonaisvaltaiseen vaikutelmaan, jonka lukija pystyy hahmottamaan uskoen tarinan todeksi verraten sitä omiin vastaaviin kokemuksiinsa. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 159-160.) Tässä raportissa olen pyrkinyt kuvaamaan tapahtuneita oivalluksia ja heränneitä ajatuksia läpi raportin ja koonnut ne yhteen yhteenveto-osiossa. Kehittämisprojekti on ollut kokonaisuus, jonka hahmottaminen on vaatinut myös etäisyyden ottamista käytännön työstä. Opinnäytetyön raportin kirjoittamisen vaiheessa olin osan aikaa opintovapaalla, jolloin etäisyys työyhteisöstä ja potilastyöstä mahdollisti prosessin näkemisen kauem-

paa. Käytännön työssä kehittäminen tapahtui sisältäpäin, mutta opintovapaalla mahdollistui myös hoitotyön tarkastelu ulkopäin, ilman jatkuvaa osallistumista. Töihin palatessa kehittämisprojekti alkoi elää jälleen mielessäni, jolloin pystyin näkemään kipupotilaan hoidossa ja hoitoprosessissa rakenteita, joita olin etäisyyden turvin pystynyt tunnistamaan. Käytännössä nämä rakenteet tulivat jälleen testatuksi ja kokonaisuus tuli hahmotetuksi.

6.3 Tulosten tarkastelu

Saadut tulokset vahvistivat aiempaa näkemystä, että tietoa kipupotilaan hoidosta on olemassa, mutta niukasti hoitotyön näkökulmasta tarkasteltuna, etenkin kroonisen kivunhoitoon liittyen (Eloranta 2002, 2). Suomessa kivun tutkimus on hyvin nuorta. Hoitotieteelliset kivunhoitotyötä käsittelevät väitöskirjat ovat kuvailevia ja kohdistuvat lasten kivunhoitotyöhön. (Kauppila ym. 2008, 38.) Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa lasten, ikääntyneiden ja syöpäpotilaiden kipua koskevat lähteet rajattiin pois, koska yleissairaalapsykiatrian osastolla hoidetaan aikuispotilaita, joilla on pääasiassa krooninen kipuongelma. Kirjallisuuskatsauksen hauilla ei löytynyt yhtään suomalaista hoitotieteen tutkimusartikkelia ja kansainvälisiäkin niukasti. Tarkastelen tässä osiossa aiempaa tietoa kipupotilaan hoidosta, eli kirjallisuuskatsauksen aineistosta syntyneitä tuloksia suhteessa hoitajien haastatteluista saatuihin tuloksiin. Tarkastelen tuloksia sekä kirjallisuudesta että hoitajien haastatteluista nousseiden kuuden keskeisen teeman kautta, joita ovat hoitajien asenteet, potilas opetus, psykologiset menetelmät, perheiden merkitys, potilaiden kipukokemukset ja moniammatillinen yhteistyö.

6.3.1 Hoitajien asenteet

Tuloksista nousivat keskeisiksi hoitajien asenteet kipupotilaita kohtaan. Ymmärtävä ja arvostava kohtaaminen oli myös Hanssonin ym. (2011) mukaan olennaista ja että hoitajat kysyivät potilaiden kipukokemuksesta, jotta he saivat käsityksen potilaan kokonaistilanteesta. Negatiiviset kohtaamiset jäivät potilaiden mieliin vahvasti ja jos potilaat eivät kokee hoitajien olleen empaattisia, johti se suurempaan kärsimyksen kokemukseen. (Hansson ym. 2011, 444, 448-449.) Haastattelusta nousseiden tulosten perusteella hoitajien kokemukset omahoitajasuhteessa ilmensivät samansuuntaisia kokemuksia. He nä-

kipivät olennaisena, että potilaat kokivat tarvetta tulla kuulluiksi ja hoitajat kokivat omahoitajasuhteessa syntyvän ymmärrystä. Hoitajat näkivät, että kaikkein merkittävimpiä tekijöitä kipupotilaiden hoidossa oli luottamuksellisen hoitosuhteen rakentuminen ja kipukokemuksen uskominen. Empaattinen ja aidosti kuunteleva lähestymistapa oli heidän mukaansa olennainen, koska potilailla oli paljon pettymyksiä ja ennakkokäsityksiä, joita oli tärkeä purkaa. Tämä asenne oli yhdistävä tekijä siinä, kuinka hoitajat kokivat kipupotilaiden hoidon ja millaisia keinoja he näkivät käyttävänsä, riippumatta hoitajien koulutus- tai kokemustaustasta tai kauanko he olivat työskennelleet osastolla.

Osaston hoitajien kokemukset ja näkemykset kipupotilaiden hoidosta olivat yhdensuuntaisia kirjallisuudesta saadun tiedon kanssa. Tulosten valossa voidaan todeta, että osastolla toteutettu hoitotyö on kipupotilaiden selviytymistä tukevaa. Prem ym. (2011) mukaan hoitajien asenteisiin vaikuttivat henkilökohtainen kokemus kroonisesta kivusta enemmän kuin hankittu tietämys muodollisen koulutuksen puitteissa. (Prem ym. 2011, 227, 232.) Hoitajat toivat esille, että he saattoivat vaihtaa omakohtaisia kokemuksia potilaiden kanssa kipuun liittyen, mutta korostivat kuitenkin koulutuksen merkitystä ja tiedon tarvetta. Jatkuva tietotason ylläpitäminen nähtiin tärkeänä esimerkiksi osastotuntien ja luentojen keinoin. Voidaan todeta, että osaston hoitajat käyttivät henkilökohtaista kokemusta kroonisesta kivusta hyväkseen, mutta tukeutuivat aiheeseen liittyvään tietoon ja kaipasivat toiminnan tueksi koulutusta. He myös kokivat, että kehittämisprojekti oli lisääntyneen tiedon myötä tuonut ymmärrystä kivusta ja potilaan kipukokemuksesta.

6.3.2 Potilasopetus

Tuloksista nousi esille myös potilasopetuksen merkitys kipupotilaiden hoidossa. Hoitotyössä potilaiden tiedon tarpeeseen vastaaminen toteutuu potilasopetuksen eli hoitopedagogisen toiminnan avulla. Nelsonin & Tuckerin (2006) mukaan sairaanhoitajien toteuttama lyhyt psykoedukatiivinen interventio, jonka tarkoituksena oli laskea kipuun liittyvää katastrofi-ajatuksia fibromyalgiapotilailla, sai hyvää palautetta potilailta ja heidän perheenjäseniltään, joiden tyytyväisyys sekä tietämys kivun katastrofoinnista lisääntyi (Nelson & Tucker 2006). Fenwick ym. (2012) mukaan lähes kaiken hoitoon liittyvä kipu on yhteydessä itsehallintaan, joten hoitajien olisi tärkeä opastaa potilasta päätöksentekoprosesseissa itsehallintaan liittyen (Fenwick ym. 2012, 53, 62-63). Poti-

lasopetuksella nähtiin siis olevan merkittävä rooli näiden tutkimusten mukaan kipupotilaiden hoidossa.

Osaston hoitajat näkivät olennaisena potilaan tiedon lisäämisen kipuun vaikuttavista tekijöistä sekä kipuun yhteydessä olevista psyykkisistä tekijöistä. Hoitajat kokivat myös tarvetta itse saada lisää tietoa kipusairauksista, kivusta ja kivun hoidosta sekä menetelmistä. Tämä osoittaa, että hoitajat haluavat lisätä ymmärrystään kivusta ja siihen liittyvistä prosesseista, joka on edellytys potilasopetukselle kipupotilaan hoidossa. Hoitajat myös kokivat, että lisääntynyt tieto kivusta kehittämissuorituksen aikana auttoi jäsentämään kipupotilaiden hoitoa paremmin. Janken ym. (2011) mukaan rentoutusharjoitukset ovat opettaneet eniten itsehallintaa kroonisesta kivusta kärsiville potilaille. (Janke, Spring & Weaver 2011, 944). Hoitajat kokivat, että kipupotilaiden oli vaikea rentoutua. He myös käyttivät rentoutusharjoituksia osana kipupotilaan hoitoa. Rentoutusharjoitusten osalta potilasopetuksen toteuttaminen nähtiin luontevana ja hoitajat opettivat rentoutumista kukin omalla tavallaan, riippuen koulutus- ja kokemustaustasta.

6.3.3 Psykologiset menetelmät

Tulosten perusteella psykologiset menetelmät kuuluvat keskeisesti kipupotilaiden hoitoon. Adams ym. (2006) tarkastelevat artikkelissaan biopsykososiaalisen mallin lähtökohdista käsin psykologisten sovellusten käyttöä kipupotilaiden hoidossa, joka perustuu usein kognitiiviseen käyttäytymisterapian periaatteisiin, niiden vahvan tutkimusnäytön takia. He tuovat esille, että on kuitenkin olemassa useita psykologisia lähestymistapoja, joita voidaan käyttää kroonisen kivun hoidossa. (Adams ym. 2006, 300.) Richardsonin, Adamsin & Poolen (2006) mukaan sairaanhoitajat pystyvät hyvin soveltamaan kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä kroonisen kivun hallintaan (Richardson, Adams & Poole 2006, 1196). Vlaeyen ym. (2007) tuo esille artikkelissaan, että kivun psykologia on kehittynyt nopeasti ja kognitiivisen käyttäytymisterapioiden kroonisen kivunhoitointerventiot ovat laajentuneet huomattavasti ja näiden interventiot on todettu tehokkaiksi vähentämään kroonisesta kivusta syntyvää kärsimystä (Vlaeyen, Crombez & Goubert 2007, 179, 186). Van Huetin ym. (2009) mukaan monimutkaisuus kroonisen kivun kysymyksissä ja sen yleisyys yhteisöissä viittaa siihen, että tarvitaan useita lähestymistapoja helpottamaan kroonisen kivun pitkän aikavälin hoitoa (Van Huet, Innes & Whiteford 2009, 2031, 2039). Dysvikin ym. (2011) mukaan taas voidaan ymmärtää paremmin

potilaan kokemusta elämästä kroonisen kivun kanssa, jos käyttäytymisterapeuttiset tekniikat yhdistetään narratiiviseen lähestymistapaan (Dysvik, Sommerseth & Jacobsen 2011, 41). Hoitajat käyttivät eri lähestymistapojen mukaisia menetelmiä joustavasti potilaiden tarpeista lähtien sekä riippuen omasta koulutus- ja kokemustaustastaan. Kognitiivisen käyttäytymisterapian toimintamallit, kuten käyttäytymisanalyysin sovellettu käyttö, oli yksi käytetyistä keinoista kipupotilaiden hoidossa. Kirjallisuuden valossa eri lähestymistapojen käyttö kivun monialaisuudesta johtuen näyttäisi olevan pätevä toimintamalli.

Hoitajat näkivät tärkeänä osana potilaan tilanteen kartoitusta tutustua potilaan persoonaan ja kartoittaa hänen elämänhistoriaansa. Hoitajien mielestä siten pystyttiin arvioimaan miten hoidossa kannatti edetä ja millaisia menetelmiä käyttää. Potilaan yksilöllisten tarpeiden pohjalta luodut tavoitteet hoidolle nähtiin tärkeänä myös kirjallisuuden perusteella. On tärkeää, että auttaja tietää riittävästi potilaasta jolle hoitoa suunnitellaan (Estlander 2003, 170), koska ihmiset saattavat reagoida hyvin eri tavalla ulkoisesti samankaltaisiin tilanteisiin. Ainoa tapa arvioida potilaan tarpeita on ottaa niistä selvää esimerkiksi keskustelemalla, haastattelemalla, havainnoimalla ja eläytymällä. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2005, 40.) Hoidon toteutuksessa hoitomenetelmien osalta hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää tietoutta, mutta käyttivät menetelmiä monipuolisesti. Toteutuksen suhteen hoitajien kokemukset myös hajaantuivat, sillä jokaisen oma koulutus- ja kokemustausta vaikutti siihen, mitä keinoja he kokivat käyttävänsä kipupotilaiden hoidossa. Hoito ”räätälöity” aina potilaan yksilölliseen tilanteeseen sopivaksi ja huomio hänen motivaationsa ja sitoutumisensa asteen (Estlander 2003, 171). Yleisenä tavoitteena eri menetelmillä oli tukea potilaan selviytymistä kivun kanssa, jonka kokivat myös hoitajat keskeisenä hoitotyön tavoitteena.

6.3.4 Perheiden merkitys

Tulosten valossa perheiden merkitys kipupotilaiden hoidossa nousi tärkeäksi tekijäksi. Lewandowskin ym. (2007) mukaan kroonisella kivulla voi olla kauaskantoisia vaikutuksia perheeseen ja krooninen kivun läsnäolo voi vaikuttaa perheessä merkittäviä kielteisellä tavalla, mutta perhe voi joissakin tapauksissa myös edistää ja osittain ylläpitää kipuongelmaa (Lewandowski ym. 2007, 1028, 1040-1041). Dopson (2010) tuo artikkelissaan esille, että huoltajien ja perheenjäsenten tuki on yksi edellytys moniammatillisen

kivunhallintaohjelman toteutumiselle. Perhe tulee tietoisemmaksi asioista ja perheenjäsenet voivat tukea potilasta jatkossa, ettei hänen tilanteensa uusiutuisi. (Dopson 2010, 39-40.) Hoitajat kokivat, että läheisiltä saadaan tietoa, he tarvitsevat tukea ja perheissä on usein kommunikaatio-ongelmia, esimerkiksi puhumattomuutta. Hoitajien kokemuksen mukaan esille tulleet katkokset kommunikaatiossa vääristävät perhekuviota. He näkivät, että läheisten kuuleminen oli osa potilaan tilanteen kartoitusta sekä läheisten tukeminen osa potilaan selviytymisen tukemista. Hoitajat näkivät yhteistyön läheisten kanssa olennaisena osana kipupotilaan hoitoa, kuten se tutkimusten valossakin osoitetaan olevan olennaista. Hoitajien puuttuminen puhumattomuuteen, auttamalla perheitä keskustelun alkuun, näyttäisi tutkimustuloksia vasten olevan perusteltua, koska puhumattomuus voi pahimmillaan johtaa kiputilan ylläpitämiseen.

6.3.5 Potilaiden kipukokemukset

Potilaiden kipukokemukset olivat tulosten perusteella kipupotilaan hoidossa keskeinen huomioitava asia. Dysvikin ym. (2011) mukaan kudolvauriokivulla voi olla subjektiivisesti koettuna pienempi vaikutus elämän mielekkyyteen, kuin sillä että yksilö pelkää. Sairaanhoitajan on potilaan kipukokemuksen kuulemisen avulla mahdollista saada tietoa, millä pyrkimyksillä potilaan kipua voitaisiin vähentää ja miten tukea mahdollisuuksia mielekkääseen elämään. Fyysisen ja emotionaalisen tuen, joita tarvitaan jatkuvasti, on mukauduttava potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Tutkimuksen mukaan on myös huomioitava, että pärjäävien ihmisten tilanne voi tulla aliarvioiduksi ja he saattavat kärsiä tarpeettomasti. Sairaanhoitajien on myös kiinnitettävä huomiota siihen, että tavoitteilla voi olla erilaisia merkityksiä ei ihmisille ja ne saattavat edustaa tärkeitä toivon näkökohtia. (Dysvik ym. 2011, 36, 41.)

Hoitajien kokemus oli, että potilailla on vahva tarve kuulluksi kipukokemuksineen ja että osastolla kuulluksi tuleminen on mahdollistunut. Kirjallisuudesta saatu tieto tukee tätä hoitajien kokemusta ja myös pyrkimyksiä potilaiden kipukokemuksien kuulemiseen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen merkityksessä. Hoitajien käyttämiä keinoja oli aktiivisuuteen tukeminen, jonka nähtiin olevan osa selviytymisen tukemista. Aktiivisuuteen tukeminen nähtiin sekä fyysisenä, psyykkisenä että sosiaalisena tukemisena. Fyysisen aktiivisuuden tukemisessa koettiin epävarmuutta, joka tuli esille kipupotilaiden hoidon kehittämisen osioissa. Hoitajien roolia moniammatillisessa työryhmässä haluttiin sel-

keyttää, myös hoitajan roolia aktiivisuuteen tukemisessa. Hoitajat kaipasivat tukea muilta ammattiryhmiltä, koska potilaan kiputilaa ei haluttu pahentaa väärillä ohjeilla. Hoidon tavoitteiden epäselvyys oli hoitajien kokemuksen mukaan yksi kipupotilaiden hoidon haasteista. Tavoitteiden asettaminen ja niissä pysyminen nähtiin käytettynä keinona kipupotilaan hoitotyössä. Hoidon tavoitteiden selkeyttäminen nähtiinkin olennaisena osana kipupotilaan hoidon kehittämisen osana osastolla. Hoitajien kokemuksen mukaan heidän tietonsa kipupotilaan hoidosta oli lisääntynyt kehittämisprojektin myötä, minkä koettiin lisänsen ymmärrystä kipukokemuksia kohtaan entisestään. Tämän perusteella voidaan todeta, että perustietoa kivusta ja kivunhoidosta tarvitaan, jotta todellinen ymmärrys potilaan kipukokemuksista voi mahdollistua.

Knasterin (2010) mukaan on kipupotilaiden suuttumuksen ja aggression kokemukset olivat yhteydessä depression, erityisesti sen fyysisiin oireisiin, erityisesti sisälle padottu suuttumus ja aggressio. Aggressio ja suuttumus kroonisen sairauden kuten kivun yhteydessä ovat osa luonnollista sopeutumisprosessia ja aggressio voi olla myös positiivinen voimavara, mutta näitä tunnekokemuksia tulee arvioida tarkemmin jos ne kuormittavat potilasta tai merkittävästi vaikuttavat hoitoprosessiin. Ulospäin suuttumuksensa ilmaisevat potilaat saavat herkästi vaikean potilaan leiman, mikä pahimmillaan johtaa hoitosuhteen ennenaikaiseen päättymiseen. (Knaster 2010, 29.) Hoitajat kokivat kipupotilaiden hoidossa turhautumisen tunteita ja kipupotilaiden vaativuus, katkeruus ja siihen vastaaminen koettiin haastavana ja tärkeänä osana omahoitajuutta. On tärkeä tunnistaa mahdollinen aggressio näiden kokemusten taustalla, etenkin jos ne ovat kanavoituneet sisäänpäin, ja mahdollisuuksia mukaan käsitellä niitä omahoitajasuhteessa, koska ne voivat ylläpitää depressiota. Ulospäin suuntautuneet vihanilmaisut aiheuttavat haastavuutta hoitosuhteeseen, mutta aggression ymmärtäminen osana kipuongelmaa ja sen purkaminen hoitotyön keinojen avulla voi tuoda voimavaroja myös hoitajalle.

Wahl ym. (2009) mukaan kroonisen kivun ja elämänlaadun välinen suhde on monimutkainen, mutta stressiin liittyvien oireiden todettiin vaikuttaneen voimakkaimmin elämänlaatuun (Wahl ym. 2009). Potilaan voimavarojen tukeminen oli olennainen keino tukea potilaiden selviytymistä hoitajien näkemysten mukaan. Myös rentoutumiseen ja muiden menetelmien käyttö suuntasi elämänlaatua tukevaan ja stressiä vähentävään suuntaan. Hoitajat kokivat, että potilaat olivat kivussa kiinni ja heidän oli vaikea pysähtyä, mikä aiheutti myös turhautumisen tunteita hoitajissa. Stressioireita tiedostaminen ja

niitä helpottavien menetelmien käyttö voidaankin nähdä tärkeänä huomioitavana asiana tutkimustietoa vasten.

6.3.6 Moniammatillinen yhteistyö

Tulosten mukaan moniammatillinen yhteistyö on näkökulmana olennainen kipupotilaiden hoidossa. Pohjalaisen ym. (2010) tutkimuksessa moniammatillisen kipukuntoutuksen todettiin helpottaneen kuntoutujien masennuksen merkitsevästi, liikkumisen pelko väheni myös merkittävästi ja siihen todennäköisemmin oli vaikuttamassa kuntoutujien asenteisiin vaikuttaminen, tieto, vertaistuki ja eri liikuntamuotojen kokeilu (Pohjolainen ym. 2010, 1535, 1543-1544). Hoitajien tehtäväkuvan selkeämpi kuvaaminen moniammatillisessa työryhmässä koettiin kehittämisen kohteena hoitajien näkemysten mukaan.

Moniammatillinen yhteistyö koettiin tärkeänä, erityisesti koska se selkeytti potilaan hoitoa ja vastuuta pystyttiin jakamaan. Sen toteuttamisessa koettiin myös haasteita, esimerkiksi kaikki tieto ei saavuttanut omahoitajaa tai hän ei saanut kaikkea hoitosuhteen sisällä saatua tietoa viestitetyn moniammatilliselle työryhmälle. Stennerin & Courtenayn (2008) mukaan sairaanhoitajien kontakti, joilla oli asiantuntemusta kivunhoidosta, oli tärkeää sairaanhoitajien tuen saamisen ja jatkuvan oppimisen kannalta (Stenner & Courtney 2008, 276, 282-283). Hoitajat kokivat lääkärin kanssa olevan eniten yhteistyötä osastolla sekä moniammatillisen työryhmän jäsen, jolta eniten sai tietoa tarvittaessa. Hoitajat myös toivoivat kipupotilaiden hoidon kehittämisen suhteen, että hoitajien tietotaso ylläpidettäisiin osittain asiantuntijalääkärin toimesta, siten että hän jakaisi tietoa käytännön työn ohessa ja ohjaisi tarvittaessa uuden tiedon äärelle. Dopson (2010) toi esille, että sairaanhoitajat opettavat potilaita muun muassa lääkehoitoon, unihygieniaan ja rentoutumistekniikoihin liittyen (Dopson 2010, 35, 38-40). Osastolla hoitajat näkivät potilaan tiedon lisäämisen ja eri lähestymistapojen mukaisen käytön olevan osa kipupotilaan hoitoa. Niitä ei kuitenkaan välttämättä ollut asetettu konkreettisiksi tavoitteiksi.

Hoitajien kokemusten perusteella heidän oli välillä vaikea hahmottaa rooliaan moniammatillisen työryhmän jäsenenä ja tehtäväkuvan selkeyttäminen koettiin kehittämistarpeeksi. Ongelmana nähtiin olevan, että hoitaja tekee paljon päällekkäistä työtä muiden ammattiryhmän edustajien kanssa. Myös informaation kulussa koettiin haasteita tai kuinka tukea toteuttamaan muiden ammattiryhmien ohjeita yhdenmukaisesti. Tulos-

ten pohjalta voidaan todeta, että hoitajan rooli on sikäli haasteellinen hahmottaa moniammatillisen työryhmän jäsenenä, koska hoitotyö ulottuu biopsykososiaalisen viitekehyksen kaikille sen ulottuvuuksille. Lääkäri ja fysioterapeutti edustavat selkeämmin biologis-fyysistä puolta ja psykologi ja sosiaalityöntekijä psykososiaalista puolta (Pohjolainen 2009, 259). Hoitotyö on lähimpänä potilasta, suoraan kontaktipinnalla. Kipupotilaiden kanssa yhdessä tekeminen toi hoitajien mukaan usein enemmän lisätietoa kuin esimerkiksi suunnitellut keskustelut. Hoitajat näkivät myös usein ainoana ammattiryhmänä tilanteita, joissa he voivat havainnoida potilaiden kipukäyttäytymistä autenttisesti. Näiden havaintojen kirjaaminen olisi ensiarvoisen tärkeää, mutta hoitajat kokivat, ettei kaikkea tietoa on lähes mahdotonta saada kirjatuksi. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että hoitajien on tärkeä tiedostaa mikä on olennaista tiedon keruuta ja mihin tulisi keskittyä. Kipupotilaiden kipukokemusten kartoittaminen ja kipukäyttäytymisen havainnointi tuo tietoa, mikä täydentää muiden ammattiryhmien kartoittamaa tietoa potilaasta ja näin ollen niihin keskittyminen olisi olennaista kartoitusvaiheessa.

6.4 Kehittämisehdotukset

Tämän kehittämisprojektin tuloksena syntyi kipupotilaan hoitomalli hoitotyön näkökulmasta. Tulokset osoittivat, että hoitajilla tulee olla kipupotilaan hoidosta riittävästi tietoa, jotta he voivat rakentaa kipupotilaaseen luottamuksellisen suhteen ja pystyvät ymmärtämään potilaan kipukokemusta. Myös kipupotilaan hoitoprosessiin perehtyminen on tärkeää, jotta hoitajat voivat ymmärtää oman roolinsa hoitoprosessissa ja toimia sen mukaisesti. Luodun mallin pohjalta voidaan yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa edelleen kehittää apuväline hoidon toteutuksen ja perehdyttämisen tueksi, jolloin käytännöt tulevat yhtenäisiksi ja systemaattisiksi. Kipupotilaan hoito kehittyy koko ajan ja myös osaston toiminnot kokevat muutoksia aika ajoin. Hoitajien tietotason ylläpitäminen ja päivittäminen olisi tärkeää, mikä mahdollistuisi koulutuksellisten osastotuntien ja opintopiirien avulla sekä tiedon jakamisella asiantuntijalähtöisesti käytännöntyön ohessa. Hoitomallin päivittäminen olisi myös olennaista, jotta hoitajien perehdyttäminen tapahtuisi ajan tasalla olevan tiedon pohjalta ja käytännöt säilyisivät yhtenäisinä. Hoitomallin tehtävänä olisi antaa perustietoa kipupotilaan hoidosta ja ohjata luotettavan tiedon äärelle, jonka avulla hoitajat voisivat täydentää tietopohjaansa tarpeen mukaan. Hoitomallin tekeminen sähköiseen muotoon helpottaisi kohdennetun tiedon löytämistä ja tarvittaessa sen tulostamista muun muassa potilaiden käyttöön.

Hoitomallin oltua jonkin aikaa käytössä, jatkotutkimuksen voisi toteuttaa hoitomallin käyttöönoton arviointiin liittyen. Näin voisi selvittää jalkautuuko malli käyttöön ja kuinka se palvelee hoitotyötä. Kiinnostavaa olisi tutkia, miten hoitomallin käyttö näkyy hoitajien toiminnassa, perehdytyksessä ja hoitotyön roolin hahmottumisessa osana kipupotilaan hoitoprosessia sekä potilaiden hoidon laadussa. Jatkotutkimus voisi toteutua esimerkiksi sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyönä.

Yhteistyötä voisi kehittää sekä moniammatillisen työryhmän sisällä että muiden erikoisalojen hoitotyön tekijöihin, esimerkiksi kipupoliklinikan sairaanhoitajiin. Asiantuntijuuden jakaminen ja toisilta ammattilaisilta oppiminen voisi lisätä molempien tahojen tietotaitoa ja ymmärrystä kipupotilaan hoidosta. Moniammatillisen yhteistyön kehittämistä työryhmässä voitaisiin tutkia toteuttamalla interventio osastolle, esimerkiksi sairaanhoitajaopiskelijan tai fysioterapeuttiopiskelijan toimesta. Kipupotilaiden hoito on hajautunut yleensä usealle eri hoitotaholle ja erikoisalalle. Olisi mielenkiintoista tutkia, kuinka eri erikoisalojen välinen yhteistyön kehittäminen vaikuttaisi hoitajien tietotasoon ja kokemuksiin kipupotilaiden hoidosta. Erityisen kiinnostavaa olisi tutkia, miten kipupotilaat kokisivat yhteistyön kehittämisen vaikuttavan hoitoonsa. Kirjallisuuteen tutustumisen yhteydessä löytyi niukasti tutkittua tietoa siitä, millaisia kokemuksia kipupotilailla on hoidon hyödyistä ja auttamiskeinoista, joten tästä näkökulmasta olisi tärkeää saada lisää tietoa.

LÄHTEET

Adams, N., Poole, H. & Richardson, C. 2006. Psychological approaches to chronic pain management: part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (3), 290-300.

Alaja, R. Apulaisylilääkäri 2012. Esitys 14.3.2012. Yleissairaalapsykiatrian vastuuyksikkö Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. PSHP.

Dopson, L. 2010. Role of pain management programmes in chronic pain. *Nursing Standard* 25 (13), 35-40.

Dysvik, E. & Stephens, PC. 2010. Conducting rehabilitation groups for people suffering from chronic pain. *International Journal of Nursing Practice* 16 (3), 233–40.

Granström, V. 2006. Kipu ja depressio - onko kipu piilevää masennusta. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. *Kipuviesti* 3/2006, 24–25.

Granström, V. 2010. *Kipu ja mieli*. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Eloranta, M. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Estlander, A. 2003. *Kivun psykologia*. Juva: WS Bookwell Oy.

Fenwick, C., Chaboyer, W. & St John, W. 2012. Decision-making processes for the self-management of persistent pain: A grounded theory study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 42 (1), 53-66.

Haanpää, M. 2009. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa Kalso, E, Haanpää, M & Vainio, A. (toim.). *Keuruu: Otavan kirjapaino Oy*, 118-122.

Haanpää, M. 2010a. Lukijalle. Teoksessa Granström, V. 2010. *Kipu ja mieli*. Porvoo: Edita Publishing Oy. 7-8.

Haanpää, M. 2010b. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Luettu 19.3.2013.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00412&p_haku=kalso

Hansson, K., Fridlund, B., Brunt, D., Hansson, B & Rask, M. 2010. The meaning of experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 444-450.

Hassinen, T. & Tantt, K. 2008. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Sairaanhoitajaliitto. Luettu 18.4.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/3_08/ajankohtaikirjoitus/hoitotyon_yhteenveto_turvaa_poti/

- Heikkinen, H. 2006. Tutkiva ote toimintaan. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy. 15-37.
- Heikkinen, H., Rovio, R. & Kiilakoski, T. 2007. Tutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy, 78–93.
- Heikkinen, H & Syrjälä, L. 2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy, 144-162.
- Heikkinen-Lefort, S. 2009. Kipu muutoksena elämäntarinassa - Tutkimus kroonisen kivun kokijoiden identiteetin rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiiaalipsykologian laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Hietaharju, A & Leskinen, J. 2009. Tampereen yliopistollisen keskussairaalan kipupoliinikka – yksilöllistä hoitoa ja yhteistyötä. Kipuviesti 1/2009, 51-53.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Holma, S. 2008. Ryhmäohjauksella lisää voimavaroja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan arkeen – interventiotutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Vantaa: Kansanvalistusseura, 94–113.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy, 94–113.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- IASP 2012. IASP Taxonomy. Luettu 29.3.2012. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Janke, E. A., Spring, B. & Weaver, F. 2011. The effect of message framing on self-management of chronic pain: A new perspective on intervention. *Psychology & Health*, 26 (7), 931-47.
- Kauppila, M., Axelin, A., Kiuru, M., Koukkula, R., Nikula, S., Onkinen, K., Ratinen, P., Rintala-Salminen, T., Salanterä, S. 2008. Suomalainen hoitotieteellinen kipututkimus. Kipuviesti 2/2008, 38-40.
- Kiuru, M. 2006. Kipupotilaasta kipumestariksi. Kipuviesti 1/2006, 40.
- Kipupotilaan psykiatrinen tutkimusprosessi 2011. TAYS:n yleissairaalapsykiatrian osasto. PSHP.

- Knaster, P. 2010. Aggressio ja krooninen kipu. Kipuviesti 1/2010, 28-29.
- Koshy, E., Koshy, V. & Waterman, H. 2011. Action Research in Healthcare. London: SAGE Publications.
- Kukkurainen, M-L & Knaappila, R. 2008. Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kehontuntumusterapia kroonisen kivun hoidossa. Kipuviesti 2/2008, 38-40.
- Kuula, A. 2001. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kuusinen, P. 2004. Pitkäaikainen kipu ja depressio. Yhteyttä säätelevät tekijät. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1). 3-11.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M, Poskiparta, M, Johansson, K., Hirvonen, E & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- LaChapelle DL, Lavoie S, Boudreau A. 2008. The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. Pain Res Manag. 13(3), 201–210.
- Landström, L. 2006. Näkykö hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltaminen yleis-sairaalapsykiatrian osastolla hoitotuloksessa? Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43.
- Latvala, E. ja Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. ja Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimukset hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 15–43.
- Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 114–135.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turun yliopisto. Sarja A51, 2-9.
- Leskinen, J. 2011 psykiatrian erikoislääkäri. Somatopsykiatria. Luento. Psykiatrisen hoitotyön opintopäivät 1.4.2011. Suomen mielenterveyshoitajien liitto ry. Tampere.
- Lewandowski, W., Morris, R., Draucker, CB. & Risko, J. 2007. Chronic pain and the family: theory-driven treatment approaches. Issues Ment Health Nurs 28(9), 1019–44.
- Manner, H. 2006. Kivulias elämä. Kroonisen kivun aiheuttama sosiaalinen haitta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Nelson PJ. & Tucker S. 2006. Developing an intervention to alter catastrophizing in persons with fibromyalgia. *Orthopaedic Nursing* 25 (3), 205–14.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 215–221.

Nykänen P. & Junttila K. (toim.) 2012, Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. THL. Luettu 18.4.2013.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/URN_ISBN_978-952-245-666-3.pdf?sequence=1

Ojala, T. 2010. Kroonisen kivun hyväksyminen. Suomenkielisen CPAQ-mittarin reliabiliteetti ja validiteetti. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu – tutkielma.

Otis, J. D. 2007. *Managing Chronic Pain: A Cognitive-behavioral Therapy Approach : Workbook*. New York: Offord University Press.

Paasivaara, L. Suhonen, M & Nikkilä, J. 2008. *Innostavat projektit*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.2.painos. Juva: WSOY.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vastaa tulevaisuuden haasteisiin QPR processguiden avulla. 2006. Case study. Luettu 29.3.2012.
<http://www.qpr.fi/SuccessStories/PirkanmaansairaanhoitopiiriCaseStudy.pdf>

Pohjolainen, T. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Kalso, E, Haanpää, M & Vainio, A. (toim.). Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 259–265.

Pohjolainen, T., Orenius, T. Hurri, H & Haanpää, M. 2010. Kipukuntoutuksen varhentaminen parantaa tuloksia. *Lääkärilehti*. Terveystieteiden laitos. Luettu 17/2010 vsk 65, 1535–1544.

Prem, V., Karvannan, H., Chakravarthy, R. D., Binukumar, B. ; Jaykumar, S. & Kumar, S. P. 2011. Attitudes and Beliefs About Chronic Pain Among Nurses- Biomedical or Behavioral? A Cross-sectional Survey. *Indian Journal of Palliative Care*, 17 (3), 227-34.

PSHP 2012a. Yleissairaalapsykiatrian osasto. Luettu 29.3.2012.
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=163>

PSHP 2012b. Sairaanhoitopiirin organisaatio. Luettu 29.3.2012.
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=532>

PSHP 2012c. Hoitotyön kirjaaminen. Luettu 18.4.2013.
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17734&contentlan=1>

Pudas-Tähkä, S-M & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. 46–57.

Richardson, C. Adams, N. & Poole, H. 2006. Psychological approaches for the nursing management of chronic pain: part 2. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (9), 1196–202.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 22-56.

Saariaho, T. 2012. Chronic pain, depressiveness and pain disability - The role of Early Maladaptive Schemas among Finnish pain patients and a control sample. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Sailo, E. 2000a. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi. 30–38.

Sailo, E. 2000b. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi. 97–110.

Salanterä, S. 2008. Kipua kokevan potilaan hyvä ohjaus. *Kipuviesti* 2/2008, 42–43.

Sarlio, J. 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. Kivunhoito. Tampere: Tammi. 23–29.

Suomen Kivuntutkimusyhdystys ry 2011. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. Luettu 5.2.2012. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/node/214>

Stenner, K. & Courtenay, M. 2008. The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (3), 276–83.

Stolt, M & Rautasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turun yliopisto. Sarja A51, 58-70.

Sutinen, T. 2010. Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien päihteitä käyttävien naisten hoitotyöhön. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Tervetuloa oppimaan. 2012. Yleissairaалapsykiatrian osasto (YSP1). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 29.3.2012.
www.pshp.fi/download.aspx?ID=17740&GUID...E836-42D3

Tola, S. & Martikainen, E. 2008. Facultas : toimintakyvyn arviointi : alaselkä- ja niskasairaudet, krooninen kipu, mielialahäiriöt, suuret nivelet. Krooninen kipu. Helsinki: DuodecimTELA.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vainio, A. 2009a. Kivun biologinen merkitys. Duodecim. Luettu 19.3.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00006&p_haku=kulttuuri
- Vainio, A. 2009b. Kivunhoidon erilaiset viitekehukset. Duodecim. Luettu 19.3.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=kulttuuri&p_artikkeli=kha00009
- Vainio, A. 2009c. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vainio, A. 2009d. Kipupotilaan hoitosuhde. Teoksessa Kalso, E, Haanpää, M & Vainio, A. (toim.). Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 160–171.
- Vainio, A. 2009e. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 150–158.
- Van Huet, HV. & Innes, E. & Whiteford, G. 2009. Living and doing with chronic pain: narratives of pain program participants. *Disability & Rehabilitation*, 31 (24), 2031–40.
- Vartiainen, A. 2000. Kivunhoidon historiasta. Teoksessa Kivunhoito. Sailo E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 15–22.
- Varti, A-M. 2000. Kipu kansanterveyden näkökulmasta. Teoksessa Sailo, E. Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 39–49.
- Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshalinnon laitos, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Väitöskirja.
- Vilen, M., Leppämäki, P & Ekström, L. 2005. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosi-aali- ja terveystalalla. Helsinki: WSOY.
- Vlayen, JWS., Crombez, G.& Goubert, L. 2007. The psychology of chronic pain and its management. *Physical Therapy Reviews*, 12 (3), 179–88.
- Vuorimaa, H. 2007. Psykologia kivunhoidossa. Reuma. Duodecim. Terveyskirjasto. Luettu 19.3.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu001
- Vuorinen, E. 2004. Europain-tutkimus. Krooninen kipu on kansanterveysongelma Euroopassa. *Kipuviesti* 1/2004, 8.
- Yleissaira-alapsykiatrian vastuuyksikön toimintakertomus 2011. PSHP.
- Wahl A., Rustøen, T. Rokne, B. Lerdal, A. Knudsen, Ø, Miaskowski, C. & Moum, T. 2009. The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population. *Quality of Life Research*, Vol. 18 Issue 8, p971.

Winterowd, C., Beck, A. T. & Gruener, D. 2000. *Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients*. New York: Springer Publishing Company.

LIITTEET

Liite 1. PSHP:n organisaatio



Pshp:n organisaatio (PSHP 2012b).



TIEDOTE

8.6.2012

Hyvä sairaanhoitaja tai mielenterveyshoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kehittää ja arvioida yleissairaalapsykiatrian osaston kipupotilaan hoitomallia hoitotyön näkökulmasta. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona. Opinnäytetyö toteutetaan ryhmähaastatteluna, johon valitaan saatteeseen vastanneista hoitajista 4-6 henkilöä vastausjärjestyksessä. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni kiinnostunut voisi osallistua. Haastattelu toteutetaan osaston tiloissa, nauhoitetaan nauhurilla ja sen kesto on noin 1,5 tuntia. Työvuorojärjestelyt huomioon ottaen haastattelu voidaan toteuttaa myös kahdessa erässä, jolloin ryhmiin kutsutaan 2-4 hoitajaa kerrallaan.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Hannaleena Kohvakka
 Kliininen asiantuntijaopiskelija (YAMK)
 Tampereen ammattikorkeakoulu
 email: hannaleena.kohvakka(at)heath.tamk.fi,

(jatkuu)

SUOSTUMUS

Kipupotilaan hoitomallin kehittäminen yleissairaalapsykiatrian osastolla

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kehittää ja arvioida yleissairaalapsykiatrian osaston kipupotilaan hoitomallia hoitotyön näkökulmasta sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

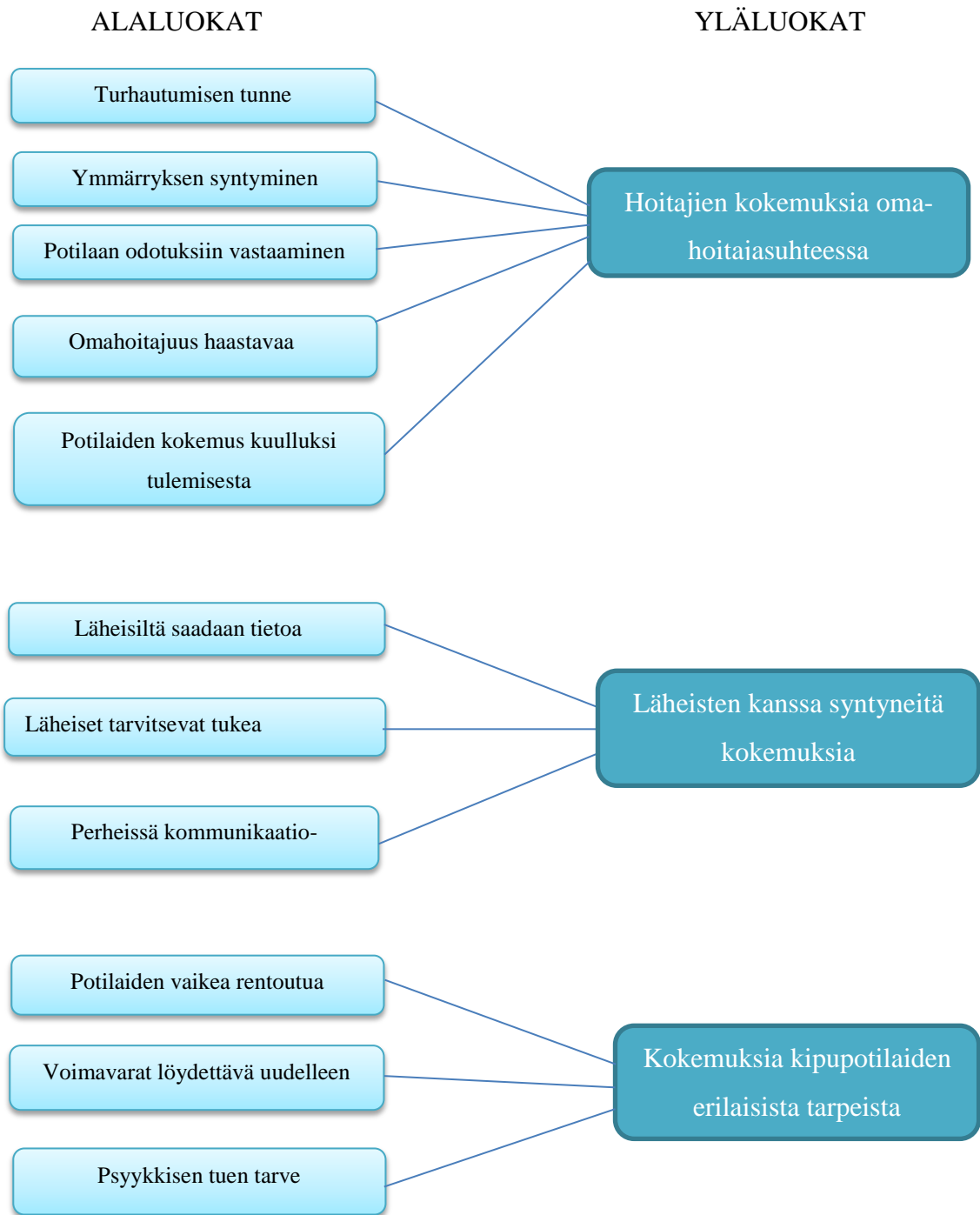
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 3. Hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitotyöstä

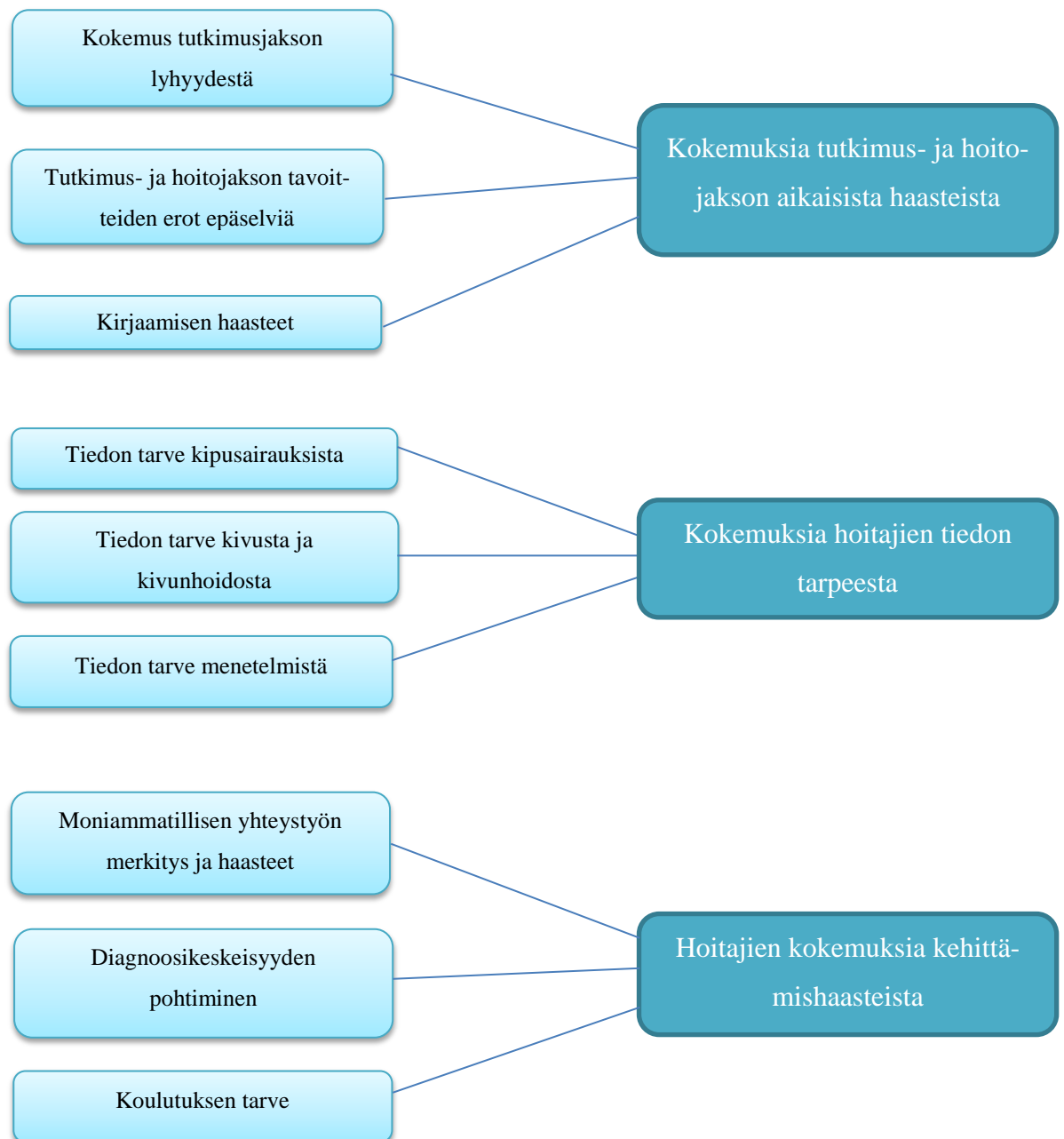
1 (2)



(jatkuu)

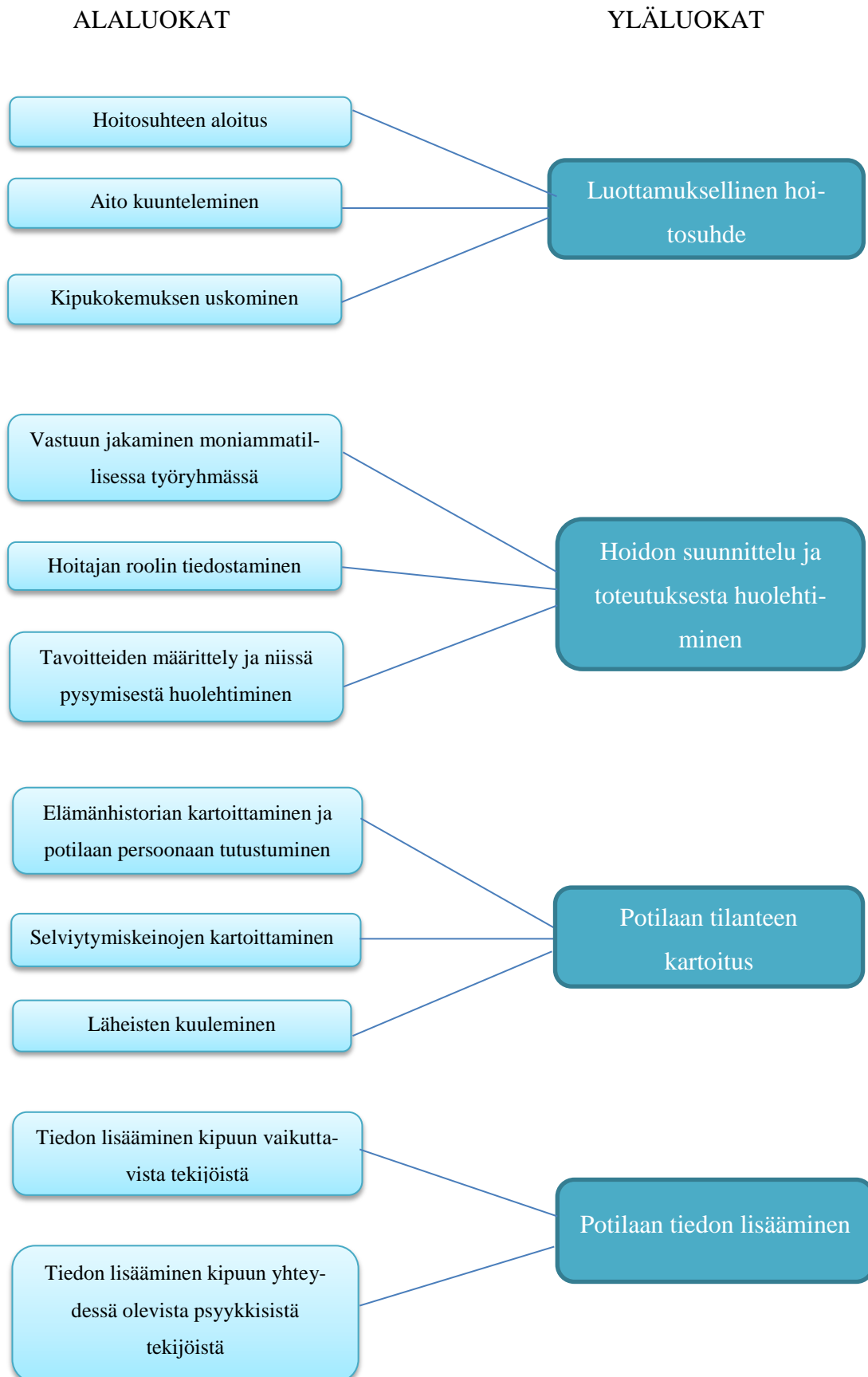
ALALUOKAT

YLÄLUOKAT



Liite 4. Hoitajien käyttämiä keinoja kipupotilaiden hoidossa

1 (2)

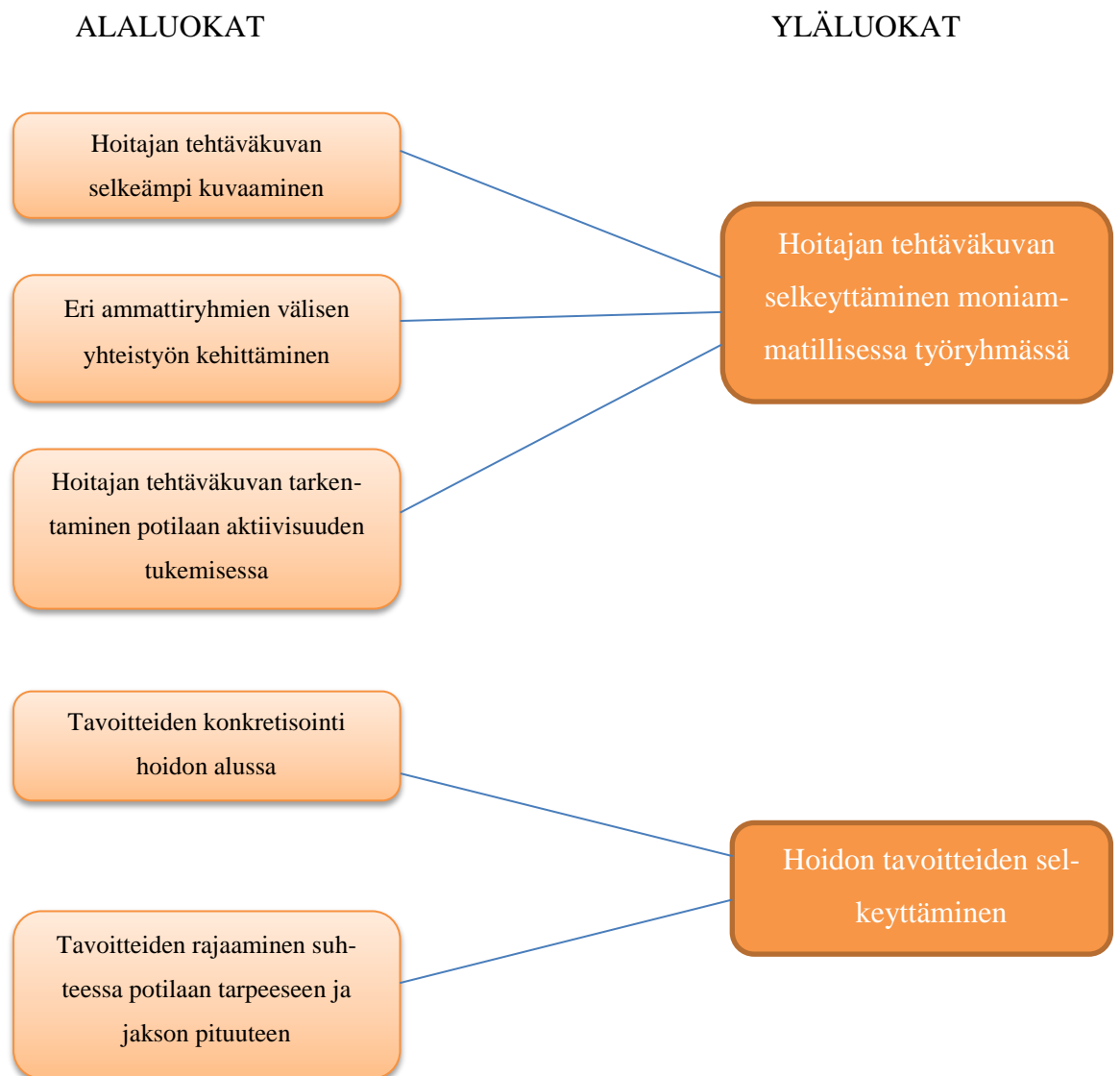


(jatkuu)



Liite 5. Hoitajien näkemyksiä kipupotilaan hoidon kehittämisestä osastolla

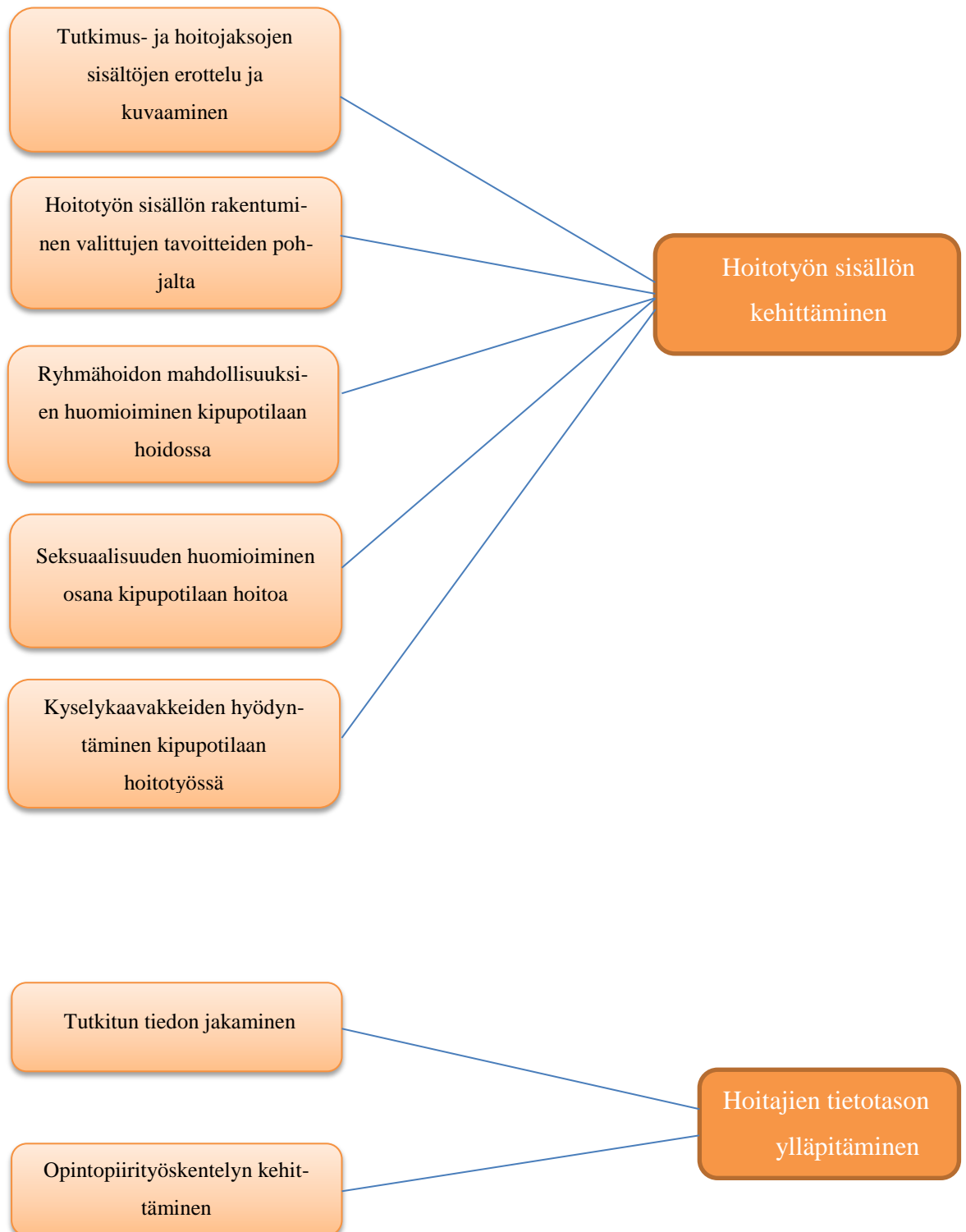
1 (2)



(jatkuu)

ALALUOKAT

YLÄLUOKAT



Liite 6. Hoitajien kokemuksia kipupotilaan hoitomallin kehittämisen vaikutuksesta omaan toimintaan

Kipupotilaan hoito osastolla jäsenyi hoitajille

Hoitajat ymmärsivät potilaan kipukokemusta pa-

Hoitajien tieto kivusta lisääntyi

Pilottimalli tuntui laajalta

Liite 7. Kirjallisuuskatsauksen taulukko

	Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus / Tavoite	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
1	Adams, Poole & Richardson, Iso-Britannia, 2006	Antaa yleiskuva teoreettisesta pohjasta ja psykologisten interventioiden käytöstä kroonisen kivun hoidossa.	Useat tutkimusartikkelit.	Antoi tukea biopsykososiaalisen mallin tehokkuudelle.
2	Nelson & Tucker, Yhdysvallat, 2006	Kehittää ja arvioida lyhytpsykokoulutuksellinen interventio kivun katastrofoinnin vähentämiseksi.	N=39 fibromyalgiapotilasta täytti kyselyn; N=9 potilaan/perheenjäsenen ja 10 työntekijän erillinen ryhmähaastattelu/kysely intervention kehittämiseksi. N=7 potilasta ja perheenjäsentä osallistui interventioistuntoihin.	Katastrofiajattelu ja toimintakyvyn heikentyminen vahvistettiin. Itsetehokkuuden teoriaa käyttäen kehitettiin 2h istunto tulosien pohjalta. Potilaiden/perheenjäsenten tieto kivun katastrofoinnista kasvoi, ja he olivat tyytyväisiä interventioon.
3	Richardson, Adams & Poole, Iso-Britannia, 2006	Antaa hoitajille tapoja voida yhdistää psykologisia lähestymistapoja kivunhoitoon käyttämällä biopsykososiaalista kehystä.	Useat tutkimusartikkelit.	Hoitotyönkeinot olivat yhteneviä kognitiivisen käyttäytymisterapian kanssa. Hoitajat voivat käyttää näitä menetelmiä kiputilojen hoidossa
4	Lewandowski, Morris, Draucker & Risko, Yhdysvallat, 2007	Antaa yleiskatsaus oleellisimmista teoreettisista malleista kipukokemusten ja perheen näkökulmasta.	Useat tutkimusartikkelit.	Perhesysteemimallit, operantti ehdollistuminen ja kognitiiviset käyttäytymisterapiamallit antavat hyvän teoreettisen perustan kipupotilaan perheessä toimimisen monimutkaisuuden tutkimiseen. Näiden ymmärtäminen voi auttaa hoitajia parempaan kipupotilaiden hoitoon.
5	Vlaeyen, Crombez & Goubert, Belgia, 2007	Antaa yleiskatsaus teoreettisesti perustelluista ja tehokkaista kipupotilaiden hoitomalleista.	Useat tutkimusartikkelit.	Kivun psykologia on siirtynyt perinteisestä lähestymistavasta dynaamisempaan tieteelliseen lähestymistapaan. Käyttäytymisterapiaa pohjaavien interventioiden käyttö krooniseen kipuun on yleistynyt merkittävästi. Ne ovat tehokkaita ja taloudellisesti kannattavia. Parannettavaa kuitenkin myös on.
6	Stenner & Courtenay, Iso-Britannia,	Tutkia lääkkeitä määräävien hoitajien näkemyksiä moniammatillisen yhteis-	N=26 kipupotilaille lääkkeitä määräävien hoitajien haastattelu.	Lääkkeiden määräys kannusti yhteistyöhön ja tiedon jakamiseen ammattirajojen

	2008	työn ja muiden tukemis-keinojen roolista lääkkeitä määrääville hoitajille akuutissa ja kroonisessa kivunhoidossa.		yli, mikä auttoi laajentamaan kivunhoidon laajempialaista ymmärtämistä. Este hoitajien tehokkaalle lääkemääräykselle oli tiedon ja tuen puute. Viralliset tukirakenteet, kuten kliininen valvonta, olivat oleellisia hoitajien oppimisen kannalta.
7	van Huet, Innes & Whiteford, Australia, 2009	Tutkia tekijöitä, jotka ovat lähtökohta onnistuneelle pitkäkestoiselle kivunhoidolle ihmisillä, jotka osallistuivat kognitiiviskäyttämisterapiaan pohjautuvaan kivunhoito-ohjelmaan Australiassa.	N=15 kivunhoitoon osallistuneen (ikä 30–65 vuotta) haastattelu.	Kivunhoidon onnistumiselle tärkeitä tekijöitä olivat positiivinen asennoituminen hoito-ohjelmaan ja kivun hyväksyminen, sekä useiden strategioiden käyttö.
8	Wahl, Rustøen, Lerdal, Knudsen, Miaskowski & Moum, Norja, 2009	Tarkastella kroonisen kivun ja elämän kokonaislaadun suhdetta toisiinsa, sekä tutkia mahdollisten sekoittavien, välittävien ja muovaavien tekijöiden vaikutusta kroonisen kivun ja elämän kokonaislaadun välillä.	N=1893 satunnaisvalinnalla valitun Norjan kansalaisen (ikä 19–81 vuotta) haastattelu. Yli 3 kk jatkunut kipu laskettiin krooniseksi kivuksi.	Kokonaismallissa ei merkitsevää suhdetta kroonisen kivun ja elämän kokonaislaadun välillä. Stressiin liittyvät oireet liittyivät vahvimmin elämän kokonaislaatuun.
9	Dopson, Iso-Britannia, 2010	Tarkastelee kivunhallintaohjelmien, erityisesti INPUT-kivunhallintaohjelman toimivuutta kipukuntoutujilla.	Useat tutkimusartikkelit.	Kivunhallintaohjelmat tarjoavat kipupotilaille lähestymistavan tarkastella kipuaan ja kehittää selviytymiskeinoja. Moniammatillinen lähestymistapa edellyttää yhteistyötä potilaan ja hänen läheistensä kanssa.
10	Hansson, Fridlund, Brunt, Hansson & Rask, Ruotsi, 2010	Tutkia kipupotilaiden kohtaamiskokemuksia terveydenhoitohenkilökunnan kanssa.	N=8 kroonisesta kivusta 3–45 vuotta kärsineiden potilaiden (ikä 29–66 vuotta) haastattelu.	Olennaista oli, että potilaat kokivat lähestymistavan myönteisenä, ja että henkilökunta oli ymmärtänyt tilanteen vakavuuden. Kipukokemuksesta kysyminen oli olennaista. Negatiivinen lähestymistapa taas tulkittiin halventavana ja väheksyvänä, ja kokemus näytti syöpyvän heidän mieliinsä.

11	Knaster, Suomi, 2010	Pyrittiin selvittämään kipupotilaiden suuttumuksen ja aggression yhteyttä koettuun kipuun ja mielialaoireisiin.	N=100 kipupotilasta. Tiedonkeruu kyselyillä ja mittareita käyttäen.	Sisäänpäin suuntautunut suuttumus ja aggressio ovat yhteydessä depression, erityisesti sen fyysisiin oireisiin. Yhteys oli riippuvainen kivun intensiteetistä
12	Pohjolainen, Orenius, Hurri & Haanpää, Suomi, 2010	Aikaistaa kipupotilaan kuntoutusta käyttämällä verkostoitunutta toimintamallia, tutkia kyseisen mallin vaikuttavuutta, ja verrata sitä aikaisempaan mallin.	N=191 kuntoutujaa. Tiedonkeruu erilaisen kyselyiden ja testien avulla.	Masennuksen hoitaminen ja siihen puuttuminen johtivat positiivisiin tuloksiin. Kipupotilaiden ahdistuneisuuden seurlonta ja hoito oli tarpeellista. Asenteisiin vaikuttaminen, tieto, vertaistuki ja eri liikuntamuotojen kokeilu vähensivät liikkumisen pelkoa.
13	Dyskiv, Sommerseth & Jacobsen, Norja, 2011	Tarkastella kroonisen kivun kokemista kärsijän näkökulmasta, ja ehdottaa tapoja, joilla tämä lähestymistapa voitaisiin tuoda paremmin osaksi hoitotyötä.	Yhden potilaan syväluotaava haastattelu.	Kudosvauriolla voi olla pienempi vaikutus elämän mielekkyyteen kuin sillä että yksilö pelkää. Kuuntelemalla potilaan kipukokemusta voidaan tutkia, mikä tukee hoitajan pyrkimystä vähentää kipua ja tukea niitä alueita, jotka voivat johtaa mielekkääseen elämään.
14	Janke, Spring & Weaver, Yhdysvallat, 2011	Kehittää ja arvioida potilaille annetun viestin esittämisen vaikutusta kroonisen kivun itsehallinnan lisäämiseksi, ja luoda hypoteeseja tuleviin tutkimuksiin.	N=65 kipupotilasta. Taustatietojen keräys kyselyllä, minkä jälkeen osallistujat tutustuivat kivun itsehallintaa käsittelevään viestiin, joka oli ilmaistu kahdella eri tavalla (osallistujat näkivät vain toisen). Tämän jälkeen suoritettiin toinen kysely.	Viestin esittämisellä oli vaikutusta informaation sisäistämiseen ja mahdollisen oma-aloitteisen rentoutumisen harjoittamiseen jatkossa. Rentoutusharjoitukset opettivat eniten itsehallintaa kroonisesta kivusta kärsiville potilaille
15	Prem, Karvannan, Chakravarth, Binukumar, Jaykumar & Kumar, Intia, 2011	Määrittää krooniseen kipuun liittyviä asenteita ja käsityksiä hoitajien keskuudessa.	N=363 hoitajaa. Tiedonkeruu kyselyllä.	Hoitajat olivat enemmän suuntautuneita kroonisen kivun biolääketieteelliseen ulottuvuuteen kuin käyttäytymislääketieteelliseen ulottuvuuteen.
16	Fenwick, Chaboyer & John, Australia, 2012	Tutkia päätöksenteon merkitystä yksilön näkökulmasta, kehittää rikas käsitteellinen ymmärrys kroonisen kivun itsehallinnasta, ja ymmärtää miten tämä on saavutettavissa käytännössä.	N=13 kipupotilaan haastattelu.	Lähes kaiken hoitoon liittyvän kivun todettiin olevan yhteydessä itsehallintaan, joten hoitajien olisi tärkeä opastaa potilasta päätöksentekoprosesseissa itsehallintaan liittyen.