



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **KIVUNHOIDON DOKUMENTOINTI KIRURGI- SELLA VUODEOSASTOLLA ELEKTIIVISEN POTILAAN HOIDOSSA**

Jaana Kyllijoki

Marianne Tuomaala

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2017  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitajakoulutus

KYLLIJOKI JAANA & TUOMAALA MARIANNE:

Kivunhoidon dokumentointi kirurgisella vuodeosastolla elektiivisen potilaan hoidossa

Opinnäytetyö 42 sivua, joista liitteitä 1 sivu  
Maaliskuu 2017

---

Opinnäytetyön aiheena oli tutkia kivunhoidon dokumentoinnin toteutumista kirurgisella vuodeosastolla elektiivisen potilaan hoidossa. Opinnäytetyö perustui työelämäyhteyden tarpeeseen ja toiveeseen. Tarkoituksena oli kuvata potilasasiakirja-analyysin pohjalta, miten kivunhoidon dokumentointia oli toteutettu. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa tämänhetkisestä tilanteesta kivunhoidon dokumentoinnin nykytilan havainnollistamiseksi sekä sen kehittämiseksi. Tutkimus toteutettiin yhdessä erään Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan kirurgisen vuodeosaston kanssa. Tutkimusaineistoa analysoitiin laadullisesti sekä määrällisesti. Nämä kaksi tutkimusmenetelmää yhdistettiin mahdollisimman tarkan sisällönanalyysin saavuttamiseksi. Tutkimuskysymyksen tehtävänä oli vastata kysymyksiin, miten ja kuinka usein kipua on dokumentoitu.

Tutkimusaineistosta selvisi, että kivunhoidon dokumentointi on ollut puutteellista usean potilastapauksen kohdalla. Dokumentointi on ollut luonteeltaan pitkälti hoitajalähtöistä tai tehtäväkeskeistä eikä potilaiden kivun arvioinnissa ollut käytetty apuna kivun voimakkuutta kuvaavia ja sen arviointia helpottavia kipumittareita. Lisäksi rakenteinen kirjaaminen on tuottanut haastavuutta kivunhoidon dokumentoinnin suhteen, mikä ilmenee kivunhoidon dokumentointina usean eri alaluokan alle. Vuorokohtaista vaihtelua kivunhoidon dokumentoinnin suhteen ei ilmennyt.

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella kivunhoidon dokumentoinnin kehittäminen on aiheellista ja tarpeellista potilaiden laadukkaan hoitotyön edistämiseksi. Kehittämissuhteiksi tilanteen parantamiseksi voisi olla kivunhoidon sekä dokumentoinnin koulutusten lisääminen hoitohenkilökunnalle. Myös yhdenmukaisen kirjaamismallin kehittäminen voisi puolestaan edistää kivunhoidon dokumentoinnin laatua. Kivunhoidossa käyttöön otettavat kivunmittauksen apuvälineet yhdessä sanallisen arvion kanssa täydentäisivät toisiaan sekä selkeyttäisivät potilaan kokemaa kipua helpottaen samalla kivunhoitotyötä sekä sen dokumentointia.

---

Asiasanat: elektiivinen leikkaus, kipu, kivunhoito, kivunhoidon dokumentointi, kivunhoidon arviointi

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

**KYLLIJOKI JAANA & TUOMAALA MARIANNE:**  
Documentation of Pain in Surgical Ward in the Care of an Elective Patient

Bachelor's thesis 42 pages, appendices 1 page  
March 2017

---

The subject of this study was the documentation of pain management on surgical ward while nursing elective patients. The study was requested by a working life contact.

The purpose of this study was to analyse the material and describe how the documentation was done. The aim of this study was to provide new information about documentation of pain management and to propose suggestions for improvement. This study was conducted in collaboration with one surgical ward of Pirkanmaa Hospital District. Both quantitative and qualitative methods, which support each other, were used to analyse the study material to produce as accurate analysis as possible.

Our results demonstrated, that the documentation of pain management was brief, task-based and it was not performed in every shift. Other inconsistencies in the documentation were also found and only a few documentations were patient-focused.

As a conclusion, the documentation of pain management could be improved. This could be achieved through increased training and by developing a uniform system for the documentation that would promote a more patient-focused documentation.

---

Key words: Elective surgery, pain, pain management, documentation, evaluation of pain management

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
	3.1 Elektiivinen potilas.....	7
	3.2 Kipu.....	9
	3.3 Kivunhoito.....	11
	3.4 Dokumentointi.....	11
	3.5 Kivunhoidon arviointi.....	11
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	18
	4.1 Tiedonhaun menetelmät.....	18
	4.2 Aineiston keruu.....	18
	4.3 Metodologinen triangulaatio.....	18
	4.4 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus.....	19
	4.5 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus.....	20
	4.6 Aineiston analyysi.....	20
5	TULOKSET.....	24
	5.1 Miten kipua on dokumentoitu.....	24
	5.1.1 Kivunhoidon dokumentoinnin jakautuminen rakenteisessa kirjaamisessa.....	26
	5.1.2 Kivunhoidon dokumentoinnin jakautuminen potilaskohtaisesti...	27
	5.1.3 Kivunhoidon dokumentoinnin potilaslähtöisyys.....	28
	5.1.4 Kivunhoidon dokumentoinnin esiintyminen ajallisesti.....	28
	5.2 Kuinka usein kipua on dokumentoitu.....	29
	5.2.1 Kivunhoidon dokumentoinnin esiintyminen työvuoroissa.....	29
6	POHDINTA.....	31
	6.1 Tutkimuksen eettisyys.....	31
	6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	32
	6.3 Tulosten tarkastelua.....	33
	6.4 Kehittämismahdollisuudet.....	36
	6.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	36
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET.....	42

## 1 JOHDANTO

Terveydellä on merkittävä yhteys kaikkiin elämän eri osa-alueisiin. Sairastuminen merkitsee ihmiselle aina elämäntilanteen muutosta sekä koskettaa myös potilaan läheisiä. Sairauteen, potilaana olemiseen ja hoitoon suhtautuminen vaihtelee eri ihmisten välillä. Näin ollen potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen hoitotyössä on erittäin tärkeässä asemassa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen, 2008, 14–16, 21.)

Potilaan kivun hoitaminen liittyy vahvasti hoitohenkilökunnan arkeen ja sen hoitamisella on merkittävä osuus hoitohenkilökunnan perustehtävän täyttämässä. Sairaanhoidajalla tulee olla valmiudet kivunhoitoon ja kivunhoidossa käytettyjen menetelmien käyttöön. (Salo 2011, 41.) Ahosen ym. (2014, 109) mukaan kivunhoito on yksi sairaanhoidajien tärkeimmistä tehtävistä. Jokaisesta potilaasta tulee toteuttaa hoitajakson aikana aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Hoitokertomus on potilaskertomuksen osa ja siihen kirjataan potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta, hoidon jatkuvuutta sekä sen arviointia koskevat tiedot. (Nykänen & Junttila 2012, 3.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia potilaiden kivunhoidon dokumentointia. Työssä keskitymme hoitajien potilasasiakirjoihin tekemiin merkintöihin kivunhoidon dokumentoinnin kannalta tarkastelemalla sen toteutumista eri näkökulmista. Tutkimuksemme antaa ajankohtaista tutkittua tietoa kivunhoidon dokumentoinnin nykytilasta. Tulosten avulla voidaan arvioida, onko kivunhoidon dokumentoinnin tila ollut riittävä laadukkaan, turvallisen ja jatkuvan hoitotyön kannalta. Aiheen valinta tapahtui molempien tekijöiden mielenkiinnon mukaan. Työssä yhdistyvät tekijöiden mielestä kaksi ajankohtaista sekä oleellista asiaa potilaiden laadukkaan ja turvallisen hoitotyön kannalta.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

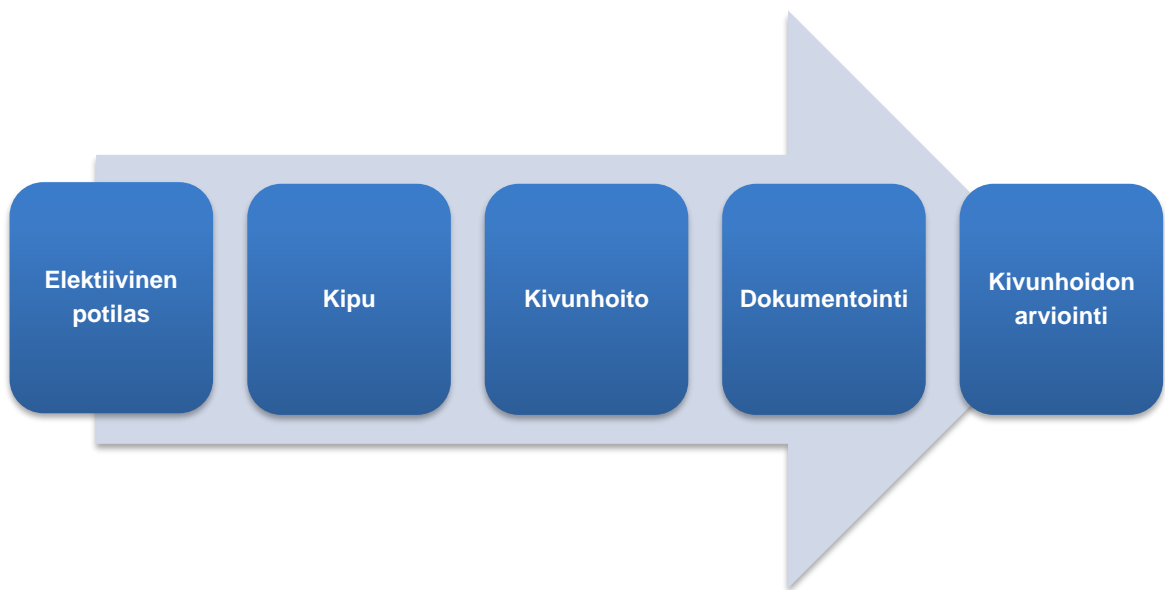
Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kivunhoidon dokumentointia toteutetaan kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tehtävänä oli tarkastella dokumentointia potilasasiakirjoista sekä laadullisesti, että määrällisesti ja vastata erityisesti seuraaviin tutkimuskysymyksiin

- 1) Miten kipua on dokumentoitu?
- 2) Kuinka usein kipua on dokumentoitu?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa kirurgiselle vuodeosastolle kivunhoidon dokumentoinnin tilasta. Tätä tietoa voidaan hyödyntää kivunhoidon dokumentoinnin kehittämässä sekä potilaiden hyvän hoidon edistämässä.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina ovat elektiivinen potilas, kipu, kivunhoito, dokumentointi ja kivunhoidon arviointi. Työn tarkoituksena on tutkia leikkauspotilaan kivunhoidon dokumentointia. Tutkimuksessa keskitytään elektiivisen potilaan leikkauksen jälkeiseen hoitoon kirurgisella vuodeosastolla. Leikkauksen jälkeen ajankohtaisia asioita ovat hyvä ja riittävä kivunhoito, kivunhoidon kirjaaminen, sen näkyväksi tekeminen sekä kivunhoidon riittävyyden arviointi. Seuraava käsitekartta (kuvio 1) kuvaa tutkimusprosessia vaihe vaiheelta.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

#### 3.1 Elektiivinen potilas

Elektiivisellä leikkauksella tarkoitetaan etukäteen suunniteltua toimenpidettä ja se on vastakohta päivystyksenä tehtävälle toimenpiteelle (Ahonen ym. 2014, 99). Indikaationa elektiiviselle leikkaukselle on usein pitkään jatkunut kipu (Brodda-Jansen ym. 2014, 1). Osa elektiivisistä toimenpiteistä voidaan suorittaa päiväkirurgisesti, mikä on yksi elektiiviseen toimenpideluokkaan kuuluva menetelmä (Mattila 2010, 10, 12). Etukäteen suunnitellun toimenpiteen etuna on, että terveyteen vaikuttaviin tekijöihin pystytään puuttumaan ja vaikuttamaan ajoissa, jolloin myös komplikaatioiden riski pienenee (Ahonen ym. 2014, 99; Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015). Mattilan (2010, 12) mukaan

elektiivistä menetelmää käytettäessä potilaiden sairastuvuus ja kuolleisuus ovat harvinaisempia jopa korkean riskin potilailla.

Potilastyytyväisyys päiväkirurgiseen toimintaan on korkealla tasolla myös kansainvälisesti (Keränen 2006, 1412; Mattila 2010, 24). Tyytymättömyydelle altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi pitkä jonotusaika leikkaukseen ja kipu (Mattila 2010, 15). ”Leikkaukseen kotoa” -potilastyytyväisyystutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä päiväkirurgiseen toimintaan erityisesti, kun mahdollisuutena oli tulla leikkaukseen suoraan kotoa. Potilaat kokevat tämän miellyttävämmäksi sairaalassa yöpymisen sijasta. (Laisi 2012, 16.)

Perioperatiivinen hoitoprosessi pitää sisällään toiminnallisesti ja ajallisesti kolme eri vaihetta. Ensimmäistä vaihetta kutsutaan preoperatiiviseksi vaiheeksi, joka käsittää leikkausta edeltävät tutkimukset ja valmistelut tulevaa toimenpidettä varten. Intraoperatiivinen vaihe kuvaa leikkaussalissa tapahtuvaa toimintaa. Kolmas vaihe leikkauspotilaan hoidossa on postoperatiivinen vaihe, joka käsittää leikkauksen jälkeen tapahtuvaa hoitoa. (Hammar 2011, 14; Ahonen ym. 2014, 99.)

Leikkaukseen valmistautuminen on yksi perioperatiivisen hoitoprosessin tärkeimmistä asioista (Hammar 2011, 14; Ahonen ym. 2014, 99). Laisi (2012, 9) korostaa leikkausta edeltävän huolellisen valmistautumisen olevan avain onnistuneeseen leikkaukseen. Ohjauksella on todettu olevan myönteinen vaikutus potilaan toipumiseen (Ahonen ym. 2014, 99–100).

Laboratoriotutkimusten ja huolellisen terveydentilan kartoituksen avulla pyritään saamaan potilaan yleiskunto mahdollisimman hyväksi sekä minimoidaan mahdolliset potilaan perussairauksista ja elintavoista johtuvat riskitekijät, jotta leikkaus olisi turvallista suorittaa ja toipuminen olisi nopeampaa (Hammar 2011, 14; Koivusipilä ym. 2015). Yksinkertaisin ja yleisin käytössä oleva tapa potilaan leikkauskelpoisuutta arvioitaessa on ASA- luokituksen käyttö, joka on American Society of Anesthesiologists -yhdistyksen laatima luokitus kuvaamaan potilaiden fyysistä kuntoa ja anestesian aiheuttamia riskejä (Ahonen ym. 2014, 99–100). Se on eräänlainen riskiluokitus, joka kuvaa potilaiden sairastavuutta. Sen avulla voidaan tunnistaa potilaat, joilla on suurentunut riski leikkauksen jälkeisille komplikaatioille tai kuolleisuudelle. (Kurki & Hynynen 2014.)



## 3.2 Kipu

Kipu määritellään epämiellyttäväksi tuntemukseksi tai kokemukseksi, joka johtuu kipureseptorien ärsytyksestä sekä niiden aktivoitumisesta. Kipu on tulosta kudosaivuriosta tai sen uhasta. (Augustini ym. 2010, 15; Käypähoito-suositus 2015.) Kipukokemus on määritelmänä subjektiivinen, kipu on mitä tahansa ihminen sanoo sen olevan ja kipua esiintyy silloin, kun ihminen sanoo sitä esiintyvän. Tämä määritelmä korostaa henkilökohtaisen kivun kokemista, jossa henkilö itse on oman kipunsa paras asiantuntija. (Augustini ym. 2010, 15; Salanterä ym. 2013, 4–5.)

Kipua voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta (Salo 2011, 41). Kivun kokemiseen vaikuttavat sosiaaliset, kulttuurilliset, psykologiset sekä perinnölliset tekijät (Merivirta 2014, 19). Kaikilla näillä tekijöillä on tärkeä osuus, kun yritetään ymmärtää ihmisen kokemaa kipua. Kivun ymmärtäminen edellyttää laajaa ja kokonaisvaltaista tulkintaa. Kivun tarkastelu vain yhdestä näkökulmasta on riittämätöntä, eikä anna tarpeeksi ymmärrystä potilaan kiputilanteelle ja kivun hoitamiselle. (Salo 2011, 41.)

Kivun biologiset lähtökohdat voidaan jaotella kolmeen pääluokkaan. Näitä ovat nosiseptiivinen, tulehduksellinen ja neuropaattinen kipu. (Kouhia 2016, 22.) Kipu voidaan jakaa myös syntymekanisminsa mukaan kudosaivuriin tai hermovaurioon liittyvään kipuun tai kipuun, jolle ei löydy elimellistä syytä. Akuuttiin kipuun on yhteydessä aina elimellinen tekijä, kuten esimerkiksi haava, murtuma tai tulehdus. (Jänis 2009, 9–10.)

Kirurginen toiminta vahingoittaa aina sekä operoitua että sitä ympäröiviä kudoksia (Puolakka 2011, 18). Erilaisten kivunluokitusten ja määrittelyjen mukaan leikkauskipu kuuluu akuutin eli nosiseptiivisen kivun luokkaan ja aiheutuu kudosaivuriin, jonka seurauksena nosiseptorit aktivoituvat (Salanterä ym. 2013, 5). Nosiseptorit eli kipureseptorit ovat kudosaivurion havaitsemiseen erikoistuneita vapaita hermopäätteitä, jotka reagoivat mekaaniseen, kemialliseen ja lämpötilanvaihteluista johtuvaan stimulaatioon. Niiden tehtävänä on varoittaa elimistöä uhkaavasta kudosaivuriin. (Salanterä & Danielsson-Ojala 2011, 30; Norrsell 2016.) Tämä on normaali fysiologinen ja terveen kipuhermojärjestelmän reaktio kivulle (Salanterä ym. 2013, 5). Nosiseptorien toisena tärkeänä tehtävänä on viestiä keskushermostolle kudosaivurion sijainnista, kestosta, ja laadusta (Salanterä & Danielsson-Ojala 2011, 30). Akuutti kipu on usein lyhytkestoista, kipulääkkeillä helpotettavissa olevaa ja vaurion paranemisen myötä lievittyvää (Salo 2011, 41).

Pitkäkestoisen eli kroonisen kivun syntymekanismi on samantapainen kuin akuutin, mikäli syy pysyväälle kivulle johtuu infektiosta tai virheellisestä murtuman korjauksesta (Puolakka 2011, 18). Kivun ajatellaan kroonistuvan silloin, kun kipu ei parane kudosvaurion normaalin parantumisajan yhteydessä (Jänis 2009, 10). Kroonistuneesta kivusta voidaan puhua silloin, kun akuutti kipu on kestänyt vähintään kolme kuukautta (Salanterä ym. 2013, 5; Westerling 2016). Tarkkaa aikaväliä kivun kroonistumiselle on kuitenkin vaikea määrittää ja siitä syystä useissa tutkimuksissa aikaväliksi määritellään 3-6 kuukautta (Pesonen 2011, 19–20; Lahtinen, 2012, 2–4; Kouhia 2016, 21).

Riskitekijät pysyväälle leikkauksen jälkeiselle kivulle voidaan jakaa potilaslähtöisiin sekä lääketieteellisiin tekijöihin. Potilaslähtöisiä pysyväälle kivulle altistavia tekijöitä ovat perinnöllinen alttius, leikkausta edeltävä kipu, akuutti leikkauksenjälkeinen kipu sekä erilaiset psykologiset tekijät. (Puolakka 2011, 33.) Myös korkeamman iän ja naissukupuolen on todettu lisäävän riskiä pysyväälle kivulle (Pesonen 2011, 19–20; Kouhia 2016, 22). Vanhemmilla potilailla kivun kroonistumisen taustalla on valitettavan usein puutteellinen akuutin kivun hoito leikkauksen jälkeen (Pesonen 2011, 19–20). Toisaalta myös potilaan nuoremman iän ja kivun kroonistumisen välillä on tutkimuksissa havaittu yhteys (Puolakka 2011, 33; Merivirta 2014, 19).

Sosiaalisilla ja psykologisilla tekijöillä, kuten masennuksella, ahdistuksella sekä katastrofi-tyyppisellä ajattelulla on vaikutusta potilaaseen kipukynnystä madaltavasti (Brodda-Jansen ym. 2014, 1; Kouhia 2016, 22). Yksi merkittävä psykologinen tekijä akuutin leikkauksen jälkeisen kivun kokemisessa on pelko leikkauksen jälkeisiä vaikutuksia kohtaan (Merivirta 2014, 19). Kivun esiintyminen masennuksen yhteydessä on yleisempää muuhun väestöön verrattuna ja elämään tyytymättömyyden on puolestaan todettu olevan yhteydessä krooniseen kipuun (Pakarinen 2016, 18).

Lääketieteellisiä riskitekijöitä pysyväälle kivulle ovat leikkaus, anestesia, perioperatiivinen kivun lääkehoito ja potilaalle annetut vaihtoehtoiset kivunhoidot. Suurin yksittäinen pysyväälle leikkauksen jälkeiselle kivulle altistava riskitekijä on kirurginen toimenpide itsessään. Kroonisen kivun mahdollisuus tulisi huomioida erityisesti jo leikkauspäätöstä tehdessä, jolloin huolellinen riskitekijöiden arvioiminen auttaa pysyvän leikkauksen jäl-

keisen kivun ehkäisemisessä. Etenkin nivustyrän korjausleikkaus on tyypillinen esimerkki, mikä saattaa provosoida pysyvää kipua ennestään kivuttomilla potilailla. (Puolakka 2011, 32.)

Lahtisen (2012, 2–4) mukaan viimeaikaiset raportit osoittavat, että huolestuttavan monelle potilaalle syntyy krooninen kiputila elektiivisen leikkauksen jälkeen moderneista kivunhoidon menetelmistä huolimatta. Voimakas alihoidettu leikkauksenjälkeinen kipu on yhdistetty hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminnan häiriöihin, leikkauksen jälkeiseen sekavuuteen ja pidempään sairaalassaoloaikaan. Nämä tekijät myös altistavat potilaan leikkauksen jälkeisille komplikaatioille. (Pesonen 2011, 19–20.)

### **3.3 Kivunhoito**

Hoitamaton kipu on pääasiallinen syy odottamattomalle sairaalaan joutumiselle tai suunnittelemattomille terveydenhuollon kontakteille (Mattila 2010, 10; Merivirta 2014, 23). Kaikilla potilailla, iästä ja sukupuolesta riippumatta, on oikeus hyvään kivunhoitoon (Kontinen ym. 2012, 119). Potilas sekä hänen kokemuksensa kivusta toimivat aina kivun hoitotyön lähtökohtana. Kivun hoitotyö on kivusta kärsivän potilaan auttamista hoitotyön keinoin ja sen tavoitteena on lievittää potilaan kokemaa kipua ja kärsimystä sekä ehkäistä leikkauksesta aiheutuvien komplikaatioiden syntymistä. (Salanterä ym. 2013, 5.) Kipukokemuksen yksilöllisyys ja ihmisen ainutlaatuisuus luovat haasteita kivun ymmärtämiselle ja hoidolle. Kivunhoidon onnistuminen edellyttää kommunikaatiota potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Salanterä & Danielsson-Ojala 2011, 31; Salo 2011, 41–42.)

Kivun hoitotyötä sekä siihen liittyvää päätöksentekoa voidaan tarkastella hoitotyön prosessin ja potilaan kivunhoidollisen tarpeen mukaisesti (Salanterä ym. 2013, 5). Tämä prosessi käsittää kivun tunnistamisen, hoitamisen, hoidon vaikuttavuuden arvioinnin sekä koko prosessin dokumentoinnin (Kankkunen 2011, 22). Ensimmäisenä on arvioitava potilaan kivunhoidollinen tarve, jonka jälkeen kivunhoitoa aletaan toteuttaa potilaan kivunhoidollisen tarpeen mukaisesti (Salanterä ym. 2013, 5). Kivunhoidon arvioinnin tulee perustua potilaan havainnointiin (Kankkunen 2011, 22). Prosessin vaiheet esitetään yleensä peräkkäisinä toimintoina, käytännössä ne menevät kuitenkin päällekkäin (Salanterä ym. 2013, 5).

Lääkehoito on tärkein ja tavallisin leikkauksen jälkeisen kivun hoitomuoto (Holmia ym. 2008, 72). Lääkkeellisen kivunhoidon tarkoituksena ja tavoitteena on ehkäistä kipua ja poistaa jo olemassa olevaa kipua. Tehokkaan lääkehoidon kulmakiviä ovat oikeiden ja sopivien lääkkeiden valinta, riittävä annostus ja tarpeeksi usein annetut lääkeannokset. Kivunhoidon yhtenä tavoitteena on myös tasalaatuinen kivunlievitys ja kipuhuippujen eli läpilyöntikipujen nopea ja tehokas hoitaminen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 81–84.) Parasetamolilla, tulehduskipulääkkeillä sekä opioideilla on hyvä vaste kudonsvauriosta johtuvan kivun hoidossa (Norrzell 2016). Asantila-Jarvan (2007, 210) mukaan nosiseption estäminen riittävällä kipulääkityksellä jo leikkausvaiheessa vähentää leikkauksenjälkeistä kipua ja siitä syystä kivunhoito olisi hyvä aloittaa jo leikkausvaiheessa. Lääkkeellisen kivunhoidon vaikutusta voidaan tukea lääkkeettömillä kivunhoidon menetelmillä. Näitä ovat esimerkiksi hengitysharjoitukset, lämpö- ja kylmähoidot, hieronta, rentoutuminen, musiikki, lukeminen tai muu vastaavan toiminta, joka vie potilaan ajatukset pois kivuista. (Kankkunen 2011, 24.)

Kivunhoidosta aiheutuvat haitat on pyrittävä minimoimaan ja hoidossa on myös huomioitava potilaan omat tarpeet ja toiveet. Kivunhoidossa kannattaa suosia multimodaalista kivunhoitoa, joka tarkoittaa erilaisten kivunhoidon menetelmien yhdistämistä kivunhoidon vaikuttavuuden parantamiseksi. (Kontinen & Hamunen 2015, 1923.) Kivunhoidon menetelmiä yhdistelemällä voidaan pienentää yksittäisen lääkeaineen annostusta, jolloin myös kipulääkkeistä aiheutuvat sivuvaikutukset vähenevät ilman että kivunhoidon laatu kärsii (Asantila-Jarva 2007, 210; Mattila 2010, 26–27; Merivirta 2014, 23).

Tutkimuksen mukaan alaraajaohitetuilla leikkauspotilailta lääkkeellisen kivunhoidon menetelmistä valtaosa on ollut suun kautta annettavaa kipulääkettä. Myös ihonalaista lääkitystä on käytetty kivunhoidossa osalla potilaista, mutta lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä on ollut käytössä vain vähemmistöllä. (Grommi 2015, 30.) Puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen pääasialliset kivunlievitysmenetelmät ovat olleet lääkkeellinen kivunhoito, asentohoito sekä rauhoittelu. Hoitotyöntekijöiden arvion mukaan tehokkaimpia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä olivat rauhallisen ympäristön luominen, asentohoito, läheisyyden sekä turvallisuuden tunteen luominen. (Jänis 2009, 40–42.) Pätäri (2014, 29, 32–33) tutkimuksessa sairaanhoitajat korostivat turvallisen, luottamuksellisen ja rauhallisen ympäristön merkitystä potilaan kivunhoidossa. Näillä tekijöillä arvioitiin olevan merkitystä potilaiden kivunlievityksessä. Tässä tutkimuksessa lääkkeellinen kivunhoito ei ollut automaattista kaikkien potilaiden kohdalla vaan sairaanhoitajat arvioivat

yksilöllisesti potilaiden kivunhoidollisen menetelmän. Lääkkeellisistä kivunhoidon menetelmistä yleisimpiä olivat suun kautta annetut kipulääkkeet, lihakseen ja suonensisäisesti annostellut lääkkeet. Yleisimpiä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä ovat olleet asentohoito, kylmä- tai kuumahoitoon liittyvät menetelmät.

Potilaslähtöinen hoitaminen on vahva perusta, jota vasten kivunhoitoon liittyviä päätöksiä tehdään. Uhkana potilaslähtöiselle ja hyvälle kivunhoidolle on tehtäväkeskeisesti toimiva organisaatio. (Axelin & Niela 2011, 45.) Riittäväällä leikkauksenjälkeisellä kivunhoidolla voidaan ehkäistä tarpeettomia kärsimyksiä ja kiputiloja. Hallitsematon voimakas kipu heikentää toipumista ja sillä voi olla pitkäkestoisia vaikutuksia elämänlaatuun. (Lahinen 2012, 2–4.) Pitkäaikainen kipu taas puolestaan voi johtaa masennukseen, kärsimykseen ja elämänlaadun heikkenemiseen. Kivunhoidon onnistumisen kulmakivenä on hoidon kokonaisvaltaisuus. Potilaan sairaudet ja toimintakyky tulee kartoittaa huolella ja hoidettavan läheiset ottaa myös mukaan kivunhoitoon. (Finne-Soveri 2015.)

### **3.4 Dokumentointi**

Dokumentoinnin eli kirjaamisen tarkoituksena on palvella potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja hoidon toteuttamisessa laadittuja asiakirjoja tai tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tietoja. (Hallila & Graeffe 2005, 16.) Niiden tehtävänä on turvata potilaan hoito, sen suunnittelu, toteutus sekä jatkuvuus (Nykänen & Junntila 2012, 3). Terveydenhuollossa tulee jokaisella potilaalla olla jatkuvaan muotoon laadittu aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus (Häyrinen 2011, 25–28; Nykänen & Junntila 2012, 3).

Hoitosuunnitelma toimii moniammatillisena työvälineenä, johon hoitotyön eri ammattiryhmät kirjaavat. Sen tulee sisältää potilaan hoitoa ja päivittäistä vointia kuvaavat merkinnät. (Nykänen & Junntila 2012, 3.) Keskeisiä seikkoja tiedonsiirrossa hoitohenkilökunnan välillä on yhtenäisten käsitteiden käyttö. Tiedonkulku ja tietojen ymmärrettävyys ovat tärkeitä asioita potilaan laadukkaassa ja turvallisessa hoidossa. (Häyrinen 2011, 35–36.) Vastaavasti tiedonhallinta on myös keskeinen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa (Ahonen ym. 2013, 44).

Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli on kehitetty Suomessa ja sen mukaan sähköinen kirjaaminen tapahtuu hoidollisen päätöksenteon prosessimallin ja FinCC (Finnish Care Classification) -luokitusta käyttäen (Nykänen & Junttila 2012, 15–17). Käytännössä kirjaaminen tapahtuu siten, että valitaan asiansyhteyteen kuuluva komponentti ja sen alta pääluokka- tai alaluokiston termi, jota täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä (Nykänen & Junttila 2012, 15–17; Grommi 2015, 9). Sähköiset potilastietojärjestelmät tukevat hoitotyön päätöksentekoa ja rakenteista kirjaamistapaa (Grommi 2015, 9). Hoitotyön dokumentointi on osa sairaanhoitajan jokapäiväistä työtä ja se toimii samalla myös sairaanhoitajan juridisena oikeusturvana (Kankkunen 2011, 24). Grommi (2015, 32) toteaa tutkimuksessaan, että kipu oli kirjattu kolmasosalla potilaista tärkeimmäksi hoidon tarpeeksi.

Kirjaamisen tulisi rakenteeltaan noudattaa hoitotyön prosessia. Tämä käsittää hoidon tarpeen arvioinnin, suunnittelun, toteutuksen sekä hoidon tulosten arvioinnin. Hoidon tarpeen arviointi tulisi tehdä yhdessä potilaan kanssa ja hänen tarpeensa tulisi asettaa tärkeysjärjestyksessä ensimmäiseksi. (Grommi 2015, 9.) Ilman potilasta tehdyn suunnitelman toteutumismahdollisuudet ovat vähäiset ja tyytymättömyys hoitoa kohtaan kasvaa. Potilaan osallistuminen ja hänen mielipiteensä tulisi näkyä myös hoitotyön kirjaamisessa, näin yksilöllinen hoito voi onnistua. (Hallila 2005, 26–33.)

Laitinen (2014, 44–46) toteaa tutkimuksessaan potilaan ja hoitajan välisen keskustelun olevan avain hoitajan syvällisempään ymmärrykseen potilaastaan sekä hänen tarpeistaan. Keskustelemalla potilaan kanssa hoitaja pystyy luomaan avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin, tällöin myös potilaalla on helpompi kertoa kokemuksistaan ja tunteistaan hoitajalle. Keskustelu potilaan kanssa tulisi tapahtua yhteisymmärryksessä ja potilaalle on annettava aikaa ja mahdollisuuksia keskustella tilanteestaan hoitajan kanssa. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittää, että potilaalla on oikeus saada tietoa selkeästi ja ymmärrettävästi omasta voinnistaan, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista.

Kivunhoidon dokumentoinnista tulisi selvittää kivun voimakkuus, miten kipua on hoidettu sekä miten kipua on arvioitu. Kivunhoidon ja sen vaikuttavuuden dokumentointi turvaavat hoidon jatkuvuutta. (Kankkunen 2011, 22–24.) Arviointia hoidon tuloksista olisi hyvä tehdä koko hoitajakson ajan, sillä ne kuvaavat potilaan voinnissa tapahtunutta muutosta

(Grommi 2015, 9). Kivunhoidosta aiheutuneet haittavaikutukset tulee myös näkyä potilasasiakirjoista (Salanterä ym. 2013, 20). Haittavaikutukset tulisi kirjata yhtä usein kuin kivun voimakkuutta on arvioitu (Kontinen ym. 2012, 119).

Säännöllisellä kivun arvioinnin ja dokumentoinnin avulla voidaan taata tehokas ja turvallinen potilashoito, joka samalla mahdollistaa kivunhoidon kehittämistyön. Kehittäminen on mahdotonta, mikäli ei tunneta käytetyn hoidon vaikuttavuutta ja siitä aiheutuneita haittoja. (Kontinen ym. 2012, 119.) Kipua tulisi mitata ja dokumentoida jokaiselta potilaalta vähintään kerran työvuoron aikana (Kontinen ym. 2012, 119; Salanterä ym. 2013, 20). Kivunhoitoa toteuttavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee saada riittävästi koulutusta kivun mittaamiseen sekä tulosten kirjaamiseen potilastietojärjestelmään (Kontinen ym. 2012, 119).

### **3.5 Kivunhoidon arviointi**

Lähtökohtana kivunhoidolle ja kivunhoidon arvioinnille on potilaan sanallinen arvio. Potilasta haastatellessa tulee tiedustella, milloin kipu on alkanut, miten se on kehittynyt sekä sen sijainti ja voimakkuus. Potilaan haastattelussa on hyvä myös huomioida potilaan näkökulmasta kipua lisäävät ja kipua helpottavat tekijät. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 119; Salanterä & Danielsson Ojala & 2011, 31.) On tärkeää, että potilaiden arviointia omasta kipukokemuksesta kunnioitetaan ja tämä myös dokumentoidaan. Potilaasta voi olla vaikea nähdä päällepäin, kuinka paljon hän kärsii kivuista. Luottavainen keskustelu potilaan kanssa toimii ehtona hyvälle kipuanamneesille ja kivunarvioinnille. (Augustini ym. 2010, 15.) Potilaat saattavat kertoa oma-aloitteisesti kivuistaan suhteellisen vähän, mikä puolestaan voi hankaloittaa hoitotyöntekijän kivun tunnistamista. Taustalla saattaa olla esimerkiksi pelko, että kipuja ei oteta todesta tai potilaat eivät halua häiritä hoitajia. (Salo 2011, 42.)

Tutkimukset osoittavat, että hoitajat ovat epätarkkoja potilaan kivun arvioinnissa. Tästä johtuen hoitajat tarvitsevat luotettavia kivunmittausvälineitä, jotta kipua voidaan paremmin tunnistaa. Ilman objektiivista kivun arviointia, kipua voidaan herkästi tulkita väärin tai aliarvioida, mikä puolestaan johtaa puutteelliseen kivunhoitoon sekä heikentää potilaan elämänlaatua. (Jänis 2009, 11.) Augustinin ym. (2010, 15) ja Salon (2011, 42) mukaan on tavallista, että hoitotyöntekijät arvioivat potilaiden kivun alhaisemmaksi mitä

potilaat itse arvioivat sen olevan. Mitä voimakkaammasta kivusta on ollut kyse, sitä enemmän potilaiden ja henkilökunnan arviot poikkesivat toisistaan. Potilaan kivunhoidossa ja kivun arvioinnissa hoitajalla on erityisen tärkeä rooli, koska hoitaja on lähellä potilasta ja vastaa kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisesta. Järjestelmällisen ja toistuvan kivun arvioinnin on osoitettu parantavan kivun hoitotyötä ja tästä johtuen hoitajat tarvitsevat luotettavia kipuindikaattoreita kivun tunnistamiseen potilaiden hyvän kivunhoidon turvaamiseksi. (Jänis 2009, 11.)

Mikäli potilas kykenee sanallisesti kommunikoimaan, hän voi antaa kuvauksen kivun laadusta, kestosta, sijainnista sekä kipua lisäävistä tai helpottavista tekijöitä (Pesonen 2011, 23). Tällä tavoin voidaan välttää myös potilaiden kivun aliarviointi. Kivunhoito perustuu siihen, kuinka hoitohenkilökunta tulkitsee potilaiden kipua ja tämä on tavallisin syy riittämättömälle kivunhoidolle. (Augustini ym. 2010, 15.) Jos potilas ei kykene kommunikoimaan sanallisesti, voidaan potilaan kokemaa kipua tarkastella myös käyttäytymismuutosten perusteella. Kivuista kertovia muutoksia voivat olla esimerkiksi, kasvojen ilmeet, ääntely, kehon kieli ja muutokset käyttäytymisessä. (Salanterä ym. 2013, 15.) Tietyt fysiologiset muutokset kehossa voivat kertoa kivusta. Näitä ovat esimerkiksi korkea verenpaine ja pulssi, kiihtynyt hengitys ja ihon väri. (Jänis 2009, 13.)

Pätäri (2014, 23–26, 36–38) mukaan sairaanhoitajat käyttivät potilaiden kivun tunnistamiseen useita eri taktiikoita tulosten luotettavuutta varmistamaan. Käytössä oli erilaisia kipumittareita, potilaan haastattelua ja havainnointia. Sairanhoitajat käyttivät potilaiden kivun arvioinnin apuna myös vitaalielintoiminnoissa tapahtuneita muutoksia. He havainnoivat myös potilaiden kipukäyttäytymistä kuten ihon väriä, hikisyyttä, ilmeitä, eleitä ja liikehdintää. Enemmistö sairaanhoitajista kirjasi tarkasti potilaiden yksilölliset kiputunteukset levossa ja liikkeessä, kirjaamisessa he painottivat potilaan omaa arviota. Osa hoitajista seurasi myös kivunhoidon vaikuttavuutta säännöllisesti.

Leikkauksenjälkeisen kivun laatu ja voimakkuus vaihtelevat tehdyn toimenpiteen sekä potilaskohtaisten tekijöiden mukaan (Kontinen & Hamunen 2015, 1921). Kivun arviointia helpottamaan on kehitetty erilaisia mittareita, joiden tarkoituksena on havainnollistaa potilaan kipuja sekä helpottaa sairaanhoitajan päätöksentekoa. Kivun mittaus mahdollistaa yhteisen kielen puhuttaessa kivun voimakkuudesta ja arvioitaessa kivunhoidon vaikuttavuutta. Kivunmittauksen avulla voidaan varmistaa kivunhoidon ja dokumentoinnin laatu. (Augustini ym. 2010, 15.) Kivun voimakkuutta tulisi mitata sekä kirjata potilaan



ollessa levossa ja liikkeellä (Kontinen ym. 2012, 1922; Salanterä ym. 2013, 20). Kivunlievityksen jälkeen kipu tulisi mitata uudelleen hoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi (Kontinen ym. 2012, 119). Kivunhoidon tulisi olla tavoitteellista, mikä edellyttää jatkuvaa hoidon seurantaa (Salanterä ym. 2013, 6).

Kivun mittausmenetelmän valinta voi vaihdella, mutta näistä tunnetuin on Visual Analog Scale eli VAS-kipujana (Augustini ym. 2010, 15). VAS-kipujana on 10 cm pituinen mittari, jonka toinen pää tarkoittaa sietämätöntä kipua ja toinen kivuttomuutta (Salanterä ym. 2013, 26). Yleisesti käytettyjä kivunmittausmenetelmiä ovat myös numeerinen sekä visuaalinen kipuaasteikko (Salanterä & Danielsson Ojala 2011, 31). Asteikon valinta ei ole tärkein asia, vaan mittaustulosten mukaan toimiminen (Kontinen & Hamunen 2015, 1923). Suositeltavaa on, että potilas saisi itse valita häntä parhaiten palvelevan kivunmittausmenetelmän. Valittu menetelmä tulee kirjata potilasasiakirjaan ja samaa mittaria tulee käyttää koko hoitajakson ajan, jotta tuloksia voidaan vertailla luotettavasti (Salanterä ym. 2013, 13). Erilaisia kivunmittaukseen tarkoitettuja apuvälineitä on esitetty työn liitteessä (liite 1). Grommin (2015, 30) tekemässä tutkimuksessa VAS-mittaria ei oltu käytetty kertaakaan potilaiden kivun arvioinnissa tai hoitotyön kirjauksista ei selvinnyt mitkä kipumittaria potilaiden hoidossa käytettiin. Jäniksen (2009, 35) tekemän tutkimuksen mukaan kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnissa ei käytetty apuna juuri lainkaan kipumittaria vaan kipua arvioitiin lähinnä fysiologisten ja käyttäytymisessä tapahtuneiden muutosten perusteella.

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Tiedonhaun menetelmät

Tiedonhaun menetelminä olemme käyttäneet kirjastopalveluita sekä erilaisia tiedonhaku-koneita (Melinda, Cinahl, PubMed, Aleksis ja Google Scholar). Tietoa haimme englanninkielisillä hakusanoilla: ”pain”, ”postoperative pain”, ”elective surgery”, ”pain assesment”, pain measurement, evaluation of pain management, ”acute pain treatments”. Suomenkielisiä hakusanoja olivat: elektiivinen leikkaus, ”kipu”, ”kivunhoito”, ”dokumentointi”, ”leikkauksenjälkeinen kipu”, ”perioperatiivinen hoitotyö”. Ruotsinkielisiä hakusanoja olivat: ”smärtbehandling”, ”smärtskattning”, ”postoperativ smärta”, ”elektiv operation”, smärtlindring”.

### 4.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineistomme koostui yhteensä 16 potilasasiakirjasta. Aineiston keruu tapahtui vuonna 2016 kesän ja syksyn välisenä aikana. Valmiin aineiston meille luovutti työelämäyhteistyönämme toimineen erään kirurgisen vuodeosaston osastonhoitaja. Saimme tutkimuskäyttöön luvattun materiaalin sovitusti syyskuussa 2016. Tutkimuskäyttöön valitun aineiston valintakriteereinä olivat potilaan etukäteen suunniteltu leikkaus ja hoitoajan osastolla tuli olla kestoltaan vähintään kaksi päivää riittävän potilaskohtaisen dokumentoinnin saavuttamiseksi. Tutkimusmateriaalin kokonaismäärä oli 40 sivua, josta varsinaisen aineisto oli 36 sivua. Rajasimme tutkimuksen alkavaksi potilaan saavuttua kirurgiselle vuodeosastolle. Tästä syystä jätimme tutkimuksen ulkopuolelle materiaalin, joka oli dokumentoitu ennen potilaan saapumista kirurgiselle vuodeosastolle.

### 4.3 Metodologinen triangulaatio

Triangulaatio ei ole oma tutkimusmenetelmä, vaan siinä yhdistetään laadullista eli kvalitatiivista ja määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusta (Kananen 2013, 33). Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten aineistojen, teorioiden tai menetelmien käyttöä saman tutki-

muksen havainnollistamisessa. Tämän käyttämistä voidaan perustella, siten että yksittäisen tutkimusmenetelmän käyttö voi tehdä tutkittavan aineiston analyysistä haastavaa eikä materiaalista saada välttämättä tarpeeksi kattavaa kokonaiskuvaa. Tulosten luotettavuus paranee, kun aineistoa voidaan tarkastella erilaisista näkökulmista (Eskola & Suoranta 2003, 68). Myös Metsämuuronen (2008, 254) toteaa, että mitä useampaa tutkimusmenetelmää käytetään samanaikaisesti, sitä luotettavampaa saatu tieto tutkittavasta kohteesta on. Tämä mahdollistaa tutkittavan kohteen tarkastelun erilaisista näkökulmista.

Triangulaatio näkyy tutkimuksessamme laadullisen sekä määrällisen menetelmän yhdistelmänä mahdollisimman tarkan ja luotettavan tutkimustiedon tuottamiseksi. Tutkimusaineistomme antoi aiheita molempien menetelmien käyttämiseen. Aineistosta ilmeni sanallisten ilmaisujen ja kuvauksien lisäksi myös määrällisiä osuuksia, joiden perusteella tarkastelimme esimerkiksi, miten usein kipua oli dokumentoitu.

#### **4.4 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus**

Laadullisen tutkimuksen perustana ja kiinnostuksen kohteena on ihminen, terveys sekä näihin liittyvät tekijät. Tämän vuoksi ihmisen osuus laadullisessa tutkimuksessa on merkittävä. (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 20.) Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Tätä voidaan käyttää, joko yksittäisenä kokonaisuutena tai yhdistettynä muihin kokonaisuuksiin. Sisällönanalyysin tehtävänä on kuvata tutkittavaa aineistoa sanallisesti ja selkeästi. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91, 106.)

Tutkimuksen avulla pyritään jäsentämään todellisuutta, sekä tiivistämään saatu tieto helpommin ymmärrettävään ja käytettävään muotoon (Kylmä & Juvakka 2007, 17). Aineistolähtöisen analyysin tarkoitus on luoda tutkittavasta aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan pyritään kuvaamaan ilmiötä ja ymmärtämään toimintaa tai tapahtumaa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 85, 95.)

Opinnäytetyössämme laadullisen tutkimuksen osuus näkyy potilasasiakirja-analyysin muodossa. Tarkastelun kohteena olivat hoitajien päivittäin tekemät merkinnät potilasasiakirjoihin. Tutkimme, miten kivunhoidon dokumentointia oli toteutettu potilaslähtöisyyden, kivunhoidon laadun sekä rakenteisen kirjaamisen kannalta.

#### 4.5 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus

Opinnäytetyön aineistoa analysoitiin myös määrällisesti eli kvantitatiivisesti. Tämän tutkimustavan mukaan tarkastelimme aineistoa numeerisesti. Määrällisen tutkimuksen tehtävänä on vastata kysymyksiin kuinka usein ja kuinka paljon. (Vilka 2007, 14–18.)

Määrällisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosentteihin liittyviä kysymyksiä sekä tarkastellaan niiden välisiä eroja (Heikkilä 2014). Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, tiedon esittäminen numeroin, mittaaminen ja objektiivisuus. aineiston käsittely sisältää kolme eri vaihetta, näitä ovat aineiston tarkastelu, aineiston muuttaminen taulukkomuotoon sekä aineiston tarkistus. Tutkimusprosessin ja saatujen tulosten tulee olla puolueettomia. (Vilka 2007, 13, 16, 105.)

Tutkimuksessamme olemme hyödyntäneet teoriaa määrällisten tulosten tuottamisessa. Tämä näkyy kivun dokumentoinnin esiintyvyyden tarkasteluna, vuorokohtaisen vaihtelun tarkasteluna sekä kivun dokumentoinnin määrien laskemisena. Määrälliset luvut lasimme huolellisesti useaan kertaan tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Tulosten laskemisessa ja havainnollistamisessa käytimme apuna Microsoft Excel- ohjelmaa.

#### 4.6 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa tulee aina esittää tutkimusongelma, kohdennetut tutkimuskysymykset sekä mitä tutkimuksella tavoitellaan. Täsmällisyyttä vaatii myös tutkimusraportin kirjoittaminen. Tekstin tulee edetä niin että perustelut ja päättelyt on esitetty selkeästi ja aukottomasti, jotta lukijan on mahdollista seurata tekstiä johdonmukaisesti. (Vilka 2015, 39.)

Tutkimuksessamme oli kaksi tutkimuskysymystä, joiden näkökulmasta aineistoa lähdettiin tarkastelemaan. Tutkimuksen tavoitteena oli kivunhoidon dokumentoinnin nykytilanteen kartoittaminen kirurgisella vuodeosastolla.

Aineiston analyysi tapahtui käyttämällä laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistelmää tarkan ja tarkoitustaan vastaavan lopputuloksen saamiseksi. Tutkimusraportin kirjoittamisessa olemme pyrkineet mahdollisimman selkeän ja johdonmukaisen tekstin tuottamiseen. Tulosten esittämisessä käytimme apuna kuvioita sekä taulukoita, jolloin lukijan on helpompi ymmärtää tuloksia ja seurata tekstiä.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan kuvata kolmevaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu aineiston pelkistäminen eli redusointi, jolloin aineistosta karsitaan tutkimuksen ja tulosten kannalta epäoleellinen tieto pois. Aineiston pelkistäminen voi olla joko materiaalin tiivistämistä tai pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 109.) Tutkittava aineisto on saatettava sellaiseen muotoon, että sen analysointi olisi mahdollista. Tämä tarkoittaa esimerkiksi muistiinpanojen tai haastattelujen puhtaaksi kirjoittamista. Kerätty aineisto pilkotaan käsitteellisiksi osiksi ja kootaan tieteellisiksi johtopäätelmiksi. (Metsämuuronen 2008, 242.)

Aineistosta karsittiin turha ja tuloksien kannalta epäoleellinen tieto pois varsinaisen analyysivaiheen helpottamiseksi. Mielestämme merkityksettömiä tietoja tutkimuksen tulosten kannalta olivat esimerkiksi tiedot potilaan päivittäisistä toiminnoista tai muu vastaava tieto, jolla ei ollut tekemistä kivun tai kivunhoidon dokumentoinnin kanssa. Tutkimusaineistoa lähdettiin tarkastelemaan siten, että aineistosta kerättiin vain kivunhoidon tai kivunhoidon dokumentointia koskevat merkinnät. Materiaalin karsimisen seurauksena aineisto tiivistyi ja sen analysointi helpottui.

Seuraava vaihe aineiston redusoinnin jälkeen on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Klusteroinnin tarkoituksena on käydä aineiston alkuperäisilmaukset tarkasti läpi etsien samalla aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet kootaan ryhmäksi ja nimetään ryhmän sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Sama ryhmittely tehdään myös eroavaisuuksille. Luokitteluvaiheessa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 110.) Etsimme aineistosta yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä kokosimme niitä ryhmiksi. Seuraava taulukko (taulukko 1) havainnollistaa, miten tutkimusmateriaalin pelkistäminen tapahtui.

TAULUKKO 1. Aineiston pelkistäminen

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
Panadol 1g po klo 17.15.	Saanut lääkettä
Kipuun viety Oxynorm 5mg p.o ja kylmäpakkkaus nivuselle klo 20.40. Kehotettu pyytämään kipulääkettä yöllä tarpeen mukaan.	Saanut lääkettä ja kylmäpakkauksen kipuun
Kyljen haava kipeämpi ja lievää vuotoa taitoksiin	Kipua enemmän
Kivut osastolle tullessa hallinnassa	Kipu hallinnassa
Kipuja ei ole valittanut, ei myöskään kivuliaan oloinen	Ei kipua
Hieman alkavaa kipua leikkausalueella. Saa Oxycontin 15mg po klo 22	Alkavaa kipua, Oxycontin
Kipuun viety Oxynorm 5mg po ja kylmäpakkkaus nivuselle klo 20.40. Kehoitettu pyytämään kipulääkettä yöllä tarpeen mukaan.	Oxynorm ja kylmäpakkkaus kipuun

Kolmantena vaiheena aineistonlähtöisessä sisällönanalyysissä on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tässä vaiheessa erotellaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, valikoitujen tietojen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Klusteroinnin katsotaan olevan osa abstrahointia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 111.) Analyysin kolmas vaihe eli abstrahointi näkyi työssämme aiemmin pelkistettyjen käsitteiden yhdistämisenä suurempiin luokkiin. Seuraavan taulukon (taulukko 2) tarkoituksena on havainnollistaa, miten yhdistelimme alaluokkien alla olevat käsitteet suurempiin yläluokkiin sekä kuinka yläluokista on yhdistetty pääluokkiin.

TAULUKKO 2. Käsitteiden muodostaminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kirjauksessa maininta pelkäästään lääkkeestä	Lääkkeellinen kivunhoito	Kivun hoito
Kirjauksessa maininta lääkkeestä kipuun		
Kivut hallinnassa lääkkein		
Vaihtoehtoinen kivunhoito	Lääkkeetön kivunhoito	Kivun tunteminen
Kipua, ei mainintaa toimenpiteistä	Kipua	
Kirjauksessa maininta ei kipua	Kivuttomuus	
Kipu hallinnassa		

## 5 TULOKSET

### 5.1 Miten kipua on dokumentoitu

Kivunhoitoa oli dokumentoitu yhteensä 80 kertaa. Näistä ainoastaan neljä on sisältänyt arvioinnin kivunhoidon vaikuttavuudesta. Kivunhoidon arvioinnit oli dokumentoitu lääkkeen antaminen-alaluokan alle ja tutkimuksen, toimenpiteen tai näytteenoton jälkeinen tarkkaileminen-alaluokan alle.

Dokumentoinnista kävi ilmi, että kipua ja kivunhoitoa oli kuvailtu potilasasiakirjoihin melko niukasti ja toisinaan myös epätarkasti. Kaikista kirjauksista ei lukijalle selvinnyt missä kipua on ollut ja miten voimakkaasta kivusta on ollut kyse. Osa kirjauksista sisälsi maininnan kivusta, mutta ei merkintää, oliko potilaan kipu johtanut toimenpiteisiin tai oliko kipua huomioitu. Potilasasiakirjojen perusteella VAS-kipujanaa tai muuta apuvälinettä ei ollut käytetty kivun arvioinnissa.

Olemme keränneet joitakin hoitajien potilasasiakirjoihin tekemiä merkintöjä kuvaamaan kivunhoidon dokumentoinnin nykytilaa laadullisesta näkökulmasta. Seuraavassa kohdassa on esimerkkejä dokumentoinnin alkuperäisilmaisuista havainnollistamaan analyysin tuloksia.

*Hieman kipua kokee ottanut aamukiposta Burana 600mg po klo 5.*

*Vessaan kävellessä valitteli selkäänsä, selkäkipu pahentunut makaamisesta. Leikkauskipuja ei ole.*

*Pientä kipuilun tunnetta kädellä tuntuu. Illalla kivut hallinnassa.*

*Oxynorm 10mg kipuun rtg käynnin jälkeen klo 8,45, On osastolla ainakin lounaan ajan kipuja vielä reilusti mahdollisesti yönkin yli*

*Kyljen haava kipeämpi, lievää vuotoa taitoksiin.*



*Jonkin verran kipua tuntuu vatsalla.*

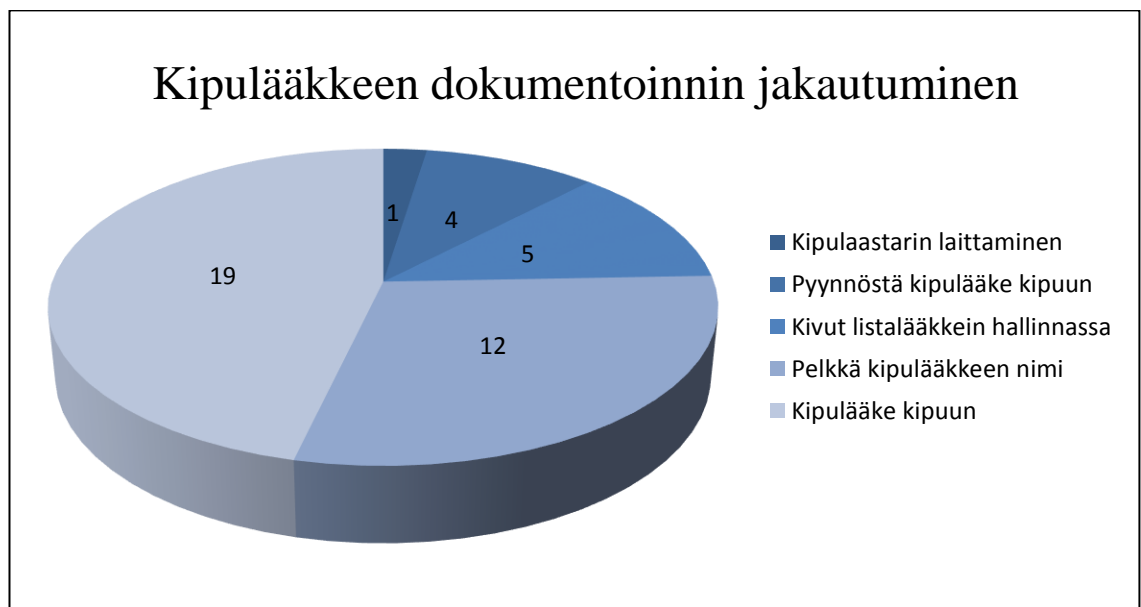
*Oxynorm 10mg kaps, kova ennen kotiinlähtöä klo 13.20*

*Selän kipuja vain valittaa, kertaalleen omaa Norspan laastaria kaivanut laukusta ja pyytänyt hoitajaa se laittamaan, kipulääkitty po ja aamusta Norspan laastarin jatkon tarkistus.*

*Sai päänskipuun Panadol 1g po.*

*Kohtuu hyväksi vointinsa kokee, kipua kuitenkin alkamassa, saa kipulääkettä yötä vasten.*

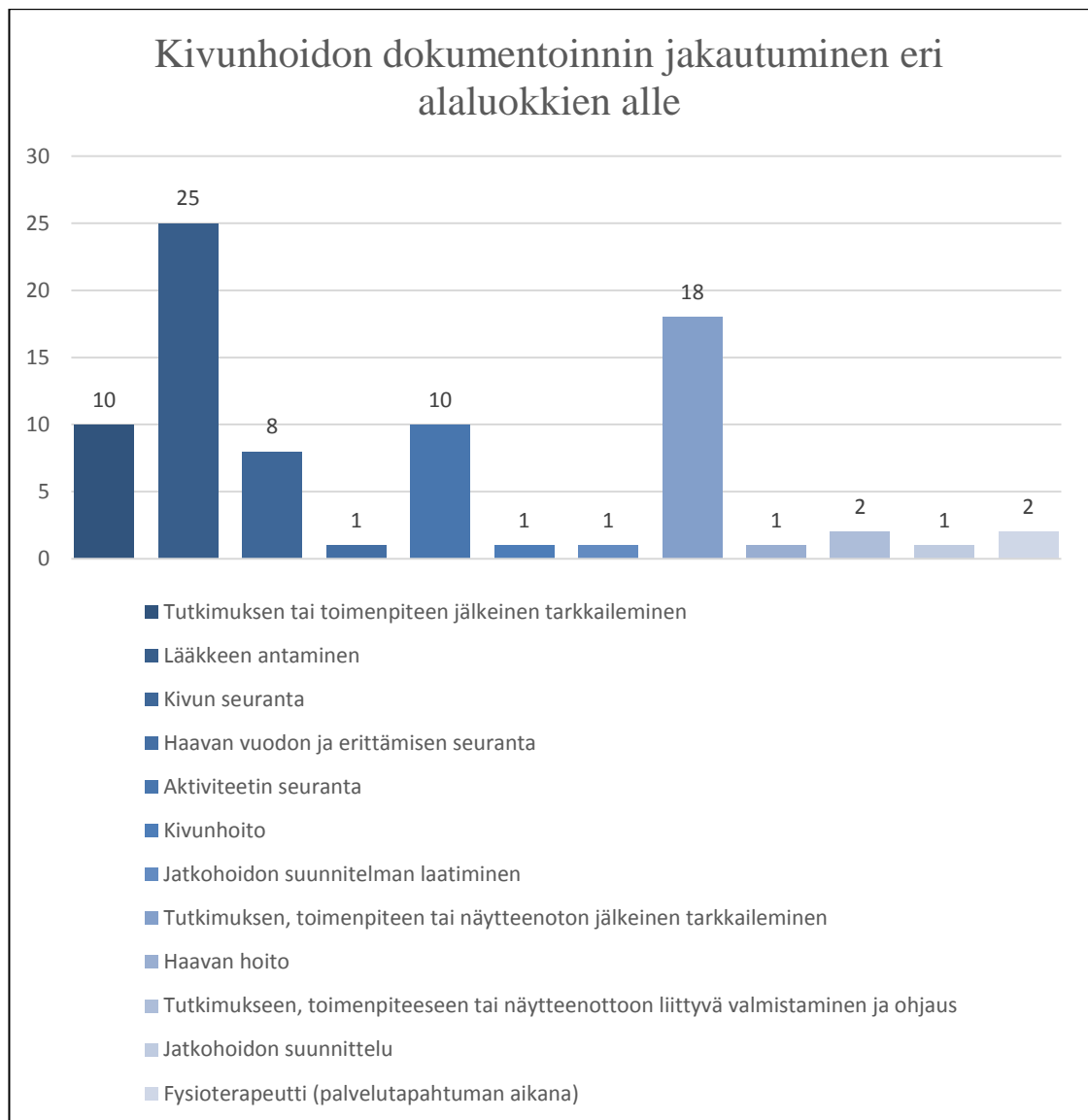
Kipulääkkeen dokumentointi jakautui viiteen erilaiseen kirjaustapaan. Joissain tapauksissa potilas oli pyytänyt saada lääkettä kipuun, kun taas osassa tapauksista lääkelistan mukaiset säännöllisesti annetut kipulääkkeet olivat riittäneet kivunlievitykseen. Seuraavassa kuvaajassa (kuvio 2) on havainnollistettu kipulääkkeen dokumentoinnin jakautumista lukumäärällisesti.



KUVIO 2. Kipulääkkeen dokumentoinnin jakautuminen

### 5.1.1 Kivunhoidon dokumentoinnin jakautuminen rakenteisessa kirjaamisessa

Kivunhoidolle ja lääkkeen antamiselle on rakenteisen kirjaamismallin mukaan niiden dokumentointia varten varatut alaluokat. Kipua tai kivunhoitoa oli kuitenkin dokumentoitu aineiston perusteella yhteensä 12 eri alaluokkien alle. Seuraava kuvaaja (kuvio 3) kuvastaa kivunhoidon dokumentoinnin jakautumista lukumäärällisesti eri alaluokkien alle sähköisessä potilastietojärjestelmässä.



KUVIO 3. Kivunhoidon dokumentoinnin jakautuminen eri alaluokkien alle



### 5.1.3 Kivunhoidon dokumentoinnin potilaslähtöisyys

Tutkimusmateriaalia analysoidessamme saimme seuraavia tuloksia kivun- ja kivunhoidon dokumentoinnin potilaslähtöisyydestä: Yhteensä 13 kivun dokumentointia oli toteutettu potilaslähtöisesti. Näissä tapauksissa oli maininta potilaan pyytämästä kipulääkkeestä tai potilas oli itse kertonut kivusta. Yhdessä kivun dokumentoinnissa oli mainittu sana potilas, kun taas muissa 12 tapauksessa oli maininta potilaan sanomasta ”pyysi”, ”kokee”, ”valitteli” ja ”tunne”. Potilaan kertomus kivuttomuudesta oli kirjattu yhteensä kahdessa tapauksessa.

Muissa potilastapauksissa potilaan oma kuvaus tai kertoma kiputuntemuksestaan jäi näkymättömäksi. Yhdessä kirjauskerrassa potilas ei ollut ottanut kipulääkettä, koska ei kokenut sille tarvetta. Tämän jälkeen kyseinen lääke oli siirretty lääkelistalta tarvittaviin lääkkeisiin. Kahdentoista potilastapauksen kohdalla kirjauksissa oli maininta kipulääkkeen antamisesta. Nämä merkinnät eivät kuitenkaan sisältäneet kuvausta kivusta tai syytä lääkkeen antamiselle.

### 5.1.4 Kivunhoidon dokumentoinnin esiintyminen ajallisesti

14 potilastapauksen kohdalla tulotilanne sisälsi maininnan kivusta tai kipulääkkeen antamisesta. Näissä potilasasiakirjoissa tulotilanne oli kirjattu heti potilaan saavuttua osastolle, eli dokumentointi on ollut heidän kohdallaan ajantasaista.

Yhdessä tapauksessa potilas oli saapunut aamulla leikkaukseen, jonka jälkeen potilas oli siirtynyt vuodeosastolle. Saapumisaika vuodeosastolle jäi kirjauksesta epäselväksi. Kipua oli ensimmäisen kerran dokumentoitu tämän potilastapauksen kohdalla klo 20:30, vaikka kyseinen potilas oli kirjauksen perusteella potilas saanut kipulääkettä kipuun jo klo 17:15. Mainintaa kivun arvioinnista tai siitä, oliko annetusta lääkkeestä ollut apua kipuun ei ollut.

Toisesta vastaavanlaisesta tapauksesta selvisi, että potilas oli siirtynyt vuodeosastolle työvuoron alkupuolella, mutta potilaan tulotilanteesta ei löytynyt mainintaa ja kipua oli havainnointi vasta työvuoron lopussa. Näiden kahden potilaan kohdalla dokumentointi oli

tehty viiveellä ja jälkikäteen. Kivunhoidon dokumentointi on ollut pääosin reaaliaikaista tulotilanteiden dokumentoinnin suhteen muutamaa poikkeavuutta lukuun ottamatta.

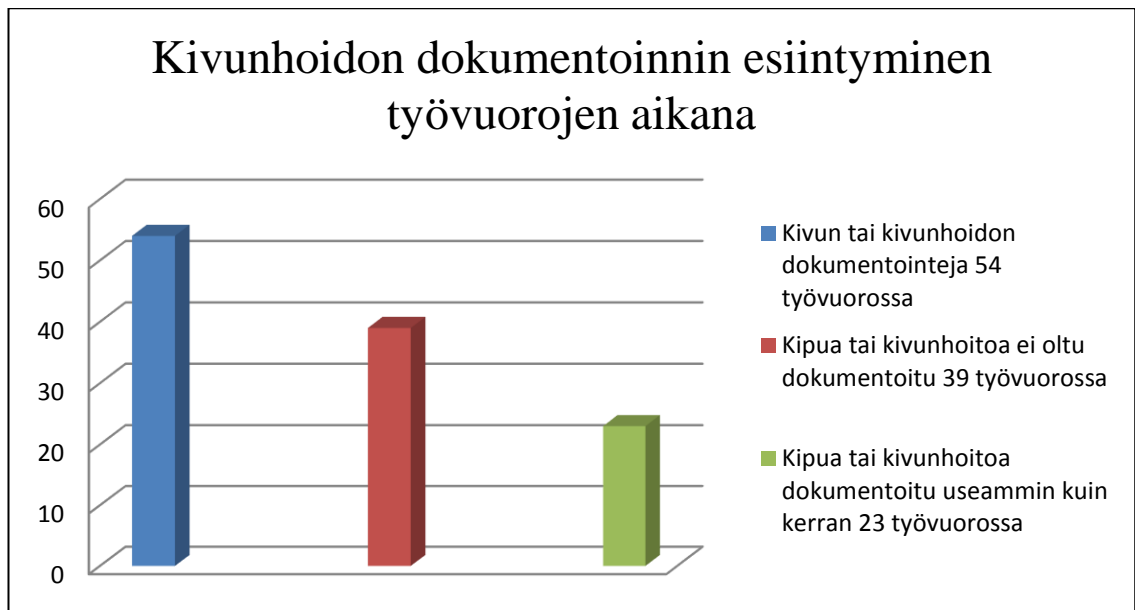
Erään potilaan kohdalla yövuoron hoitaja oli kirjannut koko yön tapahtumat saman otsakkeen alle klo 22:39. Yövuorot kuitenkin kestävät seuraavaan aamuun saakka. Kirjauksesta välittyy lukijalle käsitys, että edeltävänä iltana on valmiiksi kirjattu, mitä tulevan yövuoron aikana tullaan tekemään, mikä hankaloittaa tekstin lukemista ja ajallista tulkin-  
taa.

## **5.2 Kuinka usein kipua on dokumentoitu**

Kivunhoidon dokumentoinnin esiintyvyys potilaiden hoidossa oli vaihtelevaa. Joidenkin potilaiden hoidossa kipua oli arvioitu säännöllisesti ja useamman kerran työvuoron aikana. Viidessä potilastapauksessa kirjauksia kivusta tai kivunhoidosta oli tehty jokaisessa työvuorossa. Muissa potilastapauksissa kirjauksia oli tehty harvemmin. Yhdessä tapauksessa potilas oli ollut vuodeosastolla leikkauksen jälkeisessä hoidossa viisi päivää. Tämän potilaan kohdalla työvuoroja on ollut yhteensä 15, mutta kirjauksia kivusta tai kivunhoidosta oli tehty vain yhden kerran.

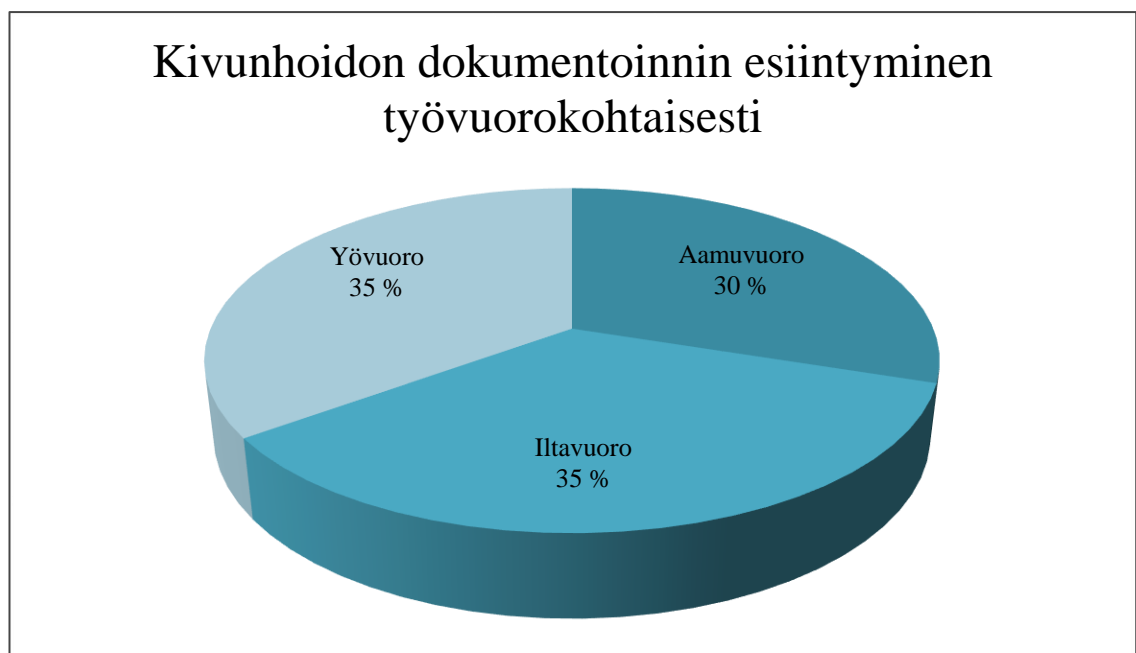
### **5.2.1 Kivunhoidon dokumentoinnin esiintyminen työvuoroissa**

Potilaat olivat osastolla yhteensä 93 työvuoron ajan ja potilasasiakirjat ovat dokumentoitu heidän hoitojaksonsa aikana. Kipua tai kivunhoitoa oli dokumentoitu yhteensä 54 työvuorossa, näistä 23 työvuorossa sitä oli dokumentoitu useammin kuin kerran. Seuraava kuvaaja (kuvio 4) havainnollistaa kivunhoidon dokumentoinnin esiintymistä potilaiden hoidossa kuluneiden työvuorojen aikana.



KUVIO 4. Kivunhoidon dokumentoinnin esiintyminen työvuorojen aikana

Potilaiden hoito kirurgisella vuodeosastolla on työskentelyä kolmessa eri työvuorossa, aamuvuoroissa, iltavuoroissa sekä yövuoroissa. Kirjauksia kivusta tai kivunhoidosta oli potilaiden osastolla olon aikana kaiken kaikkiaan 80 kertaa. Aamuvuoroissa kipua tai kivunhoitoa oli dokumentoitu 24 kertaa, iltavuoroissa 28 kertaa ja yövuoroissa 28 kertaa. Seuraava kuvaaja (kuvio 5) havainnollistaa vuorokohtaisen kivun tai kivunhoidon dokumentoinnin esiintymistä prosentteina.



KUVIO 5. Kivunhoidon dokumentoinnin esiintyminen työvuorokohtaisesti

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekeminen on yhteydessä monella tavalla tutkimuseetiikkaan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Tämä asettaa tutkimukselle lisävaateita. Hyvän tutkimuskäytännön mukaan tutkimuksen tulee olla kurinalaista, järjestelmällistä sekä täsmällistä. Tämän noudattaminen velvoittaa kaikkia tutkimuksen osapuolia samalla tavalla. Tutkimusetiikka kulkee mukana suunnitteluvaiheesta aina tutkimuksen tiedottamisvaiheeseen saakka. (Vilka 2015, 31, 39–41.)

Tutkimusetiikka velvoittaa myös ratkaisemaan aineiston säilyttämistä koskevat kysymykset. Tutkittavan aineiston anonymiteetti on varmistettava, ettei aineisto joudu väärin käsiin missään tutkimuksen vaiheessa eikä sen jälkeen. Myös tutkimuksen avoimuus on voitava varmistaa. (Vilka 2015, 47–51.) Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa silloin, kun se on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tutkijoilla on tutkimuksen tekemiseen kirjallinen lupa, työ on toteutettu huolellisesti ja sen tulokset esitetty rehellisesti. Työssä tulee lisäksi kunnioittaa toisten tutkijoiden tekemiä tutkimuksia viittaamalla niihin asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimuksessamme eettisyys on huomioitu siten, että potilasasiakirjoista on etukäteen poistettu kaikki henkilöihin viittaavat tiedot ennen materiaalin luovuttamista tutkimuskäyttöön. Valmis aineisto ei ole sisältänyt henkilötietoja, nimiä, ikää, sukupuolta tai tehtyä toimenpidettä. Toisin sanoen tiedossamme on ollut ainoastaan hoitajien potilasasiakirjoihin tekemät merkinnät. Potilaita on ollut mahdoton tunnistaa valmiista aineistosta. Näin ollen olemme voineet varmistua, ettei tutkimuksestamme ole aiheutunut haittaa potilaille. Käytetyn tutkimusaineiston luovutimme tutkimuksen valmistuttua työelämäyhteytenä toimineeseen työyksikköön hävitettäväksi.

Tutkimukselle haimme virallista tutkimuslupaa. Luvan tutkimuksen tekemiseen meille myönsi kyseisen organisaation hallintoylihoitaja 2.6.2016. Tulokset olemme tuoneet

esille avoimesti ja rehellisesti. Tekstissä olemme kunnioittaneet käytettyjen lähteiden alkuperäistä tekijää merkitsemällä tekstiviitteet sekä lähteet niin, että niiden alkuperäiset tekijät voidaan helposti selvittää.

Kivunhoidon dokumentoinnin kannalta mielestämme aineiston rajauksessa oleellisia asioita eivät olleet potilaiden ikä, sukupuoli, uskonto, potilaskohtaiset tekijät, kulttuurilliset tekijät tai suoritettu leikkaus. Kajoava toimenpide aiheuttaa aina enemmän tai vähemmän kipua ja kärsimystä potilaalle. Kipua ja kärsimystä on kuitenkin hoidettava jokaisen potilaan kohdalla riippumatta potilaan taustoista, tästä syystä potilaskohtaisia tekijöitä ei tutkimuksessa erikseen huomioitu ja koimme, että niillä ei ollut tulosten kannalta merkitystä.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusten tarkoituksena on, että niistä saadut tulokset eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Aikaisemmin tehdyillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla tutkittavaan aiheeseen liittyen ei pitäisi olla tekemistä analyysin toteuttamisen tai siitä saatujen tulosten kannalta. Tutkimusten tulosten tulee olla niiden aineistoon perustuvia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 95.) Tutkijoiden tulee osoittaa tehdyllä tutkimuksella käytettyjen menetelmien, tiedonhankinnan ja tulosten johdonmukaista hallintaa. Tutkimuksen tehtävänä on tuottaa uutta tietoa tai esittää, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää tai yhdistellä uusilla tavoilla. Rehellinen sekä vilpitön toiminta on myös hyvän tieteellisen käytännön kannalta oleellista, tulokset tulee esittää niiden oikeassa valossa. (Vilka 2015, 42.)

Aineiston analyysissä pyrimme järjestelmällisyyteen sekä täsmällisyyteen. Järjestelmällisyys helpottaa tutkimuksen lukijaa ymmärtämään saatuja tuloksia paremmin ja näin ollen lisää luotettavuutta, kun tulokset ovat selkeästi ilmaistuja. Tutkimuksen tulokset ovat esitetty niiden oikeassa valossa ja alkuperäistä aineistoa kunnioittaen. Tutkimuksen tuloksiin on vaikuttanut ainoastaan hoitajien potilasasiakirjoihin tekemät merkinnät, materiaalista ei ole selvinnyt dokumentoinnin suorittaneiden henkilöiden tietoja, joten tutkimuksen tulokset ovat puolueettomia. Nämä tekijät lisäävät työmme eettisyyttä ja luotettavuutta. Luotettavuutta lisäsi myös erikielisten lähteiden vertaileminen keskenään, useissa eri lähteissä tieto oli toisiaan vastaavaa tai täydentävää. Opinnäytetyöstä aiheutuneet kulut ovat olleet tekijöiden vastuulla.



### 6.3 Tulosten tarkastelua

Työelämän tutkimustarpeita säätelevät tutkittavan kohteen käytännönläheisyys, työelämälähtöisyys sekä aiheen ajankohtaisuus. Tutkimuksen mielenkiinnon kohteina ovat työelämän käytännöt ja alueet, jotka parhaillaan kaipaavat kehittämistä, muuttamista, tiedon ylläpitämistä tai jopa kokonaan uusien käytäntöjen luomista. Keskeisintä tutkimuksessa on kehittäminen ja tutkimuksellisen tiedon tuottaminen. (Vilka 2015, 18–19.) Työelämäyhteytemme toiveena oli saada ajankohtaista ja tutkittua tietoa kivunhoidon dokumentoinnin nykytilasta. Opiskelijoina otimme haasteen vastaan mielellämme ja koimme aiheetta kohtaan innostusta. Mielestämme kivunhoito ja dokumentointi ovat molemmat erittäin tärkeitä sekä ajankohtaisia asioita, joilla on vaikutusta potilaan hoidon turvallisuuteen, laatuun, sekä jatkuvuuteen.

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa saimme kirjallisena osastolla käytössä olleen Käypähoito-suositukseen perustuvan työohjeen kivunhoidosta. Ohjeen mukaan kipua tulee arvioida säännöllisesti ja vähintään kerran jokaisen työvuoron aikana. Ohjeessa suositellaan myös kipumittarin käyttämistä kivun voimakkuuden arvioinnissa ja tulos tästä tulisi kirjata potilastietojärjestelmän mittaukset-osioon. Dokumentoinnista tulisi selvittää kivun luonne, sijainti, esiintymisaika sekä lääkitys täsmällisesti. Merkinnöistä tulee lisäksi selvittää, minkälaisiin toimenpiteisiin kivun arviointi on johtanut ja mitä päätöksiä kivunhoitoon liittyen on tehty.

Tämän ohjeen noudattaminen kirurgisella vuodeosastolla ei ollut toteutunut kaikkien potilastapausten kohdalla tai se oli toteutunut osittain. Kivunhoidon ohjeistusta emme sisällyttäneet työn liitteeksi sen sisältämien henkilötietojen vuoksi. Mielestämme nimien julkaiseminen ei ole eettisesti oikein. Keskustelimme asiasta myös kirurgisen vuodeosaston osastonhoitajan kanssa ja yhteinen päätöksemme oli jättää ohjeistus pois työstä.

Kivunhoidon dokumentointia oli toteutettu joissain kohdissa hoitajalähtöisesti ja tehtäväkeskeisesti. Havaitsimme myös joitain epätarkkoja ilmaisuja, kuten esimerkiksi kipua hieman, kipu pahenemassa tai jonkin verran kipuja. Tällaisista kirjauksista ei selviä tarkasti potilaan kivun voimakkuus. Dokumentointi kivunhoidon kohdalla oli luonteeltaan

paikoittain melko vähäsanaista ja joissain kohdissa hoitaja oli esimerkiksi kirjannut potilasasiakirjaan ”kivut hallinnassa”. Tämänkaltainen merkintä jättää lukijalle epäselväksi ovatko kivut hallinnassa hoitajan vai potilaan mielestä.

Osa lääkehoidon kirjauksista sisälsi maininnan kipulääkkeen nimestä ja sen pitoisuudesta. Pelkästään kipulääkkeen nimi ja vahvuus jättävät epäselväksi, miksi kipulääke on annettu, missä kipuja on ja miten voimakkaasta kivusta on ollut kyse. Osassa lääkehoidon kirjauksista oli puolestaan maininta annetusta lääkkeestä, syy lääkkeenantamiselle sekä selitys minkä alueen kipuun lääke oli annettu. Tällaiset merkinnät ovat jo paljon kattavampia ja antavat lukijalle enemmän tärkeää tietoa potilaan voinnista. Osassa kirjauksista löytyi tarkka maininta missä kipua on ilmennyt ja toisinaan myös maininta leikkausalueen kivusta. Kirjauksia kivun kehittymiseen liittyen ei löytynyt.

Kivunhoidon dokumentointia oli toteutettu yhteensä 12 eri alaluokan alle. Tämä hankaloihtaa potilasasiakirjojen lukijaa havainnoimaan kivunhoidon toteutusta. Kipulääkkeen antaminen voi jäädä toiselta hoitajalta huomaamatta, mikä puolestaan voi johtaa esimerkiksi lääkkeen virheelliseen annosteluun.

VAS-asteikkoa tai muutakaan kivun mittauksen apuvälinettä ei ollut käytetty kivunhoidossa tai ainakaan tämä ei välittynyt potilasasiakirjoista tutkijoille. Syynä tähän voi olla, että potilastietojärjestelmässä on oma osio kivun voimakkuuden mittaamiselle, joka ei näkynyt tutkimusmateriaalissa. Toinen syy voi olla, että VAS-asteikkoa on käytetty, mutta tulos tästä on jäänyt kirjaamatta. Löysimme myös vastaavanlaisia tuloksia muista tutkimuksista, joissa kipumittarin käyttäminen on ollut vähäistä tai sitä ei ole käytetty mahdollisesti lainkaan (Jänis 2009, 35; Grommi 2015, 30) Pätäri (2014, 25–26) tutkimuksessa kivun mittaaminen käyttäen erilaisia kipumittareita on ollut puolestaan varsin yleistä potilaiden hoidossa. Kivun mittaaminen olisi tärkeää potilaan laadukkaan hoidon kannalta. Säännöllisen kivun mittaamisen avulla voidaan arvioida hoidon tarvetta, hoidon vaikuttavuutta, hoidon tuloksia ja tarpeellisuutta. Sen avulla voidaan myös pienentää riskiä kivun aliarvioimiselle.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että kirjausta kivusta tai kivunhoidosta ei ollut suoritettu joka työvuorossa. Tämä voi johtua siitä, että potilaan vointi on ollut niin hyvä, ettei kipuun tai kivunhoitoon ole tarvinnut puuttua ja tämän vuoksi ei myöskään kirjausta tähän

liittyen ole löytynyt. Kivuttomuuden dokumentointi olisi tärkeää myös esimerkiksi lääkeytyksen jatkamisen tai lopettamisen kannalta. Dokumentointi toimii myös sairaanhoitajan oikeusturvana. (Kankkunen 2011, 24.) Tästä syystä olisi tärkeää, että kirjaukset olisivat tarkkoja sekä ajantasaisia, jos potilaan tietoja on syytä tarkastella jälkikäteen.

Kirurgisen vuodeosaston potilaista valtaosa on saanut suun kautta annettavaa kipulääkitystä, tätä oli tehostettu myös lääkkeettömällä kivunhoidon menetelmillä sekä asentohoidon avulla. Saatu tulos kuvastaa tuloksia, joita on saatu myös muistakin tutkimuksista. (Jänis 2009, 40; Pätäri 2014, 32–33.) Aineistosta ilmeni, että jotkut hoitajista olivat antaneet potilailleen ohjausta kivunhoitoon liittyen. Potilasasiakirjoista ei selvinnyt tarkemmin, miten hoitajat olivat keskustelleet potilaiden kanssa heidän tilanteestaan.

Pohdimme voiko potilas kotiutua turvallisesti saatuaan Oxynorm 10 mg kapselin ennen kotiutumistaan. Toisen opinnäytetyön tekijän kokemuksen perusteella potilaita kotiutetaan harvoin ennen opioidilääkityksen purkamista. Tämän perusteena on kipujen voimakkuus sekä opioidipohjaisten lääkkeiden mahdollinen altistaminen tapaturmille. Myös lähteisiin perustuneen materiaalin mukaan hoitamaton kipu on tavallisin syy sairaalakontakteille (Mattila 2010, 10; Merivirta 2014, 23). Toisen opinnäytetyön tekijän kokemuksen mukaan tämä on paikoin tavallinen käytäntö. Tiedossamme ei kuitenkaan ollut, oliko potilaalla tämä lääke käytössä säännöllisesti esimerkiksi jonkun perussairauden aiheuttaman kivun vuoksi vai oliko potilaan kipu edelleen leikkauksesta aiheutunutta kipua. Myös käytännöt eri organisaatioiden välillä voivat vaihdella kivunhoidon ja kipulääkityksen suhteen.

Aineiston analyysissä haastavinta oli alkuperäisilmaisujen pelkistämisvaihe, sillä valmiissa aineistossa olevat alkuperäisilmaukset olivat jo luonteeltaan melko pelkistettyjä ja yksinkertaisessa muodossa. Aineiston kulku ja eteneminen olivat osassa materiaalia hieinan epäloogista ja vaikeaselkoista, mikä osaltaan hankaloitti tulosten tulkintaa. Osa kirjauksista ei kulkenut selkeässä aikajärjestyksessä, mikä paikoitellen hankaloitti vuoro-kohtaisten dokumentointien määrän selvitystä. Tutkimuksen tekeminen on edistänyt tekijöiden ammatillista kasvua ja kehitystä sekä opettanut tutkimuksen tekemisen perusteet.

## 6.4 Kehittämismahdollisuudet

Hoitotyön kriittisellä tarkastelulla ja tutkimuksella on vaikutusta hoitotyön laatuun ja potilastyytyväisyyteen sekä hoidon turvallisuuteen. Kriittisen tarkastelun ja tutkimuksen avulla on mahdollista kehittää ja uudistaa hoitotyön käytäntöjä hoitotyön laadun turvaamiseksi. Kivunhoidon dokumentoinnin kehittämiseksi kirurgiselle vuodeosastolle esitämme säännöllistä ja potilaskohtaisempaa kivunmittausta sekä kivunhoidon vaikuttavuuden arviointia käyttäen apuvälineenä esimerkiksi VAS-janaa tai muuta vastaavaa kivunmittausvälinettä. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa saimme kirjallisena osaston oman Käypähoitosuosituksen perustuvan työohjeen kivunhoidon dokumentoinnista. Pohdimme, voisiko osastolla käytössä olevaa ohjetta uudistaa ja kehittää potilaslähtöisempään suuntaan. Toisena kehittämisehdotuksena on rakenteisen kirjaamisen yhdenmu-kaistaminen.

Hoitotyön tulevaisuuden tavoitteena on voimakkaalle leikkauksenjälkeiselle kivulle ja kivun kroonistumiselle alttiiden potilaiden systemaattinen tunnistus jo ennen leikkausta sekä yksilöllisen, tutkimusnäyttöön perustuvan ja potilaskohtaisen kivunhoidon suunnitelman laatiminen riskiryhmiin kuuluville potilaille. (Kontinen & Hamunen 2015.) Tähän perustuen, ehdotamme, että voimakkaalle tai krooniselle kivulle erityisen alttiit potilaat huomioitaisiin erityisesti jo leikkausta edeltävällä käynnillä. Kipua sekä sen kroonistumista voitaisiin ehkäistä, kun näille altistavat riskitekijät olisivat jo etukäteen tiedossa.

## 6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän työn tekijöinä toivomme, että tekemällemme tutkimukselle tulisi jatkoa, jotta työelämäyhteytemme saisi projektista parhaimman mahdollisen hyödyn irti. Tutkimuksen tuloksiin perustuen ehdottaisimme toiminnallisen opinnäytetyön tekijöille tehtäväksi suunnitella ja toteuttaa työyksikköön nykyisen kivunmittauksen ohjeen tilalle uuden ohjeen, joka perustuisi potilaslähtöisempään kivunhoidon mittaamiseen, arviointiin sekä dokumentointiin. Ohje voisi olla esimerkiksi laminoitu ja sisältää myös henkilökunnan koulutusta kivunhoitoon sekä sen dokumentointiin. Hoitajia tulisi motivoida laadukkaan ja turvallisen hoitotyön edistämiseen ja näin ollen tutkittuun tietoon perustetut koulutukset voisivat olla toimiva ratkaisu.

Toisena jatkotutkimusehdotuksena toiminnallisen opinnäytetyön tekijöille olisi suunnitella ja toteuttaa voimakkaalle tai krooniselle leikkauksenjälkeiselle kivulle alttiiden potilaiden tunnistamiseen käytetty kivun riskitekijöiden kartoittamisen ohje tai opas. Tämä olisi laminoitu ohje, joka olisi käytössä potilaiden leikkausta edeltävällä käynnillä. Sen avulla riskitekijät voimakkaalle tai krooniselle kivulle pystyttäisiin kartoittamaan ja näihin tekijöihin osattaisiin tämän myötä varautua jo ennen leikkausta ja kivunhoitoon voitaisiin puuttua entistäkin paremmin riskiryhmässä olevilla potilailla. Tämä ei tarkoita kivunhoidon laiminlyömistä muilla potilailla vaan erityisen huomion kiinnittämistä tiettyjen potilasryhmien kohdalla.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma-Pro Oy.

Asantila-Jarva, R. 2007. Keisarileikkauspotilaan kivunhoito. Finnanest. 40/2007. Luettu 27.1.2017. [http://www.finnanest.fi/files/sektiokipu\\_asantila.pdf](http://www.finnanest.fi/files/sektiokipu_asantila.pdf)

Augustini, S., Axelsson, B., Bergman, B., Campbell-Chiru, T., Eckerdal, G., Edenbrandt, C-M., Furst, C-J & Gärdenfors, A. 2010. Smärtlindring i livets slutskede – Ny recommendation. Information från läkemedelsverket. 6: 2010. [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation\\_sm%C3%A4rtlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation_sm%C3%A4rtlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf)

Axelin, A. & Niela, H. 2011. Hoitokulttuurin vaikutus akuutin kivun hoitoon. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Kipuviesti 2/2011. 45. Luettu 5.3.2017. [http://www.skty.org/system/files/files/2-2011%203\\_versio.pdf](http://www.skty.org/system/files/files/2-2011%203_versio.pdf)

Brodda-Jansen, G., Lundblad, H., Rolfson, O., Brisby, H. & Rydevik, B. 2014. Riskfaktorer för kvarstående smärta efter ortopedisk kirurgi. Läkartidningen. Luettu 15.11.2016. <http://www.lakartidningen.se/Editorial-Files/LW/%5bCSLW%5d/CSLW.pdf>

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6., painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. Sic! 4/2015. Lääketietoa Fimeasta. Luettu 27.1.2017. [http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa)

Grommi, S. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alarajaohitetuilla potilailla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hallila, L., Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila, L. (toim) Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro OY.

Heikkilä. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Luettu 22.1.2017. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4-6 painos. WSOY.

Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy.

Jänis, P. 2009. Puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen kivun arviointi ja hoito. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Duodecim. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Kananen, J., 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulujen julkaisuja 143.

Kankkunen, P. 2011. Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuutta. Sairaanhoidtaja 9/2011.

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – Potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Duodecim 2006; 122:1412–3. Luettu 17.2.2017.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95807.pdf>

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen vamistautuminen – lisätietoa potilaalle. Terveyskirjasto. Duodecim. Luettu 10.8.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00089](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089)

Kontinen, V., Jokela, R., Ravaska, P., Rautakorpi, P. & Hamunen, K. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta. 45 (2), 119. Luettu 5.2.2017. Finnanest. [https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus\\_leikkauksenjalkeisen\\_kirjaamisesta.pdf](https://www.say.fi/application/files/8214/5484/2107/Suositus_leikkauksenjalkeisen_kirjaamisesta.pdf)

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 20/2015.1921-1927. Luettu 20.20.2017. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12492.pdf>

Kouhia, S. 2016. Complication and cost analysis of inguinal hernia surgery - Comparison of open and laparoscopic techniques. Kuopion Yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Kurki, T. & Hynynen, M. 2014. ASA-luokitus kuolleisuuden ja komplikaatioiden ennustamisessa (ei sydänkirurgia) Julkaistu 25.5.2014. Luettu 15.3. 2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak05991>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Käypähoito-suositus. Kipu. Duodecim. Julkaistu 04.12.2015. Luettu 22.4.2016.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Lahtinen, P. 2012. Pain after coronary artery bypass grafting surgery - Clinical studies of acute and persistent postoperative pain. Kuopion Yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Laisi, J. 2012. From home to operation (FHTO) - a preoperative process. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Laitinen, H. 2014. The Significance of Proximity and Timeliness for Patient -focused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Mattila, K. 2010. Day surgery in Finland. Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Helsingin yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Metsämuuronen, J. 2008. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4., painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Merivirta, R. 2014. Anaesthesia and pain management for use in orthopaedic day surgery. Turun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Norrzell, H. 2016. Smärta, analysis. Päivitetty 30.11.2016. Luettu 20.1.2017.  
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=173>

Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Raportti. 15. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luettu 23.4.2016.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1)

Pakarinen, M. 2016. Psychological factors in postoperative recovery from lumbar spinal stenosis surgery - A long term follow up. Kuopion Yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Pesonen, A. 2011. Pain measurement and management in elderly patients - Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. Helsingin Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen Väitöskirja

Puolakka, P. 2011. Some challenges of postoperative pain treatment. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen Väitöskirja.

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

Salanterä, S. & Danielsson-Ojala, R. 2011. Akuutti haavakipu. Kipuviesti 1/2011. 30. Luettu 20.9. 2016. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry.  
<http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%201-2011.pdf>

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisuja 2014-. Luettu 15.8.2016.  
[http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf).



Salo, S. 2011. Akuutin kipupotilaan kokonaisvaltainen hoito - Potilaan yksilöllisyyden kohtaamista. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Kipuviesti 2/2011. 41–42. Luettu 25.1.2017. [http://www.skty.org/system/files/files/2-2011%203\\_versio.pdf](http://www.skty.org/system/files/files/2-2011%203_versio.pdf)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8., uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Luettu 8.3.2017.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. PS-kustannus. Bookwell Oy, Juva.

Westerling, D. 2016. Smärta, långvarig - hos äldre. Päivitetty 21.4.2016. Luettu 15.1.2017. <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3533>

# LIITTEET

Liite 1. Erilaisia kipumittareita

