



# Gynekologisen leikkauspotilaan kivun arviointi ja kirjaaminen



Lehtonen, Päivi

Mäkelä, Satu

2009 Tikkurila

**Laurea-ammattikorkeakoulu**  
Tikkurila

**Gynekologisen leikkauspotilaan kivun arviointi ja kirjaaminen**  
**Systemaattinen kirjallisuuskatsaus**

Lehtonen Päivi  
Mäkelä Satu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2009

## Laurea-ammattikorkeakoulu Tiivistelmä

Laurea Tikkurila  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Perioperatiivinen hoitotyö

Lehtonen Päivi ja Mäkelä Satu

### Gynekologisen leikkauspotilaan kivun arviointi ja kirjaaminen

Vuosi 2009 Sivumäärä 35 + 20

---

Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naistentautien- ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishanketta 2007–2012. Opinnäytetyö kuuluu Gynekologisen potilaan hoitotyön kehittämishankkeeseen ja siinä Gynekologisen potilaan hoitotyön turvallisuus-projektiin. Tavoitteena oli tehdä Naistenklinikalle ja Kätilöopiston sairaalalle systemaattinen kirjallisuuskatsaus gynekologisen leikkauspotilaan kivun arvioinnista ja kirjaamisesta.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tehtiin syksyn 2008 aikana Turun hoitotieteen laitoksen Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen -mallin mukaisesti. Haku tehtiin Lauruksesta, Artikkeliviitetietokanta Aleksista, Medicistä ja Ovid-Full text tietokannoista. Hakusanat määritettiin yksityiskohtaisten tavoitteiden mukaisesti Mesh/FinMesh asiasanaluokituksen avulla. Aineisto analysoitiin käyttämällä Tutkijan taulukkoa, jonka muuttujat valittiin opinnäytetyön yksityiskohtaisten tavoitteiden ja tutkimuskysymysten perusteella.

Opinnäytetyön aikataulu sovittiin aloituskokouksessa, ja prosessi eteni sovittun aikataulun mukaisesti kevääseen 2009. Opinnäytetyön projektiryhmään kuuluvat Naistenklinikalta johtavat ylihoitajat, ylihoitajat, osastonhoitajat tai -edustajat osastoilta 11, 30, gynekologian poliklinikalta ja anestesia- ja leikkausosastolta. Kätilöopiston sairaalasta projektiryhmän jäsenet ovat Gynekologian poliklinikan ja osasto kahdeksan edustajat. Projektiryhmän kanssa oltiin koko projektin ajan yhteydessä sähköpostitse ja opinnäytetyön sisältöä kehitettiin projektikokouksissa esitettyjen kehittämissuhteiden perusteella.

Opinnäytetyössä on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla koottu kivun hoitotyötä, kivun arviointia ja kirjaamista koskevaa tietoa laajaan kotimaiseen ja kansainväliseen tutkimusnäyttöön perustuen. Kivun esiintymistä kuvataan opinnäytetyössä psyykkisestä ja fyysisestä näkökulmasta. Kipu voidaan luokitella akuuttiin ja kroonisen kipuun. Akuutin kivun lisäksi myös krooninen kipu liittyy gynekologisiin leikkaustoimenpiteisiin, sillä useissa gynekologisissa sairauksissa esiintyy pitkäkestoista kipua.

Kivun hoitotyön perusta on kivun arviointi ja kirjaaminen, jotka luovat pohjan hoitotyön auttamismenetelmien käytölle. Hoitotyössä kirjataan herkästi lääkkeellisten auttamismenetelmien käyttö, vaikka usein käytetään myös lääkkeettömiä auttamismenetelmiä. Kivun arviointiin on kehitelty useita systemaattisia mittareita, joita tulisi käyttää arvioinnin tukena. Mittari voidaan valita sen sopivuuden mukaan, sillä erilaisiin kiputiloihin soveltuvat erilaiset mittarit. Opinnäytetyössä esitellään myös systemaattisen kivun kirjaamisen rakenteet uuden FinCC – luokituksen mukaisesti.

Jatkotutkimusaiheet, jotka työstä nousivat, ovat kivun hoidon tutkimus erityisryhmillä, fyysisen ja psykologisen kivun hoito, kivun hoidon ohjaus, potilaskyselynä tehtävä kivun arvioinnin mittaaminen, sekä hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden mittaaminen. Kivun hoitotyön kirjaamista voidaan myös mitata projektiorganisaatioissa retrospektiivisenä tutkimuksena potilasasiakirjoista, jolloin projektiorganisaatio saa konkreettista tietoa kirjaamisen kehittämistarpeista.

Asiasanat Gynekologinen leikkauspotilas, kipu, kivun hoitotyö, kivun arviointi, kivun kirjaaminen

## Laurea University of Applied Sciences Abstract

Tikkurila unit

Degree programme of nursing

Perioperative nursing

Lehtonen Päivi and Mäkelä Satu

### Pain evaluation and documentation

Year 2009 Pages 35 + 20

---

The bachelor's thesis is a part of Laurea University of Applied Sciences and the Helsinki University Hospitals obstetrics and gynaecology departments quality improvement project 2007—2012. The thesis is a part of quality improvement project concerning the gynaecological patient and furthermore is a part of a project related to the safety of the gynaecological patients. The purpose of the thesis was to make a systematic literature review about the gynaecological operative patients' pain evaluation and recording for the Kätilöopisto Maternity Hospital and for the Department of obstetrics and gynaecology of Helsinki University Hospital.

The systematic literature review was made during the fall 2008 according to the publication *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen* published by the Department of Nursing Science of Turku University. The research was done from Laurus, Aleksi, Medic and Ovid-Full text resources. Furthermore the entry words were defined by detailed objectives by using Mesh/FinMesh. The material was analyzed by using the Researcher's Chart and the variables were chosen according to the objectives and research questions of the thesis.

The timetable for the thesis was decided in the first thesis meeting and it proceeded according to this until the spring 2009. The project group involved in the thesis includes the senior and junior head nurses and the head nurses or representatives from the wards 11, 30, gynaecology department and the surgical and anesthetic department of the Department of obstetrics and gynaecology. Furthermore the representatives of the gynaecological department and ward 8 from the Kätilöopisto maternity hospital were involved in the project group. The communication with the project group was done by emails throughout the whole thesis process and the content of the thesis was improved according to the improvement ideas acquired from the project meetings.

The thesis includes information about nursing of pain, pain evaluation and recording which has been gathered through systematic literature review based on information obtained from wide national and international research. The existence of pain is described from the psychological and physical point of view and has been classified as acute and chronic pain. In addition to the acute pain involved in the gynaecological operative procedures the chronic pain is also experienced by some patients as many gynaecological illnesses include chronic pain.

The basis of nursing of pain is the recording and evaluation of the pain which creates a basis of the helping methods used to relieve the pain. Very often only pain relief obtained from the use of medicines is recorded, even though in several occasions pain has been relieved without the help of medicines. There has been several systematic meters developed to help the evaluation process and these should be used. These meters can be chosen by their validity to the different pains experienced by the patients. The thesis also introduces the systematic pain recording methods according to the new FinCC-rating.

Ideas for the future research arising from the thesis are the research of the pain care in different special groups, the care of physical and psychological pain, the guidance of pain care, the evaluation of the pain by patient surveys and the evaluation of the effectiveness of the nursing methods. The recording of the nursing of pain can also be measured in the project organizations as a retrospective analysis from the patient records. This way the organization can obtain concrete information about the development needs of the recording process.

Key words: Gynaecological operative patient, pain, nursing of pain, the pain evaluation and pain recording.

## SISÄLLYS:

1	PROJEKTIN TAUSTA .....	6
2	PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN.....	7
	2.1 Tarkoitus ja tavoitteet.....	7
	2.2 Projektin toteutus .....	8
	2.3 Opinnäytetyöprojektin organisaatio.....	8
3	SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS.....	10
4	GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN .....	13
	4.1 Kivun määritelmä .....	13
	4.2 Kivun hoitotyö .....	15
	4.3 Kivun arviointi .....	19
	4.4 Kivun hoitotyön kirjaaminen.....	22
	4.4.1 Kivun kirjaamisen lähtökohdat.....	22
	4.4.2 Kivun hoitotyön rakenteinen kirjaaminen .....	24
5	PROJEKTIN ARVIOINTI .....	27
	5.1 Projektin tuotoksen arviointi .....	28
	5.2 Oppimisen ja asiantuntijuuteen kasvamisen arviointi.....	29
	5.3 Suositeltavaa luettavaa.....	30
	LÄHTEET: .....	32
	Liite 1 Tutkijan taulukko .....	36

## 1 PROJEKTIN TAUSTA

Opinnäytetyö on osa Laurean ja HUS:n HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanketta. Laurea-ammattikorkeakoulun kehittämässä LbD-opetussuunnitelmassa tarkoitetaan yhteisen oppimisprosessin ja työelämälähtöisen kehittämistoimintaa. Oppiminen tapahtuu tutkimus- ja kehittämishankkeissa työelämän kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyö toimii yhtenä osana ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyötä. Opinnäytetyön on tarkoitus lähteä työelämän kehittämistarpeista, sekä sen tulee kehittää työelämän käytänteitä ja luoda uutta osaamistietoa. (Laurea-ammattikorkeakoulu.)

Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuen hoitotyön laatua, ammatillisia koulutuksia ja kehittämishankkeissa oppimista. Hanke on jaettu kahteen alahankkeeseen, anestesia- ja leikkaushoitotyön kehittäminen, sekä gynekologisen potilaan hoitotyön kehittäminen. Nämä alahankkeet käsittävät useita eri projekteja. (Liljeblad 2007.)

Opinnäytetyö kuuluu Gynekologisen potilaan hoitotyön kehittämishankkeeseen ja siinä Gynekologisen potilaan hoitotyön turvallisuus-projektiin (Liljeblad 2007). Opinnäytetyön aihe on Gynekologisen potilaan kivun arviointi ja kirjaaminen ja sen on tarkoitus kehittää gynekologisen leikkauspotilaan kivun hoitotyötä ja käsitellä suomalaisessa ja eurooppalaisessa tutkimuksessa kuvattua tietoa aiheesta.

Potilailla on eettinen, juridinen ja taloudellinen syy saada hyvää kivun hoitoa, josta ovat vastuussa julkinen valta ja terveydenhuollon ammattihenkilöt (Pahlman & Tohmo 2001). Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa määritellään sairaanhoidajan tehtäväksi kärsimyksen lievittäminen (Sairaanhoidajaliitto 2009). Terveydenhuoltohenkilöstö on vastuussa potilaan eettisten kysymysten toteutumisesta (Pahlman & Tohmo 2001).

Onnistunut kivun hoitotyö edellyttää asianmukaiset organisatoriset puitteet ja tukea kivun hoitotyön tekijöille johdolta (Salanterä & Särkioja 2003). Potilaat usein arvioivat kivun hoidon toteutuneen hyvin (Leino-Kilpi, Leinonen, Lertola & Ståhlberg 2001, Salanterä & Särkioja 2003). Salanterän ja Särkiojan (2003) tutkimuksessa tuli ilmi, että kipupotilaan hoitotyössä nähdään erityisesti puutteita ohjauksessa, omaisten mukaan ottamisessa, potilaiden aktivoimisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Kuuppelomäen (2002) sairaanhoidajille tekemässä tutkimuksessa kivun systemaattinen arviointi osoittautui tärkeimmäksi kivuliaan potilaan hoitotyön kehittämisen kohteeksi.

Kivun hoidon ongelmana on kivun hoitoon liittyvien palvelujen resurssointi ja organisoimattomuus. Kivun hoitoon suunnataan liian vähän voimavaroja, alle 1 % budjetista keskimäärin sairaanhoitoalueelta kohdistuu kivun hoitoon. Kipu aiheuttaa toistuvia käyntejä terveydenhuollossa, koska kipusairaudet ovat Suomessa yleisiä, ja niillä on laaja psykososiaalinen ulottuvuus. (Pahlman & Tohmo 2001.)

Riittävä kivun arvioinnin kirjaaminen edellyttää, että potilasasiakirjoihin tehdään systemaattisesti merkintöjä kivun fysiologisista indikaattoreista käyttäytymisessä ilmenevistä muutoksista (Korhonen & Pölkki 2008). Hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on perustua näyttöön (Hallila 2005). Kirjaamisessa siirrytään hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen, johon on kansallisella tasolla toteutettu hoitotyön systemaattisen kirjaamisen prosessimalli FinCC. Systemaattinen rakenteinen kirjaaminen perustuu hoitotyön päätöksenteon vaiheisiin ja hoitotyön ydintietoihin. (Saranto ja Sonninen 2008.)

## 2 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

### 2.1 Tarkoitus ja tavoitteet

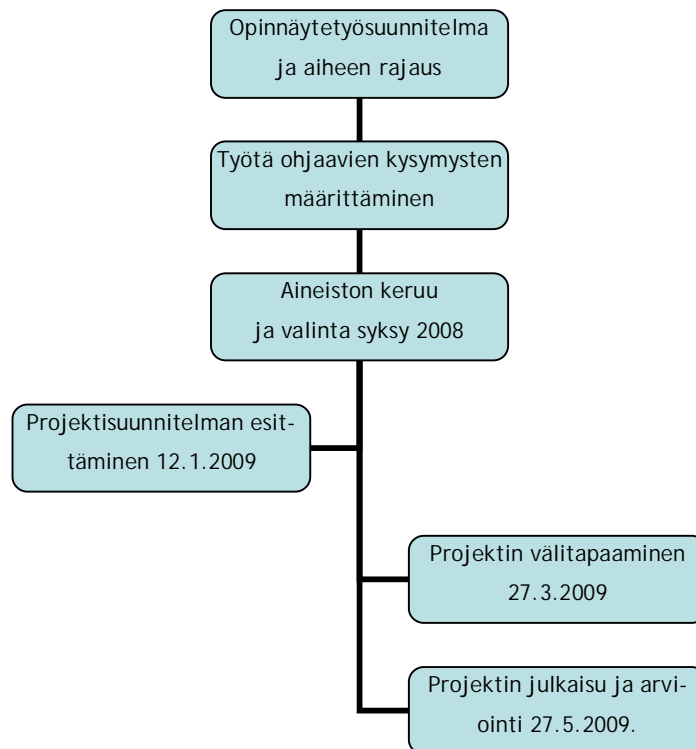
Projektin tarkoituksena on kehittää gynekologisen potilaan hoitotyön laatua ja ammatillista kvalifikaatiota. Opinnäytetyön tarkoitus on hankesuunnitelman mukaisesti kehittää HYKS:n naistentautien alueella kivun hoitotyötä. Yksityiskohtaisiksi tavoitteiksi opinnäytetyölle on luotu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen gynekologisen leikkauspotilaan kivunhoidossa, sekä kirjallisuuskatsauksen avulla mallintaa gynekologisen potilaan eurooppalaisissa ja suomalaisissa hoitotyön ja monitieteellisissä tutkimuksissa kuvattua kivunhoitoa. Opinnäytetyössä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kivun arviointimenetelmiä hoitotyössä käytetään?
2. Mikä on erilaisten arviointimenetelmien vaikuttavuus?
3. Miten kivun arviointi kirjataan?
4. Miten kivun arvioinnin ja auttamismenetelmien vaikuttavuutta kirjataan?

## 2.2 Projektin toteutus

Projektin aloituskokouksessa sovittiin aiheen rajaus, opinnäytetyön tarkoitus, projektiryhmä ja työskentelyn päälinjaukset. Koska kyseessä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, tutkimuslupaa ei tarvinnut hakea. Opinnäytetyöstä tarjotaan artikkelia Sairaanhoidaja-lehteen, jonka kirjoittaminen korvaa opiskelijoiden kypsyysnäytteen.

Projektisuunnitelma esitettiin projektiryhmälle suunnitelmaseminaarissa Naistenklinikalla 12.1.2009. Projektisuunnitelman perusteella varmistettiin projektin eteneminen ja vahvistettiin työskentelylinjaukset. Suunnitelmaseminaarin perusteella sovittiin työskentelyn väliraportoinnista projektiryhmälle. Projektiryhmä tukee opiskelijoita jatkuvasti koko opinnäytetyöprosessin ajan.



Kuva 1. Projektin vaiheiden kuvaus

## 2.3 Opinnäytetyöprojektin organisaatio

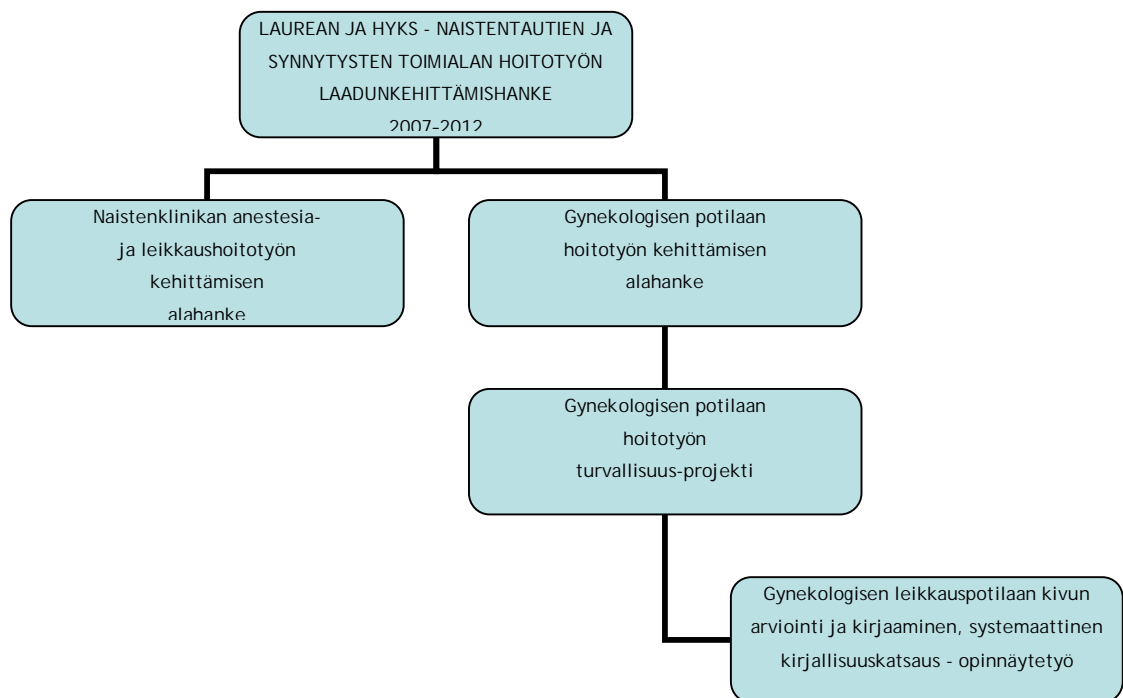
Naistenklinikan ja Kätilöopiston sairaalat kuuluvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) naistentautien ja synnytysten toimialaan. Kätilöopiston sairaalassa hoidetaan synnytysten lisäksi kaikkia naistentauteihin ja synnytyksiin liittyviä sairauksia. Naistenklinikalla hoidetaan ulkopaikkakuntalaisten ja HUS:n piiriin kuuluvien potilaiden vaativia gynekologisia saira-



uksia, vaativaa gynekologista kirurgiaa sekä synnytyksiä. Naistenklinikan erikoisosaamisalueita ovat syöpää sairastavien, gynekologista tähytyskirurgiaa tarvitsevien ja inkontinenssia sairastavien potilaiden hoito, sekä sikiöindikaatiolla tapahtuvien raskaudenkeskeytyspotilaiden, synnyttäjien, keisarinleikkauspotilaiden ja obstetristen sekä rintarauhaskirurgisten potilaiden hoito. (HUS 2009.)

Yhteistyökumppaneina hankkeessa ovat Laurea-ammattikorkeakoulun henkilökunta ja opiskelijat, sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-sairaanhoitoalueen potilaat ja henkilökunta. (Liljeblad 2007). Opinnäytetyön projektiryhmään kuuluvat Naistenlinikalta johtavat ylihoitajat Karolina Haggren ja Briitta Klemetti, ylihoitajat Riitta Kangas ja Arja Kohonen, osastonhoitajat tai -edustajat osastoilta 11, 30, gynekologian poliklinikalta ja anestesia- ja leikkausosastolta. Kätilöopiston sairaalasta projektiryhmän jäsenet ovat Gynekologian poliklinikan ja osasto kahdeksan edustajat.

Laurea-ammattikorkeakoulun osalta projektiryhmään kuuluu koulutusalaajohtaja Iris Wiitakorpi, hankekoordinaattori Teija-Kaisa Liljeblad, ohjaava lehtori Marja Tanskanen, sekä opiskelijat Päivi Lehtonen ja Satu Mäkelä.



Kuva 2. Opinnäytetyön sijoittuminen hankeorganisaatiossa (Liljeblad 2007).

### 3 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö tehdään systemaattisena kirjallisuuskatsauksena projektisuunnitelman mukaisesti. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjana käytetään Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisemaa teosta Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen (Axelin, Johansson, Stolt & Ääri 2007).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota tietoa ja tehdä siitä synteesi mahdollisimman kattavasti (Axelin ym. 2007). Sen tavoitteina on estää aineiston valikoitumisesta aiheutuva harha, antaa kullekin työssä käytettävälle tutkimukselle sen ansaitsema arvo ja hyödyntää olemassa olevia tuloksia tehokkaasti (Metsämuuronen 2006). Jos katsaus tehdään huolimattomasti, tuloksena on epäluotettavaa tietoa, jolla ei ole merkitystä hoitotyön kehittämisen kannalta (Axelin ym. 2007).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus aloitetaan aihepiirin valinnalla, jonka lisäksi mietitään löytyvän kirjallisuuden hyväksymis- ja poissulkemiskriteerit (Metsämuuronen 2006). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus edellyttää tutkimuskysymysten rakentamista, jossa tulee huomioida neljä tekijää: 1.) potilasryhmä tai tutkittava ongelma, 2.) tutkittava interventio tai interventiot, 3.) interventioiden vertailut ja 4.) kliiniset tulokset (Axelin ym. 2007). Tämän jälkeen lähdetään etsimään aihealueeseen soveltuvaa kirjallisuutta, jota etsitään tietokannoista viitehakua käyttämällä, manuaalisesti ja harmaasta kirjallisuudesta. Tiedonhaku edellyttää aina projektin suunnittelua ja kuvausta, sillä kirjallisuuskatsaus tulee voida toistaa kuvauksen perusteella. (Metsämuuronen 2006.)

Löydetty ja valittu aineisto tulee käsitellä huolellisesti, jotta aineistosta löydetään oikea tieto ja tutkimusten laatu tulee esille. Aineistoa analysoitaessa tulee myös huomioida eri tutkimusten tekotavat ja luotettavuus. (Axelin ym. 2007.) Opinnäytetyön osalta aineiston analysoinnissa on sovittu käytettäväksi Tutkijan taulukkoa (Liite 1).

Aineiston keruu on tehty syksyn 2008 aikana suomalaisista ja ulkomaisista Laurea-ammattikorkeakoulun käytössä olevista tietokannoista yksittäis- ja yhdistelmähaulla, sekä käyttäen sanojen katkaisuhakua. Suomenkielistä aineistoa etsittiin Lauruksen, Medicin ja Aleksin kautta. Eurooppalaisia tutkimuksia haettiin Ovid Fulltext tietokannoista. Jonkin verran materiaalia etsittiin myös manuaalisesti tutkimusten lähdekirjallisuutta apuna käyttäen. Aineistosta valittiin ensisijaisesti hoitotieteellisiä alkuperäistutkimuksia. Opinnäytetyön ulkopuolelle jätettiin artikkelit, jotka ovat tietokannoissa maksullisia.

Asiasanat on määritelty opinnäytetyön yksityiskohtaisten tavoitteiden mukaisesti. Niille on haettu synonyymejä ja englanninkielisiä vastineita FinMesh / Mesh asiasanaluokituksen kautta. Hakuja on tehty sanojen katkaisulla, yhdistelmähaulla ja perushaulla. Alun perin hakusanana käytettiin postoperatiivinen kipu/postoperative pain, joka hylättiin, koska sen tulokset toistuivat hakusanalla perioperatiivinen kipu/ perioperative pain.

Ensin aineistoa rajattiin otsikon perusteella, jonka jälkeen valittujen tutkimusten ja artikkeleiden abstraktit lukivat molemmat opiskelijat. Näistä valittiin opinnäytetyöhön soveltuvaa materiaalia sen perusteella, kuvasivatko ne aikuispotilaan kivun arviointia tai hoitotyötä, tai hoitotyön kirjaamista. Myös kivun hoitotyöhön liittyviä artikkeleita hyväksyttiin opinnäytetyön materiaaliin. Kirjaamista koskevista artikkeleista valittiin ensisijaisesti kivun kirjaamiseen liittyviä tutkimuksia, mutta osa käsittelee myös pelkkää hoitotyön kirjaamista tai kuvaavat sen kehitystä.

Seuraavassa taulukossa on esitelty tiedonhaun tulokset hakusanoittain ja tietokannoittain:

	Ovid Full text	Medic	Aleksi	Laurus
Kipu / pain	8059	2433	1120	264
Perioperatiivinen kipu / pain, perioperative	29	1217	0	0
Gynekologinen kipu / gynecological pain	111	454	222	0
Perioperatiivinen hoitotyö / perioperative nursing	306	192	124	2
Kivun mittaaminen / Pain measurement	209	544	1	0
Kivun arvioiminen / Pain evaluation	1915	2341	7	0
Kirjaaminen / Documentation	94	1839	665	131

Kuva 3. Tiedonhaun tulokset hakusanoittain ja tietokannoittain.

Valikoitumisharhaa vähennetään sillä, että alkuperäistutkimusten valinnan tekee vähintään kaksi arvioijaa toisistaan riippumatta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Opinnäytetyössä molemmat opiskelijat lukivat jokaisen tutkimuksen abstraktit ja valitsivat käytettävät alkuperäistutkimukset. Ensisijaisesti opinnäytetyössä käytetään materiaalia, jonka molemmat lukijat valitsivat. Kääriäisen ja Lahtisen (2006) mukaan mahdolliset erimielisyydet tulee ratkaista konsensusena tai kolmannen mielipiteellä. Opinnäytetyössä kysyttiin tiettyjen lähteiden kohdalla ohjaavan opettajan mielipide.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimusten laatu tulee arvioida. Tällä pyritään lisäämään yleistä luotettavuutta, sekä tuottamaan suosituksia uusille jatkotutkimuksille, ohjaamaan tulosten tulkintaa ja määrittämään vaikutusten voimakkuutta. Laadun arviointi aloitetaan luomalla minimivaatimustaso, joka vaaditaan kirjallisuuskatsauksessa käytäviltä alkuperäistutkimuksilta. Laadun arviointi koostuu tutkimusasetelmasta, toteutuksesta, tulosten analysoinnista, sekä tutkimuksen ulkoisista tekijöistä, kuten otoksesta, interventtiosta ja tulosten mittauksesta. (Axelin ym. 2007.)

Tiedonhaun jälkeen valittiin aineistosta opinnäytetyön tavoitteisiin soveltuvaa aineistoa, jota käsiteltiin manuaalisesti ja niistä valittiin ensisijaisesti hoitotieteellisiä artikkeleita. On sovittu, että työssä voidaan käyttää lähdekirjallisuutena alan perusteoksia, sekä maisteritasoisia luotettavia ja uusia Pro Gradu - töitä. Tutkimusten validiteettia arvioitiin analysointivaiheessa. Analysointimenetelmänä käytettiin tutkijan taulukkoa, jonka muuttujat päätettiin opinnäytetyön yksityiskohtaisten tavoitteiden ja tutkimuskysymysten perusteella. (Liite 1).

Tiedonhaun tuloksena oli 39 kivun hoitotyötä, arviointia ja kirjaamista käsittelevää lähdettä. Niistä 22 oli tutkimuksia hoitotieteen ja lääketieteen alalta. Näistä tutkimuksista kaksi oli pro gradu-tasoisia töitä, jotka kriittisesti arvioiden valittiin opinnäytetyössä käytettäväksi. Lääketieteen perusteoksia ja hoitotyön kirjoja oli yhteensä 9.

Kvalitatiivisia menetelmiä oli käytetty 9 tutkimuksessa ja kvantitatiivisia menetelmiä 8 tutkimuksessa. Viidessä tutkimuksessa oli käytetty sekä kvalitatiivisia, että kvantitatiivisia menetelmiä. Lisäksi aineistoon kuului 3 lääketieteellistä ja kaksi hoitotieteellistä artikkelia/katsausta. Näiden artikkeleiden käytettävyyttä ja yleistettävyyttä arvioitiin kriittisesti, mutta valittiin käytettäväksi niiden erityisen sopivuuden vuoksi. Suomalaisia tutkimuksia aineistossa on 12, suomalaisia katsauksia 3 ja eurooppalaisia tutkimuksia 10.

Seuraavassa taulukossa esitetään opinnäytetyöhön valittu aineisto hakusanoittain ja tietokannoittain:

	Ovid Full text	Medic	Aleksi	Laurus
Kipu / pain	3	10	8	4
Perioperatiivinen kipu / pain, perioperative	3	1	0	0
Gynekologinen kipu / gynecological pain	1	0	0	0
Perioperatiivinen hoitotyö / perioperative nursing	3	1	0	0
Kivun mittaaminen / Pain measurement	1	1	1	0
Kivun arvioiminen / Pain evaluation	0	4	1	0
Kirjaaminen / Documentation	5	3	2	3

Kuva 4. Käytettävä aineisto hakusanoittain ja tietokannoittain.

#### 4 GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN

##### 4.1 Kivun määritelmä

Käytetyin määritelmä kivusta on Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP:n): "Kipu on epämiellyttävä tuntemus tai aistimus ja tunnepohjainen elämys, joka liittyy keholliseen vaurioon ja jota ilmaistaan kudosaivuriin liittyvin termein" (IASP 1994). Aikuisen potilaan kohdalla voidaan sanoa, että kipu on mitä tahansa mitä yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin kun yksilö sanoo sitä esiintyvän (ks. esim. Salanterä 2003). Kipu voidaan jakaa akuuttiin kipuun ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu on äkillistä ja liittyy suoraan konkreettiseen kudosaivuriin tai sen uhkaan (Bjälle Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999). Sen tarkoitus on va-

roittaa elimistöä kudოსvauriosta ja se estää kudოსvauriota väistöheijasteen avulla. Yleensä akuutille kivulle on jokin selvä syy, joka voidaan hoitaa. (Estlander, Kalso & Vainio 2004.)

Gynekologisia häiriöitä, jotka saattavat vaatia leikkaushoitoa ovat erilaiset sairaudet, kuten endometriosisi ja adenomyosisi. Myös erilaiset rakennemuutokset ja kasvaimet vaativat usein kirurgista hoitoa. Tällaisia ovat erilaiset laskeumat, virtsainkontinenssi, ulko- ja sisäsynnyttimien syövät, kohdun limakalvon hyperplasia ja polyypit, munasarjojen kystat. Tämän lisäksi leikkaushoitoa vaativat kohdun poisto, sterilisaatio, vaikeat kierukan laitot ja poistot, raskaudenkeskeytys, sekä diagnostiset endoskopiat. (Heinonen 2004.)

Kehoon kohdistuvat, kudოსvauriota aiheuttavat tai uhkaavat ärsykkeet voivat laukaista kivun (Bjälle ym. 1999). Leikkauspotilaan kivulle löytyy selkeä syy ja hoidon päätavoite on kivuttomuus. Toimenpidekipuun liittyy runsaasti fysiologisia haittavaikutuksia. Jos sitä ei heti alussa hoideta tehokkaasti, sen haittavaikutukset johtavat komplikaatioihin ja lisäävät sairaalassa-olopäiviä, sekä kustannuksia. Kudოსvaurion paranemisen aikana tehokas kivunlievitys on tärkeää kivun kroonistumisen ehkäisemiseksi. (Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006.)

Warren-Stombergin ja Ömanin (2006) tutkimuksessa potilaat ilmoittivat preoperatiivisen kivun olleen kovempaa kuin postoperatiivinen kipu. Postoperatiivinen kipukokemus ei ollut suhteessa ikään, mutta naiset ilmoittivat usein kokeneensa kovempaa kipua kuin miehet. Postoperatiivinen kipu oli kovinta ensimmäisenä päivänä toimenpiteen jälkeen. Kolmantena päivänä kipu oli jo huomattavasti vähäisempää. Potilaiden odotukset postoperatiivisesta kivusta olivat lähes puolella potilaista suuremmat kuin mitä kipu todellisuudessa oli. Toisaalta pieni osa potilaista koki kivun odotuksiaan voimakkaammaksi.

Kroonisen kivun aistimukset eivät toimi elimistön varoitusmerkinä, eivätkä ne ole verrannollisia kudოსvaurion vaaraan (Bjälle ym. 1999). Krooniseksi kipu määritellään, kun sen kesto on yli 3-6kk. Se voidaan myös määritellä kipuna, joka kestää pidempään kuin mitä kudoksen paranemisaika yleisesti on. Kivun pitkittymisen mekanismi saattaa olla, ettei alkuperäistä kudოსvauriota aiheuttavaa tilaa saada hallintaan, tai hermostoon kohdistunut vaurio on tehnyt pysyviä muutoksia kipuviestä siirtäviin ratoihin. (Estlander ym. 2004.)

Kivun jatkuminen vaikuttaa potilaaseen psykososiaalisesti (Estlander & Vainio 2004a). Kipuun kuuluu voimakas emotionaalinen komponentti ja lisäoireina kipu aiheuttaa muistin ja älyllisen toiminnan muutoksia (Nybo & Pirttilä 2004). Krooniseen kipusyndroomaan liittyy usein myös mielenterveyden häiriön oireita, jotka on otettava huomioon hoidossa. Psykiatrinen konsultatio voi olla tarpeellista ja se voi luoda uusia näkökulmia potilaan tilanteeseen. Kivun näkeminen osana ihmisen tietoisuutta ja potilaan autonomian tukeminen edistävät kipupotilaan toiveikkuutta. (Granström 2004.)

Kipu koetaan epämiellyttävänä ja pelottavana. Aikaisemmat kokemukset vaikuttavat subjektiivisiin kiputuntemuksiin. Kivun tunne aktivoi sympaattista hermostoa, joka johtaa sykkeen nopeutumiseen ja verenpaineen nousuun. Myös veren virtaus vähenee. Paikka, jossa kipu tuntuu, vedetään automaattisesti pois kivun aiheuttajasta. Tämä suojelee elimistöä vakavampien kudonsvaurioiden syntymiseltä. (Bjälle ym. 1999.)

Kivun analysointiin osallistuvat aivojen alueet kytkeytyvät älyllistä toimintaa ohjaaviin hermoverkkoihin (Nybo & Pirttilä 2004.) Merkittävä osa kipuhavainnoinnin prosessia ja myös mielen reagointi kipuun tapahtuvat aivoissa (Granström 2004, Nybo & Pirttilä 2004). Kipu lisää unettomuutta, joka puolestaan lisää masennusta ja uupumusta, jotka yhdessä pahentavat kipua. (Salmenoja & Salminen 2007.)

Ihmiselle ylivoimaiseksi käynyt henkinen ahdistus voi myös purkautua kipuna, tyypillisiä syitä ovat rakkauden puute, hylkäämiseksi tuleminen ja syyllisyyden tunteminen. Kivun kokeminen on voimakas vetoomus toisille ihmisille huomion ja avun saamiseksi (Estlander & Vainio 2004a.) Kipuun liittyvät mielenterveyden häiriöt voivat olla kivusta johtuvia, tai erillisiä sairauksia (Granström 2004).

#### 4.2 Kivun hoitotyö

Potilaat ovat yleensä tyytyväisiä saamaansa kivun lievitykseen (Leino-Kilpi ym. 2001, Salanterä & Särkioja 2003). Potilaat korostavat kivun hoidossa nopeaa avun saantia, mahdollisimman vähäistä kipua ja kivun poistamisen turvallisuutta (Flinkman & Salanterä 2004). Hoitajan tehtävä on aktiivisesti tarjota potilaalle kivun lievitystä lääkkeellisin ja lääkkeettömin keinoin, sillä valtaosa potilaista ei pyydä apua kipuunsa, ennen kuin kipu on kohtalaista tai jopa hyvin kovaa (Flinkman & Salanterä 2004). Leino-Kilven ym. (2001) tutkimuksessa ilmeni, että vain pieni osa olisi tarvinnut enemmän kipulääkettä postoperatiivisessa vaiheessa. Warrén-Stombergin ja Ömanin (2006) mukaan preoperatiivinen kivunlievitys korreloi postoperatiiviseen kipukokemukseen.

Potilaat pitävät kivun hoitamisessa tärkeimpänä kivun poistamista, henkilökunnan ystävällisyyttä, vaivan selvittämistä ja tiedon antamista (Flinkman & Salanterä 2004). Sairaanhoitajat kokevat tärkeimmäksi hoidon kliinisen toteutuksen, keskustelemisen potilaan ja omaisten kanssa, opetuksen, neuvonnan, sekä hoidon suunnittelun ja kirjaamisen (Salanterä & Särkioja 2003).

Hoitajien henkilökohtaisista ominaisuuksista sitoutuminen, kouluttautuminen, vuorovaikutustaidot, kuuntelu, uskominen, omaisten huomioiminen ja kyky kantaa vastuuta nähdään tärkeiksi piirteiksi kivusta kärsivän potilaan hoitotyössä. (Salanterä & Särkioja 2003.) Potilaiden

mielestä henkilökunnan tärkeimmät ominaisuudet kivun hoitotyössä ovat ystävällisyys, tehokkuus, rauhallisuus ja empaattisuus. (Flinkman & Salanterä 2004).

Hoitajat korostavat hoidon apuvälineiden ja lääkkeettömien hoitomuotojen tarpeellisuutta, mutta eivät tuo esille erilaisten hoitovaihtoehtojen tarjoamista, joista potilaiden on todettu hyötävän aiempien tutkimusten mukaan (Salanterä & Särkioja 2003). Päivystyspoliklinikalla tehdyssä tutkimuksessa 72 % potilaista kärsi kivusta, mutta vain puolet heistä sai kipulääkettä käynnin aikana. 85 %:lla kivusta kärsivillä potilailla ei ollut käytetty mitään lääkkeettömiä hoitotyön menetelmiä. Suurin osa potilaista sai kipulääkkeen tunnin sisällä pyynnöstä. Joka neljännen potilaan mielestä kipulääkitys oli riittämätöntä ja osalla potilaista kipu oli edelleen kovaa kotiutusvaiheessa. (Flinkman & Salanterä 2004.)

Raappanan (2001) tutkimuksessa 11 % potilaista arvioi, etteivät kipulääkkeet ole paras mahdollinen tapa kivun lievittämisessä. 58 % koki, että keskustelu henkilökunnan kanssa oli lievittänyt kipua. 60 % koki koskettamisen lievittäneen kipua. Huumorin hyödyistä kivun lievitykseen oli 98 % samaa mieltä. Unen merkitystä korostivat 95 %. 98 % oli sitä mieltä, että lepo lievittää kipua. Asentohoidon hyödylliseksi arvioi 95 %. Rentoutuminen oli myös yleinen kivunlievitysmenetelmä.

Lääkkeettömistä kivunhoitotyön keinoista esimerkiksi kylmäpussi ja raajan kohoasento helpottavat potilaan vointia (Flinkman & Salanterä 2004). Lapsipotilaille tehdyssä tutkimuksessa (Pietilä, Pölkki & Vehviläinen-Julkunen 2003) hoitotyön kivunlievitysmenetelmistä käytetyimmät olivat kipulääkkeen antaminen (96 %), päivittäisissä toiminnoissa auttaminen (88 %), ajatusten muualle suuntaaminen (52 %), voinnin ja kipulääkkeen tarpeen kysyminen (31 %) ja asentohoito (17 %).

Kuuppelomäen (2002) tutkimuksessa asentohoito oli yleisin kivunhoitomenetelmä. Asentohoitojen jälkeen yleisimpiä kivunlievitysmenetelmiä olivat erilaiset lääkkeelliset hoitomuodot. Vähemmän käytettyjä menetelmiä olivat rentoutus, hieronta ja lämpöhoidot. Pietilän ym. (2003) tutkimuksessa vähemmän yleisiä hoitotyön menetelmiä olivat läsnäolo, lämmönsäätely (kylmähoito), kosketus, tiedon antaminen ja haavasiteiden vaihtaminen.

Nilssonin (2008) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa musiikilla oli positiivinen vaikutus potilaan hermostuneisuuteen, stressiin ja kipuun noin puolessa tutkimuksista, vaikka tarkkaa mekanismia terapiamuodon toimivuudesta ei tunneta. Musiikin tulisi olla potilaan valinnan mukaista hidasta ja soljuvaa, tempo noin 60-80 iskua minuutissa, kappaleissa ei tulisi olla sanoja ja maksimi äänenvoimakkuus 60 dB. Kestoltaan musiikin kuunteluhetken tulisi olla vähintään 30 min. Musiikin vaikutuksia potilaan olotilaan tulisi mitata, seurata ja kirjata. Ikonomidoun, Naeshin ja Rehnströmin (2004) tutkimustulosten mukaan itse musiikilla ei ollut



merkitystä, vaan puolen tunnin lepo heräämössä ennen ja jälkeen leikkauksen vaikutti positiivisesti potilaan hyvinvointiin. Tosin musiikista ei todettu olevan haittaakaan.

Sanallinen ja sanaton kommunikointi itsessään voi olla toimiva kivun lievityksen hoitomenetelmä. Tiedon antaminen, aktiivinen kuuntelu, empatian osoittaminen ja koskettaminen voivat olla yhtä tehokas menetelmä kuin erilaiset kivun lievityksen kliiniset menetelmät, kuten lääkehoito. Edellytyksenä tällaisten psykologisten menetelmien käyttöön on hyvä potilas-hoitajasuhde. (Adams, Poole & Richardson 2006.)

Kognitiivis-behavioraalinen terapia kivun lievityksessä sisältää relaksaatiota, stressin hallintaa, harhautusta (huomio pois kivusta), selviytymisstrategioiden harjoittelua, ongelman ratkaisua määrittelemällä realistiset osatavoitteet, fyysisen aktiivisuuden lisäämistä, sekä kipukäyttäytymisen muuttamista. Stressin vähentäminen on tärkeää, sillä potilailla on tapana hakea syytä ja varmistusta kipunsa syyille. (Adams ym. 2006.)

Kipupotilas lähetetään psykologiseen tutkimukseen, jos kivulle ei löydy elimellistä syytä. Tämä ei tarkoita sitä, että potilaan vaiva olisi kuviteltu, vaan psykososiaaliset tekijät voivat vaikuttaa kivun laatuun ja keston (Estlander ja Vainio 2004b.) Kivun hoitoon erikoistuneessa yksikössä potilaan kipuun suhtaudutaan vakavasti ja siihen pyritään löytämään hoito- ja lievityskeinoja monipuolisesti. Yksi kipupoliklinikan toiminnan tavoitteista on, että potilas saa monipuolisen kivun hoidon samassa paikassa. (Salanterä & Särkioja 2003.) Kipupoliklinikoilla on saatu hyviä tuloksia kivun hoidosta (Pahlman & Tohmo 2001).

Lääkkeellisiä kivun hoitotyömenetelmiä ovat tablettien antaminen suun kautta, lihakseen annettavat injektiot, kipulaastarit, kipupumput, supot rectumiin, suonen sisäisesti annettavat kipulääkkeet, suun limakalvoilta imeytyvät lääkkeet ja per os liuokset. Oheislääkkeinä käytetään myös joissain tapauksissa masennus- ja epilepsialääkkeitä. (Kuuppelomäki 2002.) Raappanan (2001) tutkimuksessa potilaista alle puolet koki saaneensa vähän tai ainoastaan kohtuullisesti lievitystä annetuista kipulääkkeistä. Pieni osa koki, ettei ollut saanut minkäänlaista lievitystä kipulääkkeestä.

Kipupumppu on kivun hoidon tavallisin kipulääkeannostelun erikoismenetelmä. Sillä annostellaan lääkettä, joko suonen sisäisesti tai spinaalisesti epiduraalitalaan tai intratekaalisesti, eli selkäydinnestekanavaan. Kun potilas voi itse annostella itselleen kipulääkettä pumpun kautta, puhutaan PCA-laitteesta (Patient controlled analgesia). (Hagelberg ym. 2006.) PCA-laitteesta on myös neulaton versio, joka annostelee kipulääkettä potilaan verenkiertoon ihon kautta (Janssen-cilag 2008). Warrén-Stombergin ja Ömanin (2006) tutkimuksessa nuoret kokivat PCA-pumpun käytön mielekkäämmäksi kuin vanhemmat potilaat.

PCEA (Patient-controlled Epidural Analgesia) on viimeisin epiduraalianalgesiasta kehitetty hoitomuoto, jonka avulla potilaat voivat itsenäisesti annostella kipulääkkeen saantia. Sen avulla voidaan optimoida kivun lievitys, vähentää tarvittavia lääkkeitä ja taustainfuusioiden sivuvaikutuksia. PCEA on potilaan henkilökohtainen epiduraalipumppu, jossa lääkeaineena on ropivakaiinia ja sufentaniilia. Epiduraalikatetri asetetaan potilaan ollessa hereillä ennen leikkausta. (Freitag, Gottschalk, Schuster & Standl 2004.)

PCEA:ta käytetään lähinnä suurissa leikkauksissa. PCEA on erityisen hyvä gynekologisissa leikkauksissa, kuten munasarjasyöpäkirurgiassa. Gynekologisilla leikkauspotilaille hoitojakso on ortopedisia ja yleiskirurgisia potilaita pidempi, jonka vuoksi infuusiomäärät ja kulut PCEA:n käytöstä ovat suurempia. PCEA:lla saavutetaan kuitenkin erinomainen kivunhoidon taso ja potilaiden hoitoajat lyhenevät. Tutkimuksessa PCEA:ta käyttävillä gynekologisilla potilailla ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä VAS oli 15,3mm (asteikko 0-100mm) ja kolmantena postoperatiivisena päivänä vain 9mm. (Freitag ym. 2004.)

Lääkkeettömät kivun hoitomenetelmät	Lääkkeelliset kivun hoitomenetelmät
Kylmä- ja lämpöhoidot	Tabletit per os.
Raajan kohoasento	Injektiot i.m
ADL-toiminnoissa auttaminen	Kipulaastarit
Ajatusten muualle suuntaaminen	Kipupumput: PCA, PCEA
Asentohoito: Raajan kohoasento	Supot rectumiin
Voinnin ja kipulääkkeen tarpeen kysyminen	Injektiot ja infuusiot i.v
Rentoutus, uni ja lepo	Per os liuokset
Sanaton kommunikointi: Kosketus, läsnäolo, empatian osoittaminen	Suun limakalvoilta imeytyvät lääkkeet
Stressin hallinta	Masennuslääkkeet
Selviytymisstrategioiden harjoittelu	Epilepsialääkkeet
Sanallinen kommunikointi: Tiedon antaminen, aktiivinen kuuntelu, huumorin käyttö	
Haavasiteiden vaihtaminen	
Musiikki	
Hieronta	
Fyysisen aktiivisuuden lisääminen	
Kipukäyttäytymisen muuttaminen	
Toipumisen tavoitteiden määrittäminen	

Kuva 5. Kivun hoitotyön auttamismenetelmät opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten mukaan

#### 4.3 Kivun arviointi

Kivun arviointi on hoitotyön kannalta tärkeä osa-alue, sillä hoitajat ovat avainasemassa potilaan tarkkailemisessa (Salanterä 2003 s.112). Potilaan käyttämän sanallisen kuvailun perusteella voidaan arvioida potilaan kipukokemuksia ja kivun voimakkuutta (Kalso 2004 s.41). Kivun arviointi on osa kivun hoitotyötä ja sen kirjaaminen muodostaa pohjan auttamismenetelmien valinnalle ja niiden vaikuttavuuden arvioinnille (Korhonen & Pölkki 2008).

Kivun mittaamista tarvitaan kliinisten hoitovasteiden seurannassa (Kalso 2004). Kipu arvioidaan suhteessa normaaliin elämään. Kivun tarkkailussa otetaan huomioon tapahtumat ennen kivun alkamista (esim. ruokailu, tapaturmat, altistukset), aikaisemmat samanlaiset kipukokemukset ja potilaan suhtautuminen niihin, aiemmat sairaudet, lääkitykset, leikkaukset, kivunhoitomenetelmät, sekä kivun vaikutukset työhön ja uneen. (Kotovainio & Mäenpää 2007.)

Kivun arviointiin on olemassa paljon erilaisia mittareita. Suomessa näiden mittareiden käyttöön otto on ollut hidasta, koska mittareita ei tunneta, eikä niitä osata käyttää (Salanterä 2003 s.112). Flinkmanin & Salanterän (2004) tutkimuksessa kävi ilmi, ettei kipumittareiden käyttö ole yleistä tai systemaattista. Tutkimuksessa olleista potilaista 75 %:lla ei oltu arvioitu kipua kertaakaan mittarin avulla. Kivun hoidon vaikuttavuutta ei seurattu, koska kipua arviointiin korkeintaan kerran hoitajakson aikana. Kuuppelomäen (2002) sairaanhoitajille tekemässä kyselytutkimuksessa systemaattinen kivun arviointi oli yksi huonoiten toteutuneista kivun hoitotyön osa-alueista.

Raappanan (2001) tutkimuksessa tutkittavat arvioivat kipua VAS-asteikolla, sekä verbaalisena arviona (VDS). Vastaajista neljäsosalla oli voimakasta tai sietämätöntä kipua (VAS 6-9), edeltäneen 24 tunnin aikana. Potilaiden arvio lievimmästä kivusta oli VAS asteikolla 2. Silti yli kymmenesosa arvioi kipunsa olleen vähimmilläänkin 5-7 VAS asteikolla. Potilaista noin puolet koki sairaanhoitajan aliarvioivan heidän kipujaan, sekä kolmasosa, ettei ollut saanut osallistua oman hoitonsa suunnitteluun.

Kivun voimakkuuden numeraalinen arviointi on käyttökelpoisin ja tehokkain tapa arvioida kipua. On selvää, että myös Suomessa hoitohenkilökunnan tulisi perehtyä kivun arviointimenetelmiin ja lisätä niiden käyttöä kivun hoidossa. (Kuuppelomäki 2002.) Kivun arviointiin käytetään haastattelua, potilaan tarkkailua ja tutkimuksia, sekä kivun arvioinnin apuvälineitä. Apuvälineitä käytettäessä käytetään aina samaa arviointimenetelmää. Erilaisia arviointimenetelmiä kivun arviointiin ovat Visuaaliset asteikot (VAS), Kipusanasto, Kipuanalyysi ja sanallinen ja numeerinen luokitusasteikko (VRS) (Kotovainio & Mäenpää 2007), sekä Kipukysely (Suomen kivuntutkimusyhdystys 2003). Lisäksi lasten kivun arviointiin on kehitetty erilaisia

mittareita, kuten APTT (Adolescent pediatric pain tool) ja CGRS-mittari (Children´s global rating scale). (Kankkunen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 1999).

Yleisimmin käytetty kipumittari on VAS (visual analogue scale). Mittari on 10 cm pitkä jana, jonka vasen ääripää kuvaa tilannetta "ei lainkaan kipua", ja oikea ääripää kuvaa pahinta mahdollista kipua. Potilas asettaa poikkiviivan asteikolle kiputuntemuksensa mukaisesti. VAS:sta on olemassa kolme erilaista muunnosta: perinteinen jana, kipukiila ja kasvoasteikko. (Kalso 2004 s.41-42.) Raappanan (2001) tutkimuksessa suurin osa vastaajista koki VAS-mittarin helpottavan kivun arvioimista ja tekevän arvioinnin ymmärrettäväksi.

VRS -asteikolla (verbal rating scale) kipua kuvataan sanallisesti. Kipu voi olla voimakkuudeltaan esimerkiksi: 0=kipua ei ole lainkaan, 1=kipu on lievä, 2=kipu on kohtalaisen voimakasta, 3=kipu on voimakasta, 4=kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso 2004 s.41.) VAS-mittarista voidaan myös käyttää versiota, jossa on myös sanallinen asteikko (VDS), jossa on eri numeeristen arvojen yläpuolelle kirjattu kivun voimakkuutta kuvaava termi: 1=lievä, 3-4=kohtalainen, 6=kova ja 9-10=sietämätön (Hagelberg ym. 2006).

Kipuanalyysissä potilas voi itse kuvata valmiille lomakkeelle kivun sijainnin, keston, laadun, voimakkuuden, auttaneet menetelmät kivun hoidossa, käytetyn lääkehoidon ja sen vaikuttavuuden, kipuun liittyneet oireet, potilaan kokemat ongelmat ja liikkumiskyvyn. (Niskanen 2007.) Kipukyselyssä potilas ja henkilökunta täyttävät kaavakkeen, jossa tarkoituksena on saada riittävän monipuolinen kuva kipuongelmasta. Lomakkeessa on useita sivuja, jotka käsittelevät potilaan perustiedot ja elämäntilanteen, sekä useita kysymyksiä kivun esiintymisestä ja sijainnista, kivun vaikutuksesta normaaliin elämään, kivun hoitomenetelmistä, sekä elämäntavoista. (Suomen kivuntutkimusyhdistys.) Potilaan kertomus omasta kivustaan on diagnostisesti arvokas. Kertomuksen sävy ja potilaan puhetapa kertovat paljon siitä, mitä kipu potilaalle merkitsee (Estlander & Vainio 2004b s.108).

Heikki Ketovuori on kehittänyt ensimmäisen suomenkielisen kipusanaston Ronald Melzackin vuonna 1975 luoman kipumittarin pohjalta (ns. McGillin kipusanasto). Kipusanastossa kullekin kipusanalle on valittu numeerinen arvo, joka kuvaa kivun voimakkuutta. Lisäksi eri luokkien sisällä siirtyminen kipusanasta toiseen tarkoittaa merkitsevää kivun voimakkuuden muutosta. Kipusanastoon on myös merkitty kutakin kipusanaa vastaava voimakkuusarvo VAS -asteikolla millimetrein. Tämän mittarin avulla voidaan erottaa toisistaan akuutti ja krooninen kipu, sillä niitä kuvataan yleensä eri termein. (Kalso 2004. s. 41-43.)

Kuuppelomäen (2002) tutkimuksessa yleisin kivun arviointimenetelmä oli keskustelu, jossa ei käytetty mitään arviointimenetelmää. Numeerisia asteikkoja, kipujanaa ja kivun arviointilomaketta käytettiin erittäin harvoin keskustelun tukena.

Kivun arviointimenetelmä	Arviointimenetelmän käyttö
VAS	Erilaisia muunnelmia, kuten kipukiila, kasvoasteikko, mitta-asteikko 0-10cm / 0-100mm. Potilas määrittää itse kivun voimakkuuden mittarin janalle. Vasen ääripää kuvaa tilannetta, jossa kipua ei ole lainkaan ja oikea ääripää tilannetta jossa kipua on sietämättömän voimakasta.
VRS	Asteikolla 0-4 kipua kuvataan sanallisesti. 0 = Ei lainkaan kipua, 4=Kipu on sietämättömän voimakasta
Kipusanasto	Kipusanastossa kipusanoille on valittu numeerinen VAS-arvo. Kipusanat on jaettu luokkiin, joiden sisällä siirtyminen tarkoittaa merkittävää kivun voimakkuuden muutosta.
Kipuanalyysi	Potilas kuvaa kivun sijainnin, keston, laadun, voimakkuuden, auttaneet kivunhoitomenetelmät, lääkehoidon vaikuttavuuden, kivun oireet, kivun aiheuttamat ongelmat ja muutokset liikuntakyvyssä.
Keskustelu	Vapaamuotoinen keskustelu kivusta ilman numeerisia asteikkoja. Sen tukena olisi hyvä käyttää jotain systemaattista kivun arviointimenetelmää.
Potilaan tarkkailu ja tutkimukset	Verenpaineen nousu, sykkeen nousu, hengityksen kiihtyminen, ihon väri ja erittäminen, tapahtumat ennen kivun alkamista, aikaisemmat kipukokemukset, sairaudet, lääkitykset, leikkaukset, kivun hoitomenetelmät, vaikutus työhön ja uneen.
Kipukysely	Potilaan ja hoitohenkilökunnan täytettävä kaavake. Tarkoituksena on saada riittävän monipuolinen kuva kipuongelmasta. Lomakkeessa on useita sivuja, jotka käsittävät potilaan perustiedot ja elämäntilanteen, sekä kysymyksiä kivun esiintymisestä ja sijainnista, kivun vaikutuksesta normaaliin elämään, kivun hoitomenetelmistä, sekä elämäntavoista.

Kuva 7. Kivun arviointimenetelmät opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten mukaan

Preoperatiivisessa kivun hoidon ohjauksessa olisi tärkeää antaa potilaalle realistinen kuva postoperatiivisesta kipukokemuksesta, sekä ohjata kivun arviointimenetelmän käyttö. (Warrén-Stomberg & Öman 2006.) Potilaat arvioivat tiedon saannin preoperatiivisesti kivusta ja kivun lievitysmenetelmistä toimenpiteen jälkeen tarpeelliseksi (Raappana 2001). Kivun arviointimenetelmän preoperatiivisesta ohjauksesta hyötyi Warrén-Stombergin ja Ömanin (2006) tutkimuksessa 86,6 % potilaista. Tutkimuksessa käytetty arviointimenetelmä oli VAS-mittari ja sen käyttö oli opastettu preoperatiivisesti 93,6 %:lle.

Raappanan (2001) tutkimuksessa lisätietoa postoperatiivisesta kivusta arvioi tarvitsevansa 37 % vastaajista. Warrén-Stombergin ja Ömanin (2006) tutkimuksessa erityisesti lisätietoa kaipaivat iäkkäät potilaat, joiden oli vaikea ymmärtää annettua informaatiota verrattuna nuorempiin potilaisiin. Osa iäkkäistä potilaista ei osannut leikkauksen jälkeen sanoa, oliko heille annettu tietoa kivunlievityksestä preoperatiivisesti. Potilaat kokivat saaneensa parhaiten ohjausta vuodeosaston sairaanhoitajalta.

#### 4.4 Kivun hoitotyön kirjaaminen

##### 4.4.1 Kivun kirjaamisen lähtökohdat

Kirjaamisen lähtökohtana ovat potilaan tiedot ja hänen tarpeensa. Kirjaamisen rakenne perustuu hoitotyön ongelmien, tavoitteiden ja toimintojen määritykseen, hoitotyön toteutukseen ja seurantaan, sekä hoitotyön vaikuttavuuden ja kokonaisuhoiton arviointiin. (Lehti 2004). Potilasasiakirjojen tulee olla selkeitä, täsmällisiä ja kattavia, jotta hoitotyö tulee selkeästi esille ja kirjaukset ovat laillisesti päteviä. Kirjaaminen toimii myös eräänlaisena mittarina hoidon laadulle ja riskienhallinnalle. Kirjaaminen myös luo pohjan evidenssiperustaiselle hoitotyölle. (Owen 2005.)

Hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on perustua näyttöön. Hallilan (2005) mukaan näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaamisen yksityiskohtaiset tavoitteet ovat:

1. "Potilaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoitoaan ja terveyttään koskevista vaihtoehdoista."
2. "Hoitotyöstä karsiutuvat tehottomat tai vailla tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot."
3. "Voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti, huomioidaan tiedonkulun tuomat hyödyt".
4. "Suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta päästään eroon".

Kirjaamista säätelevät useat kansainväliset ja kansalliset lait ja asetukset. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L= 17.8.1992/785) määritellään potilasasiakirjoista seuraavaa: " potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja." Laki määrittää myös, että potilaan hoidosta on tarvittaessa laadittava suunnitelma, josta tulee selvittää potilaan hoidon järjestäminen ja aikataulu. Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan tiedot. (L= 17.8.1992/785). Hoitajat ovat yhtä mieltä kirjaamisen tärkeydestä lakikysymysten takia (Hupli, Junntila & Salanterä 2005). Toinen keskeinen säädös potilasasiakirja merkintöjen osalta on Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) (2001) opas potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. Oppaassa kuvataan hoitotyön kirjaamisen tavoitteet, terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuudet, sekä lait ja asetukset, jotka ohjaavat kirjaamista ja potilasasiakirjoja.

Ehrenbergin ja Idvallin tutkimuksessa (2002) vertailtiin peruskoulutuksen saaneiden sairaanhoitajien ja erikoiskoulutuksen saaneiden sairaanhoitajien kirjauksia. Erikoistumisopinnot käyneiden kirjaukset olivat selkeästi kattavampia, sekä heidän arvio omista kirjauksistaan oli realistisempi kuin peruskoulutuksen saaneiden sairaanhoitajien. Myös Korhonen ja Pölkki (2008) päätyivät tutkimuksessaan siihen johtopäätökseen, että muutokset hoitotyössä edellyttävät koulutusta kivun arvioinnista ja siihen liittyvästä kirjaamisesta. Kirjaamiseen halutaan uusia käytäntöjä ja nykyisiä kirjaamiskäytäntöjä tulisi päivittää vastaamaan paremmin kliinisiä hoitotyön tarpeita. (Hupli ym. 2005).

Kirjaamisen esteeksi koetaan usein ajankäyttö. Perioperatiivisten rutiinien kirjaaminen koetaan aikaa vievänä ja turhauttavana. Lisäksi kirjaaminen vie liikaa aikaa käytännön hoitotyöltä. (Hupli ym. 2005.)

Riittävä kivun arvioinnin kirjaaminen edellyttää, että potilasasiakirjoihin tehdään systemaattisesti merkintöjä kivun fysiologisista indikaattoreista käyttäytymisessä ilmenevistä muutoksista. Myös ammattikäsitteet tulee avata. Kivun arvioinnin dokumentointi on perusta kivun vaikuttavuuden arvioinnille. Kirjaamisen vähimmäisvaatimus on, että arviointi tehdään ennen ja jälkeen lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunlievitysmenetelmän käyttöä ja arviointi merkitään potilasasiakirjoihin. Systemaattista arviointia helpottaa jos käyttöön otetaan kohderyhmälle suunnattu kipumittari. (Korhonen & Pölkki 2008.) Ehrenbergin ja Idvallin (2002) tutkimuksessa 65 %:lla potilaista kipua oli arvioitu jollakin kivun arviointiin kehitetyllä instrumentilla.

Ehrenbergin ja Idvallin (2002) tutkimuksen mukaan yleisimmin kirjataan potilaan oma arvio kivusta. Kivun sijainti kirjataan puolella potilaista, mutta kivun tyyppi vain reilulla kymmenesosalla. Kirjausten perusteella yleisimmin käytetty kivunhoitotyön menetelmä on lääkehoito, mutta vain puolessa oli arvioitu auttamismenetelmän vaikuttavuutta. Lisäksi vaikuttavuuden arviointi oli sattumanvaraista. Toisaalta Lehden (2004) tutkimuksessa todetaan hoitotyön vaikuttavuuden kirjaamisen ja ohjaukseen liittyvien merkintöjen lisääntyneen vuodesta 1993.

Ehrenbergin ja Idvallin (2002) tutkimuksessa suurimmassa osassa kirjauksia ei ollut merkitty kivunlievityksen ja hoitotyön tavoitteita. Lehden (2004) tutkimuksessa hoitotyön keinot suhteessa potilaan ongelmiin oli kirjattu hyvin. Tulosityy, aikaisemmat sairaudet, yliherkkyydet ja kotilääkitys oli yleisesti hyvin kirjattu kun taas terveyskäyttäytymiseen liittyvät asiat oli kirjattu huonommin. Ongelmallisimmaksi koettiin salassapitovelvollisuuden ja tietojen luovuttamisen sääntöjen kirjaaminen. Merkinnät avuntarpeesta ja sosiaalisesta tilanteesta ovat lisääntyneet, lukuun ottamatta psyykkisiä tekijöitä.

#### 4.4.2 Kivun hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Kirjaamisessa ollaan siirtymässä hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen, johon on kansallisella tasolla toteutettu hoitotyön systemaattisen kirjaamisen prosessimalli FinCC. Hoitotietojen systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvaamista sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaamisen tulee koostua rakenteisista ydintiedoista, termistöistä, sekä niitä täydentävistä vapaista teksteistä. (Saranto & Sonninen 2008.)

Suomalainen hoitotyönluokitus (FinCC) koostuu Suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta (SHTal 2.0.1), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHTol 2.0.1), sekä Suomalaisesta hoitotyön tuloksen tilan luokituksesta (SHTul 1.0.) Systemaattinen rakenteinen kirjaaminen perustuu hoitotyön päätöksenteon vaiheisiin ja hoitotyön ydintietoihin. Hoitotyön päätöksenteon vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Kansallisesti määritellyjä hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Ensio, Kaakinen & Liljamo 2008.)

Kipu kirjataan rakenteisesti eri komponenttien alle. Komponentit valitaan käytettyjen menetelmien ja toimintojen mukaisesti (Ensio ym. 2008). Laadukkaaseen kivun hoidon kirjaamiseen tarvitaan yhtenäinen kirjaamismalli, joka mahdollistaa dokumentointiin perustuvan kivun hoidon arvioinnin (Väänänen 2008).



Hoitotyön suunnitelma perustuu tarveluokituksen (SHTal 2.0.1) mukaisiin komponentteihin ja niiden pää- ja alaluokkiin. Hoidon tarpeelle asetetaan tavoitteet ja valitaan käytettävät hoitotyön toiminnot. Hoitotyön toiminnot kirjataan sen mukaan, miten hoito on toteutunut toimintoluokituksen mukaisesti (SHTol 2.0.1). Lopuksi hoitotyön toteutuminen arvioidaan suhteessa tavoitteisiin, tarpeeseen ja toteutukseen, sekä arvioidaan hoidon toteutumisen tila tulosluokituksen (SHTul 1.0) avulla. Tulosluokitus sisältää kolme luokkaa: parantunut, huonontunut tai ennallaan. Hoitotyön yhteenvetoa täydennetään tulosluokan lisäksi vapaalla tekstillä (Ensio ym. 2008.)

Suomalaisessa hoitotyön tarveluokituksessa (SHTal 2.0.1) kivun hoitotyön tarve kirjataan komponentin aistitoiminta alle, joka on jaettu kahteen pääluokkaan - akuuttiin ja krooniseen kipuun. Pääluokat sisältävät yhdeksän eri alaluokkaa, joista gynekologiseen leikkaustoimenpiteeseen liittyviä ovat tulehduskipu, toimenpiteeseen liittyvä kipu, traumaattinen kipu ja syöpäkipu. (Tanttu 2008.)

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
O-Aistitoiminta - Aistien toimintaan liittyvät osatekijät	O.10 Akuuttikipu	O.10.3 Tulehduskipu O.10.4 Toimenpiteeseen liittyvä kipu O.10.5 Traumaattinen kipu
	O.11 Krooninen kipu	O.11.4 Syöpäkipu

Kuva 8. SHTal 2.0.1 Kivun kirjaaminen tarveluokituksen mukaisesti (Tanttu 2008).

Suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTol 2.0.1) kivun hoitotyön toteutus kirjataan edelleen komponentin aistitoiminta alle. Kipuun annettu lääkehoito kirjataan komponentin lääkehoito alle, jossa annettu lääkekuoto ja sen vaikuttavuus määrittävät käytetyt pää- ja alaluokat. Kipua käsitteleviä pääluokkia on kolme - kivun seuranta, kivun hoito ja kivun hoitoon liittyvä ohjaus. Kivun seurannan alaluokat ovat kivun voimakkuuden mittaaminen ja kivun arviointi. (Tanttu 2008.)

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
1510 Aistitoiminta	1535 Kivun seuranta	1536 Kivun voimakkuuden mittaaminen 1537 Kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys)
	1538 Kivun hoito	
	1539 Kivun hoitoon liittyvä ohjaus	

Kuva 9. SHTol 2.0.1 Kivun kirjaaminen toimintoluokituksen mukaisesti (Tanttu 2008).

Väänänen (2008) on tutkinut kivun hoidon kirjaamista sähköisessä potilaskertomuksessa SHToL:n mukaisesti. Tavoitteena tutkimuksessa oli myös arvioida kuinka hoitotyön toimintoluokitus soveltuu kivun hoidon kirjaamiseen. Tutkimusaineistossa hoitajat olivat eniten käyttäneet komponentin Fyysinen tasapaino alaluokkaa Kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys). Vapaaseen kirjoituskenttään alaluokan alle oli kirjauksia tehty vähän. Kivun voimakkuuden mittaamisesta (erillinen alaluokka) oli tutkimusaineistossa hyvin vähän tietoa, kirjaukset olivat lyhyitä ja yleensä niissä oli käytetty apuna VAS-mittaria. Kivun arvioinnissa vapaa-muotoisesti oli täydennetty kirjausta ainoastaan 31 % aineistoa. Yleensä kirjaukset koskivat kivun sijaintia ja sitä oliko potilaalla kipua ylipäättään. Kommentit olivat yleisesti lyhyitä. Alaluokan alle oli kirjattu runsaasti sinne kuulumatonta tekstiä.

Kirjatuissa teksteissä oli monipuolisesti kuvattu kivun hoitoa, yleisesti niissä kuvattiin yleisesti potilaan sen hetkistä kipua ja kivun sijaintia, tai sen hetkistä kipua ja siihen annettua lääkettä. Usein oli mainittu vain annettu lääkehoito, eikä kirjauksesta käynyt selville mihin lääke oli annettu. Joissain tapauksissa teksti oli hyvin kuvailevaa ja siitä selvisi kivun syy, hoito ja tulos. Kivun hoidon ja hoitomenetelmien kirjaukset olivat tutkimusaineistossa heikosti esillä. Tätä toimintoa kuitenkin täydennettiin vapaalla tekstillä toiseksi parhaiten. Tutkimusaineistossa nousi esille Kivunhoitokeino-luokan oikea sisällöllinen kirjaaminen. Yleisimpiä kivunhoitokeinoja olivat lääkehoito (38 %) ja asentohoito (21 %). Muita keinoja olivat mm. happi, liikunta, vuodelepo ja rauhallinen keskustelu potilaan kanssa (Väänänen 2008).

Ruotsissa on tutkittu sairaanhoitajien käsityksiä uudesta systemaattisesta kirjaamisesta. Kirjaaminen vaikutti suuresti heidän rooliinsa sairaanhoitajana. Toiset kokivat, että kirjaamiseen menee enemmän aikaa ja hoitotyö muuttui entistä enemmän kansliatyöksi. Toiset taas kokivat, että kirjaamisen muuttuminen antoi enemmän kokonaiskuvaa hoitotyöstä ja auttoi heitä näkemään paremmin kokonaisuuksia. (Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling 2003a.) Tulokset osoittivat, että suurimmalla osalla vastaajista uusi kirjaamistapa lisäsi jokapäiväisessä työssä potilaiden turvallisuutta ja helpottaa kirjaamista. (Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling 2003b.)

Suomessa hoitajien asenteet hoitotyön diagnooseja kohtaan ovat yleisesti positiiviset. Hoitotyön diagnooseja kirjaamisen yhteydessä ei kuitenkaan nähty tarpeelliseksi eikä tarkoiksi potilaan tilanteen kuvaamisessa. (Hupli ym. 2005.) Ehrenbergin ja Idvallin (2002) tutkimuksessa suurimmassa osassa kirjauksia hoitajat eivät olleet käyttäneet hoitotyön diagnooseja kirjaamisen tukena.

## 5 PROJEKTIN ARVIOINTI

Vaatus arviointiin on usein nähty eettiseksi välttämättömyydeksi sellaisissa ammateissa, joissa ollaan tekemisissä ihmisten kanssa. Tyypillisesti arvioinnin käyttötarkoitus on aineiden tarjoaminen päätöksentekijöille arvioitavaa hanketta koskevien päätösten tueksi. Arvioinnin tulee olla käyttökelpoinen siten, että se palvelee käyttäjäröhmän tarpeita ja se suoritetaan sellaisella tavalla, että todennäköisyys käyttää arvioinnin tuloksia kasvaa. (Robson 2001.)

Suomenkielessä projektisanan synonyymina käytetään usein sanaa hanke, jolla viitataan usein projektia suurempaan työkokonaisuuteen. Hanke voi koostua useista projekteista. Projekti on tapa sopeutua muutokseen ja toisaalta väline aikaansaada niitä. Työyhteisön sisäinen kehittäminen on osa ihmisten jokapäiväistä toimintaa. Evoluutiota voidaan saada aikaan omin voimin, mutta revoluutio vaatii myös ulkopuolista sysimistä. Uuden tekeminen on aina haasteellista, mikä lisää työmotivaatiota. (Ruuska 2006.)

Projektitoiminnalle on ominaista, että siinä kehitetään jotain uutta, prosessin ennustettavuus on huono, työhön sisältyy epävarmuutta ja riskejä, työ vaatii vahvaa vuorovaikutusta, sekä että työprosessi on kertaluontoinen, mutta sen lopputulos on jotain pysyvää (Ruuska 2006). Opinnäytetyöprojektissa Gynekologisen leikkauspotilaan kivun arviointi ja kirjaaminen kehitettiin työelämälähtöisesti kivun hoitotyötä ja siinä tuotiin uutta tietoa kehittämistarpeiden mukaisesti. Alkuun projektiryhmän ja sen sisäisen työnjaon raja ei ollut selvä, mutta muotoutui projektin edetessä. Projektiryhmän sisäinen vuorovaikutus oli koko prosessin ajan hyvää ja prosessin vaiheita, sekä edistymistä tukevaa.

Projektiin liittyvät riskit on kuvattu Liljebladin (2007) Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyönlaadunkehittämishankesuunnitelmassa. Riskiksi on arvioitu taloudellisen tuen puuttuminen, opiskelijoiden osallistumattomuus ja projektien keskeyttäminen. Tämän opinnäytetyön osalta kyseisiä ongelmia ei muodostunut. Projektiryhmän luoma alkuperäinen aikataulu piti koko työskentelyn ajan ja projektiryhmä toimi sitoutuneesti. Opiskelijat saivat jatkuvaa tukea ja palautetta työelämän edustajilta ja ohjaavilta opettajilta. Ohjaus ja tuki mahdollistivat työn etenemisen ja laadukkaan lopputuloksen.

Projektin onnistumisen arvioinnin mittaaminen on erittäin moniselitteistä. Jokaisella projektilla on sisällöllisiä, laadullisia, toteutuksellisia, taloudellisia ja ajallisia tavoitteita. Tavoitteet voivat olla keskenään ristiriidassa ja niiden tärkeysjärjestys voi vaihdella näkökulman mukaan. Onnistuneessa projektissa saavutetaan asetetut tavoitteet sovitun aikataulun ja resurssien mukaisesti. (Ruuska 2006.) Gynekologisen leikkauspotilaan kivun arviointia ja kirjaamista kuvaavat tavoitteet esitettiin projektisuunnitelmassa ja ne hyväksyttiin projektiryhmän kesken. Suunnitelmaseminaarissa työelämän edustajat antoivat palautetta ja kritiikkiä suun-

nitelmasta, joiden mukaan pyrittiin luomaan opinnäytetyölle sellaiset tavoitteet, jotka eivät ole ristiriidassa opinnäytetyölle esitettyihin vaatimuksiin. Lopullisiin tavoitteisiin päästiin ilman resurssien tai aikataulun ylittymistä.

Projektin vaikuttavuutta arvioitiin jo projektin suunnitelmaseminaarissa, sekä välitapaamisessa. Projektiryhmä koki, että opinnäytetyön tuloksien avulla voidaan kehittää kivun hoitotyötä osastoilla ja opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää henkilökunnan opetuksessa ja perehdytyksessä.

### 5.1 Projektin tuotoksen arviointi

Janhosen ja Vanhanen-Nuutisen (2005) mukaan asiantuntija osaa käyttää, löytää ja rajata työssään esiin tulevia kysymyksiä ja etsiä niihin tutkittuun tietoon perustuvia ratkaisumahdollisuuksia. Työntekijä, joka kehittää asiantuntijuuttaan tarkastelee kokemuksiaan kriittisesti. Axelinin ym. (2007) mukaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessia tulee arvioida kriittisesti.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan kritisoida tietokantojen epäyh-teneväisyyden vuoksi, koska se vaikeuttaa relevanttien alkuperäistutkimusten löytymistä (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Pyrimme välttämään tällaisen harhan syntymistä käyttämällä useita eri tietokantoja. Suomenkielisissä tietokannoissa teimme päällekkäiset haut Medic- ja Aleksi tietokantoihin, joista saimme päällekkäisten tutkimusten lisäksi toisessa esiintymättömiä tutkimuksia. Osallistuimme koululla informaation järjestämään opetukseen tiedonhausta, jossa käsiteltiin asiansojen etsimistä, sekä tietokantojen käyttöä. Tämä lisää myös kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta, koska tällöin tietokantojen käyttöön liittyvä osaamattomuus ei vähennä tiedonhaun luotettavuutta.

Tämän opinnäytetyön lähdemateriaalissa saattaa esiintyä toistojulkaisemisharhaa, sillä olemme joissain tapauksissa käyttäneet hoitotieteellistä artikkelia Pro gradu työn sijaan. Kääriäisen ja Lahtisen (2006) mukaan tulisi valita ensisijaisesti kattavin julkaisu tutkimuksesta. Tähän kuitenkin päädyttiin materiaalin runsauden vuoksi. Kääriäisen ja Lahtisen (2006) mukaan toistojulkaistujen alkuperäistutkimusten tunnistaminen voi olla ongelmallista.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun prosessin täytyy olla toistettavissa (Axelin ym. 2007). Pyrimme kuvaamaan tiedonhaun täsmällisesti ja testasimme toistettavuuden opinnäytetyössä syksyllä 2008 kuvattujen vaiheiden mukaisesti keväällä 2009. Toistettavuus oli hyvä ja tulokset olivat vastaavat edellisen haun kanssa.

Integroitua systemaattista kirjallisuuskatsausta olisi hyvä olla tekemässä vähintään kaksi tutkijaa, sillä se vähentää tutkimuksen subjektiivisuutta ja tutkijoiden työtaakkaa. Aineiston läpikäyminen toisen tutkijan kanssa kehittää ajattelua ja argumentointitaitoja. (Axelin ym. 2007.) Tämän vuoksi opinnäytetyöprosessissa opiskelijat toimivat tiiviissä yhteistyössä ilman selkeää tehtävänjakoa. Se mahdollisti jatkuvan dialogin ja paransi kirjallisuuskatsauksen subjektiivisuutta ja synteisiä.

Jatkotutkimusaiheet, jotka työstä nousivat, ovat kivun hoidon tutkimus erityisryhmillä, fyysisen ja psykologisen kivun hoito, kivun hoidon ohjaus, potilaskyselynä tehtävä kivun arvioinnin mittaaminen, sekä hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden mittaaminen. Kivun hoitotyön kirjaamista voidaan myös mitata projektiorganisaatioissa retrospektiivisenä tutkimuksena potilasasiakirjoista, jolloin projektiorganisaatio saa konkreettista tietoa kirjaamisen kehittämistarpeista.

## 5.2 Oppimisen ja asiantuntijuuteen kasvamisen arviointi

Ryhmässä työt voidaan jakaa osiin, jotka ratkaistaan yksilöllisesti ja kootaan lopuksi yhtenäiseksi tuotokseksi, josta käytetään nimitystä co-operative learning. Vaihtoehtoisesti ryhmän jäsenet voivat ratkaista tehtävät yhdessä, josta käytetään nimitystä collaborative learning. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005.) Käytimme opinnäytetyöprosessissa collaborative learning -tapaa. Tämän lisäksi käytimme dialogi oppimista, joka Janhosen ja Vanhanen-Nuutisen (2005) mukaan on yhteistoiminnallisen oppimisen kehittynein muoto. Siinä on tarkoitus muodostaa yhteinen oppimisen kohde ja tulkita sitä käytännön tilanteessa. Kohteeksi voidaan rajata tärkeäksi katsottuja työelämän tilanteita.

Yhteistoiminnallinen oppiminen tuottaa yleensä parempia tuloksia kuin yksin opiskelu. Yhteistoiminnallisen oppimisen keskeisiä piirteitä ovat positiivinen riippuvuus, vastuu, vuorovaikutuksen tukeminen, sosiaalisten- ja ryhmätöytäitojen harjaannuttaminen ja ryhmän toiminnan itsearviointi. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005.) Itsearviointiin lisäksi olemme jatkuvan vuorovaikutuksen takia antaneet toisillemme vertaistukea ja -arviointia. Janhosen ja Vanhanen-Nuutisen (2005) mukaan tärkein voimavara oppimisen kannalta, on ihmisten kanssakäyminen. Kun pyritään luomaan uutta tietoa pelkän tiedon jakamisen sijaan, oppimisen alue laajenee. Dialogioppimisessa tärkeää on taitava keskusteleminen kyselevällä ja tutkivalla otteella, sekä valintojen tekeminen. Vuorovaikutus ei ole väittelyä, vaan aktiivista ja osallistuvaa kuuntelua. Opinnäytetyön alkuvaiheessa yhteisten toimintalinjojen löytyminen oli haastavaa.

Tulevaisuudessa suuri osa terveydenhuoltoalan työstä ja palveluista tullaan tarjoamaan erilaisten projektien kautta (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001). Projektissa oppimien valmentaa opiskelijoita tulevaisuuden työn kehittämiseen, ja antaa hyvän kuvan projektin eduista työelämän kehittämisessä.

Työn muutoksen myötä käsitys asiantuntijuudesta ja asiantuntijaksi oppimisesta on muuttunut. Tulevaisuuden työntekijät joutuvat toistuvasti etsimään viimeisintä tietoa, löytämään ratkaisuja ongelmiin ja tekemään moniammatillista yhteistyötä. Tämä edellyttää työntekijöiltä monipuolisia ammatillisia taitoja. Tämän takia koulutuksessa korostuvat vastuunotto omasta oppimisesta, oppivan asenteen omaksuminen, näkemys elinikäisestä oppimisesta ja halu itsensä kehittämiseen. (Iivanainen ym. 2001.) Projektissa opiskelijat joutuvat itsenäisesti hakemaan tietoa, mikä on ainakin meidän osaltamme kehittänyt omatoimista tieteellisen tiedon etsimistä käytännön työn pohjaksi. Se on myös antanut valmiudet tiedon käytettävyyden arvioinnille. Alkuun koimme tiedonhaun haastavaksi vähäisen tietokantojen käyttämisen vuoksi.

Asiantuntijuus on tieteellisen tiedon hallintaa, siten että sitä voidaan soveltaa käytäntöön. Työ jäsennetään teorioiden ja mallien pohjalta. Ilman teoreettista tietoa ammatinharjoittaja ei kykene soveltamaan tietoaan käytäntöön. Koulutus kehittää opiskelijoita toimimaan muutoksessa ja tuottamaan muutosta. Ammatillisen kasvun mahdollistamiseksi koulutuksen on annettava opiskelijoille valmiuksia etsiä, arvioida ja valikoida tietoa itse, joka luo valmiudet itsenäiselle päätöksenteolle. Tarvitaan myös kriittisen ja reflektiivisen ajattelun taitoja, sekä yhteistyö ja kommunikointitaitoja. (Iivanainen ym. 2001.) Käytännön hoitotyön kehittämishankkeessa toimiminen on kehittänyt itsenäistä työtettä ja syventänyt reflektiotaitojamme.

Opinnäytetyön kirjoittaminen lisäsi kliinistä osaamistamme gynekologisen leikkauspotilaan kivun hoitotyön osalta. Pystyimme opinnäytetyön avulla syventämään osaamistamme naisten tautien ja kirurgian erikoisaloilta, joiden oppiminen olisi voinut jäädä muuten pintapuoliseksi. Koemme myös, että erityisesti opimme tärkeää tietoa tulevasta strukturoidun kirjaamisen mallista. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen oli haastava, mutta antoisa prosessi.

### 5.3 Suositeltavaa luettavaa

Käytimme opinnäytetyössä paljon lähteitä ja keräsimme tähän suositeltavaa kirjallisuutta kivun hoitotyöstä ja sen kirjaamisesta. Tarkemmat tiedot tutkimuksista ja kirjallisuudesta löytyvät lähdeluettelosta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen suosittelemme Turun hoitotieteen laitoksen julkaisua Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen.

1. Kalso & Vainio: Kipu
2. Väänänen: Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa
3. Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä: Kivun hoitotyö
4. Salanterä: Lähtökohtia näyttöön perustuvalla kivuliaan potilaan hoitotyölle
5. Raappana: Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana
6. Pahlman & Tohmo: Voimavarojen suuntaaminen kivun hoitoon - lääketieteellisesti ja taloudellisesti järkevää - myös juridis-eettisesti perusteltua
7. Salanterä & Särkioja: Hoitotyön edellytykset ja toteutuminen kipuklinikassa sairaanhoitajan ja potilaan näkökulmasta
8. Flinkman & Salanterä: Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa
9. Nilsson: The anxiety- and pain-reducing effects of music intervention: A systematic review

## LÄHTEET:

- Adams, N., Poole, H. & Richardson, C. 2006. Psychological approaches for the nursing management of chronic pain: Part 2. *Journal of Clinical Nursing*. 2006, 15. s. 1196-1202.
- Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Digipaino-Turun yliopisto: Turku.
- Bjällie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O., & Toverud, K. 1999. Ihminen, Fysiologia ja anatomia. WSOY: Helsinki.
- Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredling, R. 2003b. Improving documentation using a nursing model. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of Advanced nursing*. 43(4), 402-410.
- Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredling, R. 2003a. Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12: 206-214.
- Ehrenberg, A. & Idvall, E. 2002. Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11: 734-742.
- Ensio, A., Kaakinen, P. & Liljamo, P. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöönhoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot - hanke 2007-2008.
- Estlander, A-M. & Vainio, A. 2004a. Akuutti ja krooninen kipu. Kipu psykososiaalisen häiriön viestinä. Teoksessa Kipu. toim. Kalso, E. & Vainio, A. 2. painoksen muuttamaton jatkopainos. Kustannus oy Duodecim. Gummeruksen kirjapaino oy: Jyväskylä.
- Estlander, A-M. & Vainio, A. 2004b. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa Kipu. toim. Kalso, E. & Vainio, A. 2. painoksen muuttamaton jatkopainos. Kustannus oy Duodecim. Gummeruksen kirjapaino oy: Jyväskylä.
- Estlander, A-M., Kalso, E. & Vainio, A. 2004. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kipu. toim. Kalso, E. & Vainio, A. 2. painoksen muuttamaton jatkopainos. Kustannus oy Duodecim. Gummeruksen kirjapaino oy: Jyväskylä.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2004. Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa. *Tutkiva hoitotyö vol.2 nro 3*, 2004.
- Freitag, M., Gottschalk, A., Schuster, M. & Standl, T. 2004. Cost Drivers in Patient-Controlled Analgesia for Postoperative Pain Management after Major Surgery. *Anesth Analg*. 2004 (98). s. 708-713.
- Granström, V. 2004. Kipu on aina myös korvien välissä. *Duodecim*. 2004;120:207-11.
- Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. & Salanterä, S. 2006. Luku 8. Kivun hoitotyön osa-alueita. Teoksessa *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. *Keuruu: Otavan kirjapaino*.
- Heinonen, P. 2004. Tärkeimmät gynekologiset leikkaukset. Teoksessa *Naistentaudit ja synnyttykset*. toim. Kauppila, A. & Ylikorkala, O. 4. uudistettu painos. Kustannus oy Duodecim: Helsinki.



Hupli, M., Junttila, K. & Salanterä, S. 2005. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, vol. 52(3). s. 271-280.

HUS. 2009. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Naistentaudit ja synnytykset. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,643>>. (Viitattu 17.3.2009).

IASP - International Association for the Study of Pain. 1994. IASP pain terminology. [WWW-dokumentti]. <<http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=6648#Pain>>. (Viitattu 9.12.2009).

Iivanainen, A, Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Luku 1. Hoitotyön peruspilarit. Teoksessa Hoitamisen taito. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ikonomidou, E., Naesh, O. & Rehnström, A. 2004. Effect of music on Vital Signs and Postoperative pain. *AORN Journal*. August 2004, VOL 80, NO 2.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Asiantuntijuuden kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa Kohti asiantuntijuutta - oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Toim. Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. Vantaa: WSOY.

Janssen-Cilag. 2008. Ionsys Fentanyl HCl. Tietoja lääkäreille, sairaanhoitajille, farmaseuteille ja lääkintähenkilöstölle. Espoo: Janssen-Cilag Oy.

Kalso, E. 2004. Kipu tutkimuskohteena. Teoksessa Kipu. toim. Kalso, E. & Vainio, A. 2. painoksen muuttamaton jatkokopio. Kustannus oy Duodecim. Gummeruksen kirjapaino oy: Jyväskylä.

Kankkunen, P., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Kansainvälisten kipumittareiden käyttö lasten kivun arvioinnissa hoitotyössä. *Hoitotiede*. 1999, Vol. 11, no 5/-99.

Korhonen, A. & Pölkki, T. 2008. Keskosten kivun arvioinnin kirjaaminen: retrospektiivinen tutkimus potilasasiakirjoista. *Tutkiva hoitotyö*. Vol.6 (1), 2008. s. 5-11.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2007. Kivun arviointi. Sairanhoitajan käsikirja. *Terveysportti*. [WWW-dokumentti]. <[http://nelli.laurea.fi:2056/terveysportti/ekirjat.koti?p\\_db=shk&p\\_haku=kipuanalyysi](http://nelli.laurea.fi:2056/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=kipuanalyysi)>. (Viitattu 4.12.2008).

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajan arvioimana. *Hoitotiede* vol. 14 (5) 2002. s.243-253

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* vol. 18, no 1/-06. s. 37-45.

L= 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. [WWW-dokumentti]. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. (Viitattu 9.12.2009).

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2006. Opinto-opas 2006-2007. Edita Prima Oy.

Leino-Kilpi, H., Leinonen, T., Lertola, K. & Ståhlberg, M-R. 2001. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, 35(2), 294-306.

Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalaassa. *Tutkiva hoitotyö* vol 2 nro 2. 2004 . s. 4-9.

Liljeblad, T-K. 2007. Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanke 2007-2012. Hankesuunnitelma.

- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Osa 1. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Gummeruksen kirjapaino yo: Jyväskylä.
- Nilsson, U. 2008. The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *Aorn Journal*. 2008, vol 87 (4). s. 780-807.
- Niskanen, A. 2007. Kipuanalyysi. Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti]. <[http://nelli.laurea.fi:2056/tti/ekirjat.koti?p\\_db=shk&p\\_haku=kipuanalyysi](http://nelli.laurea.fi:2056/tti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=kipuanalyysi)>. (Viitattu 4.12.2008).
- Nybo, T. & Pirttilä, T. 2004. Kipu ja Kognitio. *Duodecim* 2004;120:199-305.
- Owen, K. 2005. Documentation in nursing practice. *Nursing standard*. 19, 32, 48-49.
- Pahlman, I. & Tohmo, H. 2001. Voimavarojen suuntaaminen kivun hoitoon - lääketieteellisesti ja taloudellisesti järkevää-myös juridis-eettisesti perusteltua. *Suomen lääkäri-lehti*. 2001, Vsk 56 (45).
- Pietilä, A-M. Pölkki, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. Lapsipotilaiden kokemuksia postoperatiivisen kivun hoidosta. *Tutkiva hoitotyö* vol. 1 nro 2. 2003. s 22-27.
- Raappana, M. 2001. Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Tutkielma. Kuopio: Kuopion Yliopisto.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet - Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Ruuska, K. 2006. Terveystieteiden projektinhallinta - Mallit, työkalut, ihmiset. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Salanterä, S. 2003. Lähtökohtia näyttöön perustuvalle kivuliaan potilaan hoitotyölle. Teoksessa Lauri, S. Näyttöön perustuva hoitotyö. WSOY: Juva.
- Sairaanhoidajaliitto. 2009. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. [WWW-dokumentti]. <[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoidajan\\_tyo/sairaanhoidajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_tyo/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/)>. (Viitattu 4.12.2008).
- Salanterä, S. & Särkioja, T. 2003. Hoitotyön edellytykset ja toteutuminen kipuklinikassa sairaanhoidajan ja potilaan näkökulmasta. *Tutkiva hoitotyö* vol. 1 nro 1, 2003. 16-23.
- Salmenoja, H. & Salminen, E. 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon?. *Duodecim*. 2007;123:825-8.
- Saranto, K. & Sonninen, A.L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A. L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY: Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen, sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Moniste. 2001:3.
- Suomen kivuntutkimusyhdistys. 2003. Kipukysely.
- Tantt, K. 2008. Suomalainen hoidon tarve- ja toimintoluokitus. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin hanke 2005-2008 (HoiDok), Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke 2007-2009 (HoiData).
- Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Warrén-Stomberg, M. & Öman, U-B. 2006. Patients undergoing total hip arthroplasty: a perioperative pain experience. *Journal of Clinical nursing*. 15, 451-458.

## Liite 1 Tutkijan taulukko

Tutkimusartikkeli: kirjoittajat, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde:	Tutkimustehtävä / tutkimusongelma:	Tutkimusmenetelmä: -tiedonkeruu (mittari, perusjoukko, otos):	Tutkimusaineiston analysointi:	Kivun arviointi:	Käytetyt hoito-työn menetelmät:	Kivun hoito-työn kirjaaminen:	Keskeiset tulokset:	Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuseettiset kysymykset:
Niskanen, A. 2007. Kipu-analyysi.				Kipuanalyysissä potilas voi itse kuvaata kivun sijainnin, keston, laadun, voimakkuuden, auttaneet menetelmät kivun hoidossa, käytetyn lääkehoidon ja sen vaikuttavuuden, kipuun liittyneet oireet, potilaan kokemat ongelmat ja		Toimii dokumenttina potilaspapereissa potilaan kivusta hänen itsensä arvioimana. Voidaan toistaa esim. uusia hoitomenetelmiä kokeiltaessa. Antaa luotettavan kuvauksen potilaan kivun tilanteesta.		Sairaanhoidajan käsikirja ja sen Terveystieteen portissa julkaistut artikkelit ovat luotettavia lähteitä, koska ne ovat yleisesti hyväksytyjä käytettäväksi hoitotyössä ja ne perustuvat laaja-alaiseen tutkimusnäyttöön.

				liikkumisky- vyn.				
Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2007. Kivun arviointi.	Kivun arvioinnin kuvaaminen.			Kipu arvioidaan suhteessa normaaliin elämään. Kivun arviointiin käytetään haastattelua, potilaan tarkkailua ja tutkimuksia, sekä kivun arvioinnin apuvälineitä: VAS, Kipusanasto, Kipuanalyysi ja numeerinen luokitusasteikko.	Kivun tarkkailussa otetaan huomioon tapahtumat ennen kivun alkamista, aikaisemmat samantyyppiset kipukokemukset ja potilaan suhtautuminen niihin, aiemmat sairaudet, lääkitykset, leikkaukset, kivunhoitomenetelmät jne., kivun vaikutukset työhön ja uneen.	Kivun arviointi kirjataan toistuvasti samaa arviointimenetelmää käyttäen.		Sairaanhoidajan käsikirja ja sen Terveystieteissä julkaistut artikkelit ovat luotettavia lähteitä, koska ne ovat yleisesti hyväksytyjä käytettäväksi hoitotyössä ja ne perustuvat laaja-alaiseen tutkimusnäyttöön.
Salanterä, S. 2003. Lähtökohtia näyttöön perustuvalle kivuliaan potilaan hoitotyölle.	Tarkoitus pohtia näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamismahdollisuuksia kivun hoitotyössä.	Katsaus olemassa olevaan tietoon Medline tietokannasta tehdyillä kirjallisuushaulla vuosilta 1968-1999. Katsaus	Aineisto analysoitu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaisesti.	Erilaisia kivun arvioinnin mittareita on paljon, mutta niiden vaikuttavuutta ei ole	Erityisesti farmakologisia hoitotyön menetelmiä. Vähemmän käyttäytymiseen ja kognitioon perustuvia menetelmiä.		Kivun hoitotyöstä ei voi vielä tehdä näyttöön perustuvan hoitotyön suosituksia. Yhdistämällä tämän hetkinen tutkimustieto kliiniseen asiantun-	Artikkelin pohjana on systemoitu kirjallisuuskatsaus, josta ilmenee, mikä on kirjoittajan omaa tulkintaa ja mikä tutkimuksista lainattua.

		perustuu artikkelien otsikoissa käytettäviin termeihin.		juurikaan tutkittu. Monia mittareita on testattu vain jonkin tietyn potilasryhmän kohdalla. Kipumittareiden käyttöönotto on ollut hidasta, sillä niitä ei tunneta, koeta tarpeelliseksi, eikä niitä osata käyttää.	Jonkin verran oli myös kuvattu fysikaalisia hoitomenetelmiä.		temukseen, voimme systematisoida kivun hoitotyötä jona nyt.	
Korhonen, A. & Pölkki, T. 2008. Keskosten kivun arvioinnin kirjaaminen: retrospektiivinen tutkimus potilasasiakirjoista.	Kuvata keskosten kivun arvioinnin kirjaamista vastasyntyneiden tehosastolla potilasasiakirjojen perusteella.	Tutkimusaineisto koostui potilasasiakirjojen kivun kivun arviointiin liittyvistä merkinnöistä (n=78). Aineisto koottiin yhden osaston 01/03-04/06 väliseltä	Jokainen kipulääkkeen antokerta kirjattiin itsenäisenä havainnointina, johon liittyvää kirjaimista arviointiin havainnointilomakkeen osioiden mukaan. Aineisto analy-	Kivun arviointi on osa kivun hoitotyötä ja sen kirjaaminen muodostaa pohjan auttamismenetelmien valinnalle ja niiden vai-	Tutkimuksessa lähtökohtana oli kipulääkkeen anto. Vain harvoissa potilasasiakirjoissa oli mainittu jokin muu kivunlievitykseen käytetty hoitotyön auttamismenetel-	1. Systemaattiset merkinnät asiakirjoissa. 2. Kivun arvioinnin dokumentointi on perusta kivun vaikuttavuuden arvioin-	Keskosten kivun arviointi ja sen kirjaaminen on riittämätöntä. Asiakirjoihin on kirjattu kipulääkkeen antaminen, muttei kivun oireita tai lääkkeen vaikutuksia.	Strukturoitu havainnointilomake luotettava. Lomaketta korjattu asiantuntijoiden neuvojen mukaan. Aineiston keruun teki kokenut toinen kirjoittaja.

		ajalta. Valintakriteerinä pidettiin kipulääkkeen antaminen.	soitiin SPSS-ohjelmalla.	kuttavuuden arvioinnille.	mä.	nille. 3. Systemaattinen arviointi kipumittarilla. 4. Muutokset edellyttävät koulutusta.		
Raappana, M. 2001. Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana.	Kuvata päiväkirurgisen aikuispotilaan arvioimaa leikkauksen jälkeistä kipua, kivun hoitoa ja kipua ennaltaehkäisevää ohjausta.	Tutkimusaineisto koottiin yli 18-vuotiailta päiväkirurgisilta potilailta (n 170). Aineistonkeruumenetelmänä oli strukturoitu lomake, joka toteutettiin postoperatiivisessa vaiheessa. Vastausprosentti oli 60 %.	Tutkimustulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmalla. Tulokset esitetään frekvenssi- ja prosenttija-kaumina, taulukoina, sekä kuvoina.	Tutkittavat arvioivat kipua VAS-asteikolla, sekä verbaalisenä arviona (VDS). VAS-mittari helpottaa kivun arvioimista ja tekee arvioinnin ymmärrettäväksi.	Kipulääkkeet, keskustelu, henkilökunnan keskittyminen potilaaseen, kosketus, huumori, uni, lepo, asentohoito, rentoutuminen.		Tiedonsaannin arvioi tarpeelliseksi 76 % vastaajista. Ennen toimenpidettä vain 68 % koki saaneensa riittävästi tietoa kivusta ja 62 % kivunlievitysmenetelmistä. Lisätietoa kivusta arvioi tarvitsevänsä 37 % vastaajista.	Tiedot on kerätty pieneltä joukolta, joten tulokset eivät ole yleistettävissä. Tutkimuslupa eettiseltä lautakunnalta. Anonymiteetti säilynyt.
Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata kivun kirjaamista sähköisessä potilaskerto-	Tutkimusaineisto (n 3432) koostui potilas-papereista. Aineisto koostui sekä rakentei-	Metodologinen lähestymistapa oli kvalitatiivinen ja aineiston analyysi perustui sisällönanalyysiin	Eniten käytetty komponentin fyysinen tasapaino alaluokkaa	Yleisesti kirjattu potilaan sen hetkistä kipua ja kivun sijaintia, tai sen hetkistä kipua ja siihen	Tutkimuksessa kuvattiin kivun hoidon ja siihen liittyvien hoitotyön	Laadukkaaseen kivun hoidon kirjaamiseen tarvitaan yhtenäinen kirjaamismalli, joka mahdollistaa	Tutkimuslupa eettiseltä lautakunnalta. Anonymiteetti säilyi kirjanneiden hoitajien kohdalta, sekä potilaalla. Laaja

	muksessa sekä arvioida miten Suomalainen Hoitotyön toimintoluokitus (ShTol) soveltuu kivun hoidon kattavaan kirjaamiseen.	sesti kirjatusta tiedosta, että kivun hoidon narratiivisista tekstikuvauksista.	ja kvalifikaatioon. Aineiston analyysi perustui Suomalaiseen hoitotyön toimintaluokituksen versioon 1.2 vuodelta 2007.	Kivun arviointi. Vapaaseen kirjoituskenttään alaluokan alle oli kirjauksia tehty vähän. Kivun voimakkuuden mittamista oli kirjattu vähän. Kommentit olivat yleisesti lyhyitä.	annettua lääkettä. Mainittu vain annettu lääkettä, eikä kirjauksesta käynyt selville mihin lääke oli annettu. Kivunhoitokeinoja olivat lääkehoito, asentohoito, happi, liikunta, vuodelepo ja rauhallinen keskustelu potilaan kanssa.	menetelmien kirjaamista uuden hoitotyön rakenteisen kirjaamisen näkökulmasta.	dokumentointiin perustuvan kivun hoidon arvioinnin.	tutkimusaineisto.
Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredling, R. 2003. Improving documentation using a nursing model. Experience before and throughout the nursing career.	Kuvata sairaanhoitajien käsityksiä ja asenteita strukturoidun kirjaamisen kehittämistä ja kehittää hypoteeseja jatkotutkimuksiin strukturoidun kirjaamisen vaikutuksista.	Tutkimusmetodina käytettiin fokusoituja ryhmähaastatteluja. Aineisto kerättiin 34 sairaanhoitajalta kolmelta eri yliopistosairaalan osastolta.	Aineisto analysoitiin kvalitatiivisen analyysin metodin mukaisesti. Haastattelun aineistot kirjoitettiin teksteiksi ja kerättiin eri muuttujien mukaisesti.			Tutkimuksessa kuvattiin sairaanhoitajien käsityksiä uudesta strukturoidusta kirjaamisesta. Kirjaaminen vaikutti suuresti heidän rooliinsa sairaanhoitajana.	Kirjaamiseen kuluu enemmän aikaa ja hoitotyö muuttui entistä enemmän kansliatyöksi. Toisaalta kirjaaminen antoi enemmän kokonaiskuvausta hoitotyöstä ja auttoi näkemään paremmin kokonaisuuksia.	Tutkimuslupa saatu eettiseltä komitealta. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Vastaajien anonymiteetti säilyi.



						na.		
Pietilä, A-M. Pölkki, T. &Vehviläinen- Julkunen, K. Lapsipotilaiden kokemuksia postoperatiivi- sen kivun hoi- dosta.	1. Millaisia ko- kemuksia poti- lailla on hoitaji- en ja vanhempi- en käyttämistä kivunlievitysme- netelmistä? 2. Millaisia toi- vomuksia lapsil- la on hoitajille ja vanhemmille kivunhoidon kehittämiseksi?	Otanta 52 las- ta, keski-ikä 10,2 v. Tyttöjä 62%. Teemahaastat- telu.	Deduktiivisesti ja induktiivisesti etenevä sisällön- analyysi.	Hoitajat kävivät kyse- lemässä, esiintyikö lapsilla ki- pua.	Kipulääkkeiden antaminen , auttaminen päivittäisissä toiminnoissa , ajatusten muu- alle suuntaami- nen, voinnin ja kipulääkkeen tarpeen kysymi- nen, asentohoi- to, läsnäolo, lämmönsäätely, kosketus, tiedon antaminen, haavasiteiden vaihtaminen.		1. Lasten kivun- hoidossa tarvitaan monipuolisia kivun- lievitysmenetel- miä. Ympäristö tärkeä. 2. Ohjauksen te- hostamiseksi tärke- ää laatia kivunhoi- totyön ohje 3. Lapsen näkökul- man huomiointi. 4. Lapsen luona oleminen ja hänen kanssaan puuhailu tärkeää. Kipulääki- tyksen tehostami- nen.	Tiedote ja suostu- muslomakkeet osal- listujille, lapsen ja hänen vanhempansa tapaaminen ennen haastattelua. Esi- haastattelu viidelle lapselle→korjaukset. Aineiston keräämi- nen lapsilta. Hiljais- ten lasten haastatte- lu ongelmallista. Luotettavuuteen saattoivat vaikuttaa myös haastattelijasta riippumattomat tekijät.
Lehti, T. Hoito- työn kirjaami- sen kehitys Turun yliopis- tollisessa kes- kussairaalassa.	1. Miten kir- jausmerkintöjen määrä ja laatu ovat muuttu- neet vuodesta 1993 vuoteen 2002 mennessä potilaan tuloti- lanteen sekä hoitotyön on- gelmien, seu-	Puolistrukturoi- tu arviointilo- make. 42-36 eri osastoa. Arvi- ointitiimi pysy- nyt melko sa- mana vuodesta 1989. Arvioitu- jen hoitoker- tomusten mää- rä 185-	Tulokset tallen- nettiin ATK:lle ja niistä lasket- tiin frekvenssit ja prosenttija- kaumat koko aineistolle.			lähtökohtana potilaan tiedot ja hänen tar- peensa.  Rakenne: hoitotyön ongelmien, tavoitteiden ja toiminto-	Tulosy, aikaisem- mat sairaudet, yliherkkyydet ja kotilääkitys yleises- ti hyvin kirjattu. Terveyskäyttäyty- miseen liittyvät asiat huonommin. Ongelmallisinta salassapitovelvolli- suuden ja tietojen	Asiantuntijaryhmä pysynyt melko sama- na. Arvioitavat hoi- tokertomukset valit- tu sattumanvaraises- ti. Potilaita ei voi tun- nistaa.

	<p>rannan ja toteutuksen osalta.</p> <p>2. Miten hoitotyön vaikuttavuus näkyy kirjaamisessa ja potilaan hoidossa</p> <p>3. Miten hoitotyön loogisuus ja kokonaistaso ovat parantuneet</p>	358/vuosi.				<p>jen määrittäminen, hoitotyön toteutus ja seuranta, sekä hoitotyön vaikuttavuuden ja kokonaishoidon arviointi.</p>	<p>luovuttamisen sääntöjen kirjaaminen. Merkinnät avuntarpeesta ja sosiaalisesta tilanteesta ovat lisääntyneet, lukuun ottamatta psyykkisiä tekijöitä.</p> <p>Hoitotyön keinot suhteessa potilaan ongelmiin kirjattu hyvin. Hoitotyön vaikuttavuuden kirjaaminen ja ohjaukseen liittyvät merkinnät lisääntyneet koko ajan.</p>	
<p>Kuuppelomäki, M. Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajan arvioimana.</p>	<p>1. Kuinka yleistä kipujen esiintyminen on kuolevalla potilaalla?</p> <p>2. Miten kuolevan potilaan kivunhoito toteutuu terveyskeskuksissa?</p> <p>3. Miten terve-</p>	<p>Aineiston keruu strukturoidulla kyselylomakkeella hoitajilta. Sis. 51 kysymystä (osa laajempaa kuolevan potilaan hoitokyselyä). Kipua</p>	<p>Monivalinta kysymykset SPSS-ohjelmalla → aineiston tarkastelu frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Kivun hoidon toteutus-</p>	<p>Yleisin arviointi menetelmä oli keskustelu ilman erityisiä kipumittareita asenteikolla lievä-sietämätön.</p>	<p>Asentohoito oli kipulääkkeiden lisäksi yleisin hoitomenetelmä. Muita menetelmiä käytettiin erittäin harvoin Sovittu kivun hoitokäytäntö oli kirja-</p>		<p>1. Kuolevalla potilaalla on usein kipuja</p> <p>2. Käsitkset omasta toiminnasta myönteisiä. Valtaosa koki kivunhoitotyön moniammatilliseksi toiminnaksi. Kivunhoitoa</p>	<p>Kyselylomake esitettävällä on useimmiten 6 sairaanhoitajalla. Vapaaehtoisuus, oikeus pysyä tuntemattomana, aineiston käsittelyluottamuksellisesti ja tutkimus-luvat kysyttiin. Tutkimus ei kaikilta</p>

	yskeskuksen väestöpohja ja kuolevan potilaan hoitotyön kehittäminen osastolla ovat yhteydessä kipujen esiintyvyyteen ja kivun hoidon toteutumiseen?	koskevia kysymyksiä yhdeksän ja yksi avoin kysymys.  Otanta 32 TA:ta, joista 18 mukana tietoisuuden valinnan perusteella, loput ryväsotannalla. Vastausprosentti 72.	ta käsittelevistä kuudesta väitelmästä muodotettiin summamuuttuja mitaamaan hoidon toteutuksen laatua → Cronbachin alfa 0,82. Hoitotyön kehittämisen yhteyttä edelliseen tutkittiin Kruskal-Wallis-testillä. Muita tutkimusmenetelmiä Mann-Whitney U-testi, ristiintaulukointi ja Khin neliösuuretesti.	Numeerisia asteikkoja ja janoja käytettiin vain erittäin harvoin.	uksen ohella yksi huonoimmin toteutuneista osa-alueista.		koskeva koulutus-tarve vähäistä. 3. Niillä osastoilla, joilla oli kehittämistoimintaa, kivunhoito toteutui paremmin.	osin täytä yleistettävyyden kriteereitä.
Warrén-Stomberg, M. & Öman, U-B. 2006. Patients undergoing total hip arthroplasty: a perioperative pain experience.	Tarkoituksena oli tutkia potilaiden perioperatiivista kipukokemusta, sekä potilaiden tyytyväisyyttä kivun hoitoon.	Tutkimusaineisto koostui 112 potilaasta, joille annettiin 17 kysymystä käsittävä kyselylomake neljäntenä postoperatiivisena päivänä. Kysy-	Aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS-ohjelmaa.	Kivun arviointiin käytettiin tutkimuksessa VAS-mittaria.	Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa kivun lievitykseen. Tutkimuksessa oli keskitytty kipulääkkeen antamiseen, jonka potilaat saivat yleensä		Postoperatiivinen kipu oli potilailla kohtuullisen vähäistä. Kipu oli yleisesti kovempaa ennen leikkausta, kuin leikkauksen jälkeen. Potilaat myös odottivat leikkauksen jälkei-	Tutkimuslupa eettiseltä toimikunnalta. Anonymiteetti säilyi tutkimuksessa. Vastaaminen vapaaehtoisista.

		myslomake sisälsi valmiita vastausvaihtoehtoja ja VAS-mittareita kivun arviointiin. Vastausprosentti 93 %.			alle 15 minuutissa kun he sitä pyysivät.		sen kivun olevan kovempaa kuin mitä sen todellisuudessa oli. On tärkeää, että hoitohenkilökunta antaa potilaalle realistiset odotukset kivun suhteen.	
Ikonomidou, E., Naesh, O. & Rehnström, A. 2004. Effect of music on Vital Signs and Post-operative pain.	Tutkimuksen tarkoitus oli testata rentoutavan musiikin kuuntelun vaikutusta kipuun, pahoinvointiin, peruselintoimintoihin preoperatiivisesti ja postoperatiivisesti gynekologisen laparoskopian aikana.	Tutkimukseen osallistui 60 potilasta, jotka jaettiin kahden ryhmään joista toinen ryhmä kuunteli rentouttavaa musiikkia ja toinen ryhmä ei kuunnellut musiikkia, sai kuitenkin kuulokkeet ja heille annettiin samalla tavalla mahdollisuus rauhoittumiseen kuin musiikkia kuunte-	Aineisto koostui potilaiden peruselintoimintojen kirjauksista, sekä kivun, pahoinvoinnin ja hyvinvoinnin mittauksista. Ne analysoitiin keräämällä tiedot ryhmittäin ja vertailemalla tuloksia.	Kivun arviointiin käytettiin tutkimuksessa VAS-mittaria.			Kahden ryhmän välillä ei ollut näkyvää eroa missään testatussa osaluueessa. Sen sijaan huomattiin, että molempien ryhmien tulokset olivat selkeästi parempia kuin normaaleilla potilailla, jonka ajateltiin johtuvan rentoutumisen mahdollisuudesta molemmille ryhmille. Puolen tunnin lepo heräämössä ennen ja jälkeen leikkauksen vaikuttaa positiivisesti. Sen	Osallistuminen vapaaehtoista. Tutkimuksessa ei ollut käytetty sokkoryhmää, joka ei olisi saanut rentoutua ennen ja jälkeen leikkauksen. Anonymiteetti säilyi.

		levalle ryhmäl- le. Kivun voi- makuus VAS -mittarilla.					sijaan itse musiikil- la ei ollut merkitys- tä, muttei haittaa- kaan.	
Ehrenberg, A. & Idvall, E. 2002. Nursing docu- mentation of postoperative pain manage- ment.	Tarkoituksena oli tutkia posto- peratiivisen kivun hoidon kirjaamista yleisten kirjaa- misen tavoittei- den ja säädösten mukaisesti.	Aineisto koostui 172 potilaan hoitokertomuk- sista ja 63 hoitajan kirja- uksista kirurgi- silla osastoilla Ruotsissa.	Aineiston ana- lysointiin kehi- tettiin mittari, johon oli kerätty erilaisia muuttu- jia.	Yleisin kir- jattu asia oli potilaan oma arvio kivusta. Kivun sijainti a oli kirjattu 50% potilais- ta ja kivun tyyppi 11,6%. Vähintään kerran kipua oli arvioitu jollakin kivun arviointiin kehitettyllä instrumentil- la 65,5% potilaista.	Yleisin kirjauk- sissa ilmennyt kivun hoitotyön menetelmä oli lääkehoito. Suunnitelmallis- ta kivun lievitys- tä ilmeni har- voin.	Suurimmassa osassa kirja- uksista ei ollut merkit- ty kivunlievi- tyksen ja hoitotyön tavoitteita, eikä hoito- työn diag- nooseja kir- jauksessa ollut käytet- ty.	Tutkimuksessa vertailtiin perus- koulutuksen saa- neiden sairaanhoi- tajien ja erikois- koulutuksen saa- neiden sairaanhoi- tajien kirjauksia. Erikoistumisopinnot käyneiden kirjauk- set olivat selkeästi kattavampia, sekä heidän arvio omista kirjauksistaan oli realistisempi kuin peruskoulutuksen saaneiden sairaan- hoitajien.	Tutkimuslupa saatu eettiseltä komiteal- ta. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Vas- taajien anonymiteetti säilyi.
Björvell, C., Thorell- Ekstrand, I. & Wredling, R. 2003. Prerequi- sited and con- sequences of nursing docu-	Tarkoituksena oli valaista teki- jöitä jotka ovat yhteydessä sai- raanhoitajien kirjaamiseen akuutissa hoito- työssä, kun	Aineisto koostui 377 sairaanhoi- tajasta, jotka jaettiin kah- teen ryhmään. Molemmat ryhmät saivat kolmen päivän	Tulokset taulu- koitiin ja ryhmi- en välisiä vasta- uksia verrattiin T-testillä ja chi- square-testillä.			Tulokset osoittivat, että suurim- malla osalla vastaajista uusi kirjaa- mistapa lisäsi jokapäiväi-		Kyseessä on hoitotie- teellinen tutkimus, joka on osa suurem- paa kirjaamisen kehittämisprojektia Ruotsissa. Tutkimuk- sessa ei ole ollut eettisiä ongelmia.

mentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses.	kirjataan systemaattisen kirjaamistavan mukaisesti. Tutkimus perustuu Ruotsalaiseen kirjaamisen VIPS-malliin.	kurssin systemaattisesta kirjaamisesta, ja toinen ryhmä oli tämän lisäksi osallistunut kahden vuoden mittaiseen kattavaan intervention luomisohjelmaan. Tutkimusta varten luotiin kyselylomake, joka sisälsi 20 kysymystä.				sessä työssä potilaiden turvallisuutta ja helpottaa kirjaamista.		Sitä voidaan pitää luotettavana. Anonymiteetti säilyi.
Leino-Kilpi, H., Leinonen, T., Lertola, K. & Ståhlberg, M-R. 2001. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. Journal of Advanced	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka potilaat arvioivat perioperatiivista hoitotyötä operatiivisella osastolla ja heräämössä.	Kysymyslomake rakennettiin Leino-Kilven Hyvä hoitomittarin pohjalta. Kysymyslomakkeessa oli 50-kysymystä, jotka käsittelivät hoitoa osastolla. Vastausvaihtoehtoina oli Likert-	Tulokset analysoitiin käyttämällä SPSS, Statistica ja SAS-ohjelmia.		Kivun hoidon osuuden potilaan arvioivat hyväksi. Suurin osa oli myös tyytyväisiä anestesiaan.		Tutkimuksessa arvioidut kategoriat eivät potilaiden vastauksissa eronneet tyytyväisyydessä juurikaan. Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Potilaat olivat yleisesti tyytyväisiä saa-	Tutkimuksessa ei ollut mitään eettisiä ongelmia. Tutkimus on laadukas hoitotieteellinen tutkimus ja sitä kautta sopiva lähteeksi.

Nursing. 2001, 35(2), 294-306.		asteikko 0-5.					maansa hoitoon.	
Owen, K. 2005. Documentation in nursing practice. Nursing standard. 19, 32, 48-49.	Kyseessä on katsaus kirjaimiseen hoitohenkilökunnan työssä.	Artikkelissa pohjataan lähdekirjallisuuteen.				Potilasasia-kirjojen tulee olla selkeitä, täsmällisiä ja kattavia, jotta hoitotyö tulee selkeästi esille ja kirjaukset ovat laillisesti päteviä. Kirjaaminen toimii mittarina hoidon laadulle ja riskienhallinnalle, sekä luo pohjan evidenssiperustaiselle hoitotyölle.		Artikkeli on katsaus, joka perustuu lähteisiin. Siinä kuitenkin on kirjoittajan omaa tulkintaa myös, jota voidaan mahdollisesti käyttää oppinäyte-työssä.
Granström, V. 2004. Kipu on aina myös korvien välissä.	Artikkeli on katsaus kivun ja mielen prosessin yhteyteen, sekä kivun yh-	Katsaus on toteutettu lähteiden perusteella.					Merkittävä osa kipuhavainnoinnin prosessia ja myös mielen reagointi kipuun tapahtuvat	Artikkeli on julkaistu lääketieteellisessä lehdessä. Se ei kuitenkaan ole tutkimus, mutta sitä





the nursing career.	roidun kirjaamisen vaikutuksista.					suuresti heidän rooliinsa sairaanhoitajana.	enemmän kokonaisuutta hoitotyöstä ja auttoja näkemään paremmin kokonaisuuksia.	
Schuster, M. Gottschalk, A. Freitag, M. & Standl, T. Cost Drivers in Patient-Controlled Analgesia for Postoperative Pain Management after Major Surgery.	Tarkoituksena PCEA:n käytön tehokkuuden, hoidon keston ja hoitoon käytettävien resurssien selvittäminen.	Otanta 350 potilasta, jotka menossa erilaisiin suuriin leikkauksiin. Retrospektiivinen tutkimus.	PCEA:lla hoidettujen potilaiden paperit analysoitu retrospektiivisesti. Tilastollinen analyysi SPSS 9.0 -ohjelmalla. Tulokset annettu keskiarvona +/- marginaali.	Kipua arvioitu joka päivä ainakin keran samoin kuin muita vitaalitoimintoja. Gynekologisen leikkauspotilaan VAS 1 pop:nä n. 15, 3mm pop:nä 9mm.	Potilaan henkilökohtainen epiduraalipumppu, jossa ropivakaiinia ja sufentaniilia. Epiduraalikatetri asetettu potilaan ollessa hereillä ennen leikkausta. Gynekologisen leikkauspotilaan hoitajakso keskim. muita potilasryhmiä pidempi. PCEA:n kulut suurimmat gynekologisilla potilailla.	Kipuaste kirjattu ylös potilaspapereihin levossa, yskiessä ja liikkeessä. VAS 0-100.	VAS (0-100mm) huomattavasti pienentynyt 3 pop:ään mennessä. Hoitjakson pituus vaihteli leikkauksesta riippuen. Hoitotavan hinnan ja halvempien hoitomahdollisuuksien takia PCEA ei ole itsestään selnä kivun hoitomuoto. PCEA:n avulla saavutetaan erinomainen kivunhoidon taso.	Tutkimus tehty Kansainvälisen anestesia tutkimus yhdistyksen nimissä, julkaistu arvostetussa lehdessä tutkimusartikkelina. Suuri otanta. Tutkimusmenetelmät kuvattu huonosti. Luotettavuutta ei ole arvioitu kovin paljoa.
Junttila, K. Salanterä, S. & Hupli, M. Pe-	Tavoitteena selvittää hoitajien asenteet	Kyselytutkimus 146 sairaanhoitajalle, vasta-	Tilastollinen analyysi SPSS 11.5 -			Hoitajat ovat yhtä mieltä kirjaamisen	Yleisesti hoitajien asenteet hoitotyön diagnooseihin posi-	Kysely esitettävä 29 sh:lla. Osallistujia informoitiin kyselystä

rioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation.	hoitotyön diagnooseja kohtaan perioperatiivisessa kirjamisessa, sekä selvittää, mitkä asiat vaikuttavat näihin asenteisiin.	usprosentti 60, eli 87 hoitajaa vastasi.  Aineisto on kerätty vuonna 2003.  Kyselytutkimuksessa 20 väittämää Likert-asteikolla, neljään kysymykseen liittyi mahdollisuus avoimeen perusteluun.	ohjelmalla.			tärkeystä lakikysymysten takia. Kirjaaminen vei silti aikaa käytännön hoitotyöltä. Kirjaamiseen halutaan uusia käytäntöjä. Nykyisiä kirjaamiskäytäntöjä tulisi päivittää vastaamaan paremmin klinisiä hoitotyön tarpeita.	tiiviset, hoitotyön diagnooseja ei kuitenkaan nähty tarpeelliseksi eikä tarkoiksi, mitä tuli potilaan tilanteen kuvaamiseen. Perioperatiivisten rutiinien kirjaaminen koettiin aikaa vievänä ja turhauttavana.	etukäteen. Realibiteetti testattu käyttämällä Cronbachin alfaa, kerroin 0,79. Kysely anonyymi, luvat kysytty asianomaisien johdolta, tulokset käsitelty luottamuksellisesti.
Richardson, C. Adams, N. & Poole, H. Psychological approaches for the nursing management of chronic pain: Part 2.	Tarkoituksena on esitellä hoitajien psykologisia lähestymistapoja kroonisen kivun hoidossa hyväksi käyttäen biofysiologista taustatietoa. Hoitajan avain-	Tutkimusmenetelmät kuvattu tutkimuksen ensimmäisessä osassa jota ei saatavilla.			Kivun hoidossa käytetään kognitiivis-behavioraalista terapiaa: relaxaatiota, stressin hallintaa, harhautusta (huomio pois kivusta), ongel-		Psykologisia, kognitiivis-behavioralistisia lähestymistapoja voi integroida kroonisen kivun hoitoon. Kommunikaatio on suurin yksittäinen osatekijä, joka	Tutkimuksen luotettavuutta vähentää menetelmien puuttuminen. Luotettavuutta ei pystytä arvioimaan.

	<p>taitojen lisäksi katsastetaan kommunikaatioita, potilashoitaja - vuorovaikutusta, opetuksen ja tiedon jaon roolia ja selviytymisen tukemista kroonisen kivun hoidossa.</p>				<p>man ratkaisua määrittelemällä realistiset osatavoitteet, fyysisen aktiivisuuden lisäämistä ym.</p>		<p>vaikuttaa potilastyytyväisyyteen.</p>	
<p>Pahlman, I. &amp; Tohmo, H. Voimavarojen suuntaaminen kivun hoitoon - lääketieteellisesti ja taloudellisesti järkevää-myös juridis-eettisesti perusteltua.</p>	<p>Miten laadukkaan kivun hoidon saaminen on perusteltua eettisistä, juridisista ja taloudellisista syistä?</p>	<p>Kyseessä on katsausartikkeli.</p>			<p>Kivun hoidon oleellisin ongelma kivun hoitoon liittyvien palvelujen resursointi ja organisoimattomuus. Kipupoliiklinikoilla hyviä tuloksia kivun hoidosta. Eettinen ohjeisto velvoittaa kärsimyksen lievittämiseen. Hoitajalla lain mukaan velvollisuus lievittää poti-</p>		<p>Kivun hoitoon suunnataan liian vähän voimavaroja. Kipu aiheuttaa toistuvia käyntejä terv.huollossa. Potilailla eettinen, juridinen ja taloudellinen syy saada hyvää kivun hoitoa.</p>	

					laan kärsimystä.			
Nilsson, U. The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review.	Millainen vaikutus musiikilla on perioperatiivisen potilaan hermostuneisuuden ja kipuun?	42 kaksoissokotutkimusta (randomized controlled trials), joissa on tutkittu musiikin vaikutusta interventiota perioperatiivisella potilaalla. Käytetty manuaalista hakua ja Amed-, CINAHL- ja Medline-tietokantoja. Hakusanoja 11. Vaatimuksena tutkimusten englanninkielisyys.	Aineiston analysoinnissa käytetty Rubinin ja Hotopfin kriteereitä laadukkaan aineiston valitsemiseksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen.		Musiikin tulisi olla hidasta ja soljuvaa, tempo noin 60-80 iskua minuutissa, ei sanoja, maksimi äänenvoimakkuus 60 dB, potilaan oman valinnan mukaan ja kestoltaan vähintään 30 min.  Musiikin vaikutuksia tulisi mitata, seurata ja kirjata!	Musiikin vaikutuksia tulisi mitata, seurata ja kirjata!	Musiikilla positiivinen vaikutus potilaan hermostuneisuuden ja kipuun noin puolessa tutkimuksista.	Aineisto valittu tarkasti, sen luotettavuutta tarkasteltu, ja aineiston valinnassa käytetty apuna Rubinin ja Hotopfin kriteereitä laadukkaan aineiston valitsemiseksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen.
Flinkman, M. & Salanterä, S. 2004. Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyötä päivystyspoliklinikassa	1. Kuinka voimakasta kipua potilaat ovat tunteneet päivystyspoli:ssa? 2. Miten kivun arviointi ja hoito on potilaiden	Tiedonhaku Medic-, Medline-, Cinahl-, ja Cochrane-tietokannoista 148 kotiin pääsevää potilasta, jotka tulleet	Kyselylomake R-tilastomatemiikka -ohjelmalla tarkastelemalla muuttujien frekvenssistä → muuttujien	18 % miehistä hoitaja ei kysynyt kertaakaan kivusta. 76%:lla kipua ei kertaakaan	Lääkehoito on yleisin kivunlievitysmenetelmä. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ei juuri käytetä. Kipulääkettä		1. Suuri osa potilaista kärsii kovasta tai kohtalaisesta kivusta, osa vielä kotiinlähdevaiheessa. 2. Kivun arviointi satunnaista, mitta-	Tutkimuslupa eettiseltä toimikunnalta ja kohdepoliklinikoilta. Kyselylomake esitettävä. Sisällön validiteetin tarkastanut 5 kokenutta sh:ta eri päivystyspoliklini-

	<p>näkemyksen mukaan toteutunut päivystyspkl:ssa?</p> <p>3. Miten tyytyväisiä päivystyspkl:n asiakkaat ovat kivunhoitotyöhön &amp; hoitotyöhön yleensä?</p> <p>4. Mitä toiveita potilaalla on kivunhoitotyön suhteen?</p>	<p>päivystyspkl:lle jonkin kirurgisen tai sisätauti-vaivan vuoksi.</p> <p>Kohteena 3 päiv. pkl:aa pääkaupunkiseudulla.</p> <p>Otannan keski-ikä 49 v. 57% naisia.</p> <p>Kyselylomake, jossa 2 avointa kysymystä.</p>	<p>välistä yhteyttä tutkittiin ristiin taulukoinnilla ja Kruskall-Wallis testillä.</p> <p>Avoimet kysymykset ainesitönlähtöisellä sisälönanalyysillä</p>	<p>arvioitu kipumittarin avulla. Arviointi oli epäselvää ja mikäli mittaria käytettiin, se tapahtui vain kerran.</p>	<p>saaneet tyytyväisempiä hoitoonsa kuin lääkitsemättömät. Tärkeintä kivun hoidossa kivun poistaminen nopeasti, ystäväll. hlökunta, vaivan selittäminen, tiedon antaminen ja rauhallisuus.</p>	<p>reita ei käytetty. Hoidon onnistumista ei seurattu.</p> <p>3. potilaat tyytyväisiä kokonaishoittoon.</p> <p>4. Tärkeää kivun tehokas hoito.</p>	<p>koilta.</p> <p>Kyselylomake palautettu nimettömänä, suljetussa kuoressa - tutkimuksessa käytetty kuitenkin suoria lainauksia avoimista kysymyksistä</p>
<p>Salanterä, S. &amp; Särkioja, T. 2003. Hoitotyön edellytykset ja toteutuminen kipuklinikassa sairaanhoitajan ja potilaan näkökulmasta.</p>	<p>1. Mikä on kivunhoitoon erikoistuneessa yksikössä työskentelevän sairaanhoitajan näkemys kivunhoitotyön asiantuntijuudesta ja mitä edellytyksiä he asettavat onnistuneelle kivunhoitotyölle?</p> <p>2. Miten pitkäai-</p>	<p>Neljälle pitkään alalla olleelle sairaanhoitajille tehtiin focus group-ryhmähaastattelu teemahaastatteluna.</p> <p>105 alle 65-vuotiaalle potilaalle (keski-ikä 49 v, naisia 70%) strukturoitu kyselylomake</p>	<p>Haastattelu sisälönanalyysillä, asiantuntijuus kys. deduktiivisesti, kivunhoitotyön asiat induktiivisesti.</p> <p>Kyselylomakkeet SPSS- Windows 10,0 -ohjelmalla ja Excelillä.</p> <p>Tarkasteltiin prosentti- ja frekvenssija-</p>	<p>Kivun arviointi ja mittaaminen koettiin tärkeäksi.</p>		<p>1. Asiantuntijuuden osa-alueet: välitön hoitotyö, koulutus konsultointi ja tutkimus. Kivunhoitotyön edellytykset: organisaatioon liittyvät edellytykset, välitön hoitotyö, hoitajien ominaisuudet ja tukitoimet.</p> <p>2. Parhaiten toteutuivat potilaiden odotukset</p>	<p>Tutkimuslupa eettiseltä toimikunnalta ja sairaanhoitajilta henkilökohtainen suostumus. Kyselylomakkeissa saatekirje, yksittäistä potilasta ei voi tunnistaa. Ryhmähaastattelun ongelma salassapitovelvollisuus. Raporttiin ei kipuhoitajia lainattu suoraan.</p> <p>Aineistosta ja ana-</p>

	kaisesta kivusta kärsivät potilaat arvioivat hoitotyötä kivunhoitoon erikoistuneissa yksiköissä?	ke, jossa vastaukset Likert asteikolla +3–3 (erittäin usein ei koskaan). Sis. vaihtoehdon 0=e ei koskaan.	kaumia. Hyvä hoito -mittarista summamuuttujat → tilastollinen tarkastelu. Avoimet kys. sisällönanalyysillä.				hlökunnan ominaisuuksista. Seuraavaksi parhaiten toteutuivat hoidon edellytykset. Heikoimmin toteutuivat hoitoon liittyvät toiminnot.	lyysistä keskusteltu toisen tutkijan kanssa.
Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistameko syöpäpotilaan oirekirjon?	Tarkoitus oli selvittää tunnistameko lääkärin ja hoitohenkilökunnan syöpäpotilaan oireet, sekä millaisia erilaisia oireita syöpäpotilailla on.	Potilaan oireisto kartoitettiin ESAS-lomakkeen avulla. Tutkimusaineisto koostui 203 potilaasta. Potilas tutustutettiin ESAS-mittariin.	Oireiden numeeriset arvot ESAS-mittarissa ryhmitettiin kirjauksen jälkeen tilastollista analyysia varten luokkiin.	Tuloksien mukaan kuratiivisessa hoidossa olevien kipua oli hyvin hallinnassa. Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kipua ylitti kolmasosalla VAS-asteikolla neljän rajan.	Lääkärin tulee selvittää, miten kipua voidaan hoitaa paremmin ja mistä se johtuu. Kivun hoitoa voidaan parantaa vaikka lääkityksen muutoksella. Kivun hoito syöpäpotilailla on tärkeää, sillä kipua lisää unettomuutta, joka puolestaan lisää masennusta ja uupumusta ja nämä puolestaan pahentavat kipua.		Syöpäpotilaiden oirekirjo saattaa jäädä kartoittamatta rutiinimaisen vastaanottokäynnin yhteydessä. Oirekartoitus antaa kokonaisvaltaisen kuvan ja auttaa tunnistamaan syöpäpotilaiden palliatiivista hoitoa saavien merkityksellisimmät oireet. Kokonaisvaltainen selvitys oireista parantaa hoidon laatua ja auttaa estämään oireiston pahenemista.	Tutkimus on alkupe- räistutkimus. Potilaiden osallistuminen vapaaehtoisista, anonymiteetti säilyi. Osa laajempaa tutkimusta, jolle annettu tutkimuslupa. Luotettavuutta lisää se, että ESAS-lomake esiteltiin potilaille etukäteen.

<p>Nybo, T. &amp; Pirttilä, T. 2004. Kipu ja kognitio.</p>	<p>Artikkelissa tarkoituksena kuvata aivoissa tapahtuvia prosesseja kipupotilailla, sekä hermostoverkkojen toiminnan kautta potilaiden älyllisen toiminnan ja muistin muutoksia.</p>	<p>Artikkeli on katsaus, joka on perustutettu lähdekirjallisuuteen.</p>	<p>Materiaalin analysointia ei mainita.</p>	<p>Kipupotilaalle tehdyillä neuropsykologisilla tutkimuksilla voidaan selvittää muisti- ja tarkkaavaisuusoireiden suhdetta objektiivisiin testituloksiin. Kognitiivinen arviointi on tärkeä myös kuntoutus selvityksissä.</p>			<p>Kivun käsittely on tiedonkäsittelyprosessi johon osallistuvat aivoalueet myös kognition prosessiin. Muutoksia aivoissa ja niiden prosesseissa tapahtuu ensisijaisesti tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta vaativissa toiminnoissa. Kipuun kuuluu voimakas emotionaalinen osuus. Kipupotilaan kognitiivisen suorituskyvyn tutkiminen on osa kokonaisvaltaista toiminta- ja työkyvyn arviointia.</p>	<p>Artikkeli on lääketieteellisessä ammattilehdessä julkaistu katsaus, jossa tieto on pohjattu laajoihin lähdemateriaaleihin. Siinä ei kuitenkaan ole kuvattu mitään tutkimuksellista tiedonhankintamennettä tms.</p>
--	--	---	---	---	--	--	---	---