



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# Syöpää sairastavan potilaan kipua koskeva dokumentointi

Roosa Aho

Reetta Antila

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2018  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

AHO ROOSA & ANTILA REETTA:  
Syöpää sairastavan potilaan kipua koskeva dokumentointi

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Huhtikuu 2018

---

Opinnäytetyön aiheena oli tutkia syöpäpotilaiden kivun ja sen hoidon dokumentointia sekä selvittää, olisiko dokumentoinnin täydennyskoulutus tarpeen. Tarkoituksena oli tutkia, miten dokumentointia oli toteutettu sekä tuottaa uutta tietoa tämän hetkisen dokumentoinnin tilasta. Opinnäytetyö tehtiin työelämäyhteyden toiveesta sekä toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyössä käytettiin menetelmä triangulaatiota, eli määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmän yhdistelmää. Käyttämällä menetelmänä triangulaatiota tutkimustulokset saatiin raportoitua tarkemmin kuin pelkkää laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimuskysymysten pohjalta selvitettiin millaisia asioita kivusta ja sen hoidosta oli dokumentoitu, miten kipua ja sen hoitoa oli dokumentoitu sekä kuinka usein kipua ja sen hoitoa oli dokumentoitu.

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että dokumentointi on puutteellista. Useana päivänä kipua ei ollut dokumentoitu lainkaan. Kivun ja sen hoidon dokumentointi oli vähäsanaista ja epätarkkaa sekä osa kirjauksista jäi kokonaan lukijan tulkittavaksi. Rakenteellinen kirjaaminen oli tuottanut vaikeuksia, mikä ilmeni kivun ja sen hoidon kirjaamisena usean eri otsikon alle. Kirjaukset olivat kuitenkin tasaisesti jakautuneet aamu-, ilta- ja yövuorojen ajalle, eikä kirjausten sisältö vaihdellut eri vuorojen välillä.

Kehittämisehdotuksena tilanteen parantamiseksi on koulutuksen lisääminen sekä kirjaamismallin yhtenäistäminen. Kirjaamisen sisältöön ja jatkuvuuteen olisi hyvä kiinnittää huomiota potilasturvallisuuden ja hoitajien oikeusturvan vuoksi. Kivunhoidossa käytettävät kipumittarit yhdessä kivun sanallisen arvioinnin kanssa täydentäisivät toisiaan sekä selkeyttäisivät dokumentointia.

---

Asiasanat: kivun dokumentointi, kivunhoidon dokumentointi, syöpää sairastava potilas, kivun arviointi, kivunhoidon arviointi, kipu, kivunhoito

## **ABSTRACT**

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

AHO ROOSA & ANTILA REETTA:  
Documentation of a Cancer Patient's Pain

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 4 pages  
April 2018

---

The subject of this study was documentation of cancer patients' pain. The study was requested by a working life contact. This study was conducted in collaboration with one surgical ward of the Pirkanmaa Hospital District.

The purpose of this study was to analyse the material from patient documents. The aim of this study was to provide new information about documentation of pain and pain management and to estimate the need for training. Quantitative and qualitative methods were used in the analysis. Theoretical background was based on professional literature related to the subject.

The results showed that the quality of documentation was very low. Documentation of pain and pain management was limited and imprecise.

As a conclusion, it can be said that there is need for further training on how documentation should be done. Training could improve the quality of the documentation. In addition, it could help establish a common practice.

---

Key words: pain documentation, pain management documentation, cancer patient, pain assessment, evaluation of pain management, pain, pain management

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
	3.1 Syöpää sairastava potilas .....	8
	3.2 Kipu .....	10
	3.3 Kivun arviointi .....	12
	3.4 Kivun hoito .....	14
	3.5 Dokumentointi .....	15
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	18
	4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä .....	18
	4.2 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä .....	20
	4.3 Menetelmä triangulaatio .....	20
	4.4 Tiedonhaku .....	21
	4.5 Aineiston keruu .....	21
	4.6 Aineiston analyysi.....	22
5	TULOKSET .....	28
	5.1 Millaisia asioita kivusta ja sen hoidosta on dokumentoitu?.....	28
	5.2 Miten kipua ja sen hoitoa on dokumentoitu? .....	32
	5.3 Kuinka usein kipua on dokumentoitu? .....	34
6	POHDINTA.....	37
	6.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	37
	6.2 Tulosten pohdinta .....	38
	6.3 Jatkotutkimus ehdotukset.....	40
	LÄHTEET .....	41
	LIITTEET .....	45
	Liite 1. Kivun kirjaaminen .....	45
	Liite 2. Syöpä kivun hoidon porrastus.....	46
	Liite 3. Tiedonhaun prosessi .....	47

## 1 JOHDANTO

Säännöllisesti kirjattu kivunhoito antaa selkeän kuvan potilaan kivun tilanteesta sekä on edellytys potilaan hoidon jatkuvuudelle, suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvalle. (Rauta-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 40; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 102.) Kirjausten perusteella voidaan kehittää hoidon laatua. Kirjataan vain se, mikä on potilaan tilanteen kannalta tärkeää. Kivunhoidon kirjaamisessa hoidon tarpeen määrittäminen ja hoitotulosten kirjaaminen mahdollistavat hoidon onnistumisen arvioinnin. (Salanterä ym. 2006, 102–103.) Hoitotyön dokumentointia ohjeistavat lainsäädännöt, asetukset, hoitajan eettiset velvoitteet, EU-normistot, organisaation sisäiset kirjaamisohjeet ja yksikkökohtaiset ohjeet ja suositukset (Rauta-Nurmi ym. 2012, 40).

Kivun arvioinnin apuvälineet auttavat tekemään kivun näkyväksi ja kirjattavaksi. Erilaiset kuvalliset tai numeraaliset kipuasteikot mittaavat kivun voimakkuutta täsmällisemmin kuin kivun sanallinen kuvailu. (Iivanainen & Syväoja 2013, 78.) Kaikki syöpäpotilaan kokema kipu ei liity syöpäkasvaimeen (Terveyskylä; Marcus, D; Vuorinen 2015, 10). Syövän hoitomenetelmät voivat olla myös kipujen syynä (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 131; HUS N.d.; Marcus, D).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia miten kivun ja sen hoidon dokumentointia on toteutettu. Tarkoituksena on selvittää sisältyykö kipua koskeviin kirjauksiin seuraavat asiat: kivun sijainti, alkamisajankohta, luonne, tyyppi, voimakkuus, käytetty kipumittari ja kivun arvioija. Lisäksi tutkimme miten ja kuinka usein kipua sekä sen hoitoa oli dokumentoitu. Tarkoituksena on tuottaa uutta ja luotettavaa tietoa kivun ja sen hoidon dokumentoinnin sisällön tämänhetkisestä tilasta. Uutta tietoa voidaan mahdollisesti hyödyntää kirjaamiskoulutuksen tarpeen arvioimisessa sekä potilaiden hyvän hoidon edistämisessä.

Aihe valikoitui oman mielenkiintomme ja työelämäyhteyden tarpeiden mukaan. Emme rajanneet aiheitamme pelkkään syöpäkipuun, koska on vaikea määrittää mikä on pelkästään syövästä aiheutuvaa kipua. Potilasasiakirjoja tutkiessamme rajasimme aiheen ainoastaan kipua koskeviin kirjauksiin.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten kivun ja sen hoidon dokumentointia toteutetaan. Tarkoituksena on myös tuottaa uutta ja luotettavaa tietoa kivun ja sen hoidon dokumentoinnin sisällön tämänhetkisestä kattavuudesta. Tarkoituksena on selvittää, sisältyykö kipua koskeviin kirjauksiin seuraavat asiat: kivun sijainti, alkamisajankohta, luonne, tyyppi, voimakkuus, käytetty kipumittari ja kivun arvioija. Tutkimus tehdään yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

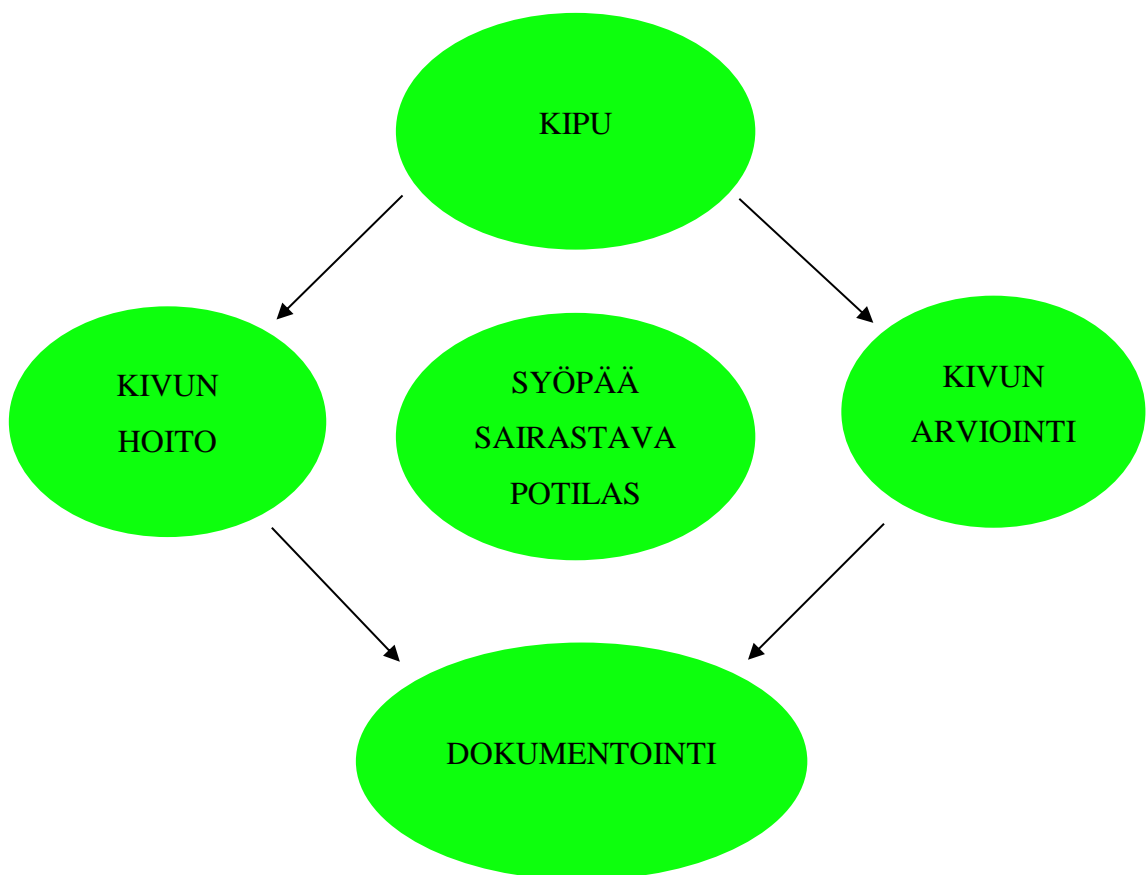
Tutkimuksen tehtävänä on vastata tutkimuskysymyksiin, joita ovat:

1. Millaisia asioita kivusta ja sen hoidosta on dokumentoitu?
2. Miten kipua ja sen hoitoa on dokumentoitu?
3. Kuinka usein kipua ja sen hoitoa on dokumentoitu?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kivun ja sen hoidon tämänhetkisen dokumentoinnin tilasta. Uutta tietoa voidaan mahdollisesti hyödyntää kirjaamisen edelleen kehittämisessä, kirjaamiskoulutuksen tarpeen arvioimisessa sekä potilaiden hyvän hoidon edistämiseksi.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi nousi syöpää sairastava potilas, kipu, kivun arviointi, kivunhoito ja dokumentointi. Opinnäytetyön teoriaosuudessa avataan edellä mainitut keskeiset käsitteet teorianäytteen pohjalta. Kuviossa 1 on opinnäytetyön keskeiset käsitteet.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

### 3.1 Syöpää sairastava potilas

Syöpää sairastavalla potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on pahanlaatuinen kasvain eli syöpä. Syöpä on yleisnimitys kaikille pahanlaatuisille kasvaimille. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 597; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2017, 138–139.) Syöpäsairaudet ovat joukko erilaisia sairauksia, joiden syyt, luonne ja ilmeneminen voivat olla hyvin erilaisia. Täysin yksiselitteistä määritelmää syövälle ei ole. (Kaikki syövästä N.d.) Uusia syöpiä todettiin Suomessa vuonna 2008 noin 26 000 (Jyrkiö 2008). Vuonna 2011 todettiin lähes 30 000 uutta syöpätapausta. Uusien syöpätausten määrä on viimeisen 30 vuoden aikana lisääntynyt tasaisesti, mutta syöpäkuolemien määrä on kuitenkin vähentynyt. (THL 2014.)

Syövän synty eli karsinogeneesi on tapahtuma, jossa solun muuttumisen pahanlaatuiseksi aiheuttaa solun perimäaineksen vaurioituminen. Syöpäkasvain muodostuu syöpäsoluista, jotka ovat alun perin yhden pahanlaatuiseksi muuttuneen solun jälkeläisiä. Nykyisen käsityksen mukaan syöpä syntyy, kun mutaatiota sattuu useissa geeneissä, joilla on tärkeä asema solujen kasvun ja erilaistumisen säätelyssä. Syöpä on siis geenien vuorovaikutus häiriö. Solujen muuntuessa pahanlaatuisiksi ne muuttuvat usein ulkonäöltään ja ominaisuuksiltaan, sekä niiden kyky hoitaa alkuperäisiä tehtäviä häviää. (Ahonen ym. 2017, 138–139.)

Kasvain sairaudet jaetaan hyvänlaatuisiin ja pahanlaatuisiin. Hyvänlaatuiset eli benignit kasvaimet ovat paikallisia ja hidaskasvuisia. Pahanlaatuinen eli maligni kasvain kasvaa nopeasti, mutta varhaisvaiheessa oireettomuus voi kestää vuosiakin. Tyypillistä pahanlaatuiselle kasvaimelle on kontrolloimattomuus, metastasoituminen ja infiltraatio ympäröiviin kudoksiin. (Ahonen ym. 2017, 138; Joensuu, Roberts, Kellokumpu-Lehtinen, Jyrkiö, Kouri & Teppo 2013, 10.) Infiltraatiossa syöpäkasvaimet tunkeutuvat ulokkeidensa avulla ympärillä oleviin kudoksiin. Kasvainsolujen metastoituessa ne leviävät imu- ja veriteitse elimistöön. Levitessään ne muodostavat elimistön eri osiin etäpesäkkeitä eli metastaaseja. Syöpäkasvain ei aina tarkoita kiinteää kasvainta, esimerkkinä tästä ovat erilaiset verisyövät. (Ahonen ym. 2017, 138–139.)

Kasvaimet luokitellaan kudosopillisen tyyppin mukaan. Kudosopillisia tyypejä ovat epiteliaalinen, sidekudos, lihakset ja hermokudos. Monissa elimistön osissa esiintyy kuitenkin useaa kudosta samanaikaisesti. Kasvaimen kudosopillinen tyyppi vaikuttaa sairauden



ennusteeseen ja hoitomuodon valintaan. (Ahonen ym. 2017, 141.) Tärkeimmät syövän hoitomuodot ovat leikkaus eli kirurginen hoito, sädehoito, solunsalpaajat, hormonihoito ja biologinen hoito. Usein eri hoitomuotoja yhdistetään parhaan hoitovasteen saamiseksi. Hoitomuotojen valintaan vaikuttavat esimerkiksi syöpätauti ja -tyyppi, potilaan yleiskunto, ikä ja levinneisyys. (THL 2016; Joensuu ym. 2013, 132.) Joissakin syöpätaudeissa eteneminen voi kuitenkin olla niin hidasta, että tilannetta seurataan jonkin aikaan ennen hoitomuodon valitsemista. Uusilla hoitomuodoilla pyritään vähentämään hoitoon liittyviä sivuvaikutuksia. Näitä muotoja ovat vasta-aineet ja täsmälääkkeet, jotka vaikuttavat ai-noastaan syöpäkasvaimen. (THL 2016.)

Väsymys ja uupumus ovat yleisimmät syövän ja sen hoitojen aiheuttamat oireet. Jopa 50-90% kärsii väsymyksestä. (Ahonen ym. 2017. 148; Joensuu ym. 2013, 271.) Väsymys voi liittyä taudin etenemiseen, tulehdukseen, hoidon aiheuttamaan anemiaan, heikentyneeseen ravitsemustilaan, nestevajaukseen tai se voi olla yleistä hoitoon liittyvää uupumusta. Hoitoväsymys on voimakasta väsymystä ja uupumusta, joka ei mene ohi lepäämällä. Hoitoväsymyksen tyypillisiä oireita ovat yleinen heikkous, väsymys, lihasten voimattomuus, motivaation ja keskittymiskyvyn puute sekä apatia. (Ahonen ym. 2017. 148, 169–170.)

Syöpään sairastuminen pysäyttää koska potilas joutuu kohtaamaan uudenlaisen elämäntilanteen, jossa tulevaisuus on epävarma. Syöpä on siis elämänkriisi, johon liittyy useimmiten mielialan vaihtelua. Sairastuneen elämää sävyttävät epävarmuus sairaudesta, elinajan ennusteesta ja tulevien hoitojen vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään. On tärkeä kuunnella potilasta ja olla hänen tukenaan. Tiedonsaanti ja potilaan mukaan ottaminen hoitoon liittyvään päätöksentekoon ovat tärkeitä potilaan elämänhallinnan ja voimaantumisen kannalta. Sairastuminen ei kuitenkaan kosketa vaan sairastunutta vaan myös hänen ystäviään ja lähipiiriään. (Ahonen ym. 2017. 148, 169–170.) Kaikkien selviytymistä edistää rohkeuden ja voiman löytäminen, perheen sisäisten suhteiden tasapaino, mielenrauha, läheisen halu osallistua potilaan hoitoon sekä omassa kodissa eläminen (Saukkonen, Lehto, Viitala & Åstedt-Kurki. 2017. 199). Potilas ja hänen omaisensa voivat myös olla hyvin epävarmoja, siitä miten hoidot toteutuvat sekä hoitojen avulla saaduista tuloksista. Hoidon tavoitteena kuitenkin on, että potilas tiedostaa oman tilanteensa ja alkaa sopeutua siihen. (Ahonen ym. 2017. 148, 169–170.)

Kun parantavasta hoidosta ei ole enää apua tehdään potilaalle saattohoitopäätös. Saattohoidon tavoitteena on hoitaa potilasta niin, että hänen jäljellä olevan elämän laatu olisi mahdollisimman hyvää. (Iivanainen ym. 2013. 154.) Potilaan tai läheisten epärealistisiin toiveisiin perustuvat hoidot ja niiden aloittaminen tai jatkaminen lisää kärsimystä. Potilaalle on kerrottava mahdollisimman ymmärrettävästi ja perustellusti tietoa syövän levinneisyydestä, syöpähoitojen tuloksista ja haittavaikutuksista. (Tasmuth. 2017. 1030.) Yhdessä tehty saattohoitopäätös antaa potilaalle ja hänen läheisilleen mahdollisuuden keskittyä oireiden lievittämiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. Kuoleman lähestyessä potilaan turvallisuuden tunnetta lisää tuttu paikka, tutut ihmiset hänen ympärillään sekä tieto siitä, että hän voi viettää elämänsä loppuhetket samassa paikassa. (Iivanainen ym. 2013. 154.) Suomalaisista syöpään sairastuneista potilaista suurin osa haluaisi olla elämänsä loppuvaiheessa kotona (Tasmuth. 2017. 1029). Matalan kynnyksen yhteydenotto mahdollisuus sekä hoidon ympärivuorokautinen saatavuus lisää potilaan ja hänen läheisiensä turvallisuuden tunnetta. Vuodeosastohoidon mahdollisuus tuo tukea kotona jaksamiseen. (Saukkonen ym. 2017. 202.)

### 3.2 Kipu

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudოსvaurioon tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein (Käypä hoito-suositus 2017). Kipu on samanaikaisesti fysiologinen ilmiö sekä tunne- ja aistikokemus. Kipua voi aistia ja kokea, vaikka kudოსvauriota ei olisikaan. Ihmiset kokevat yhtä voimakkaan kivun eri tavoin ja kivun kokeminen on aina henkilökohtaista. Kipu on sidoksissa yksilön kulttuuriin ja kokemuksiin. Kivun kokemiseen liittyy fysiologisten muutosten, tunteiden, ajatuksien, yksilön toiminnan ja sosiaalisten suhteiden lisäksi monet muut tekijät. Tämän vuoksi kivun tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa. (Salanterä ym.2006, 7.) Kipu kuuluu elimistön suojaimekanismeihin. Aiheuttajien mukaan se voidaan jakaa nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 565.) Kipu määritelmänä sisältää akuutin ja kroonisen kivun. Keston perusteella määritelty kipu ei ota kantaa siihen, miten kipu on syntynyt. (Salanterä ym. 2006, 7; Valvira 2017.)

Kudosvauriokipu eli nosiseptiivinen kipu syntyy, kun nosiseptorit reagoivat voimakkaasti kudოსvauriota aiheuttavaan ärsykkeeseen. Itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on tällöin terve. Esimerkiksi tulehdukset, iskemia eli kudoksen hapenpuute ja tuumorit ovat

tyypillisiä tilanteita, joissa kudoksessa oleva prosessi aiheuttaa nosiseptiivistä kipua. Nosiseptoreita herkistää tulehdukselliset kemialliset muutokset, jotka siten reagoivat alemmalla ärsytystasolla. Kipua syntyy kasvaimen painaessa ympäristön kipuherkkiä rakenteita. Kasvain aiheuttaa kudoksiin hapenpuutetta painaessaan verisuonia. Viskeliarinen eli sisäelimiin liittyvä kipu on yleensä nosiseptiivista kipua, joka syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 155–156; Joensuu ym. 2013, 878.) Viskeraalinen kipu on vaikea paikantaa (Giamberardino, M. 2009, 95).

Neuropaattinen kipu on hermovauriokipua. Kivun syntyessä vika on kipua välittävässä hermojärjestelmässä. Hermosolut ovat herkistyneet reagoimaan stimuluksiin, jotka eivät normaalisti tuota kipua. Krooninen neuropaattinen kipu johtuu hermovauriosta. Tyypillisiä piirteitä neuropaattiselle kivulle ovat epänormaalit tuntemukset kuten pistely, polttava tunne tai puutuneisuus kipualueella sekä kliinisesti todettavat tuntohäiriöt. (Kalso ym. 2009, 156–157.) Kipeästä kohdasta voi puuttua esimerkiksi kosketustunto. Toisaalta kevyt kosketus voi laukaista kovan ja pitkään kestävä kivun. Negatiiviset oireet kuten puutuminen ja tunnon alenema liittyvät ensisijaisesti hermovaurion aiheuttamaan kipuun. (Kalso ym. 2009, 157; Rauta-Nurmi ym. 2012, 86.) Positiiviset oireet esimerkiksi herkistynyt kivun tunto liittyy myös kudosaivuriokipuun (Haanpää, Kauppila, Eklund, Granström, Hagelberg, Hannonen, Kyllönen, Kyrö, Loukusa-Nieminen, Luutonen, Telakivi, Ylinen & Pakkala 2008; Kalso ym. 2009, 157). Huono vaste tavallisiin kipulääkkeisiin on tyypillistä puhtaalle neuropaattiselle kivulle (Kalso ym. 2009, 156).

Idiopaattiselle kivulle ei voida osoittaa kipua selittävää kudosaivuriota tai hermovauriota (Kalso ym. 2009, 157). Kipua kutsutaan krooniseksi, kun se on kestänyt yli 3 kk tai se on ylittänyt kudosaivurion normaalin paranemisajan (Lääkärin käsikirja 2017). Kivun kroonistuessa kipuratojen aktivaatio jatkuu, vaikka siihen ole varsinaista syytä. Kivun säätelyjärjestelmä on häiriintynyt kroonisessa kivussa. Tällöin kudosaivuriota ei pystytä havaitsemaan eivätkä syyn mukaiset kivunhoitomenetelmät enää auta. (Saano ym. 2015, 565.)

Akuutti kipu on äkillistä ja ohimenevää. Se on varoitus kudosaivuriosta sekä antaa tietoa sairauden määrittystä ja hoitoa varten. Akuutti kipu yleensä loppuu, kun perussy on poistettu. Eli akuutti kipu voidaan hoitaa. (Iivanainen & Syväoja 2013, 78; Sairaanhoitajan käsikirja 2017a.) Akuutti kipu voi olla lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa. Tavoitteena on estää kipushokki tai kivun kroonistuminen. (Sairaanhoitajan käsikirja 2017a.)

Syöpöpotilaat tuntevat erilaisia akuutteja ja kroonisia kipuja, ja monilla on kehon eri puolilla samanaikaisesti 2–4 kiputilaa (Kalso 2009, 478–479; Joensuu ym. 2013, 874). Kipu ei aina kerro miten pitkälle syöpä on edennyt tai miten pitkään syöpäkipu tulee jatkumaan. Kipu voi kuitenkin olla syövän ensimmäinen oire. (Hamunen, Heiskanen & Idman 2009; Vuorinen 2015, 9.) Kivun ilmaantuminen riippuu yleensä syöpäkasvaimen koosta ja sijainnista. Edenneessä syövässä kivun esiintyvyys vaihtelee syöpäkasvaimen sijainnin ja tyyppin mukaan. (Terveyskylä.)

Kroonista kipua voi olla vaikea hoitaa (Tabitha, Khalilah & Gilbert 2012, 7). Kroonisen kivun äkillistä pahentumista kuvastaa läpilyöntikipu joka on yleistä esimerkiksi liikkuessa. Syöpöpotilaan kiputilojen selvittelyssä ja hoidossa on huomioitava kivun erilaiset etiologiset tekijät unohtamatta tautiin liittyviä pelon, masennuksen ja ahdistuksen tunteita, jotka vaikuttavat kivun kokemiseen. (Kalso 2009, 478–479.) Syöpöpotilaille kivun on todettu lisäävän ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta (Marcus 2009, 127). Kipu saattaa laaja-alaisesti vaikuttaa potilaan psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä toimintakykyyn (Hamunen ym. 2009).

Kaikki syöpöpotilaan kokema kipu ei liity syöpäkasvaimeen (Terveyskylä; Marcus, D; Vuorinen 2015, 10). Syövän hoitomenetelmät voivat olla myös kipujen syynä (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 131; HUS N.d.; Marcus, D). Sytostaattihoidon, leikkauksen ja sädehoidon aiheuttamien vammojen tunteminen on ratkaisevaa, kun yritetään ymmärtää ja hallita niistä aiheutuvaa syöpäkipua (Tabitha ym. 2012, 12). Osa syöpäkipusta liittyy leikkauksen, sädehoidon tai sytostaattihoidon jälkitilaan (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 131). Hoitotoimenpiteet voivat aiheuttaa pitkittyntä kipua, vaikka syöpä itsessään olisikin jo täysin parantunut (Terveyskylä). Tällöin kipuun reagoivat hermot ovat vaurioituneet syöpää hoidettaessa (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 131).

### **3.3 Kivun arviointi**

Kivun arvioinnin lähtökohtana on potilaan oma arvio kivustaan (Käypä hoito -suositus 2015; Iivanainen 2013, 78). Yleensä potilas osaa paikallistaa kivun itse (Iivanainen ym. 2013, 79). Yksilöllinen kivun arviointi on edellytys onnistuneelle kivun hoidolle (Kalso ym. 2009, 175; Abrahm, Moment & O'Donnel 2014, 156). Puutteellinen kivun arviointi

taas johtaa riittämättömään kivunhoitoon (Sairaanhoitajan käsikirja 2017a). Pienetkin kivussa ja oireissa tapahtuvat muutokset tulee kirjata kattavasti potilastietojärjestelmään (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2017, 744; Sairaanhoitajan käsikirja. 2017c).

Kivun kestosta halutaan tietää ainakin kivun alkamisaika sekä ilmeneminen ajan ja toimintojen suhteen (Salanterä ym. 2006, 83). Kivun esiintymisestä halutaan tietää, onko kipua koko ajan vai esiintyykö sitä satunnaisesti tai tietyissä tilanteissa. Esiintymisestä halutaan tietää myös tapahtumat ennen kivun alkamista, kuten syöminen, juominen, virtsaaminen, ulostaminen, liikkuminen, nukkuminen, lepo, tapaturmat ja altistukset. Aikaisemmat samanlaiset kipukokemukset, potilaan suhtautumien kipuun, sairaudet, toimenpiteet ja lääkitykset kuuluvat myös kivusta selvitettäviin asioihin. Kivun arvioinnissa otetaan huomioon käytetty kipulääkitys sekä kivunhoitomenetelmät ja niiden teho. (Iivanainen ym. 2013, 79.)

Kipua voidaan arvioida käytöksestä muun muassa tarkkailemalla itkua, kyyneleitä, kehon asentoa, kasvojen ilmeitä sekä yksilön suhtautumista sekä raajojen että kehon liikkeisiin. Kehon liikkeet, kuten jännittynyt vartalo, hitaat liikkeet, levoton liikehdintä, liikkumattomuus ja jäykät liikkeet voivat viestittää kivusta. Lisäksi kipuun viittaavia asioita ovat hermostuneisuus, kehon suojaaminen, ahdistus, irvistys ja tuima ilme. (Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013, 14; Salanterä ym. 2006, 76; Tays.) Kipua kokeva voi olla niin voimaton, että ei jaksaa reagoida kipuun. Pitkään kestänyt kova kipu ja muuten heikko vointi voivat johtaa reagoimattomuuteen. (Salanterä ym. 2006, 77.)

Kivun laatua voi arvioida sanallisesti. Arvioinnissa voi käyttää kipua kuvaavia sanoja, kuten puristava, räjähtävä, pistävä, jomottava, tykyttävä, viiltävä sekä aaltoileva. Kivun kuvaileva arviointi voi johtaa löytämään kivun taustalla olevan syyn. Kivun sijainnin arvioinnissa käytetään tunnustelua eli palpaatiota, koputtelua eli perkussiota ja kuuntelua eli auskultaatiota. (Iivanainen ym. 2013, 79; Joensuu ym. 2013, 882.)

Kivun arvioinnin apuvälineet auttavat tekemään kivun näkyväksi ja kirjattavaksi. Erilaiset kuvalliset tai numeraaliset kipuasteikot mittaavat kivun voimakkuutta täsmällisemmin kuin kivun sanallinen kuvailu. (Iivanainen ym. 2013, 78.) Potilaan kivun voimakkuutta tulee arvioida aina samaa asteikkoa käyttäen (Iivanainen ym. 2013, 78; Sairaanhoitajan

käsikirja 2017b; Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013, 13). Kasvojen ilmeitä sisältävää kuvallista kipuaasteikkoa käytetään yli 2-vuotialilla lapsilla. VAS-kipujana on yleisimmin käytetty numeraalinen kipumittari aikuisilla ja kouluikäisillä. (Iivanainen ym. 2013, 79.) Asteikolla 0 tarkoittaa, että kipua ei ole lainkaan ja asteikon maksimi arvo tarkoittaa pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. Asteikkoja voi olla 0-5, 0-10 tai 0-100. (Iivanainen ym. 2013, 79; Sairaanhoidajan käsikirja 2017b; Rauta-Nurmi ym. 2012, 87; Joensuu 2013, 882.) Kivun arviointia varten on kehitetty monia erilaisia apuvälineitä kuten kipukiila, kipupiirros, kipusanasto ja kipupäiväkirja. Kivun arvioinnin apuvälineinä käytetään myös yleisiä terveyteen liittyviä mittareita, kuten RAND-36 sekä depressiomittareita, kuten DEPS, Beck ja Zung. Hoitajat pystyvät mittareiden avulla arvioimaan kivun vaikutusta potilaan toimintakykyyn sekä hyödyntämään läheisten arvioita kivusta. (Kankkunen, Nousiainen & Kylmä 2009, 13.)

### 3.4 Kivun hoito

Kipu on merkittävä potilaan elämänlaatua heikentävä tila, minkä vuoksi potilaan kokema kipu tulee hoitaa tehokkaasti (Saano ym. 2015, 565; Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 361). Kivunhoidon tulee perustua huolelliseen arvioon potilaan kivusta ja kokonaistilasta. Kivun viipymättömän ja oireenmukaisen hoidon lisäksi tavoitteena on kivun lievittyminen, potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn parantuminen. Tämä edellyttää myös potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa. (Käypä hoito -suositus 2015.) Tehokkaalla kivunhoidolla pystytään myös ehkäisemään kivun kroonistumista (Saano ym. 2015, 565; Hamunen & Kontinen 2015).

Kivun hoidossa lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia ja niitä tulee käyttää aina kun se on mahdollista. Keskeisiä lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja ovat muun muassa liikunta, terapeuttinen harjoittelu ja fysikaaliset hoidot, kuten kylmä- ja lämpöhoidot sekä TNS eli transkutaaninen hermostimulaatio. (Käypä hoito -suositus 2015; Mustajoki ym. 2013, 670–671.) Kivunhallinta menetelminä käytetään rentoutumista, musiikkia, ohjattua mielikuvittelua, huomion suuntaamista pois kivusta sekä kofeiinia (Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013, 17). Kipua voi poistaa ja ehkäistä myös hoitotyön toiminnoin, kuten asentohoidolla, hengitysharjoituksilla ja rentoutusharjoituksilla. Kivun taustalla olevat elimistössä tapahtuvat muutokset tulee saada selville hyvän kivunhoidon takaamiseksi. Hoitajan empaattinen ja ammattimainen käytös kuuluu hyvään kivunhoitoon. (Iivanainen 2013, 81.)

Kivun lääkkeettömään hoitoon yhdistetään tarvittaessa kipulääkitys. Kivun lääkehoito suunnitellaan yksilöllisesti potilaan kiputilan, muiden sairauksien ja niiden riskitekijöiden sekä psykososiaalisen tilanteen mukaan. Lääkehoidon tavoitteena on kivun lievittäminen, elämänlaadun parantaminen sekä oheisoireiden lievittäminen. (Käypähoito-suositus 2015.) Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä kipua sekä poistaa jo syntynyt kipu. Kivun ehkäisy on usein helpompaa kuin pahaksi yltyneen kivun hoito. Kattavaan kivunhoitoon kuuluu oikea lääkevalinta, riittävän suuri kerta-annos ja riittävän usein toistetut kerta-annokset. (Iivanainen 2013, 81.) Pitkäkestoisessa kivussa lääkitystä käytetään säännöllisesti ja siihen suositellaan ensisijaisesti pitkävaikutteisia valmisteita (Käypähoito-suositus 2015). Kipulääkkeiden haittavaikutusriskiä voi pienentää hyvällä kivunhoidon seurannalla. Hyvä kivunhoidon seuranta lisää myös hoidon turvallisuutta. (Saano ym. 2015, 565.)

Maailman terveysjärjestö eli WHO on kehittänyt syöpäkivun hoidon portaat, jonka mukaisesti toteutettu kipulääkitys on tehokasta ja hyvin toteutettavissa (Hamunen 2018; Paija 2004). Porras A:ssa lievään kipuun voidaan aloittaa tulehduskipulääke. Lievää ja keskivahvaa kipua hoidetaan B portaassa olevilla heikoilla tai keskivahvoilla opioideilla. C portaassa kipua hoidetaan vahvoilla opioideilla ja hyödynnetään tukilääkkeitä kipulääkkeiden rinnalla (Liite 2). Kivunhoidon portaista voidaan myös poiketa aloittamalla kivunhoito tarvittaessa vahvalla opioidilla (Sairaanhoitajan käsikirja 2017c; Rauta-Nurmi ym. 2012, 88; Mustajoki ym. 2013, 361). Syöpäkivun hoidossa pyritään poistamaan kivun aiheuttaja, jos se on mahdollista. Jos kasvainta ei pystytä leikkaushoidolla poistamaan, voidaan sitä usein pienentää solunsalpaajilla tai sädehoidolla. (Kaikki syövästä N.d.; Vuorinen 2015, 10.)

### **3.5 Dokumentointi**

Tietojärjestelmiä on käytetty terveydenhuollossa Suomessa 1960-luvulta lähtien. Sähköinen potilastietojärjestelmä on otettu käyttöön vuonna 1982. (Kuusisto & Saloniemi 2010.) Hoitotyön dokumentointia ohjeistavat lainsäädännöt, asetukset, hoitajan eettiset velvoitteet, EU-normistot, organisaation sisäiset kirjaamisohjeet ja yksikkökohtaiset ohjeet sekä suositukset (Rauta-Nurmi ym. 2012, 40).

Potilasasiakirjoihin saa tehdä merkintöjä vain potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jatkuvaa ja aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilaskertomukseen tulee merkitä kaikki potilaan palvelutapahtumat. Potilasasiakirjoista tulee riittävässä laajuudessa selvittää taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valitsemisesta tulee tehdä merkinnät ja millaisin perustein hoito menetelmään on päädytty, vaikutukset ja riskit huomioiden. Jokaisen toimenpiteen peruste on määriteltävä selkeästi potilasasiakirjoihin. Merkinnöistä tulee käydä ilmi, kuinka hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä ja millaisia ratkaisuja hoidon kuluessa on tehty. (Finlex 298/2009.)

Säännöllisesti kirjattu kivunhoito antaa selkeän kuvan potilaan kivun tilanteesta sekä on edellytys potilaan hoidon jatkuvuudelle, suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvalla. (Rauta-Nurmi ym. 2012, 40; Salanterä ym. 2006, 102.) Kirjausten perusteella voidaan kehittää hoidon laatua. Kirjataan vain se, mikä on potilaan tilanteen kannalta tärkeää. Kivunhoidon kirjaamisessa hoidon tarpeen määrittäminen ja hoitotulosten kirjaaminen mahdollistavat hoidon onnistumisen arvioinnin. Hoidollista päätöksentekoa jäsentävät kirjaamisessa kysymykset mitä, miten ja miksi. Mitä kysymyksellä tarkoitetaan lähtökohtaa ja potilaan odotuksia kivunhoidolle. Miten kysymykseen vastataan kirjaamalla potilaan hoitotoimet. Hoidolle merkitään tavoite ja mittari, jolla tavoitetta arvioidaan. Miksi kysymykseen vastataan kirjaamalla, miten hoito on vaikuttanut. (Salanterä ym. 2006, 102–103.)

Suomessa on ollut jo pitkään tavoitteena saada valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen ja sähköinen potilaskertomus. Hoitotietojen systemaattisessa kirjaamisessa potilaan hoito kirjataan hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Potilaskertomus tulee laatia aikajärjestyksessä eteneväksi. Ydintiedot ovat potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja. Hoitoprosessin vaiheet ovat rakenteisen kirjaamisen perusta. Kirjaamisessa käytetään hoitotyön ydintietoja ja hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan systemaattisesti FinCC eli Finnish Care Classification-luokituskokonaisuutta hyödyntäen. FinCC sisältää suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL), suomalaisen hoitotyön toimintaluokituksen (SHToL), suomalaisen hoitotyön tulosluokituksen (SHTuL). Hoidon tarveluokitus ja hoitotyön toimintaluokitus koostuvat molemmat seitsemästätoista saman



nimisestä komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta, esimerkiksi aktiviteetti, lääkehoito, aisti- ja neurologiset toiminnot sekä kudoseheys. Komponenteissa on vaihteleva määrä pää- ja alaluokkia. (Rauta-Nurmi ym. 2012, 45; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10–11.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullisen tutkimuksen keskeiseksi ominaispiirteeksi on useassa eri yhteydessä nimetty induktiivinen päättely. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä ja siinä tehdään havain-toja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Laadullisessa tutkimuksessa on käytössä runsaasti erilaisia aineistonkeruumenetelmiä, kuten vi-deointia tai haastatteluja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 96; Kylmä & Juvakka 2007, 16–19.) Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan kertomuksia, tarinoita ja merkityksiä, sillä ei ole mahdollista saada aikaan tilastollisesti merkittävää tietoa kuten määrällisessä tutkimuksessa. Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen eroista huolimatta kummankin ta-voite on sama. Molempien tutkimusten avulla pyritään selvittämään totuutta tutkimus-kohteena olevasta ilmiöstä ja jäsentämään todellisuutta entistä paremmin ymmärrettävään muotoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 20–22.) Laadullinen tutkimus tarkastelee todellisuutta ilman aineistonkeruuta ja analyysia tarkasti ohjailevaa teoreettista lähtökohtaa (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta N.d. 609). Tutkimuksen tekijän tulee kuitenkin olla tietoinen tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä voidakseen kerätä aineistoa tutkimuk-seensa (Kylmä & Juvakka 2007, 22).

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta. Tämän vuoksi tutkimus kohdentuuakin ensisi-jaisesti tutkittavan ilmiön laatuun eikä määrään. Tutkimuksen alussa tutkimuskysymykset ovat usein laajoja, mutta ne voivat tarkentua tutkimuksen edetessä. Laadullista tutkimusta ohjaavat mitä-, miksi-, ja miten-kysymykset. Tutkimukseen valitaan ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Ominaista laadulliselle tutkimukselle on se, että osallis-tujia on vähän. Näin saadaan kerättyä mahdollisimman rikas aineisto tutkittavasta ilmi-östä. Osallistuvien henkilöiden määrää ei välttämättä pystytä tarkasti päättämään etukä-teen, koska aineiston analyysi ohjaa tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden lopullista määrää. Kun uudet osallistujat eivät tuota uusia elementtejä tai näkökulmia tutkittavaan ilmiöön, puhutaan tutkimuksen kylläisyydestä eli saturaatioista. (Kylmä & Juvakka 2007, 23–26.) Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kokoa ei säätele tutkimusaineiston määrä vaan laatu (Vilka 2015, 150). Laadullisessa tutkimuksessa myös tutkimuksen tekijällä

on aktiivinen rooli. Tutkimus on vuorovaikutuksellista, joka tarkoittaa, että tutkimuksen tekijä ja tutkimukseen osallistuja vaikuttavat toisiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 23–26.)

Tutkimusaineisto kerätään laadullisessa tutkimuksessa mahdollisimman avoimin menetelmin (Kylmä ym. 611; Kylmä & Juvakka 2007, 27). Aineistoa voidaan kerätä usealla eri menetelmällä, kuten haastattelemalla, videoimalla ja havainnoimalla (Vilka 2015, 122). Erilaisia aineistonkeruumenetelmiä voidaan myös yhdistää (Kylmä ym. 611; Kylmä & Juvakka 2007, 27). Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää aineistona myös kirjallisia aineistoja, kuten valokuvia ja piirustuksia (Kylmä & Juvakka 2007, 27). Tutkimusaineistoksi sopivat myös esineet, päiväkirjat, elämäkerrat, kouluaineet, mainokset, kirjoitelmat, sanoma- ja aikakauslehdet, dokumenttiaineistot, kirjeet ja arkistomateriaali. Verkossa julkaistu sekä paperiversiona oleva materiaali käyvät tutkimusaineistoksi. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyissä tutkimuksissa analysoitava aineisto on aina kuva- tai tekstimuodossa. (Vilka 2015, 122,137.) Aineistonkeruussa on usein läheinen kontakti tutkimuksen osallistujiin, jonka vuoksi etiikka ja eettisyyden arviointi ovat keskeisiä asioita (Kylmä & Juvakka 2007, 27).

Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan luonnollisia olosuhteita. Tämä tarkoittaa, että tilanteita havainnoidaan juuri sellaisina kuin ne tapahtuvat. Esimerkiksi lääkärin ja potilaan välistä neuvottelutilanteen kulkua voidaan selvittää tapahtumasarjana. Tämän vuoksi laadullisella tutkimusmenetelmällä tuotettu tieto on kontekstisidonnaista, joka tarkoittaa, että tuotettu tieto on sidoksissa tutkimukseen osallistujien elämäntilanteisiin, aikaan ja paikkaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 28.) Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään todellisuuden näyttäytyminen eri ihmisille erilaisina, jonka vuoksi todellisuuksia voi olla useita (Kylmä & Juvakka 2007, 28; Vilka 2015, 118).

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysi on lähtökohdaltaan induktiivinen. Aineistolähtöisessä analyysissä lähtökohtana on aineisto ja tuloksena on tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tehty kuvaus. Laadullisessa tutkimuksessa korostetaan merkityksiä ja aineisto muodostuu enemmän sanoista kuin numeroista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ett-eikö laadullisessa tutkimuksessa voitaisi hyödyntää numeroita. Tutkimukseen osallistuneiden määrästä riippuen tulosten kuvauksessa voidaan käyttää frekvenssejä. (Kylmä & Juvakka 2007, 28–29.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa. Menetelmää käytetään silloin, kun tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa. Laadullista tutkimusmenetelmää voi käyttää myös silloin, kun haluaa jo tutkittuun ilmiöön uuden näkökulman. (Kylmä & Juvakka 2007, 30; Kylmä ym. 609.) Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoitella samankaltaista yleistettävyyttä kuin määrällisessä tutkimuksessa. Tilastollisten yleistysten sijaan laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena vanhojen ajatusmallien kyseenalaistaminen sekä ilmiön selittäminen ymmärrettäväksi siten, että se antaa mahdollisuuden ajatella toisin. (Vilka 2015, 150.)

## **4.2 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä**

Määrällinen tutkimusmenetelmä on tutkimustapa, jossa tietoa tarkastellaan numeerisesti (Vilka 2007, 13–14). Määrällisen tutkimuksen avulla selitetään, uudistetaan, puretaan, täsmennetään tai rakennetaan aiempia käsitteitä ja teorioita (Vilka 2007, 25). Määrällinen tutkimusmenetelmä antaa yleisen kuvan mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroista. Määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin miten usein tai kuinka paljon. Määrällisen tutkimusmenetelmän ominaispiirteitä ovat vastaajien suuri lukumäärä, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, objektiivisuus ja strukturointi. Objektiivisuus tarkoittaa tutkijan puolueettomuutta ja strukturointi tutkittavan asian ja sen ominaisuuksien suunnittelemista ja vakioimista. (Vilka 2007, 13–14.)

Määrällisen tutkimuksen tavoitteita ovat hypoteesi eli tulosta ennakoivan tutkimusongelman muotoilu, teorian hyödyntäminen mittaamisessa sekä asioiden välisten erojen löytäminen ja eron selittäminen kausaalisuhteina. Kausaalisuhde tarkoittaa syy-seuraus-suhdetta. Tutkimuksessa on oletuksena, että jokin taustatekijä johtaa yleistettävästi tietynlaisiin seurauksiin eli jokin asia on suoranainen seuraus jostakin toisesta asiasta. (Vilka 2007, 18–22.)

## **4.3 Menetelmä triangulaatio**

Triangulaatio eli monimetodinen lähestymistapa tarkoittaa, että tutkimuksessa yhdistetään erilaisia tutkimusmetodeja, kuten määrällinen ja laadullinen tutkimusmenetelmä. Monimetodisen lähestymistavan ensisijainen tavoite on lisätä tutkimuksen kattavuutta ja sen avulla vähentää luotettavuusvirheitä (Vilka 2015, 72). Mikäli tutkimuksen tarkoituksena on toiminnan ymmärtäminen selittämällä ilmiötä sen päämäärien avulla, voidaan

tutkimuksessa käyttää samanaikaisesti myös muita kuin laadullista tutkimusmenetelmää. Menetelmä triangulaation toimivuus on pitkälti kiinni siitä, mitä muita tutkimusotteita tai metodisia lähestymistapoja koskevia ratkaisuja tutkimuksessa tehdään. (Vilka 2015, 73.)

Laadullinen ja määrällinen tutkimus ovat lähestymistapoja, jotka on käytännössä vaikea erottaa toisistaan tarkkarajaisesti. Ne ovat toisiaan täydentäviä lähestymistapoja, jonka vuoksi niitä käytetään rinnakkain. Laadullisen tutkimuksen avulla saatuja tuloksia voidaan laskennallisten tekniikoiden avulla laajentaa koskemaan koko tutkimusjoukkoa. Numerot ja merkitykset ovat toisistaan vastavuoroisesti riippuvaisia, koska numerot perustuvat merkityksiä sisältävään käsitteellistämiseen ja merkityksiä sisältävä käsitteellistäminen voidaan ilmaista numeroin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1996,136–137.)

#### **4.4 Tiedonhaku**

Tiedonhakuun olemme käyttäneet kirjastopalveluita sekä erilaisia hakukoneita, kuten Melinda, Medic, Cinalh, Journals Ovid ja Google Scholar. Haimme tietoa suomenkielillä hakusanoilla: ”kipu”, ”kivunhoito”, ”kivun arviointi”, ”dokumentointi”, ”kivun dokumentointi”, ”syöpäpotilas”, ”syöpäpotilaan kipu”, ”syöpäkivun hoito” ja ”syöpää sairastava potilas”. Englannin kielisiä hakusanojamme olivat ”pain”, ”pain management”, ”pain assessment”, ”documentation”, ”pain documentation”, ”cancer patient”. Tiedonhaku on kuvattu liitteessä 3.

#### **4.5 Aineiston keruu**

Tutkimusaineistomme koostui yhteensä 20:n potilaan hoitokertomuksista. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden henkilötiedot meille luovutti kyseisten osastojen osastonhoitajat. Aineiston keruu tapahtui osastolla tammikuussa vuonna 2018. Tutkimuskäyttöön valitun aineiston valintakriteerinä oli potilaan hoitajakson sijoittuminen lokakuulle 2017. Tarkoituksena oli käyttää tutkimuksessa lokakuun ajalle sijoittuvia yksittäisiä hoitajaksoja, mutta ne olivat lyhyempiä kuin odotimme. Tämän vuoksi otimme tutkimukseen jokaisen lokakuulle sijoittuneen hoitopäivän, joka suurensi tutkimusmateriaalin määrää huomattavasti. Potilasasiakirjoista rajasimme tutkimukseen vain kipua koskevat kirjaukset, joita oli yhteensä 104 kappaletta.

## 4.6 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa tulee aina esittää tutkimusongelma, kohdenneet tutkimuskysymykset sekä tutkimuksen tavoite. Tutkimusraportin kirjoittamisessa täytyy olla täsmällinen. Tekstin tulee edetä siten, että perustelut ja päättelyt on esitetty selkeästi ja aukottomasti, jotta lukijan on mahdollista seurata tekstiä johdonmukaisesti. (Vilkkä 2015, 39.) Tutkimuksessamme oli kolme tutkimuskysymystä, joiden näkökulmasta lähdimme tarkastelemaan aineistoa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa kivun tämänhetkisen dokumentoinnin tilasta. Uutta tietoa voidaan mahdollisesti hyödyntää kirjaamisen edelleen kehittämisessä, kirjaamiskoulutuksen tarpeen arvioimisessa sekä potilaiden hyvän hoidon edistämässä.

Tutkimusaineisto täytyy analysoida, jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin. Tutkimuksen ja tieteen tehtävänä on jäsentää olemassa olevaa todellisuutta paremmin hallittavaan ja ymmärrettävään muotoon. Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Yksityiskohtaisen analyysin päävaiheet ovat pelkistäminen, ryhmittely sekä abstrahointi. Aineiston analyysia ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Analyysissa aineistosta pyritään tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstin osia. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.) Ensimmäiseksi loimme yleiskäsityksen tutkimusmateriaalin sisällöstä. Ennen varsinaista aineiston analysointia, rajasimme tutkimusmateriaaliamme epäoleellisen tiedon pois, kuten Päivittäiset toiminnot, Aktiviteetti, Kudoseheys ja Nestetasapaino otsikkojen alle kuuluvat tiedot. Emme rajanneet aiheitamme pelkkään syöpäkipuun, koska on vaikea määrittää mikä on pelkästään syövästä aiheutuvaa kipua. Rajasimme aiheen ainoastaan kipuun koskeviin asioihin. Rajausten jälkeen meillä oli tutkimuksen kannalta tarpeellinen aineisto, jota lähdimme tutkimaan. Luimme rajattua aineistoa ja keräsimme sieltä tutkimuksemme kannalta olennaista tietoa eli kirjauksia kivusta sekä sen hoidosta ja arvioinnista. Tämän jälkeen aloitimme pelkistämään keräämäämme materiaalia.

Pelkistämisestä voidaan käyttää myös ilmaisua tiivistäminen. Pelkistämävaiheessa merkitykselliset ilmaisut tiivistetään niin, että niiden olennainen sisältö säilyy. Joskus kannattaa jopa käyttää samoja sanoja kuin alkuperäisilmauksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.) Pelkistämävaiheessa erittelimme alkuperäisilmauksien sisällöstä kaikki tutkimuksemme kuuluvan materiaalin erilleen. Kaikista alkuperäisilmauksista tehtiin pelkistys ja

yhden alkuperäisilmauksen sisällöstä saattoi tulla monta pelkistettyä ilmausta. Pelkistetty ilmaus kuitenkin sisälsi aina vain yhden asian, koska muuten alaluokkien muodostaminen ei olisi ollut luotettavaa. Pelkistysten muodostamista havainnollistamme taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Aineiston pelkistäminen

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTYILMAISU
Vaikuttaa hyvävointiselta mieheltä	Hoitaja havainnoinut potilaan voinnin hyväksi
PANADOL FORTE 1 g, tabl; Annettu 1 g PO 09:48	Annettu kipulääke.
Selkäsärkyä, jonka vuoksi joutunut nyt yölläkin jaloittelemaan. Panadolia kipulääkkeeksi viety.	Selkäsärkyä. Potilas lievittänyt kipua liikukumalla. Kipua hoidettu kipulääkkeellä.
ABSTRAL 100 mikrog, resoribl; Annettu 400 mikrog 13:36 - sädehoidon esilääke, toinen pöydälle varalle.	Annettu opioidi esilääkkeeksi. Annettu opioidi varalle.
Aamusta jalassa lievää kipua, saanut lääkettä.	Kipua jalassa. Hoidettu kipua lääkkeellä.
Nyt jaloissa ja alaselässä särkyä, eikä oikein mikään asento tunnu hyvältä. Lääkitty.	Särkyä jaloissa. Särkyä alaselässä. Asentohoito ei helpota kipua. Kipua hoidettu lääkkeellä.
Potilaalla ei kipuja, liikkunen onnistuu varmistettuna rollaattorin tuella.	Kivuton. Liikkuminen onnistuu rollaattorin tukemana.
Illalla vointi hyvä, lievää kivun tunnetta vatsalla, viety valmiiksi kipulääkkeet pöydälle, ottaa kun tarvitsee.	Vointi hyvä. Lievää kipua vatsalla. Viety lääke varalle. Potilas ottaa lääkkeen kun tarvitsee.
klo 20:03 Kipu liikkeessa (0-10) 8	Kipua liikkeessa. Liikkeessa VAS 8.
Iltavuoron aikana ei ylimääräisiä kipulääkkeitä ole tarvinnut.	Ei tarvetta ylimääräiselle kipulääkkeelle.

Yksityiskohtaisen analyysin toisessa vaiheessa pelkistetyt ilmaukset kootaan omalle erilliselle listalleen. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmauksia vertaillaan keskenään ja etsitään saman sisältöisiä ilmauksia. Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistykset yhdistetään sa-

maan luokkaan. Ryhmittelyssä on siis kyse pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Ryhmittelystä käytetään myös ilmaisua klusterointi. Tutkimusaineisto ja tutkijan tulkinta ohjaavat pelkistettyjen ilmaisujen yhdistämistä. Yhdistämisen jälkeen luokka nimetään ja syntyy alaluokka. Alaluokan nimen tulee kattaa kaikki sen alle tulevat pelkistetyt ilmaukset. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Lähdimme etsimään pelkistetyistä ilmauksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Muodostimme ryhmiä samankaltaisten ilmausten kesken. Alaluokkien muodostamisessa ja nimeämisessä otimme huomioon, että alaluokka kattaa kaikki sen alla olevat pelkistykset, eikä alaluokan nimessä ole ja-sanaa. Taulukossa 2 on esitetty pelkistettyjen ilmausten muodostuminen alaluokiksi.



TAULUKKO 2. Pelkistetyistä ilmauksesta alaluokaksi

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Lievää kipua keskuslaskimoportin seudulla.	Paikallistettu kipu
Pistoksen yhteydessä pientä kipua.	
Kipua toimenpide alueella	
Kipua jalassa	
Päänsärkyä	
Kivuton	Potilas kivuton
Hyvävointinen.	
Potilas kivuton toimenpiteen jälkeen.	
Annettu opioidi potilaan pyynnöstä.	Kivunhoito potilaan pyynnöstä
Annettu kipulääke potilaan pyynnöstä.	
Päänsärkyä hoidettu Parasetamolilla.	Oireenmukainen kivunhoito
Annettu opioidi selkäkipuun.	
Kolmoisgeeliä suun rikkeymiin.	
Kipua jalassa. Hoidettu kipua lääkkeellä.	Kipulääkkeen tarve
Särkyä jaloissa. Särkyä alaselässä. Asentohoito ei helpota kipua. Kipua hoidettu lääkkeellä.	
Iltavuoron aikana ei ylimääräisiä kipulääkkeitä ole tarvinnut.	Säännöllinen kipulääkitys
Aavistus kipua illalla, iltalääkkeistä Tramal tähän.	
Potilas kertoi pistoksen pistävän/kirvelevän.	Potilas arvioi kipuaan
Potilas kertoo jaloissa olevan lievää kipua.	
Potilas kokee vointinsa hyväksi	
Potilas kertoo vointinsa olevan kohtalainen	

Ryhmittelyn seuraava vaihe on muodostaa alaluokista yläluokkia. Tässä vaiheessa vertaillaan alaluokkia keskenään ja yhdistetään sisällöllisesti samankaltaiset luokat, jotka

muodostavat yläluokan. Myös yläluokan tulee kattaa kaikki sen alle tulevien luokkien sisällöt. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Sopivan alaluokan nimen löydyttyä siirryimme tekemään alaluokista ryhmiä. Samankaltaisten alaluokkien ryhmä muodosti yläluokan. Yläluokan nimen tuli kattaa siihen sisältyvät alaluokat sekä pelkistetyt ilmaukset. Viimeisenä vaiheena oli muodostaa yläluokista pääluokkia ja nimetä ne. Taulukko 3 kuvastaa miten pääluokat on muodostettu.

TAULUKKO 3. Pääluokan muodostuminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kivunhoito potilaan pyynnöstä	Lääkkeellinen kivunhoito	Kivun hoito
Oireenmukainen kivunhoito		
Kirjauksessa maininta pelkästään lääkkeestä		
Säännöllinen kipulääkitys		
Ei tarvetta kipulääkkeelle	Lääkkeen tarpeen arviointi	Kivun arviointi
Kipulääkkeen tarve		
Kipulääke esilääkkeeksi	Kivun ehkäisy	
Kipulääke tarvittaessa		
Kipu helpottanut	Kiputilanne	
Kivun arvioinnissa käytetty kipumittaria		
Paikallistettu kipu	Kivun ilmeneminen	
Potilas hyvävointinen		
Potilas kivuton		
Potilas arvioinut kipua	Kivun arvioija	
Hoitaja arvioinut potilaan kipua		

Aineiston pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheissa on jo mukana aineiston abstrahointia. Sisällönanalyysin kolmas vaihe on abstrahointi eli yleiskäsitteen muodostaminen. Abstrahointi asettuu limittäin edellisten vaiheiden kanssa. Vähittäisen pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla rakennettu synteesi antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. Aineistolähtöinen analyysi perustuu siihen, että edetään yhden tutkimusaineiston tarjoamasta kuvauksesta yleiskuvaukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 119.)

## 5 TULOKSET

### 5.1 Millaisia asioita kivusta ja sen hoidosta on dokumentoitu?

Kipua ja sen hoitoa koskevia kirjauksia oli havainnoimissamme 20:n potilaan asiakirjoissa yhteensä 104. Havainnoinnin perustana käytimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Kivun kirjaaminen – lomaketta (Liite 1). Havainnoimme potilasasiakirjoista seuraavia asioita: kivun sijainti, alkamisajankohta, luonne, tyyppi, voimakkuus, kivun arvioija ja käytetty kipumittari. Kivun luonteella tarkoitetaan esimerkiksi pistävää, jomottavaa, jatkuvaa, viiltävää tai kirvelevää kipua. Kivun tyyppiin sisältyy muun muassa lepo- ja liikekipu, kivun vaikutus päivittäisiin toimintoihin sekä kipua provosoivat tekijät. Näitä asioita havainnollistamme taulukossa 4. Olemme keränneet kappaleiden loppuun hoitajien potilasasiakirjoihin tekemiä kirjauksia kuvaamaan kivunhoidon dokumentoinnin nykytilaa. Kursivoidut lainaukset ovat esimerkkejä alkuperäisilmaisuista havainnollistamaan tuloksia.

Potilasasiakirjoihin kivun sijainti oli dokumentoitu yhteensä 32 kertaa, joista 12 kertaa se oli dokumentoitu lääkkeen antokirjauksen lisätieto-kohtaan. Kivun sijainti oli kirjattu yhteensä 11:n potilaan hoitokertomukseen. Kirjauksissa kipua oli paikallistettu kehon eri osiin, muun muassa nilkkaan, toimenpide alueelle, vatsaan ja laskimoportin seutuun. 41:ssä kirjauksissa kivun sijaintia ei ollut mainittu ollenkaan. Esimerkiksi lääkkeiden antokirjauksen lisätietona oli usein kirjaus ”kipuun”, mutta kivun sijaintia ei ollut mainittu. Kivun sijainnista oli kirjattu yhteensä yhdeksän eri otsikon alle, joita olivat Lääkehoito, Aisti- ja neurologiset toiminnot, Päivittäiset toiminnot, Hoidon arviointi / Potilaan vointi ja toimintakyky / Potilaan tämänhetkinen vointi, Aktiviteetti, Verenkierto, Nestetasapaino, Hengitys, verenkierto ja sairauden oireet.

*Jalkojen, lähinnä reisien kipuilua.*

*OXYNORM 5 mg, kapseli; Annettu 10 mg PO - omasta pyynnöstä selkäkipuun.*

*Kipua ainoastaan tmp-alueella.*

*ABSTRAL 300 mikrog, resoribl; Annettu 200 mikrog SL 06:19, Kipuun*

Kivun alkamisajankohta oli dokumentoitu yhdellä potilaalla kerran. Kyseinen kirjaus oli Aisti- ja neurologiset toiminnot otsikon alla. Useissa kirjauksissa oli maininta sen hetkestä kiputilanteesta, mutta kivun alkamisajankohtaa ei ollut kartoitettu. Kivun alkamisajankohta puuttui yhteensä 103 kirjauksesta.

*Puolenyön jälkeen ylävatsa vaivaa, joka pahentunut aamua kohden.*

*Pientä särkyä ja kipua kertoo olevan jaloissa, ja olokin on vähän kuumeinen.*

*Kipua jalassa, tätä lääkitty.*

Kivun luonne oli dokumentoitu yhteensä kolme kertaa. Luonnetta oli kuvattu sanoilla aristus, kirvely, kuivumisen tunne ja polttelu. Kyseiset asiat kivun luonteesta oli kirjattu kahden eri potilaan hoitokertomuksiin. Kirjaukset olivat Aktiviteetti, Aisti- ja neurologiset toiminnot sekä Lääkehoito otsikoiden alla. Kivun luonne puuttui yhteensä 101:stä kirjauksesta.

*Pientä aristusta keskuslaskimoportin seudulla.*

*Silmien kirvelyä ja kuivumisen tunnetta niissä. Silmät eivät punoita, vetistä tm. oireile.*

*GAVISCON -, oralsusp; Annettu 10 ml PO – Ylävatsan polttelua.*

Kivun tyyppi oli dokumentoitu seitsemän kertaa ja se oli mainittu viiden eri potilaan hoitokertomuksissa. Kivun tyyppistä oli mainittu lepo- ja liikekipu, kipua provosoivia tekijöitä sekä kivun vaikutus päivittäisiin toimintoihin. Kirjaukset olivat Tutkimustulokset, Potilaan tämänhetkinen vointi, Hoitotoimet sekä Hengitys, verenkierto ja sairauden oireet otsikoiden alla. Kivun tyyppi puuttui yhteensä 97 kirjauksesta.

*Kipu levossa (0-10) 7*

*Kipu liikkeessa (0-10) 8*

*Nyt jaloissa ja alaselässä särkyä, eikä oikein mikään asento tunnu hyvältä.*

*Potilaalla ei kipuja, liikkuminen onnistuu varmistettuna rollaattorin tuella.*

Kipumittaria oli käytetty yhteensä neljä kertaa ja sitä oli käytetty kahden eri potilaan kivun arviointiin. Molemmilla kerroilla oli käytetty VAS-kipuasteikkoa. Kipumittaria ei ollut käytetty yleisesti potilaiden kivun tai lääkkeen vaikutuksen arvioimiseen vaan pikemminkin yleistilan kartoittamiseen. Kipumittarien käyttö oli kirjattu Potilaan tämänhetkinen vointi ja Lääkehoito otsikon alle.

*Kipu levossa (0-10) 7*

*Kipu liikkeessa (0-10) 8*

*Nyt jaloissa ja alaselässä särkyä, eikä oikein mikään asento tunnu hyvältä.*

Kivun voimakkuutta oli dokumentoitu 23 kertaa, ja sitä oli dokumentoitu 12:n potilaan hoitokertomuksiin. Kivun voimakkuutta oli kuvattu muun muassa kirjaamalla ”lievää kipua”, ”kovaa kipua” tai ”kivuton”. Kivun voimakkuuden arviointiin oli käytetty neljästi kipumittaria. Kirjaukset olivat Tutkimustulokset, Aisti- ja neurologiset toiminnot, Potilaan tämänhetkinen vointi, Aktiviteetti, Kudoseheys, Verenkierto, Nestetasapaino, Päivittäiset toiminnot ja Hengitys, verenkierto ja sairauden oireet otsikoiden alla.

*Aamusta jalassa lievää kipua, saanut lääkettä.*

*Illalla vointi hyvä, lievää kivun tunnetta vatsalla, viety valmiiksi kipulääkkeet pöydälle, ottaa kun tarvitsee.*

*Nielussa kipua, mutta ei tarvinnut kipulääkettä vielä.*

*Kanyylin kohdilla hieman tuntemusta, ei kuitenkaan kirvelyä tai kipua.*

Kivun arvioija mainittiin potilaskertomuksissa neljä kertaa. Kirjausten perusteella kipua oli arvioinut hoitaja tai potilas. Omaiset eivät olleet osallistuneet kivun arvioimiseen. Kirjaukset olivat Hengitys, verenkierto ja sairauden oireet, Potilaan tämänhetkinen vointi ja Verenkierto otsikoiden alla.

*Ei tuo kipuja ilmi.*

*Ei ole ilmennyt pahoinvointia, kipuja tai särkyjä.*

*Käsi illan aikana edelleen turvoksissa punoittavä. Ei kipeä potilaan kertoman mukaan.*

*Kysyttäessä ei kipuja.*

TAULUKKO 4. Kivun kirjaaminen

Arviointi- kohde	Potilas 1	Potilas 2	Potilas 3	Potilas 4	Potilas 5	Potilas 6	Potilas 7	Potilas 8	Potilas 9	Potilas 10
Kivun sijainti	1					11	1	5		1
Kivun alkamis- ajan- kohta										
Kivun luonne										
Kivun tyyppi				2		2		1		
Kivun voimakkuus			1	2		3		2	1	3
Käytetty kipumittari				2		2				
Kivun arvioija								2		1

Arviointikohde	Potilas 11	Potilas 12	Potilas 13	Potilas 14	Potilas 15	Potilas 16	Potilas 17	Potilas 18	Potilas 19	Potilas 20
Kivun sijainti	1	1		3		3	2		3	
Kivun alkamisajan kohta				1						
Kivun luonne							1		2	
Kivun tyyppi					1	1				
Kivun voimakkuus	1	3		3	1		2	1		
Käytetty kipumittari										
Kivun arvioija							1			

## 5.2 Miten kipua ja sen hoitoa on dokumentoitu?

Kipua ja sen hoitoa oli dokumentoitu yhteensä 104 kertaa. Ennen kipulääkkeen antamista kipua oli arvioitu vain sanallisesti, kuten ”kovaa kipua” tai ”lievää kipua”. Ennen kipulääkkeen antamista kivun arvioinnissa ei ole käytetty vertailukelpoista menetelmää, kuten kipumittaria. Ainoastaan kaksi kertaa lääkkeen annon jälkeen sen vaikuttavuutta tai potilaan yleistä kiputilannetta oli arvioitu uudelleen. Kiputilanteen vähäisen arvioinnin vuoksi muutokset on saattaneet jäädä huomioimatta.

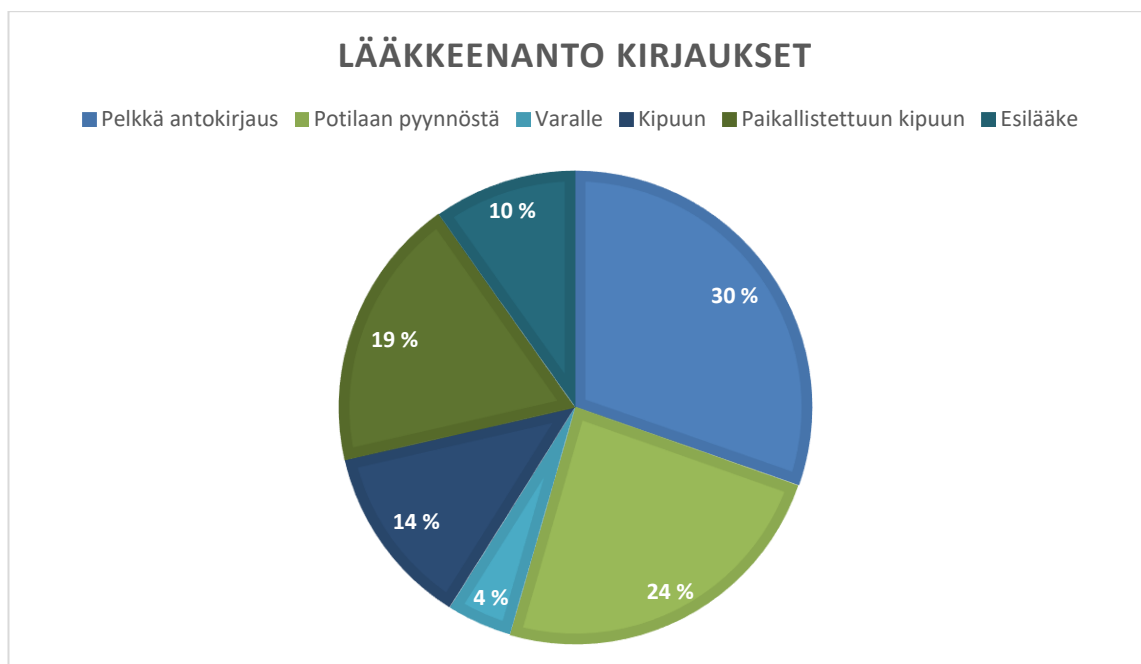


### *Kivut helpottaneet*

*OXYNORM 5 mg, kapseli; Annettu 5 mg PO 19:30 - Kipuja vielä.*

Kivun lääkehoidosta oli yhteensä 56 mainintaa. Kirjauksia, jossa maininta pelkästä lääkkeestä oli yhteensä 19. Näissä kirjauksissa ei ollut mitään mainintaa kivun sijainnista, voimakkuudesta tai kestosta. 15 kertaa lääkkeen antokirjauksen yhteydessä lisätieto kohtaan oli kirjattu tieto, että lääke on annettu potilaan pyynnöstä. Kolmesti lääkkeen antokirjauksessa oli maininta lääkkeen antamisesta varalle. Kahdeksan kertaa lääkkeen antokirjauksen yhteydessä lisätieto kohdassa luki ”kipuun”. 12 kertaa lääkkeen antokirjauksessa oli mainittu kivun sijainti, kuten ”selkäkipuun”. Lisätiedolla ”esilääke” antokirjauksia oli kuusi. Taulukossa 5 on havainnollistettu lääkkeen antokirjausten jakautuminen prosentuaalisesti. Lääkkeettömästä kivunhoidosta ei ollut yhtäkään mainintaa tutkimukseen kuuluvien 83:n hoitopäivän aikana.

TAULUKKO 5. Lääkkeenanto kirjaukset



Kipua ja sen hoitoa oli kirjattu usean eri otsikon alle. Otsikkoja olivat muun muassa Lääkehoito, Aisti- ja neurologiset toiminnot, Potilaan tämänhetkinen vointi, Hengitys, verenkierto ja sairauden oireet, Päivittäiset toiminnot ja Verenkierto. Kirjauksien perusteella osastolla ei ollut yhteistä käytäntöä siitä, minkä otsikon alle kipua ja sen hoitoa tulisi kirjata.

Kipua ja sen hoitoa koskevissa kirjauksissa oli käytetty lyhenteitä. Osa lyhenteistä oli vaikeasti tai monella eri tavalla tulkittavia. Useat kirjauksissa lyhennetyt sanat olivat ammattisanastoa. Esimerkiksi mikrogramma oli merkitty ”yg” ja potilas oli useasti lyhennetty ”pot”. Alla lainauksia hoitajien potilasasiakirjoihin tekemistä kirjauksista, joissa on esimerkkejä käytetyistä lyhenteistä.

*Her pistoksen tunki hieman pistävän /kirvelevän.*

*Annettu omasta pyynnöstään 300 yg ja 100 yg*

*OXYNORM 10 mg, kapseli; Annettu 20 mg PO 09:09, 10x2 Ennen sh:ta*

*OXYNORM 10 mg, kapseli; Annettu 10 mg PO 23.10.2017 15:50 - kapseli pot toiveesta.*

*Lounaan syönyt kaiken, päivä levolle ennen ab:ta.*

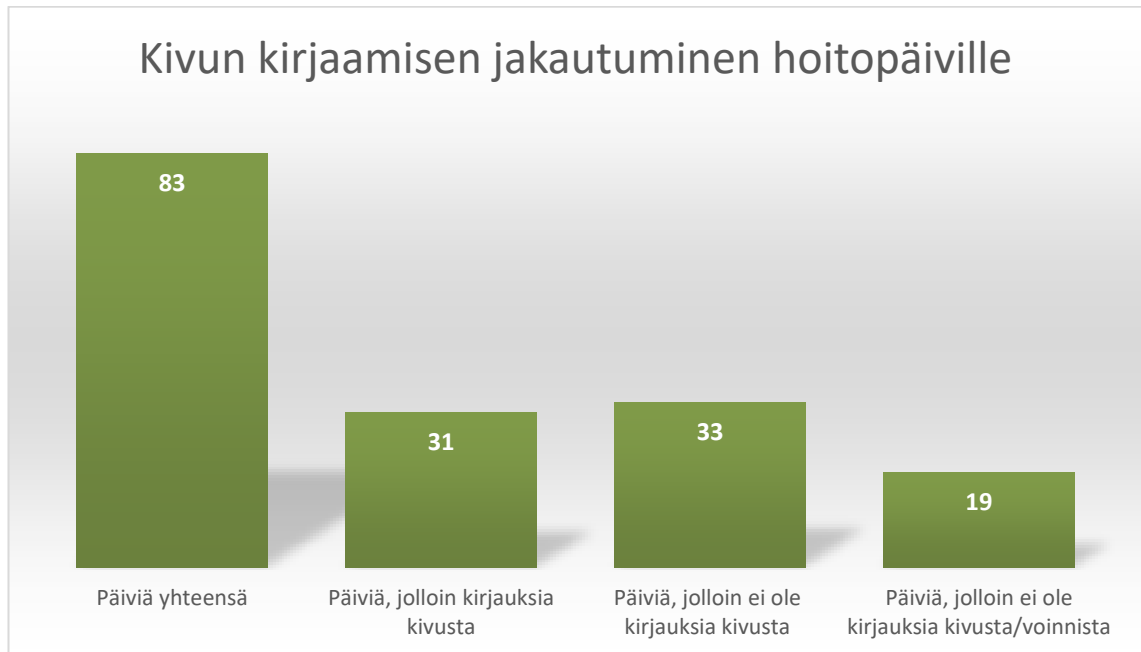
*Kipuja ainoastaan tmp-alueella.*

*Ei erit oireita.*

### **5.3 Kuinka usein kipua on dokumentoitu?**

Havainnoimme 20 potilaan hoitokertomuksia yhteensä 83 hoitopäivän ajalta. Kivusta ja sen hoidosta oli dokumentoitu yhteensä 31:nä päivänä. Kyseisinä päivinä kipua oli arvioitu ja hoidettu. Päiviä, jolloin kivusta ei ollut kirjattu mitään oli 33. 19:n päivän aikana kivusta, sen hoidosta tai potilaan voinnista ei ollut kirjattu mitään. Kyseisinä päivinä potilaita oli kuitenkin hoidettu aktiivisesti, esimerkiksi antamalla solunsalpaajahoitoja, mutta kivusta tai voinnista ei silti ollut mainintaa potilaskertomuksessa. Taulukko 6 havainnollistaa kivun kirjaamisen jakaantumista hoitopäiville.

TAULUKKO 6. Kivun kirjaamisen jakautuminen hoitopäiville



Alla on potilasasiakirjoista lainattu esimerkki kivun sekä sen hoidon ja arvioinnin riittämättömästä kirjaamisesta. Kyseessä on kahden potilaan hoitokertomuksiin tehdyt kirjaukset kivusta ja voinnista neljän lokakuulle sijoittuvan hoitopäivän aikana. Kyseiset neljä hoitopäivää olivat molempien potilaiden ainoat lokakuulle sijoittuvat hoitopäivät kyseisellä osastolla.

Potilas 1

Hoitopäivä 1

Ei kirjausta potilaan kivusta tai voinnista.

Hoitopäivä 2

*Vointi ok.*

Hoitopäivä 3

*Päivän aikana vointi ollut tasainen, ei mitään erityistä ongelmaa.*

Hoitopäivä 4

*Kysyttäessä ei kipuja.*

Potilas 2

Hoitopäivä 1

*Kivuton.*

*Kivuton.*

Hoitopäivä 2

Ei kirjausta potilaan kivusta tai voinnista.

Hoitopäivä 3

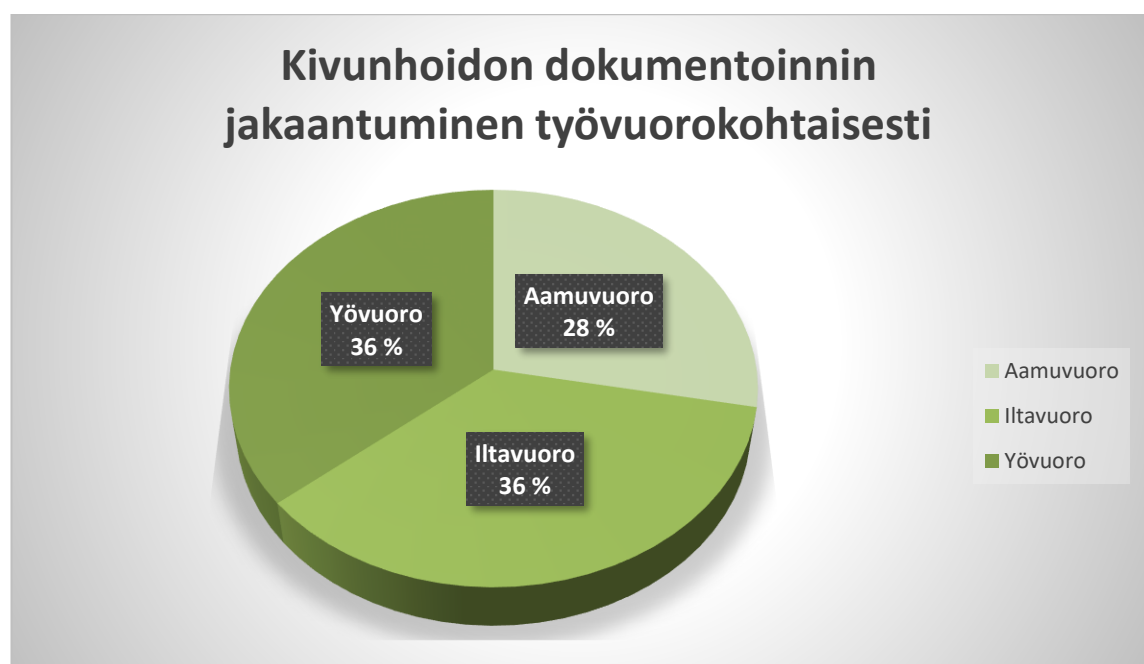
Ei kirjausta potilaan kivusta tai voinnista.

Hoitopäivä 4

*Kotiin lähtenyt hyvävointisena.*

Havainnoimme kivun kirjaamisen jakaantumista työvuorojen aikana. Kipua dokumentointiin vähiten aamuvuoroissa. Ilta- ja yövuorojen aikana kipua dokumentoitiin yhtä usein. Aamuvuorojen osuus kirjaamisesta oli 28%, kun taas ilta- ja yövuorojen osuus oli 36%. Kirjausten sisältö ei vaihdellut eri vuorojen välillä. Taulukko 7 kuvaa kirjaamisen jakautumista työvuorojen aikana.

TAULUKKO 7. Kivunhoidon dokumentoinnin jakaantuminen työvuorokohtaisesti



## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2009, 23; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimus ei ole hyvä, mikäli se ei ole eettisesti kestävä. Tieteen sisältämät normit velvoittavat tutkijaa käyttämään tieteellisiä menetelmiä sekä tieteellisen päättelyn mukaista perustelua. (Tuomi 2007, 144.) Hyvää tieteellistä käytäntöä voidaan loukata monella tavalla. Erytisesti koejärjestelyt sekä tiedonhankintatavat aiheuttavat eettisiä ongelmia. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.)

Hyvään eettiseen tutkimuskäytäntöön kuuluu tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen käyttäminen, kuten yleinen tarkkuus ja huolellisuus sekä rehellisyys. Tutkimuksessa kuuluu käyttää eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tietoja julkaistaessa kuuluu noudattaa avoimuutta ja vastuullisuutta. Muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen tekemiseen tulee tarvittaessa hankkia tutkimuslupa. Tutkimuksen oikeuksia, tekijyyttä, vastuuta, velvollisuuksia, aineistojen säilyttämistä sekä käyttöoikeuksia koskevat tiedot tulee sopia kaikkien tutkimukseen osallistuneiden osapuolien hyväksymällä tavalla. Rahoituslähteet tulee raportoida tutkimuksen tulosta julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimuksessamme olemme käyttäneet eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa olemme olleet rehellisiä ja huolellisia, eivätkä omat mielipiteemme ole vaikuttaneet tutkimuksen tuloksiin. Tutkimuksen tulokset olemme julkaisseet avoimesti ja vastuullisesti. Muiden tutkijoiden työtä olemme kunnioittaneet asianmukaisilla lähde- ja viittemerkinnöillä. Olemme hakeneet tutkimuksen tekemistä varten tutkimusluvan, jonka organisaation opetusylihoitaja myönsi meille 15.1.2017. Tutkimuksen aikana olemme noudattaneet salassapitovelvollisuutta potilasasiakirjoja koskien. Hävitämme tutkimuksessa käytetyt potilasasiakirjat asianmukaisesti. Tutkimuksemme aineistosta tai valmiista tutkimuksesta potilaita tai hoitohenkilökuntaa on mahdotonta tunnistaa. Tutkimuksesta aiheutuvista kuluista vastaamme itse.

Tutkimuksen tarkoituksena on, että siitä saadut tulokset eivät ole etukäteen harkittuja tai sovittuja. Tutkittavaan aiheeseen aikaisemmin tehdyillä havainnoilla, teorioilla tai tiedoilla ei pitäisi olla tekemistä analyysin toteuttamisen tai siitä saatujen tulosten kannalta. Tutkimusten tulosten tulee olla niiden alkuperäisaineistoon perustuvia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 95.) Laadullista tutkimusmenetelmää voi pitää luotettavana, kun tutkittu materiaali ja tutkimuskohde ovat yhteensopivia. Laadullisen tutkimusmenetelmän luotettavuutta lisää se, ettei teorianmuodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät, kuten ohjeet tai väitteet. Tutkimusprosessin luotettavuus tarkoittaa sitä, että tutkijan käsitteellistäminen ja tulkintojen teko vastaavat alkuperäistä aineistoa. (Vilkkä 2015, 196.)

Käytimme tutkimuksessa laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän yhdistelmää eli menetelmä triangulaatiota, joka lisää tutkimuksen kattavuutta. Tulosten luotettavuutta lisää alkuperäiset lainaukset potilasasiakirjoista. Alkuperäisilmaukset havainnollistavat tekstiä ja siten vähentävät väärin tulkittamisen mahdollisuutta. Lukijan on helpompi ymmärtää tutkimuksen tuloksia, kun ne on havainnollistettu ja raportoitu selkeästi. Tutkimustulokset on raportoitu hoitajien potilasasiakirjoihin tekemien merkintöjen pohjalta. Aikaisemmin aiheesta tehdyillä tutkimuksilla tai havainnoilla ei ole vaikutusta tutkimusprosessiimme tai tutkimuksemme tuloksiin. Tutkimustuloksemme eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Aineistoa analysoidessa olemme toimineet järjestelmällisesti sekä täsmällisesti. Missään tutkimuksen vaiheessa mielipiteemme eivät ole vaikuttaneet tutkimukseen tai sen tulokseen.

## **6.2 Tulosten pohdinta**

Työelämäyhteyden toiveena oli saada uutta ja luotettavaa tietoa kivun ja sen hoidon dokumentoinnin nykytilanteesta. Kyseinen aihe on ollut alusta asti kiinnostava, koska koemme kivun ja sen hoidon olevan tärkeä osa potilaan laadukasta hoitoa. Laadukkaaseen hoitoon kuuluu mielestämme myös kattava ja säännöllinen dokumentointi.

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa suunnittelimme yhdessä työelämäyhteyden kanssa millä tutkimusmenetelmällä saamme vastattua heidän tarpeisiinsa. Työelämäyhteyden toiveena oli saada uutta ja aikaisempaan tutkimukseen verrattavissa olevaa tietoa dokumentoinnin tilasta. Jotta tutkimuksemme olisi verrattavissa aikaisemmin tehtyyn tutkimukseen, työelämäyhteys antoi meille siinä käytetyn Kivun kirjaaminen – lomakkeen.

Lomakkeen pohjalta lähdimme havainnoimaan potilasasiakirjoista kivun sijaintia, alkamisajankohtaa, voimakkuutta, tyyppiä, luonnetta kipumittarien käyttöä sekä kivun arvioijaa. Aiheen kiinnostavuuden ja potilasasiakirjoista löytyneen kipua sen hoitoa koskevan materiaalin vuoksi muodostimme lisäksi vielä tutkimuskysymykset siitä, miten kipua ja sen hoitoa on dokumentoitu sekä kuinka usein kipua ja sen hoitoa on dokumentoitu.

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli millaisia asioita kivusta ja sen hoidosta on dokumentoitu. Tähän kysymykseen vastasimme Kivun kirjaaminen- lomakkeen pohjalta. Kivun kirjaaminen – lomakkeeseen sisältyviä asioita ei ollut dokumentoitu potilaiden hoitokertomuksiin tai niitä oli dokumentoitu vain osittain. Vähiten dokumentointeja hoitokertomuksissa oli kivun alkamisajankohdasta, joka oli mainittu vain kerran. Eniten oli merkitty kivun sijainteja, joista oli 32 mainintaa, joista 12 oli kirjattu lääkkeen antokirjauksen lisätieto kohtaan. Potilaskohtaisia dokumentointeja oli vähiten kivun alkamisajankohdasta, josta oli maininta vain yhdellä potilaalla. Eniten oli dokumentointeja kivun voimakkuudesta, josta oli kirjattu 12:lle potilaalle.

Toinen tutkimuskysymyksemme oli miten kipua ja sen hoitoa on dokumentoitu. Tulosten perusteella kipua ja sen hoitoa oli dokumentoitu vähäisesti. 19:nä päivänä kivusta, kivun hoidosta tai potilaan voinnista ei ollut kirjattu mitään. Oli myös useita päiviä, jolloin potilaiden kiputilanteesta ei ollut mitään mainintaa hoitokertomuksessa. Mielestämme kivun kirjaaminen oli vähäsanaista ja epätarkkaa sekä osa kirjauksista jäi kokonaan lukijan tulkittavaksi. Useasti kipua oli dokumentoitu ainoastaan lääkkeen antokirjauksen yhteydessä olevaan lisätieto kohtaan. Ennen lääkkeen antoa kipua ei ollut arvioitu vertailukelpoisin menetelmin. Lääkkeen vaikutusta oli arvioitu ainoastaan kaksi kertaa. Kipumittareita ei ollut käytetty kuin neljä kertaa. Lääkkeettömiä kivunhoito menetelmiä ei ollut kirjausten perusteella käytetty lainkaan.

Kolmas tutkimuskysymyksemme oli kuinka usein kipua ja sen hoitoa on dokumentoitu. Aamuvuorossa kipua ja sen hoitoa oli dokumentoitu vähemmän kuin iltaja yövuoron aikana, mutta kirjaukset olivat kuitenkin jakaantuneet melko tasaisesti vuorojen välillä. Kirjausten sisältö vuorojen välillä ei vaihdellut. Ajattelimme aamuvuoron vähäisemmän kirjaamisen johtuvan lääkärinkierrosta sekä aamuvuoron aikana tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä. Yllätyimme kuitenkin, että yövuorossa oli kirjattu yhtä paljon kuin iltavuorossa sekä enemmän kuin aamuvuoron aikana. Tutkimme myös kivun ja sen hoidon kirjaamisen jakaantumista hoitopäiville. Tutkimuksessamme hoitopäiviä oli yhteensä 83

ja niistä 31:nä päivänä hoitokertomuksessa oli maininta kivusta. 33:nä päivänä kivusta ei ollut kirjattu mitään. Tällöin hoidosta aiheutuvien haittojen sattuessa hoitajilla ei ole dokumentteja oikeusturvanaan. Tulosten perusteella puutteellinen kirjaaminen on riski potilasturvallisuuden kannalta.

Mielestämme kivun ja sen hoidon dokumentoinnin taso oli kokonaisuudessaan heikkoa. Hämmästyimme siitä, miten vähäistä kivun ja sen hoidon kirjaaminen oikeasti oli. Lääkehoitoa osastoilla oli paljon, mutta perustelut lääkkeiden antamiselle jäi hyvin vähäiseksi. Dokumentoinnista voisi päätellä etteivät potilaat ole kipeitä, mutta kipulääkkeiden käyttö oli kuitenkin runsasta kipua koskeviin kirjauksiin nähden.

### **6.3 Jatkotutkimus ehdotukset**

Toivomme, että työelämäyhteys saa tutkimuksestamme informatiivista ja käytäntöön sovellettavaa tietoa kivun ja sen hoidon dokumentoinnin tilanteesta. Tutkimuksen tulosten perusteella olisi suotavaa järjestää lisäkoulutusta kirjaamisen suhteen, jonka jälkeen olisi hyvä tutkia uudelleen dokumentoinnin sen hetkistä tilaa.

Toisena jatkotutkimuksena ehdottaisimme tutkimusta siitä, onko tutkimuksemme tuloksilla ollut vaikutusta hoitajien asenteisiin kirjaamisen suhteen. Mielestämme ei ole ajankohtaista selvittää tutkimustuloksien esittämisen yhteydessä sitä, motivoiko tutkimuksemme hoitajia muuttamaan kirjaamistottumuksiaan. Mielestämme tätä voisi tutkia sitten, kun hoitajilla on ollut tarpeeksi aikaa opetella ja omaksua kattavampi kirjaamistyyli. Samalla voisi tutkia millaiseksi hoitajat kokevat omat tietonsa ja valmiutensa dokumentoinnin suhteen. Tutkimusmenetelmänä voisi käyttää haastattelua.



## LÄHTEET

- Abraham, J. Moment, A. O'Donnell, A. 2014. A physician's guide to pain and symptom management in cancer patients. Luettu 22.3.2018.  
<http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/ebookviewer/ebook/bmx-1YmtfXzc3ODA0MF9fQU41?sid=0b451a26-060e-4b72-a86c-d8fe02a7b04d@sessionmgr103&vid=0&format=EB&rid=1>
- Ahonen, O. Blek-Vehkaluoto, M. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. Uski-Tallqvist, T. 2017. Kliininen hoitotyö. 6.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Duodecim kuvatietokanta. 2016. Syöpä kivun hoidon porrastus. Päivitetty 13.6.2016. Luettu 17.1.2018. Vaatii käyttöoikeuden.
- Giamberardino, M. 2009. Visceral pain: clinical, pathophysiological, and therapeutic aspects. Luettu 21.3.2018.  
<http://web.a.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/detail/detail?vid=0&sid=25ce00f5-a122-4879-93ab-854ad1bfa8fe%40sessionmgr4009&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=467478&db=nlebk>
- Haanpää, M. Kauppila, T. Eklund, M. Granström, V. Hagelberg, N. Hannonen, P. Kyllönen, E. Kyrö, M. Loukusa-Nieminen, T. Luutonen, S. Telakivi, T. Ylinen, A. Pakkala, I. 2008. Neuropaattinen kipu. Duodecim. Facultas toimintakyvyn arviointi. Luettu 23.3.2018.  
[http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p\\_artikkeli=fac00021](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00021)
- Hamunen, K. 2018. Syöpä kivun hoito WHO:n portaiden mukaan. Käypä hoito. Julkaistu 16.2.2018. Luettu 4.4.2018.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07800>
- Hamunen, K. Heiskanen, T. Idman, I. 2009. Syöpä kivun hoidon kolme tasoa. Lääkäri-lehti. 41/2009, 3413 – 3421.
- Hamunen, K. Kontinen, V. 2015. Mitä uutta kivunhoidosta? Sic! Lääketietoa Fimeasta 4/2015.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129906/4\\_15%2016-19%20Mita%20uutta%20kivunhoidossa.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129906/4_15%2016-19%20Mita%20uutta%20kivunhoidossa.pdf?sequence=1)
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Julkaistu 19.2.2013. Luettu 17.1.2018.  
[http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf)
- HUS. N.d. Kivunhoito. Luettu 22.3.2018.  
[http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syovan\\_hoito/Sivut/Kivunhoito.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syovan_hoito/Sivut/Kivunhoito.aspx)

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. 7.-8. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkiö, S. Kouri, M. Teppo, L. 2013. Syöpätaudit. 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jyrkiö, S. 2008. Kun syöpä ei enään parane. Suomen Lääkärilehti 63(43), 3654 – 3658.

Kaikki syövästä. N.d. Syöpä ja kipu. Luettu 22.3.2018.  
<https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/syopakipu/>

Kalso, E. 2016. Syöpäkivun hoidon porrastus. Päivitetty 13.6.2016. Luettu 4.4.2018. Vaatii käyttöoikeuden.

Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. 2009. Kipu. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. Nousiainen, H. Kylmä, J. 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. Tutkiva hoitotyö 2/2009, 13-19.

Kuusisto, A. Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotiede 4/2010, 12-20.

Kylmä, J. Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J. Vehviläinen-Julkunen, K. Lähdevirta, J. N.d. Laadullinen terveystutkimusmitä, miten ja miksi. Luettu 13.1.2018.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Käypähoito-suositus. Kipu. Duodecim. Julkaistu 22.8.2017. Luettu 13.1.2018.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#s1>

Liljamo, P. Kinnunen, U-M. Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 27.4.2014. Luettu 21.3.2018.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCCluokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToLluokitusta.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCCluokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToLluokitusta.pdf?sequence=1)

Lääkärin käsikirja. 2017. Krooninen kipu. Päivitetty 27.9.2017. Luettu 17.1.2018. Vaatii käyttöoikeuden.

Marcus, D. 2009. Chronic pain : an atlas of investigation and management. Luettu 23.3.2018.  
<http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/ebookviewer/ebook/bmx-1YmtfXzI5MTU5OF9fQU41?sid=9b6596fc-9102-4416-8364-c586933eb729@sessionmgr101&vid=0&format=EB&rid=1>

Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, E. Pellikka, M. Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Paija, O. 2004. Koskeeko syöpäpotilaan kipu lääkäriä? Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 6/2014.
- Rauta-Nurmi, H. Westergård, A. Henttonen, T. Ojala, M. Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Saano, S. Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sairaanhoitajan käsikirja. 2017a. Akuutin kivun hoito. Päivitetty 10.10.2017. Luettu 17.1.2018. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sairaanhoitajan käsikirja. 2017b. Kivun arviointi. Päivitetty 3.10.2017. Luettu 17.1.2018. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sairaanhoitajan käsikirja. 2017c. Syöpäkivun kokonaishoito. Päivitetty 18.10.2017. Luettu 17.1.2018. Vaatii käyttöoikeuden.
- Salanterä, S. Hagelberg, N. Kauppila, M. Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimismateriaalit Oy.
- Saukkonen, M. Lehto, J. Viitala, A. Åstedt-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheistensä selviytymistä edistävät tekijät palliativisen hoidon aikana – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 29 (3), 195-206.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.
- Tabitha, A. Khalilah, M. Gilbert, J. 2012. Pain. Washington. Luettu 23.3.2018. <http://web.a.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/ebookviewer/ebook/bmx-1YmtfXzQ0MjQyOF9fQU41?sid=65078b08-03e6-41b2-89c7-360f372de925@sessionmgr4009&vid=0&format=EB&rid=1>
- Tasmuth, T. 2017. Milloin syövän hoidon voi lopettaa? Duodecim. Lääketieteellinen aikakauskirja 11/2017, 1029-1030.
- Tays. N.d. Kivun arviointi ja kirjaaminen. Päivitetty 7.12.2016. Luettu 21.3.2018. [https://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Kivun\\_arviointi\\_ja\\_kirjaaminen\(62153\)](https://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Kivun_arviointi_ja_kirjaaminen(62153))
- Terveyskylä. N.d. Syöpäkipu syövän eri vaiheissa. Luettu 23.3.2018. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/kipu-sy%C3%B6v%C3%A4n-eri-vaiheissa>
- THL. 2014. Syövän yleisyys. Päivitetty 26.9.2014. Luettu 22.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>
- THL. 2016. Syövän hoito. Päivitetty 9.5.2016. Luettu 9.1.2018. [www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-hoito](http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-hoito)
- Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Luettu 21.3.2018.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Valvira. 2017. Kivun hoito. Luettu 22.3.2018.  
<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivunhoito>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kunstannus.

Vuorinen, E. 2015. Syöpäpotilaan kivun hoito opas potilaalle. Suomen syöpäpotilaat ry. Luettu 21.3.2018.  
<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/271/2016/10/18145515/SyopapotilaanKivunHoito.pdf>

## LIITTEET

### Liite 1. Kivun kirjaaminen

PSHP:n moniammatillinen näyttöön perustuvan toiminnan alueverkosto 8/2016

## Kivun kirjaaminen - kartoitus pilotin jälkeen

Organisaatio/Yksikkö:

Kartoituksen tekijä:

Pvm:

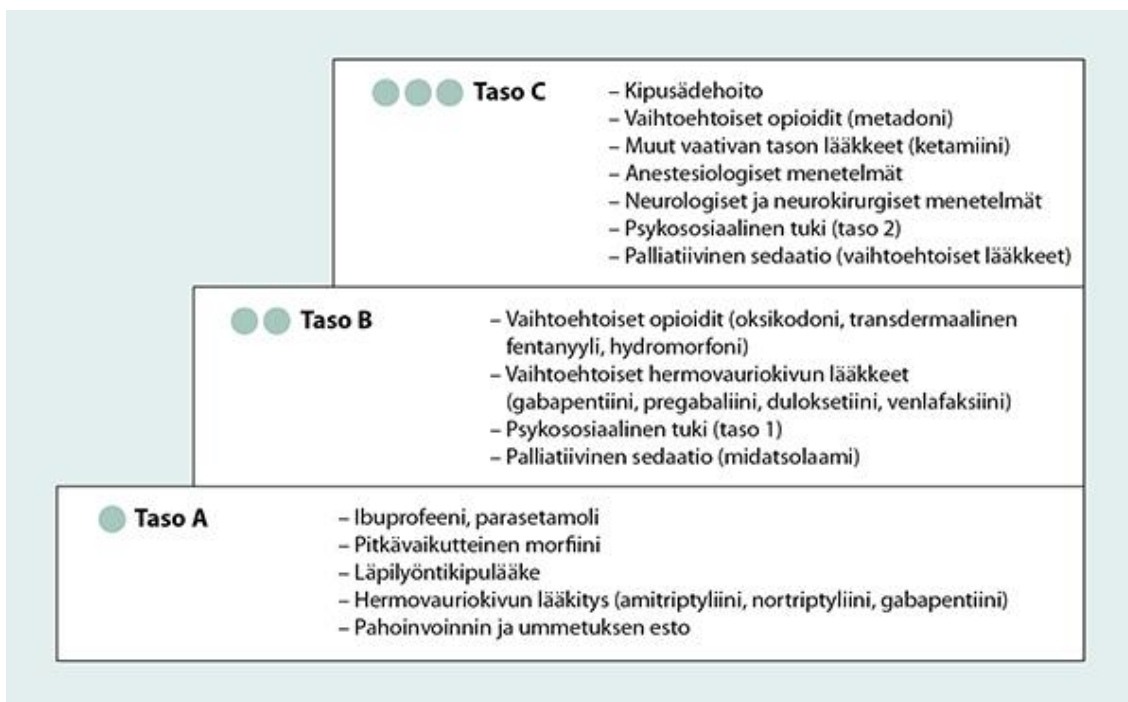
Merkitse rastilla, mikäli potilaan asiakirjoista löytyy kirjaus

Arviointi- kohde	Poti- las 1	Poti- las 2	Poti- las 3	Poti- las 4	Poti- las 5	Poti- las 6	Poti- las 7	Poti- las 8	Poti- las 9	Poti- las 10
Kivun sijainti										
Kivun alkamisajan- kohta										
Kivun luonne										
Kivun tyyppi										
Kivun voimakkuus										
Käytetty ki- pumittari										
Kivun ar- vioija										

Kirjaa mistä potilaan asiakirjoista/potilaskertomuksen eri kohdista löysit yllä olevat tiedot?

## Liite 2. Syöpäkivun hoidon porrastus

## Syöpäkivun hoidon menetelmien porrastus sairaanhoitojärjestelmässä



## Liite 3. Tiedonhaun prosessi

TIETOKANTA	HAKU-LAUSEET	HAKUEH-DOT	HAUN TU-LOS	OPINNÄYTE-TYÖSSÄ KÄYTETYT
TAMK, FINNA	kipu AND dokumentointi	2008-2018, kirjat, suomi	2	0
	kipu AND syöpäpotilas	2008-2018, kirjat, suomi	8	3
	kipu AND syöpäpotilas OR dokumentointi	2008-2018, suomi	12	2
	Hoitotyön dokumentointi	2008-2018, kirjat, suomi	10	4
	cancer patient	2008-2018, englanti	76	4
	pain AND cancer	2008-2018, englanti	125	4
MELINDA	syöpäpotilas AND kipu	2008-2018	2	0
	kivun dokumentointi	2008-2018	4	3
GOOGLE SCHOLAR	syöpäpotilaan kipu	2008-2018, suomi	1180	0
JOURNALS OVID	pain AND cancer patient	2008-2018, englanti	22	0
GOOGLE	syöpäpotilaan kipu	vapaa haku, suomi	noin 17300	6

CINALH	pain AND cancer patients AND documentation in nursing	2008-2018	5	0
TER-VEYSPORTTI	syöpäpotilaan kipu	sairaanhoitajan tietokanta	11	3
TER-VEYSPORTTI	syöpäpotilaan kipu	sairaanhoitajan tietokanta	11	3
TER-VEYSPORTTI	syöpäpotilaan kipu	lääkärin tietokanta	25	2